

PERFORE MEME BAŞI YARALARI VE MEME BAŞI
FİSTÜLLERİNİN ŞİRURJİKAL TEDAVİLERİ

Dr. Mehmet Zeki Doğaneli

Bilhassa umumi mer'aların, fakirleşmeğe başladığı ilk bahar mevsiminin sonlarına doğru kliniğimize sadece çiziklerden ibaret sathî yaralardan, meme başı sinus'una kadar erişen perfore yaralara kadar değişen derecelerde bir çok meme başı yaraları gelmektedir. Bunlar çoğunlukla, laktasyon devresindeki dolgun ve sarkık memeli hayvanların daha bol otlu sahalar a girmek için dikenli tellerden atlaması ile olur. Sathî olanlar genel tedavi usulleri ile iyileşebilirse de, perfore meme başı yaraları daha güç iyi olur ve özel bakıma muhtaçtır. Bu yaralar nihayetinde birer meme fistülü ile neticeleneceğinden bunlara her bakımdan bir meme fistülü gözüyle bakmak yerinde olur.

Kliniğimize oldukça sık olarak gelen, perfore memebaşı yaralarının ve memebaşı fistüllerinin tedaviyeleriyle ilgilenecek bunların şirurjikal tedavileri üzerindeki, klinik müşahadelerimizi bu çalışmada topladık.

Anatomik Bilgi : Çeşitli memeli nevelerinin, meme bezlerinin şekli, büyüklüğü, yeri ve sayısı arasında mühim farklar varsada hepsi aynı histolojik yapı ve embryolojik gelişmeye sahiptir (4).

Ergin bir incğin memesi normal olarak dört fonksiyonel bezden ibarettir. Bir deri bezi olduğundan, memenin karın boşluğu ile iştiraki sadece inguinal kanalladır. Bu kanal vasıtasıyla ile kan damarları lenf damarları ve sinir kolları karın boşluğundan memeye geçerler.

Meme bezlerinin sütünü dışarı boşaltan meme başlarının şekli ve büyüklüğü, memenin şekline ve büyüklüğüne bağlı degildir (4).

Memenin süt toplayan sistemi sinus papillaris veya memebaşı sarnıcı, bez sarnıcı veya sinus lactiferous ve bir çok ductus lactiferous'lardan ibarettir.

Memebaşı sarnıcı az veya çok belirli bir kaç circular dürüme sahiptir (resim 2). Her ne kadar bunlar gerçek sphincter değılsede, bazan meme başında sütün geçmesine mani olan septum'lar yaparlar. Bu kapanma

en çoğu memebaşı kaidesinde olur. Meme başları, alt uçlarında yerleşmiş gerçek bir sphincter'e ve bu sphincter'in içinden geçen bir kanala, ductus papillaris'e sahiptir. Bu kassel duvarlı kanal sağımın dışında sütün memeden çıkmasını önler. Ductus papillaris'in üst nihayetine Furstenberg rozeti denilen oynak mucosa dürümünün eklenmesiyle bu sphincter takviye edilmiştir (resim 1). Sütün aşağıya doğru tazyikiyle bu zarsel dürüm ductus'un ağzına kapanır ve sütün memeden sızmasını esaslı şekilde önler. Bu çift emniyet tertibatına rağmen çok süt veren ineklerde eğer meme başı sphincter'i biraz gevşemiş'se yahut ductus papillaris'te bazı anormal teşekküller bulunuyorsa, süt meme başından damlayabilir (4). Meme başı kanalının özel yapısı, sphincter ve rozet, bacterilerin ve diğer yabancı maddelerin esas beze girmesini önler (4, 5).

Meme başı embryonal olarak ektoderm'den şekillenmiştir (4).

Memelerin embryonal taslağı göbeğin hemen arkasında uzanan tek katlı, Malpighia yahut stratum germinativum katı hücrelerden ibaret bir banddır. İnek embryosu 1.5 cm. uzunluğa erişirken, bu bandda iki hücre şeridine ayrılır. Şekillenen bu meme şeritleri üzerinde meme bezlerinin müstakbel yerlerini gösteren meme tomurcukları belirir. Meme bezlerinde erkek ve dişi yavrularda farklılaşma embryonun 5-8 cm. devresinden sonra başlar. Dişilerde stratum germinativum'un hemen altındaki mesenchym, meme tomurcuğunu etraf epitelyum'un üstüne taşıracak derecede ürür. Bu gelişme derhal memebaşı olarak farkedilir. Sonra meme tomurcuğunun stratum germinativum'u mesenchym doku arasından aşağıya doğru üreyerek yekpare bir hücre özü husule getirir. Bu memenin kanal sisteminin ve alveollerinin orijini'dir. Bu özün gelişen nihyeti yakınında bir lumen husule gelir ve bu hücre sel özün merkezinden meme başının ucuna kadar devam eden bir kanal teşkil eder. Bu zamana doğru embryo 25 cm. yi bulur ve sinus lactiferous iyi şekillenmiştir. Meme başı sinus'u nisbeten belirlidir. Mucosası karakteristik iki kat epitelyumlu tipini almağa başlar. Sphincter de şekillenmeğe başlarsa da ductus papillaris çok daha sonralara kadar tamamıyla açılmaz (4).

Ektodermin invagination'u, meme başı sinusunun sinus, lactiferous'un, geniş süt getiren kanalların iç astarını, mucosasını husule getirir (5).

Meme başlarındaki ductus papillaris'i çevreleyen kas iplikleri her bezin yögâne gerçek sphincter kısmını teşkil eder. Bu kanalı örten mucosa, meme başının çok katlı deri epidermis'i ile sinus lactiferous'un iki katlı epitelyumu arasında geçit bir yapıdır. Çok katlı yassı epitel tipindedir ve meme içinde iki kattan fazla yegane epiteldir. Bu oldukça kalın örtünün altında elastik beyaz katılgan doku içinde kas ipliklerinin longitudinal ve circular katları bulunur. Sphincter autonom sinir sisteminden gelen impuls'

larla sabit bir gerginlikte kalır. Bu sinirler anesteziye edildiğinde inek sütünü damlatmaya meyyaldır.

Ductus papillaris'in üstündeki Furstenberg rozeti sütün sızmasını önlemekle sphincter'in daimi gerginliğinden doğacak zor süt vermenin önüne geçer. Buna rağmen bazen sphincter'in gerilmesi, sağımı güçleştirecek kadar fazladır. Bu halde sağım zor ve inek için ağırlıdır. Güçlük, ductus papillaris'in cidarlarının kalınlığından, kanalı saran sphincter kaslarının aşırı uyarılmasından veya muhtemelen fazla miktarda elâstik conjoctif dokunun bulunmasından, yahut bu faktörlerin bir kombinasyonundan doğabilir. (5).

Meme başı sarnıcı, meme sarnıcı (sinus lactiferous) ve bütün geniş süt toplayıcı kanallar iki kat epitelyumla örtülmüştür. Sarnıçların epitelyumunun altında tunica propria veya katılğan doku liflerinden yapılmış bazal membran vardır. Bu bazal membran süt toplayıcı kanallar etrafında, kas ipliklerini de ihtiva eder.

Meme başında, fibroz membrandan, muhite doğru meme başı duvarının damarsel bölgesi veya corpus cavernosum'u olarak isimlendirilen intermediate kat vardır (4). Buna musculo-vascular kat da denir (5).

