

knoloji ile 24 saat çalışmayan ve belirli mesai saatlerine tabi olan odalarda, buralarda var olan herhangi bir telefon, mesai saati bitiminde oda kapanırken, sadece mevcut sistemi tuşlayarak emir vermek suretiyle istenen telefona-örneğin başkasının veya yönetimin ev telefonuna-by-pas/aktarma yapması olanaklıdır.

TEKRARLANAN VE UZAMIŞ AÇLIK GREVLERİNİN NÖROLOJİK KOMPLİKASYONLARI

İ.Hakan Gürvit*, Sara Bahar*,
Şahika Yüksel**, Oğuzhan Çoban*

ÖZET

Açlık grevi, dünyanın her yanındaki siyasi mahkumlar arasında özellikle popüler olan, son derece yaygın kullanılan oldukça eski bir protesto tarzıdır. Ülkemizde 1980 yılında gerçekleşen askeri darbeden sonra, binlerce siyasi mahkum tarafından kullanılmaya başlanmış ve günümüze kadar çok sayıda ölümlere de neden olmuştur. Bu nedenle, açlık grevinin işkencenin yanısıra, hapislik durumuna ilişkin mortalite ve morbiditenin en temel nedenlerinden biri olduğunu ileri sürmek abastırma olmayacaktır. Oysa, şaşırtıcı biçimde açlık grevi üzerine son derece az tıbbi yayın vardır ve hatta ülkemizdeki epidemi üzerine hemen hiç bir yayın mevcut değildir. Bu yazıda açlık grevine ilişkin morbiditeyi iyi temsil ettiğini düşündüğümüz ve altı yıldır izlediğimiz iki olgu sunulmuştur. Beş yıllık hapisliği boyunca çok sayıda açlık grevine katılan 1. olguya nutrisyonel myelonöropati ya da "Strachan Sendromu", 56 gün sürdürdüğü bir "ölüm orucu" yaşayan 2. olguya ise Wernicke-Korsakoff sendromu tanuları konulmuştur. Bizim hastalarımızda olduğu gibi ciddi ölçüde sakatlayıcı hastalıklar olmakla birlikte, her ikisi de önlenbilir durumlardır; dolayısıyla bu özgül popülasyonla çalışan hekimlerin ve özellikle de hapisane hekimlerinin açlık grevinin muhtemel tıbbi sonuçları hakkında iyi bilgilendirilmiş olmaları gerekir.

GİRİŞ

Yazımızın başlığını, ünlü Amerikan Nöroloğu Denny-Brown'ın 1947 yılında, II.

Dünya Savaşı (II.DS) sırasında Japon kamplarında tutulan İngiliz ve Hintli savaş esirleri (SE) üzerine yayınladığı çalışmasının adına analogiyle "Uzamiş ve Ağır Beslenme Kısıtlılığı Sonucu Gelişen Nörolojik Durumlar" (1) da koyabilirdik. Anılan çalışma, II. DS ve İspanyol iç savaşı'nın eski SE'leri ve toplama kamplarından kurtulanların sağlık durumları üzerine yapılan geniş araştırmanın sayısız bildirilerinden biridir. Büyük Savaş'tan onyıllar sonra bile konu batılı tıp çevrelerindeki popülaritesini korumaktadır(2,3). Bunun bir nedeni de, çeşitli müttefik ülkelerde hala anlamlı sayıda eski SE'nin yaşıyor olması olabilir. Söz konusu araştırmanın ortak sonucu, bu benzersiz popülasyonun farklılaşmış morbidite biçimlerinin nedenlerinin, Japon ve Nazi toplama kamplarında, malnutrisyon başta olmak üzere, fiziksel, psikolojik ya da ekolojik olarak maruz kaldıkları koşullardan kaynaklandığı şeklindedir(2-8).