Bu bölgede sadece çok sayıda arterial damarlar değil aynı zamanda kalın cidarlı ve çok sayıda valvul'lerle teçhiz edilmiş vena ağı da bulunur. Ayrıca damar ağını destekleyen ona karışmış ince bir conjektif doku ağı ve kas iplikleri vardır. Bu kassel elementler, meme başını çevreleyen circular, oblik ve longitudinal ipliklerden ibarettir. Meme başının en dışında da fibröz kat ve deri bulunur. Meme bezi sarnıcının (sinus lactiferous) epitelyumu ile meme başı sarnıcının epitelyumu aynıdır (6). (Resim 2).

Meme başı yaralarının tedavisi : Meme başı yaralarında, zarara uğrayan dokular en kısa zamanda normal haline gelecek şekilde tedavi edilmelidir. Dikme, hassas olan subcutis tabakasını dış etkilere koruyarak sağma geçmeyi çabuklaştıracağından sathî yaralarda tatbiki bile çok faydalıdır. Meme başı yaralarının tedavilerinde preoperatif tetbirlerin ve post-operatif ihtimamın çok büyük önemi vardır. Bunlar operasyonun muvaffakiyet şansını arttırlar.

Bir inek sahibi meme başının yarası için müracaat ettiğinde hayvan sahibine dokuya nekrozlar eklিয়েcek kuvvetli antiseptikler kullanmaması ve contamination'u daha derinlere götürecektir temizliğe kalkışmaması tavsiye olunur (5). En iyisi hayvan sahibinin yarayı steril bir gazlı bezle tampone ederek, veteriner müdahalesine kadar ineği temiz bir yerde saklamasıdır (6). Ehliyetli hayvan sahiblerine, ilk yardım olarak yarayı tuzlu su ile (0,5 litre suya bir kaşık tuz) hafif olarak yıkaması, üzerine bir anti-biotik toz dökerek gazlı bezle sarması tavsiye edilebilir (5).

Yaranın kontrolundan sonra eğer inek huysuzsa zaptı-raptı kolaylaştırmak için ineğe az doz da müsekkim verilir. Yerinde ve ayakta müdahale kabil olan küçük yaralanmaların dışında operasyon, hastahanedede eğer varsa ineği operasyon masasına yana yatırılmış bir vaziyette tesbit etmekle yapılır. (5).

Operasyon bölgesi ılık tuzlu su ve yumuşak şirurjikal sabunla fırçalanarak temizlenir ve uygun bir antiseptikle silinir (5). Sonra seçilecek anestezi ile meme başıkaidesinde yaranın büyüklüğüne göre deriden başlayıp mukozaya kadar inen bir circular infiltration anestezi yapılır (5,6). Bu circular infiltration operasyon sahasındaki normal anatomik düzeni bozmaksızın bütün meme başını anesteziye eder. Operasyon bölgesinin steril serviyet'lerle örtülmesi lâzımdır (5). Hemostase'ı sağlamak için meme kaidesine konan lastik halka uzun süren operasyonlarda, operasyon sahasını bozacağından bu halkanın böyle operasyonlarda meme başında fazla bırakılmasından kaçınılmalıdır (5).

Hasara uğramış bütün dokular ölü kısımlardan temizlenir, yani canlandırılır. Yara dudaklarının canlandırılması çok önemlidir. Taze yaralarda bile ihmal edilmemelidir. Antibiotikler hiç bir zaman mekanik temizleme ile yaranın canlandırılmasının yerini tutmaz. Dikilen birçok yaraların, ilk teşebbüste kaynaşmaması çoğunlukla yaranın canlandırılmasının noksan olmasına bağlıdır (5). Bazan meme başı derisi, deri altı conjektiva dokusundan soyulup ayrılarak kendi üstüne katlanır ve sarkan deri parçası nekroze olur. Ayrılma az olup canlandırmadan sonra derinin yapışabileceği durumlar dışında en çoğu vak'alarda sarkan deri parçasının tamamen kesilmesi icap eder (5).

Operasyon, yukarıda zikredilen operasyon öncesi tedbirleri müteakip yaranın bir dikişle kapatılmasından ibarettir.

Strecre ve arkadaşları, meme başı sinusunun mucosasını (000) katkıle, trauma husule getirmeyen tam eğri bir iğne kullanılarak 3 mm kadar aralıkla devamlı dikişle veya blanket dikişiyle dikilmesini tavsiye ediyorlar ve bazı müelliflerin mucozayı delerek yeni fistuller husule getirmek korkusuyla mucozayı dikmeyip yalnız sub mucozayı diktikleri halde kendilerinin bu şekilde fistulleri müşahade etmediklerini bildiriyorlar.

Araştırmacılar mucosanın bu şekilde kapatılmasından sonra uygun bir boya infusion'u ile (Neoporontosil, Winthrop gibi) dikiş hattında sızıntı olup olmadığını kontrolden sonra supmucosayı, gene (000) katkıle devamlı tersyönlü minder dikişi ile, mucosa dikişinin üzerine kapatıyorlar. Sonra da deri ve musculo-vascular katı tek vertikal minder dikişi (U dikişi) ile kapillar olmayan bir iplikle dikiyorlar. Bu dikişte deri, içe bükülmeksizin karşı karşıya gelir (5).

Meme yaraları ve meme fistüllerinin kapatılmasında kullanılan diğer bir metod Götze ve arkadaşlarının kullandığı ters yönlü devamlı minder dikişidir. Bunda ilk plânda, mucosaya kadar varan fakat asla mucosayı delmeyen deri ve musculo-vascular katı delen, derin, devamlı minder dikişi, yaranın diğer commisurasına erişince sadece deriyi ve sathî kısımları içine almak suretiyle yara dudaklarına daha yakın olarak aksi yönde devam eder. Dikişin başladığı commisurada ipliğin uçları karşılaştırılarak yara dudaklarına luzumlu karşılaşmayı temin edecek kadar sıkılır ve fiyonk şeklinde bağlanır (3). (resim 6).

Meme başının sinusa erişen enine yaralarında mucosa yarasının proximal ve distal kenarları arasında basit tek dikişler konur. Mucosanın tam karşılaşmasını sağlamak için bunlar bütün dikişler konuduktan sonra bağlanır. Sonra submucosa devamlı minder dikişi ile kapatılır, deri ve vasculo-muscular kat vertical minder dikişi (U dikişi) ile dikilir (5).

Genişçe bir deri parçası soyulmuş ve tam olarak kesilip atılmışsa, yırtığın bir veya iki köşesinde sağlam deriye ensizyon yapılır. Taze deriler U ve ya V şeklinde bir dikiş hattı boyunca karşı karşıya getirilerek dikilir (5).

Eski meme fistüllerinin tedavileri de çok güçtür. Bu hususta çeşitli operasyon teknikleri tavsiye edilmiştir.

Moussu usulünde, memeye bir sonda konduktan sonra fistül kanalı bisturi ile kazınıp Eau oxygénée ile dezenfekte edilir. Sonra kanalın iç deliği bunu tamamiyle saran tek U dikişiyle katkıle dikilir ve biraz iodeformée ekilir. Fistülün dışına ipek iplikle, kılta veya keten iplikle tek dikiş veya daha iyisi surje (Royer) dikiş konur (1).

Hamoir metodunda, fistülün dış deliğinin iki yanında delikten 0,5 cm. uzakta yapılmış iki vertical ensizyon deliğin altında ve üstünde yapılan horizontal ensizyonla birleştirilir. Bunların sınırladığı dörtgen şeklindeki deri parçası diske edilerek kaldırılır, fistülün kanalı bisturinin ucu ile kazınır sonra yaranın derisi diske edilerek önce üst ve alt dudakları, sonra vertical yaralar 7-8 mm. aralıkla, katkıle dikilir (1).

Hoffman metodunda, fistülün deliği hizasında bir pensin şubeleri ile yakalanan deriden, vasculer kata zarar verecek kadar derin ve geniş olmayan (8-10 mm. uzunluğunda ve 2-3 mm. kalınlığında), transversal kavun dilimi şeklinde bir deri parçası kesip alınır. Sonra yara dudakları basit dikişlerle kapatılır (1).

Gold metodunda, fistülün sert kenarları portakal dilimi şeklinde bir parça çıkarılarak tazelandikten sonra iğne mucous membrane'ı içine almayacak şekilde yara kenarına 2-3 mm. mesafeden batırılarak yaranın karşı kenarının 2-3 mm. uzağından çıkarılır. Bu şekilde konulan basit

tek dikişlerin bağlanması ile burada bir kıvrım husule gelir ve yara kenarları karşılaşmış olur (2).

Bundan başka fistüllerin operatif tedavileri yanında fistülün deliği etrafına vesican bir ilâç tatbiki, koter veya kostik ile fistülün deliğinin koterize edilmesi bildiriliyorsa da; bu metodların hatta operasyonun meme başı fistüllerinin tedavisinde yeterli olmadığı ileri sürülmektedir (2).

Müteakip ihtimam, uygun şekilde yapılmış operasyonun başarısını garanti eder. Ekseriya mastitis, mevcuttur. Bunu önlemek için üç gün müddetle, eğer yapılmışsa, sensivite testi ile tayin edilen antibiotikle tedavi edilir. Kanül zaten yangılı olan memeyi irrite edeceğinden memede tutulmasından kaçınılmalıdır (5).

Tavsiyeye şayan olanı günde iki defa kanülle sütün boşaltılmasında sonra, meme içine antibiotik infusionudur (3, 6).

Bir hafta müddetle leukoplastla tutturulmuş sulfonamid pansumanı ile örtülür (3). Sıkı bandaj kan akımını ve süt akımını durduracağından zararlıdır (5).

Meme derisi devamlı maniplasyona maruz kaldığından, meme başı yaralarının dikişleri 10-15 gün sonra alınmalıdır (5).

Meme başı fistüllerinin laktasyon devresinde kapanması buradan fazla miktarda sütün geçmesinden dolayı çok güçtür. Fistülden gelen süt civarını ıslatır ve infection'lar için açık bir kapı teşkil eder. Çok dar olan meme başı fistülleri yalnız sağında sütün çıkmasına müsaade ederse de geniş olanlar meme dörtte birini tamamiyle boşaltırlar (2).

MATERYAL ve METOD

Çalışmamızın materyalini, 1954 senesinden 1962 senesine kadar Ankara ve Civarından getirilen perfore meme başı yaralı ve meme başı fistüllü süt hayvanları teşkil etmektedir. Operasyonlarda hayvanlar yer minderlerine yana yatırılarak tesbit edilmiştir. Çok huysuz ineklerde epidural anestesi yapılmış vak'aların çoğunda infiltration anesteziye baş vurulmuştur. Literatür malumat'daki esaslar dahilinde yaraların temizliği ve desinfection'u yapıldıktan sonra memenin yara ve fistülünün uygun bir şekilde kapatılmasına çalışılmıştır. Bu yolda, düşündüğümüz bazı dikiş şekilleri başarısızlıkla denenmiş, Götze'nin tatbik ettiği ters yönlü devamlı minder dikişi (devamlı U dikişi) başarılı neciticeler vermiştir.

İlk vak'alarımızın bir kaçında operasyondan sonra meme başına meme kanülü konulmuş ve bu kanül günde iki defa değiştirilmiş ise de ikinci veya üçüncü günde mastitis'in şekillenmesi ve sinuslerde toplanan sütün pey-

leşmesi ile operasyonlar başarısızlığa uğramıştır. Bunun üzerine hasta meme dörtte biri günde iki defa kanülle boşaltılmış sütün akması kesildikten sonra da şiringanın ucuna takılan uygun bir iğnenin meme kanülü içine sokulmasıyla kanül yolu ile antibitikler meme içine şiringa edilmiştir. Leukoplast'la sarmanın yaranın hava almasını önleyici ve yaranın kapanmasını geciktirici etkisi müşahade edildiği için yaranın açık ve temiz tutulması tercih edilmiştir.

OBSERVASYONLARIMIZ

Obs. 1- Protokol No: 369/2151 inek, yerli, kara.

12/6/1954 günü, sol ön memesinde, dikenli tel yırtmasından mütevellit perfore meme başı yarası ile geldi. Memenin diğer kısımlarında sathî çizikler vardı. Gerekli operasyon öncesi hazırlıklar ve yaranın şirurjikal temizliği yani yara kenarlarının canlandırılması yapılarak önce (00) no katkütle mucosayı delmeyen musculo-vasculolar katı içine alan bir surje dikiş kondu sonra yaranın deri dudakları keten iplikle horizontal tek minder dikişleri (U dikişi) ile kapatıldı (resim 3). Yaraya sulfacol ekilerek leukoplast'la sarıldı. Konulan meme kanülü, ucuna bağlanan iplikle leukoplast'la tutturuldu günde iki defa sonda değiştirilerek pansumana devam edildi. Yedinci gün sütte bir peynirleşme görüldü. Sinüste toplanmış, peynirleşmiş sütü boşaltmak kabil olmadı. Ertesi günü yara hattında sızıntı vardı. Yara hattı, kontrol edildiğinde yarada bir kaynaşmanın husule gelmediği anlaşıldı. Yeniden dikmek gayesiyle dökuların normale gelmesi için üç gün daha pansumana devam edildi. Sahibinin arzusu üzerine yeniden dikmekten vazgeçildi.

Obs. 2- Protokol No: 415/1961 inek, Holstein.

31/5/1955 günü kliniğimize getirildi. Sol ön memede meme başı sinusuna erişen derin uzunca bir yara vardı. Dikenli tel, memenin diğer taraflarında çizikler ve sathî yaralar husule getirmişti. Gerekli operasyon öncesi hazırlıklardan sonra, meme yarasının şirurji kal temizliği yapılarak yani ölmüş doku kısımları uzaklaştırılarak desinfection yapıldı ve önce musculo-vascular kata (00) no lu katkütle mucosa'yı geçmeyen derin devamlı dikiş, sonra deriye keten iplikle sathî horizontal tek minder dikişi (U dikişi) konuldu (şekil 3).

Memeye, bir kanül yerleştirilerek kanülün ucuna bağlanan iplik yaraya konulan leukoplast sargıya tesbit edildi. Kanül günde iki defa değiştirildi ve gün aşırı pansuman yenilendi. Leukoplast yaranın hava ile normal temasına mani olduğu için, yaranın kaynaşmasına zararlı etki yaptığı fikrine varılarak, bundan sonra yara hizasında leukoplast tatbikin-

den kaçınıldı ve leukoplast'la tutturulan gazlı bezlerle yara kapatıldı. Dikkatli bir takibe rağmen, operasyonun yedinci günü sinuslerde süt peynirleşti ve kanülden gelmez oldu. Pansuman değiştirirken yara hattında bir sızıntı müşahade edildi. Yarada kaynaşma olmamıştı. Buradaki dokuların durumundan ötürü, tekrar dikişin faydalı olmayacağı düşünülerek 14/6/1955 günü taburcu edildi.