Diğer yandan, başlıca Ekvator kuşağında endemik olan ve son yıllarda kısmen HTLV I virüsü ilişkisi gösterilen tropikal myelonöropati isimli hastalık kategorisi, yukarıda anılan konu üzerinde yapılan geniş literatür derlemelerinin diğer bir kaynağıdır(8-10). Tropikal myelonöropati, SE'lerde en fazla bildirilen Fisher tarafından "Strachan Hastalığı" (11) adı verilen tabloyla büyük benzerlik taşımaktadır.

Yine de, gelişmiş ülkeler tıbbi için sinir sisteminin nutrisyonel bozukluklarına olan ilginin artık tarihsel, (ilk durumda olduğu gibi) veya eksotik, (ikinci durumda olduğu gibi), bir özellik taşımaya başladığını söyleyebiliriz. Alkolizm hala temel önemde bir toplumsal sorun ve bir psikiyatrik tablo olsa da, alkolizme bağlı nutrisyonel nörolojik tablolar eski sıklıklarında bildirilmemektedir. Örneğin Wernicke-Korsakoff Sendromuna (W-K) ilişkin son yıllardaki az sayıdaki olgu bildirimleri alkolizme bağlı olmayan ve bu arada iyatrojenik nedenlerle gelişenlerdir.

Oysa ki durum, Türkiye gibi bir baskı rejimi dönemi yaşamış ya da halen yaşamakta olan ülkeler için daha farklıdır. Bu farklılık, serbest bırakılmış olsun, halen hapisliği sürüyor olsun çok sayıda siyasi mahkumun (SM) varlığından kaynaklanmaktadır.

Bu grubu nutrisyonel hastalıklara yatkın kılan etmen, SE'lerin maruz kaldıklarının tıpkısı bir zorunlu malnutrisyon olmaktan çok, gönüllü bir malnutrisyon yani açlık grevidir (AG). AG oldukça eski, yaygın biçimde kullanılan ve dünyanın her tarafından özellikle de SM'ler arasında çok popüler olan bir protesto aracıdır. Ülkemizde 1980 askeri darbesinden sonra binlerce SM tarafından çok büyük ölçeklerde uygulanır olmuştur. Bunu doğuran, yalnızca hapisanelerde

*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

**İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

karşılaşılan aşırı zorluklar ve kötü davranış değil, fakat aynı zamanda dönemin koşulları gereği yetkililerle görüşme ve pazarlığın yegane aracı haline gelmiş olmasıdır. Öyle ki, AG hapislik deneyiminin ayrılmaz bir parçası olmuş, adeta bir hapisane normu düzeyine ulaşmıştır. Böylelikle görel olarak ikincil ve masum talepler için bile yaşamların ortaya konulduğu AG'lere başvurulmak zorunda kalınmıştır. Daha birkaç ay önce tanık olduğumuz Buca Cezaevi grevi buna bir örnek olabilir.

Genellikle, birkaç günden, birkaç haftaya değişecek şekilde, süresi önceden belirlenmiş olan AG'ler hapislik süresi boyunca çok sayıda yaşantılanabilir. Süre ile kısıtlanmayan "ölüm orucu" ise, ülkemizde birçok kez tanık olduğumuz gibi gerçekten de ölümcül olabilir.

Savaş esirliği durumu ile kurulabilecek paraleller, AG'nin hapislikle ilişkili başta gelen ve özellikle de SM popülasyonunu etkileyen bir morbidite ve mortalite etmeni olabileceğini düşündürmektedir. Oysa ki, şaşırtıcı biçimde, AG'ler üzerine son derece az tıbbi yayın mevcuttur; hele ülkemizde tanık olduğumuz "epidemi" hakkında hemen hiç bulunmamaktadır.

Bu yazıda AG'ye ilişkin morbiditeyi iyi örneklediğini düşündüğümüz iki olgu bildirilecektir.

OLGULAR

Olgu 1: 27 yaşında, sağ eli erkek hasta, henüz hapisliği sürerken, bacaklarında güçsüzlük, dengesizlik, görme keskinliğinde ve işitmesinde azalma ve hipertansiyon yakınmalarıyla Mart 1986'da kliniğimize yatırıldı. Öyküsü, yürümede beceriksizlik ve sık tökezlemelerle başlayan ve yatırılışından 2 ay önce güçsüzlük ve dengesizlik nedeniyle hastayı yürüyemez kılan 11 aylık bir ilerleyici tabloyu işaretliyordu. Görme ve işitmeye ilişkin yakınmalar da yürüme bozukluğuna paralel olarak başlamış ve daha yavaş seyretmişti. Son iki ay içinde idrarını başlatmada güçlük, ayaklarında uyuşukluk ve ellerinde hafif güçsüzlük de tabloya eklenmişti. Yakınmaları nedeniyle başvurduğu hekimlerce yapılan muayenelerinde, her seferinde hipertansif bulunduğunu ifade ediyordu. Hapis olarak geçirdiği son beş yıl içinde çok sayıda AG'ne katılmıştı. Bunlar, en uzununu yakınmalarının başlangıcından yaklaşık 1 yıl önce yapılan 25 günlük olmak üzere, çok farklı sürelerdeydiler. Öz ve soy geçmişlerinde bir özellik yoktu. Sistemik muayenesi, 160/110mmHg kan basıncı, gövdede yaygın folikülit ve genital bölgedeki hafif dermatit dışında normaldi. Nörolojik muayenesinde, mental açıdan tümüyle normal olan hastanın fundoskopisinde apillaların temporal bölgeleri iki yanlı soluk görülüyordu. Yine iki yanlı iç

kulak tipi hafif bir işitme kaybı mevcuttu. El entrensek kaslarında hafif, altta başlıca distal ekstansör grup kaslarda orta derecede bir güçsüzlükle giden bir spastik paraparezi saptandı. Altta çorap tarzı yüzeyel duyu kusuruna ek olarak gövdede D5 dermatomundan itibaren belirsiz bir duyu kusuru da mevcuttu. Derin duyu üst ekstremitelerde hafif, altlarda ise ağır derecede bozulmuştu. Derin tendon refleksleri üstlerde normal, patellalarda belirgin artmış olarak alınırken, aşıllar kayıptı. Taban derisi refleksleri iki yanlı cevapsızdı. Serebellar bulgu yoktu. Ancak iki yanından desteklediğinde ayağa kalkabilen hastada Romberg belirtisi ve ataksik yürüyüş tarzı çok belirgindi. Kan, idrar ve BOS'ta yapılan laboratuvar çalışmalarında bir özellik yoktu (normal eritrosit morfolojisi, normal kan Hb, Htc, demir ve demir bağlama kapasitesi, B12 protein ve prealbumin düzeyleri negatif sifiliz serolojisi, negatif anti-nükleer ve gastrik pariyetal hücre antikoları dahil olmak üzere). Tüberküloz için PPD, Behçet için Paterji deri testleri negatifti. Kranyal BT, EEG ve myelografi çalışmaları tümüyle normaldi. İğne EMG ve sinir ileti hızı çalışmaları aksyonel tipte bir polinöropatiyle uyumluydu. Nutrisyonel myelonöropati tanısı konulan hastaya pernisiyöz anemide önerildiği biçimde syanokobalamin enjeksiyonları ve yüksek doz oral tiamin, multivitamin ve mineral preparatlarından oluşan bir tedavi başlandı ve buna hipertansiyonu için bir diüretik preparatı eklendi. Kliniğimizde kaldığı 2 ay içinde klinik tablonun ilerleyişi durdu ve stabilize oldu. Hatta, kendi başına ayağa kalkıp koltuk değneği yardımıyla yürüyebilir hale geldi; kan basıncı normale döndü. Kliniğimizden hapishaneye dönmeden önce iki ay süreyle, rehabilitasyon kliniğine nakledilen hasta, 1987 Mart'ında, onu ilk görüşümüzden 1 yıl sonra sonunda serbest kalmıştı. Klinik tablo, günümüze kadar geçen yıllar içinde, bağımsız yaşamasına elverecek hafif bir düzelmeye birlikte esas olarak aynı kaldı.