Obs. 3- Protokol No: 513/2672, inek, yerli, boz.

15/7/1955 günü kliniğimize getirildi. Hayanın karnı tok olduğu için yaraya pansuman konularak aç getirilmek üzere gönderildi. 16/7/1955 günü yatırılıp, gerekli desinfection ve ölü dokuların temizlenmesi yapıldıktan sonra yara sadece, deri ve Musculo-Vascular katı içine alan, mucosaya geçmeyen tek vertikal minder dikişle (U dikişi), keten iplikle dikildi (resim 4). Bu dikiş daha geniş sahada yara kenarlarını karşı kaşıya getiriyordu. Beş gün müddetle, günde iki defa sonda ile sütün boşaltılmasından sonra memeye 500000 Ü.P.C. verildi. Müteakiben yalnız, günde iki defa sondalamakla yetinildi. 25/7/1955 günü dikişler alındı, üç gün daha sonda ile sütün boşaltılmasına devam edildi. Tam kaynaşma husule geldiğinden tedaviye son verildi.

Obs. 4- Protokol No: 3663 inek, yerli, kırmızı.

10/11/1956 günü, tel yırtmasından mütevellit sağ ön meme başında 3 cm. kadar uzunlukta perfore meme başı yarası ile kliniğimize getirildi. İnek yatırılarak gerekli temizlik, desinfection ve nekroze kısımların temizlenmesi ile yaranın şirurjikal temizliği yapıldıktan sonra, kenarları keten iplikle vertikal minder dikişi (U dikişi) ile 0,5 cm. aralıklarla dikildi (resim4). Yaranın üzerine sulfacol ekildi ve yara leukoplast'la tutturulan bir kaç kat gazlı bezden bir yastık ile kapatıldı. Kliniğimizde alkonulan ineğin hasta meme dörttebirindeki süt, günde iki defa kanülle boşaltıldı ve memeye, kanülün içine sokulan uygun bir iğne yardımı ile 200.000 Ü.P.C. verildi. Gayet iyi görünen yara, dikişi müteakip 8 inci günün sabahı yaradan sızan sütle kirlenmiş olarak bulundu. Ertesi gün yara canlandırılarak yeniden aynı şekilde dikildi. Hayvan sahibi ineğin daha fazla kliniğimizde kalmsına müsaade etmediği için son dikişten üç gün sonra taburcu edildi.

Obs. 5- Protokol No: 301/1348 inek, holstein kırmısı.

21/4/1955 günü kliniğimize sol arka memede, 3 cm. kadar uzunluğunda perfore tel yırtma yarası, memenin diğer kısımlarında ve karın altında değişik derinliklerde, daha sathî yaralarla getirildi. Memede ve bilhassa yaralı meme başında fazlaca şişlik vardı. Üç gün müddetle memeye düş yapıldı, duştan sonra yaralı meme başı, sulfacol ekilerek pansumana alındı. Meme başı normal haline geldiği için 21/4/1955 günü yatırılarak 0,5 cm. aralıklarla tek vertikal minder dikişleri ile dikildi (şekil 4).

Hergün günde iki defa meme boşaltılarak meme içine 500.000 Ü.P.C. verildi ve yaraya Marfanil-prontalbin'le pansuman konuldu. Günde iki defa meme kanülü ile sütün boşaltılmasına ve kanül yoluyla meme içine 500.000 Ü.P.C. verilmesine ve her türlü ihtimama rağmen operasyonun yedinci günü yaranın kapanmadığı, yaradan sütün akmağa başladığı görüldü. Hayvan sahibi tedaviye daha fazla devam edemediği için ikinci bir dikişe teşebbüs edilemedi.

Obs. 6- Protokol No: 933' inek, yerli, kırmızı

22/3/1955 günü arka sağ memede 2,5 cm. kadar uzunlukta, perfore meme başı yarası ile kliniğimize getirildi. Hayvan yatırılıp gerekli operasyon öncesi hazırlık yapıldıktan sonra, yaraya resim 5 te görüldüğü gibi gibi biri yaranın kenarından uzak ve meme başı sinusunun mucosasına paralel geçen derin, diğeri yara kenarına yakın, sadece deri ve musculo-vascular katın sathî kısımlarını içine alan sathî herizantal tek minder dikişleri (U dikişi) ile dikildi. Kliniğimizde alikonularak gerekli müteakip ihtimam gösterildi. 28/3/1955 günü buzağısı boşanarak yaralı memeyi hırpaladığı ve yarayı açtığı için sahibinin isteği ile taburcu edildi.

Obs. 7- Protokol No: 1481 inek, yerli, sarı-alaca

15/5/1956 günü sol ön meme başında 4 cm. uzunluğunda sathî sağ ön meme başında 3 cm. uzunluğunda perfore yara ile kliniğimize getirildi. Gerekli operasyon öncesi hazırlıklardan sonra yaranın gerekli temizlik ve desinfection'u yapılarak, derin ve sathî olarak konulan ve birbirlerini takviye için biri diğercinin ortasından başlayan, horizontal minder dikişleri (U dikiş) ile dikildi (resim 5). Memenin sütü hergün iki defa boşaltıldı ve meme içine meme kanülü yoluyla 500.000 Ü.P.C., 20 cc. sulfamezatin içinde verildi. Buna dört gün devam edildi. Sonra yalnız günde iki defa memenin boşaltılması ile yetinildi. Sathî yaralı meme başı iyileşti. 22/5/1956 günü bir kısım yaranın açıldığı ve yaradan sütün geldiği görüldü, ertesi günü yaraya tekrar dikiş kondu. 30/5/1956 günü tam bir neticeye varmadan hayvan sahibinin ısrarı üzerine taburcu edildi ve bir haber alınmadı.

Obs. 8- Protokol No: 470 inek, yerli, kara.

23/5/1959 günü sağ meme başında perfore yırtık yarası ile geldi. Marfanil-prontalbin'le pansumana alınarak, pazartesi günü aç getirilmek üzere sahibine verildi. 25/5/1959 günü önceki iki opservasyonda anlatılan dikişle dikildi (resim 5). Her gün meme kanülle boşaltıldı ve meme içine 200.000 Ü.P.C. verildi. 1/6/1959 günü yaranın açıldığı ve sütün geldiği görüldü. Yara kenarları yeniden dikilmeye müsait değildi. Pansuman konularak üç gün bekletildi. 9/6/1959 günü yeniden dikildi. Fakat bundan sonra hayvan sahibi hayvanını bir daha getirmedi.

Obs. 9- Protokol No: 3949 inek, yerli, kırmızı.

23/11/1956 günü ön sol meme başında 1,5 cm. uzunluğunda perfore tel yırtma yarası ile getirildi. Yara üzerine sulfa-penisil (SP3) tozu ekilerek pansumanla kapatılıp, ertesi günü aç getirilmek üzere evine gönderildi. 26/11/1956 günü yatırılarak, operasyonun bütün hazırlıkları yapıldıktan sonra Götze'nin tavsiye ettiği ters yönlü iki katlı minder dikişi ile dikildi (resim 6). Bundan sonra memenin sütü günde iki defa kanülle boşaltılarak memede sütün toplanması ve iç tazyik önlendi. Operasyonun ertesi günü, memeden gelen sütte pıhtılaşma müşahade edildiğinden sütün tamamen boşalmasıyla sonra memeye kanül yoluyla her seferinde 200.000 Ü.P.C. verildi 1/12/1956 günü süt normale döndüğü için penicillin infusion'u durduruldu. 7/12/1956 günü yara tamamıyla kaynaşmış olduğundan dikişleri alındı. Bu memenin sütünün kanülle boşaltılmasına 12/12/1956 gününe kadar devam edildi. Tamamen iyileştiği için tedaviye son verildi.

Obs. 10- Protokol No: 3962 inek, yerli, kırmızı.

24/9/1957 günü sol meme başında 4,5 cm. uzunluğunda, meme başının ucuna kadar, meme başı kanalını tamamıyla açmış bir tel yırtma yarası ile kliniğimize getirildi. Hayvan yatırılarak yaranın gerekli şirurjikal temizliği ve desinfection'u yapıldıktan sonra meme kaidesinde circular infiltration anestesi yapıldı (resim 6). Hemastose, hemostatik penslerle sağlandı. Memeye bir kanül konduktan sonra yaranın yukarı kısmına Götze'nin ters yönlü iki katlı minder dikişi (devamlı U dikişi) kanuldu (Resim6) Ductus papillaris hizasında meme başına iki basit dikiş konarak yeniden Sifinkter'in bütünlüğü temine çalışıldı. Memeden gelen süt pıhtılaşmıştı. Memeye kanül yoluyla 200.000 Ü.P.C. verildi Ertesi sabah meme sondalandığında sütün hemen hemen normale döndüğü görüldü. Günde iki defa sondalamadan sonra meme içine 200.000 Ü.P.C. infusion'una üç gün daha devam edildi. Süt tamamıyla normale döndüğünden bundan sonra sadece memedeki süt günde iki defa kanülle boşaltıldı. 15/10/1957 günü tam iyileşme olduğundan dikişler alındı ve tedaviye son verildi.

Obs. 11- Protokol No: 4405 inek, yerli, kırmızı.

26/10/1957 günü sol ön meme başında 2,5 cm. uzunluğunda perfore tel yırtma yarasıyla getirildi. Aynı gün gerekli operasyon öncesi hazırlık ve yaranın şirurjikal temizliği yapıldıktan sonra meme kaidesine %2 novocaine ile circular infiltration anestesi yapıldı. Yara kenarları, Götze'nin tavsiye ettiği ters yönlü iki katlı minder dikişiyle (devamlı U dikişi) dikildi (resim 6). Üç gün müddetle memenin sütü boşaltıldı ve meme içine kanül yoluyla 500.000 Ü.P.C. verildi. Sonra penicillin verilmeksizin sadece günde iki defa sütün kanülle boşaltılmasına devam edildi. Yaraya hafif Teinture d'iode sürüldü. 4/11/1957 günü sifâ sağladığından dikişler alındı ve tedaviye son verildi.

Obs. 12- Protokol No: 2473, kılkeçi, siyah

20/5/1958 günü sol meme başında dış ağzı 5 cm. uzunluğunda meme başı sinusuna açılan iç ağzı 1,5 cm. olan bir perfore meme yarası ile kliniğimize getirildi. Götze'nin tavsiye ettiği ters yönlü, iki katlı minder dikişi (devamlı U dikişi) kondu (resim 6). Bundan sonra her sabah sütün kanülle boşaltılmasına devam edildi. Sütte bir değişiklik görülmediği için penicilin infusion'una luzum görülmedi. 28/5/1958 günü dikişleri alındı ve yaraya sulfa-penisil (SP3) ekilerek pansumana alındı. Memenin sütü üç gün daha kanülle boşaltıldı ve tam şifa sağladığından tedaviye son verildi.

Obs. 13- Protokol No: 2667 inek, yerli, kırmızı.

27/5/1958 günü sağ ön meme başında perfore tel yırtma yarası ile kliniğimize getirildi. Yaranın dış ağzı 6,5 cm. uzunluğunda meme başı sinusuna açılan ağzı ise 2,5 cm. uzunluğunda idi. Aynı gün gerekli hazırlıklardan sonra inek yatırılarak Götze metodu ile (resim 6) dikildi, yaraya ve meme başına hafif teint. di'ode sürüldü ve sabah akşam memenin sütünün kanülle boşaltılmasına devam edildi. Operasyonu müteakip dördüncü günde sütün pıhtılaşığı görüldü. Bundan sonra memenin boşaltılmasını müteakip meme içine kanül yolu ile 500.000 Ü..P.C. vermeğe başlandı. Bu şekilde memeye yedi gün P.C. infusion'u yapıldı. Süt tamamiyle normale döndüğü için bundan sonra sadece sütün boşaltılmasına devam edildi. Operasyonun onuncu günü dikiş ipliğinin kopması sonucu gayet dar bir kanaldan az bir sütün sızdığı görüldü. Bu kanal sivri bisturi ile kazınarak canlandırıldıktan sonra bir tek basit dikişle kapatıldı. Ve meme içine 500.000 Ü.P.C. verildi. Ertesi günkü memenin kanülle boşaltılmasında sütte pıhtılar görüldüğünden sütün boşaltılmasından sonra kanül yoluyla memeye yedi gün daha 250.000 Ü.P.C. verildi. 14/6/1958 günü tam iyileşme sağlandığı için dikişler alındı ve tedaviye son verildi.

Obs. 14- Protokol No: 2845 inek, yerli, kırmızı.

3/6/1958 günü dikenli tel yırtmasından ileri gelen memenin diğer kısımlarında ve karın altında sathî yırtık yaraları, sol ön meme başında, dış ağzı meme başı boyunca uzanan ve uzunluğu 7 cm. olan, sinusa açılan iç ağzı 3 cm. olan parçalı perfore meme başı yarası ile kliniğimize getirildi. Gerekli operasyon öncesi hazırlık yapıp şirurjikal temizleme ile yaranın ölü kısımları giderildikten ve desenfektion'u yapıldıktan sonra, memenin kaidesine circular infiltrasyon anestesi yapıldı ve Götze metodu ile dikildi (resim 6). Üç gün müddetle sabah akşam süt kanülle boşaltıldı ve kanül yolu ile meme içine 250.000 Ü.P.C. verildi. Bundan sonra sadece sabah ve akşam sütün kanülle boşaltılması ile yetinildi. Yarada tam bir kaynaşma olduğu için 11/6/1958 günü dikişleri alındı. Yaraya pansuman kondu ve sütte görülen flakonları gidermek için sütün boşaltılmasından sonra

250 000 Ü. P. C. verilmeye başlandı. 13/6/1958 günü yaradaki kabukların yumuşaması için vitonal merhemi sürülerek pansuan kondu Ertesi gün kabuklar kaldırıldı. Yaraya teint. d'iode sürüldü. Memenin sütü boşaltılarak 250.000 Ü.P.C. verildi. 15/6/1958 günü tekrar sonдалandı ve 250.000 Ü.P.C. verildi. Tam şifa sağlandığından tedaviye son verildi (resim 9).

Obs. 15- Protokol No: 460 inek, yerli, kırmızı.

10/6/1960 günü ön sağ meme başında, dış agzı 4,5 cm. sinus'a açılan iç agzı 3 cm. olan perfore tel yırtma yarası ile kliniğimize getirildi. Gerekli hazırlıklar, yaranın luzumlu şırurjikal temizliği ve desinfection'u yapıldıktan sonra, meme kaidesine yapılan circular infiltration anestesi yardımı ile, minder üzerine yatırılmış ineğin meme başı, Götze metodu ile dikildi (resim 6). Sonra günde iki defa sütün boşaltılmasına ve memeye kanül yolu ile 250.000 Ü.P.C. verilmesine dört gün devam edildi. Beş gün de sabah akşam günde iki defa sütü boşaltmak ve sadece memenin akşamki boşaltılmasından sonra kanül yoluyla 250.000 Ü.P.C. vermekle yetinildi.