OLGU 2: -23 yaşında kadın hasta unutkanlık, çevreye ilgisizlik, günlük yaşam etkinliklerinde bozulma ve denge bozukluğu nedeniyle Mart 1986'da kliniğimize getirildi. Nisan 1984'de, henüz hapishanedeyken, 78. günde sonlandırılan bir "ölüm orucu"na katıldığı ifade edildi. 45. günde hastaneye nakledilmiş, ancak tedaviyi reddetmişti. 56. günden itibaren bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine parenteral sıvılarla tedavi edilmeye başlanmıştı. AG'nin sonlandırılmasından sonra hapishaneye geri gönderilmişti. Ekim 1984'te serbest kalmasına kadar geçen süre içinde kendisini sıklıkla ziyaret etmiş olan kızkardeşinin ifadesine göre, çevresinden ve zamandan habersizdi; ileri denge bozukluğu nedeniyle kendi başına yürüyemiyor, ellerindeki titreme nedeniyle yemek yiyemiyordu.

Çift görmesi vardı. Serbest kalmasından sonra, bir hekim tarafından görüldüğünde konfüzyonel durum düzelmişti. Anılan hekimin B vitaminleriyle tedavisi, diplopi, tremor ve ataksisinde biraz daha düzelmeye yolaçtı. Bir kaç ay süren ve öforinin eşlik ettiği görelî bir iyilik halini izleyerek rasyonel bir temeli olduğu da söylenebilecek perseküsyon fikirleri aşikar delüzyonlar haline geldi. Bunu izleyerek giderek içine kapandı, çevreye ve kendisine ilgisi kayboldu ve unutkanlaştı. Öz ve soy geçmişlerinde bir özellik yoktu. Mental durum muayenesinde apatik ve iç görüşü ileri derecede bozulmuştu. Negativizm ve iritabilite nedeniyle ayrıntılı muayene mümkün olmadı. Zaman yönelimi bozdu. Bellek süreçlerinin kaydetme ve bellekte tutma evreleri ağır derecede bozdu. Diğer kognitif işlevler görelî olarak korunmuştu.

Nörolojik muayenesinde hafif bir sağa konjuge bakış zaafı, sol abducens paralizi, horizontal ve vertikal nistagmus saptandı. Üst ekstremitelerinde hafif bir dismetri ve aksiyon tremoru, hafif bir gövde ataksisi mevcuttu. Muayene diğer açılardan normaldi. Öykü ve muayene bulguları şu şekilde özetlenebilir: konfüzyonel durum, oftalmopleji, ataksi ve dismetriyle akut biçimde başlayan ve 1 yıl içinde önemli ölçüde gerilerken, yerini önce öfori, sonra ise geri dönüşsüz biçimde apati ve iritabilite şeklinde mood bozukluğu, paranoid delüzyonlar şeklinde düşünce bozukluğu ve bellek bozukluğuna bırakan progresif tablo. Laboratuvar çalışmaları, EEG ve kranyal BT tümüyle normaldi. Wernicke-Korsakoff hastalığı tanısı konulan hastaya oral tiamin tedavisine başlandı. İzlenen yıllar içinde belleğinde testler ile de ortaya konulan bir düzelleme gözlemlendi. Bunun dışında bakımı için tümüyle ailesine bağımlı olarak kaldı. 1990 yılında yapılan Kranyal MRI'sında hafif bir frontal lob atrofisi görülmüyordu.