18/6/1960 günü memenin sondalamasından sonra dikişler alındı. Gayet az bir süt sızıntısı görüldü. Kendiliğinden kapanabileceği ümidi ile pansumana alındı ertesi günü iki defa sonдалandı 20/6/1960 günü inek tekrar yatırılarak, sütün geldiği kanal kontrol edildi. Gayet dar olan bu kanal, sivri bisturinin ucu ile hafif kazındıktan sonra kanalı çevreleyen horizontal bir U dikişi ile kapatıldı. Meme günde iki defa sonдалanarak, meme başına hafif teint. diode sürüldü. 22/6/1960 günü dikiş alındı ve tam şifa ile taburcu edildi.

Obs. 16- Protokol No: 401 inek, yarımkan montafon

12/6/1962 günü sağ ön meme başından sütün çıkmadığından şikâyetle geldi. Yapılan muayenede meme başı sinusunda, mucosa'nın altında bulunan accessor bezlerin genişlemesinden doğan meme başı örümcekleri (Teat Spiders) denen tümörcüklerin (4) bulunduğu tesbit edildi. Meme başı sinusuna açılarak bunların extripe edilmesine karar verildi 15/6/1962 günü aç olarak getirilen inek yatırıldı. Meme başına bir kanül konulduktan sonra, meme başının medialinde, 3 cm. uzunluğunda longitudinal bir incision yapıldı. Tümörcükler makasla kesilerek alındı. Şiddetli bir yaygın kanama olduğu için bazı damarlar ligature edildi. Meme başı sinusuna da tampon kondu ve pansumanla kapatılarak ertesi gün dikilmek üzere bırakıldı. Kanama kesildiği için ertesi sabah meme başı Götze metodu ile dikildi (resim 6). Kliniğimizde alıkonularak günde iki defa sütü kanülle boşaltıldı ve meme içine 100.000 Ü.P.C. verildi. Operasyondan sonra on ikinci günde dikişler alınırken, dar bir kanaldan süt geldiği görüldü. Bu kanalı çevreleyen horizontal bir U dikişi kondu ve iki gün daha klini-

ğimizde bırakıldı. Sonra hayvan sahibinin ısrarı karşısında evde, sütü bir müddet kanülle boşaltılmak, on gün sonra dikiş alınmak ve netice bize bildirilmek üzere sahibine verildi ise de bir haber alınmadı.

Obs. 17- Protokol No: 808 inek, yerli, kırmızı.

26/12/1962 günü üç gün önce doğum yaptığı, sağ ön meme başının yan tarafından daimi süt geldiği şikâyetiyle kliniğimize getirildi. Muayene edildiğinde, adı geçen meme başında 2,5 cm. kadar uzunlukta 1 cm. kadar aralıkla iki tane süt fistülünü muhtevi epidermis ile örtülmüş oldukça derin uzunluğuna eski bir meme başı yarasının bulunduğu görüldü. Sondalandığı zaman, iki fistül arasındaki yara kenarının meme başı sinus'una yapıştığı ve bunu çok daralttığı görüldü. Sonda güçlüğüle bu yapışmayı, yırtarak meme başına konabildi. İnek yatırılarak gerekli temizlik ve desinfection yapıldı. Yara kenarlarını örten epidermis, eğri makasla giderildi. Sonra Götze metodu ile dikildi. Üç gün müddetle her sabah memenin kanülle boşaltılmasını müteakip memeye 250.00 Ü.P.C. verildi. Sonra penicillin verilmesine son verilerek meme sütünün kanülle boşaltılmasına devam edildi ve yaraya her gün hafif teint. d'iode sürüldü. Operasyonun sekizinci günü yara hattında süt sızıntısı görüldü. Ertesi günü yatırılarak kontrol edildiğinde, yarada kaynaşmanın olmadığı görüldü. Tekrar yara kenarı canlandırılarak, aynı metod'la dikildi ve gene her gün sütün kanülle boşaltılmasına devam edildi. Gayet iyi gitdiği için dikişlerini almağı düşündüğümüz yaranın hatından, son dikişten yedi gün sonra tekrar süt sızmağa başladı. Bunun üzerine, hayvan sahibinin isteği ile memeye kesif iode eriyiği infuse edilerek memenin kurtulmasına gidildi.

SONUÇ ve KARAR

Kliniğimize Ankara ve çevresinden getirilen perfore meme başı yaralarının hepsi dikenli tel çitlerin, meme başlarını yırtmasından ileri gelmiştir. Observation'larda bildirildiği gibi denenmiş olan ve (resim 3,4,5)de gösterilen dikiş şekilleri, perfore meme başı yaralarının şirurjikal tedavilerinde başarılı olmamıştır. Sadece (resim 4) de gösterilen verticeal minder dikişi yalnız bir vak'ada başarılı sonuç vermiştir.

Götze'nin tavsiye ettiği ters yönlü devamlı minder dikişini dokuz vak'ada denedik. Komplike bir eski fistül vak'asının tam başarısızlıkla sonuçlanması ve meme başı daralmasının meme başı ensizyonu ile tedavisinden sonra şekillenen, sonucu öğrenilemeyen, çok dar bir meme fistülü dışında, diğer vak'alarımız başarı ile sonuçlandı. Vak'alarımızın hepsi laktasyondaki hayvanlardı.

İlk vak'alarımızda memeye daimi olarak koyduğumuz, steril meme kanülleri günde iki defa değiştirmemize rağmen memenin sarnıçlarında sütün peynirleşmesini önleyemedi. Kanaatimizce memeye konan kanül contamination için bir açık kapı teşkil etmektedir. Ayrıca literatür bilgide bildirildiği gibi zaten hassas ve çoğu zaman mastitisli olan memeyi, memede bırakılan kanül irrite etmektedir.

Müşahadelerimizden edindiğimiz kanaate göre, meme başı dokusu şirurji bakımından ayrı bir özellik taşımaktadır. Organizmanın diğer bölgelerindeki yaralarda yara dudaklarının dikişle karşı karşıya getirilmesi sağlanabildiği takdirde üçüncü dördüncü günde kaynaşma başladığı ve yedinci günde tam bir nedbelenme olduğu halde, observasyonlarımızda başarısızlığa erişen vak'alar yedi, sekiz gün çok iyi bir gidişten sonra, yara hattından sütün sızmağa başlaması ve yara dudaklarının ayrılması ile olmuştur. Memenin süt sekresyonu da operasyonun başarısızlığa gitmesini doğuran etkenlerden biridir.

Müşahadelerimiz bize göstermiştirki perfore meme başı yaraları ve meme fistüllerinin tedavileri çok güçlükle başarıya ulaşırlar. Böyle vak'aların şirurjikal tedavilerinde preoperatif ve post operatif tedbirlerin noksatsızlığı başarıyı fazla miktarda destekler. Post operatif olarak, hasta meme başında, devamlı olarak kanülün bırakılmaması bu meme dörtte birinin sütünün günde en az iki defa kanülle boşaltılması, ve boşaltmayı mütcekip antibiotik infusion'u tercihe şayandır.

Götze'nin ters yönlü devamlı minder dikişi, yara dudaklarının bütün katlarını karşı karşıya getirmesinden ve sıkıldıktan sonra bir fiyonglo bağlanıp icabında bu fiyongun açılması ile dikişin tekrar sıkıştırılabilesinden ötürü, meme başının perfore yaralarının ve geniş fistüllerinin tedavisinde en uygun dikiş şeklidir (resim8). Çünkü operasyon esnasındaki manipulasyonla erectil bir hal alan meme başı, operasyondan sonra pörsür ve dikişlerin gevşemesine sebep olur. Götze bu metodla %96,4 başarı sağlamıştır. Bizim dokuz vak'amızdan biri başarısızlıkla neticelenmiştir. Biri de fistülle sonuçlanmıştır.

Streere tarafından tavsiye edilen kat dikiş henüz tarafımızdan denenmemiş olup ileride denenecektir.

ÖZET

Kliniğimize getirilen perfore meme başı yaralarının ve fistüllerinin şirurjikal tedavileri üzerindeki observasyonlarımızı topladık. Kliniğimize gelen perfore meme başı yaralarının hepsi genel mer'aların fakirleştiği

mevsimde, daha bol otlu dikenli telle çevrili sahalara, ineklerin atlaması sonucu, dikenli tellerin yırtması ile husule gelmiştir.

Yaraların ekserisi, çok geniş ve bazında parçalı idi. Denediğimiz çeşitli dikiş şekillerinden alınan sonuçlar aşağıdaki cedvelde özetlenmiştir.

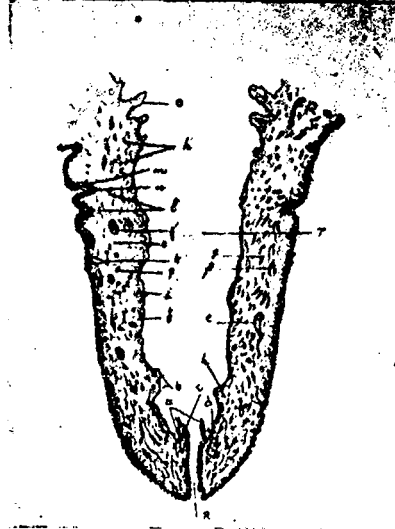
Konulan dikiş	Vak'a sayısı	Şifâ	Başarısızlık
Kat dikiş	2	—	2
Vertical minder dikişi	3	1	2
İki kat Horizontal tek minder dikişi	3	—	3
Götze metodu	9	7	2

SUMMARY

We have tried to treat the deep teat laceration. In suturing the teat we have used several kinds of suture. Among these only Götze's method gave successful results. The others' results were unsatisfactory. We have treated the quarter with antibiotics by infusing antibiotics after each milking through the canula. Twice a day at least for 3 days. We have removed sutures after about 10 days.

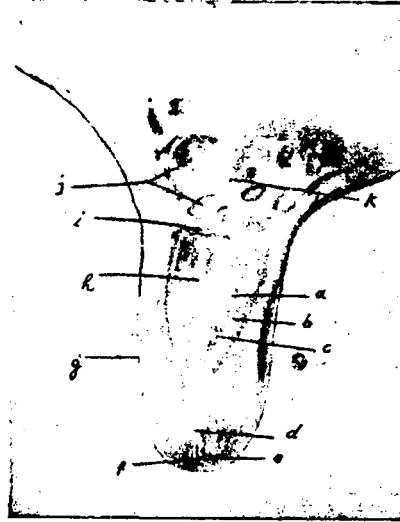
Meme Başı Yara ve Fistilleri

- a) Furstenberg Rozeti drmleri
- b) Mucous membrane'in alt drm
- c) Longitudinal kaslar
- d) Sphincter kası ×
- e) Vena
- f) Arteri
- g) Lenf damarı
- h) Accessor bezler
- i) Propria içinde kılcal damarlar
- j) İki katlı epithelyum
- k) Derinin papillar tabakası
- l) Dz kaslar
- m) Epidermis
- n) Deri drm
- o) Trabecula
- p) Nef
- r) Ductus papillaris
- s) Conjective doku iplikleri
- t) Meme başı sinusu

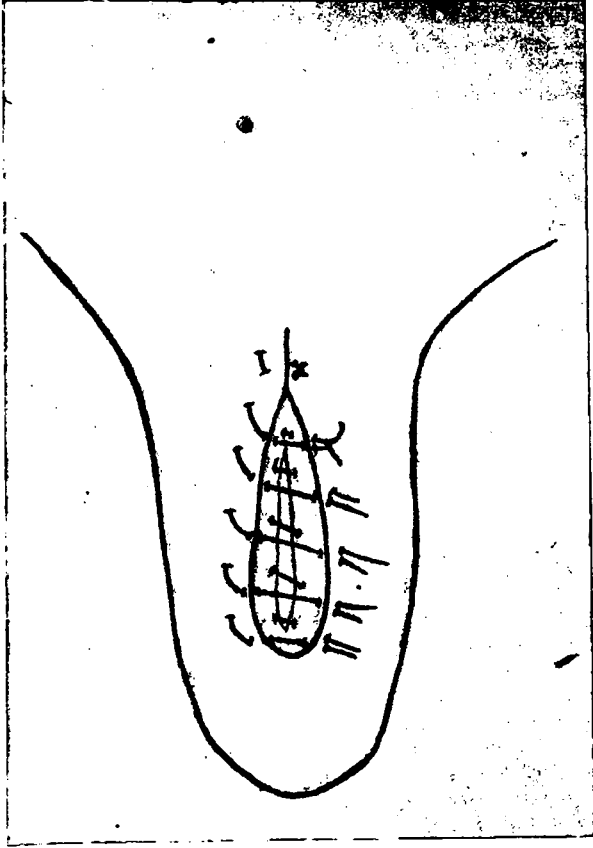


Resim : 1 (Foust'tan)

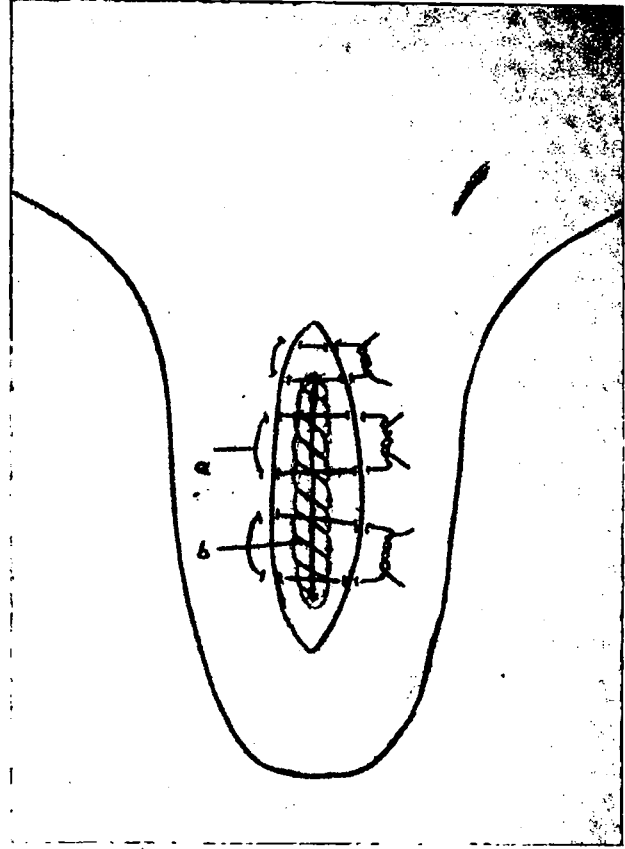
- a) Mucosa
- b) Vasculo-muscular kat
- c) Accessor bezler
- d) Furstenberg rozeti
- e) Sphincter kası
- f) Meme başı kanalı (ductus papillaris)
- g) Deri epitheliumu
- h) Meme başı sinusu
- i) Circular mucosa drm
- j) Ductus lactiferousların ağızı
- k) Meme sarmıcı (sinus lactiferous)