TARTIŞMA

Oldukça geniş bir inceleme planına karşın 1. olgumuzun kendisine özgü klinik tabloya seyri için gösterilebilir bir neden bulamadık. En muhtemel tanı olabilecek B12 vitamini yetersizliğine bağlı subakut kombine dejeneresans(SKD), megaloblastik aneminin bulunmaması ve normal serum B12 düzeyiyle ekarte edilmiş oldu. Bu durumda, hastanın bir SM olarak fiziksel koşullarıyla hastalığı arasındaki kaçınılmaz nedensel ilişkiyi kurmamız gerekiyordu. Tekrarlanan AG'ler ve proteinden fakir-karbonhidrattan zengin bir diyet, fiziksel ve psikolojik zorluklar ve kötü hijyen koşulları yanısıra bu 5 yıllık hapislik süresini belirleyen özelliklerdi. Anılan ilişki nutrisyonel myelonöropati tanısı ve en azından hastalığın ilerlemesinin durdurulması açısından başarılı

olan multivitaminlerle tedavisinin gerisindeki mantığı oluşturuyordu ki bu, 6 yıllık bir takibin sonunda güvenle savunabileceğimiz bir iddidir.

Elimizde AG'cilere ilişkin benzer veriler olmasa da, II. DS'nın, SE'leriyle aşikar paralellikler kurulabilir. Gerçekten de, Denny-Brown, yukarıda anılan makalesinde, İngiliz ve Hintli SE'lerde "retrobulber nörit, spinal ataksi ve basit spastik paraplejinin çeşitli kombinasyonlarda ve ayrı ayrı" meucudiyetini bildirmiştir. Bu sendromu, beriberi, pellagra ve SKD ile karşılaştırarak, muhtemelen "ağır ve uzamış beslenme yetersizliğine bağlı" kendine özgü bir sendrom olarak önermiştir(1). 1956 yılında Fisher, yine SE popülasyonu üzerine yaptığı çalışmada "ataksi, görme bozukluğu, ayaklarda yanma ve daha seyrek olarak sağırılık, spastik parapleji ve düşük ayak"tan oluşan tabloya Strachan hastalığı (SH) adını önermiştir(11). Bu öneri yüzyıl başında Jamaika'dan yapılan iki bildiriye dayanmaktadır; ilkinde Strachan (12), 2. sinde de Scott (13), ağrılı nöropati, orogenital dermatit ve amblyopi ile karakterize bir tropikalnutrisyonel bozukluk tanımlamışlardır. Daha sonra Cruickshank, SH yerine, sensoryel ataksinin baskın olduğu tablolar için tropikal ataksik nöropati (TAN), spastik paraplejinin baskın oldukları için de tropikal spastik parapleji (TSP) isimlerini önermiştir(14). Konu üzerine yakın tarihlerde yapılan bir literatür gözden geçirisinde ise TAN ve TSP'nin klinik tablolarının birbirine karışmış olarak görüldüğü ve dorsolateral nöromyelopatiye bağlanan ara biçimlerinden sözedilmiştir(8). Aynı yazıda II DS SE'lerindeki başlıca klinik tablonun TAN ve TSP özellikleriyle göre kaybı ve iştite azalmasının bileşiminden oluştuğu ileri sürülür. Skrotal dermatit ve hipertansiyon, diyare, stomatik, taşikardi v.d. ile birlikte eşlik eden bulgular arasında sayılır. Yazarlar, kronik diyare ile karakterize tropikal malabsorpsiyon ve düşük protein-yüksek karbonhidrat alımı ile karakterize kronik malnutrisyonun tablodan birlikte sorumlu olduğu sonucuna varırlar. Söz konusu durumun Hintli vejeteryan SE'lerde daha yüksek oranda görülmesi ve İspanyol İç Savaşı'nda kuşatma altında etsiz beslenmek zorunda kalan Madrid'lilerde benzer tabloların bildirilmiş olması bu kanıyı desteklemektedir.

Olgumuz ara biçim myelonöropatiye iyi bir örnektir. Burada, tekrarlanan AG'lerin, SE'lerdeki malabsorpsiyona benzer bir şekilde, zaten yetersiz beslenme sonucu alımı kısıtlanan besin değerlerini tüketici bir etki yaptığını düşünürüz.