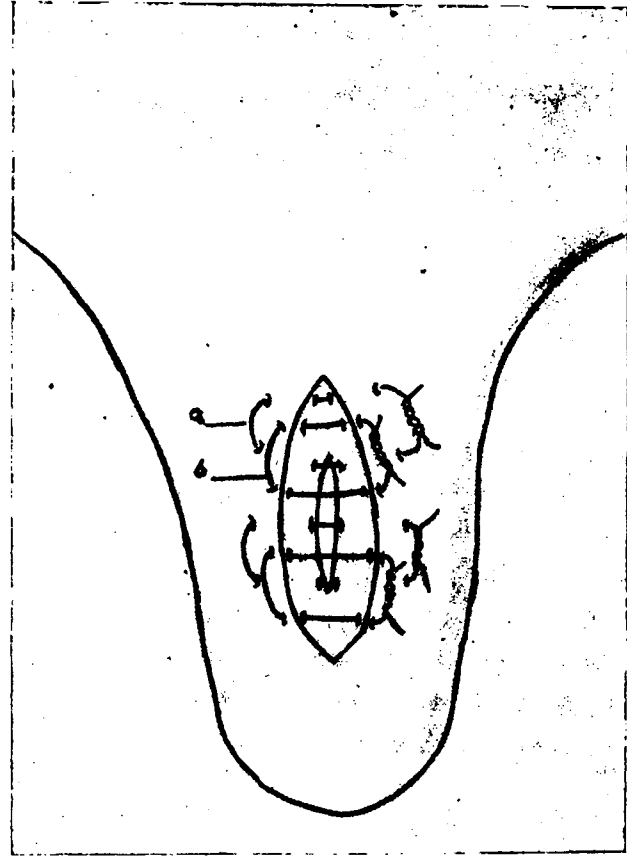
Resim : 2. (Steere'den)



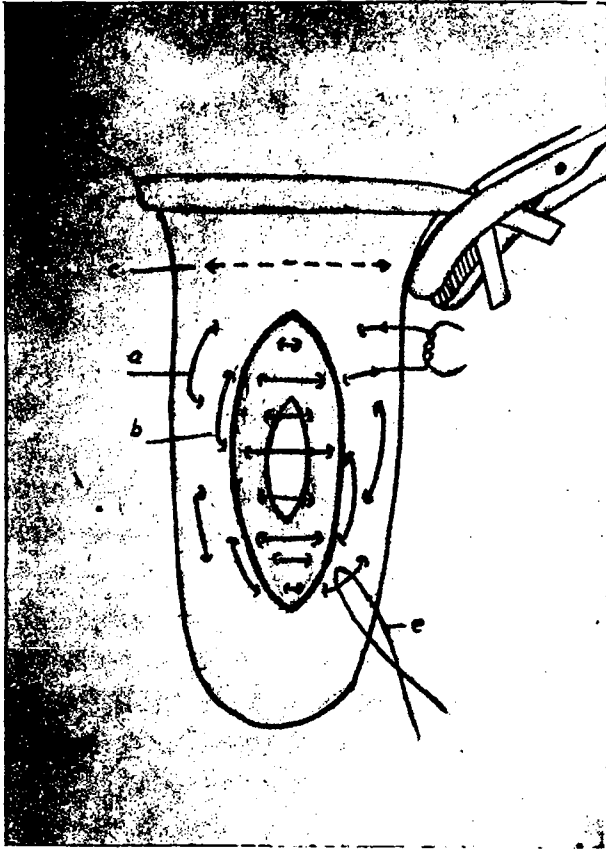
Resim : 4. (Setecre'den)
Vertical minder dikişi (U dikişi)



Resim : 3. (Kat dikiş)
a) Derin sürje dikiş b) Satıhı horizontal minder dikişi (U dikişi)



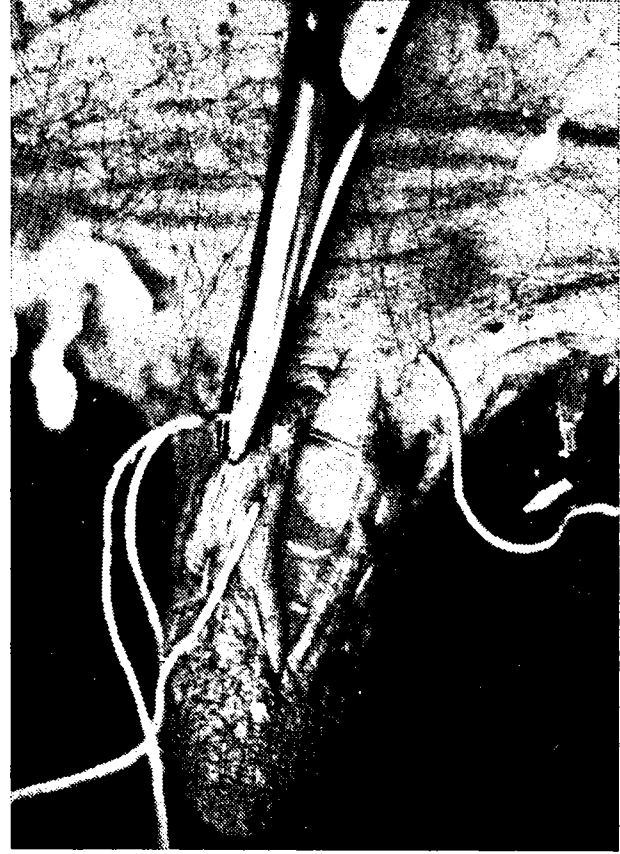
Resim : 5 İki kat horizontal minder dikişi a) derin horizontal minder dikişi (U dikişi) b) Sathî horizontal minder dikişi



Resim : 6. (Götze'den) Ters yönlü devamlı minder dikişi
a- Dikişin derin seyri b) dikişin sathî seyri c) Infiltration anestesi d) Meme başı kadesine konulan ligatura e) Kamulu tesbite yarayan bağ.



Resim : 8. Götze metodu dikiş sıkılıp bağlandıktan sonra



Resim : 7. Götze metodu dikişin yapılışı



Resim : 9. Uzun ve parçalı bir meme başı yırtığının dikişten sonraki durumu
(bu vak'a tam şifa ile sonuçlanmıştır.)

LİTERATÜR

- 1 - BERTHELON, M. (1951) : *La chirurgie gynecologique et obstetricale des Femelles Domestiques*. Vigot Frères, Paris.
- 2 - ERK, H. (1957) : *Evcil Hayvanların Genital Organ Hastalıkları (Jinekoloji)* Güzel İstanbul Matbaası, Ankara.
- 3 - GÖTZE, R. AEHNELT, E., MERKT, H. (1960): *Die Nath des Zitzenrisses und der Zitzenfistel beim rind*, Tierärztl. Wschr. Nr. 1, 2.
- 4 - SMITH, V. R. (1959) : *Physiology of Lactation*. Iowa State University press, Ames, Iowa.
- 5 - STREERE, J.H., MOODY, K.M. (1960) : *Teat and udder Pathology-Treatment and Surgery*, JAVMA, 136, 75 - 83.
- 6 - STREERE, J.H. (1960) : *Deep teat Lacerations*, M.V.P. 41, 55.