İkinci olgumuz tipik bir W-K hastasıdır.

Konfüzyon, oftalmopleji, nistagmus ve ataksiye yolaçan Wernicke hastalığı ve başlıca

bir amnestik duruma eşlik eden duygu düşünce ve algı bozukluklarına neden olan Korsakoff psikozunun aynı nedene, yani tiamin eksikliğine bağlı patogenezin değişik evreleri olduğu bilinmektedir(15,16). En sık alkolizme bağlı olarak görülse de alkolik olmayanlar arasında da çok sayıda bildirim vardır. Hiperemezis gravidarum (17), obesite tedavisi için yapılan gastrik plikasyon (18-20), uzun süreli intravenöz beslenme (21), sitostatik tedavi (22) bunlar arasında sayılabilir. Dizanterili SE'lerde de son derece öldürücü seyreden bir hastalık olarak bildirilmiştir(4). Yazarlar akut tiamin tüketiminin Wernicke ansefalopatisine, kronik kısmi tüketimin ise klasik beriberiye yolaştığını ileri sürmüşlerdir. Uzun süreli açlıkla da ilgili bir dizi bildiri vardır; obesite tedavisi için aç kalma(23), psikiyatrik ve mistik durumlarda AG'ler sayılabilir(24, 25). Bildiğimiz kadarıyla SM popülasyonu ile ilgili bir bildiri bulunmamaktadır. Özellikle non-alkolik W-K bildirileriyle, tiamin depolarını boşaltan etkenin, bizzat açlık değil fakat parenteral solüsyonlarla yapılan glukoz yüklemesi şeklindeki tedavi çabası olduğu anlaşılmıştır(26). Zaten kritik düzeyde azalan tiamin depoları glukozun metabolize edilmesinde kullanılarak tümüyle tüketilmekte, böylelikle de koma, hatta ani ölümlere yolaçabilen akut Wernicke ansefalopatisi ortaya çıkmaktadır. Hastamızın durumu tümüyle bu şekilde açıklanabilir.

Akut Wernicke ansefalopatisinin umulandan daha sok, SM popülasyonunun da bu hastalık için özellikle risk altında olduğunu düşünüyoruz. Hatta, AG mortalitesinin önemli bir yüzdesinin, klinik ve nöropatolojik bir kanıt bulunmamasına karşın Wernicke ansefalopatisiyle ilişkili olduğu söylenebilir. Gerçekten de bu yazının yazarlarından biri, 1980'lerin başlarındaki askerlik hizmeti süresince çok sayıda muhtemel W-K olgusuna tanık olmuştur. En geniş AG'lerin uygulandığı bir bölgede yeralan askeri hastanede rutin işlem, getirilmiş olan bilinci bulanık hastanın parenteral glukozla beslenmesidir.

Açlık grevcisinin isteği dışında zorla beslenmesi, AG çalışmalarının (27-30) odaklandığı şekilde yalnızca bir adli tıp veya etik bir sorunu değil, aynı zamanda sıklıkla iyatrojenik ölümler ya da olgularımızda olduğu gibi ağır sakatlanmalara yolaçabilen gerçek bir tıbbi acildir de.

AG ülkemiz için hala güncelliğini koruyan bir tıbbi sorundur. AG'cileri tedavi etme durumunda kalan hekimlerin temel görevi, onları arzularının aksine beslemeye çalışmak değil, AG'nin muhtemel tıbbi sonuçları hakkında bilgilendirmek ve AG süresince mümkünse vitamin kullanımına ikna etmek, parenteral sıvıların kullanımını zorunlu olduğu durumlarda

ise, tiamin katkısını unutmamak olmalıdır.

REFERANSLAR

- 1-Denny-Brown D. Neurological conditions resulting from prolonged and severe dietary restriction (case reports in prisoners-of-war, and general review). *Medicine* (Baltimore) 1947; 26:41-113.
- 2-Gill GV, Bell DR. Persisting nutritional neuropathy amongst former war prisoners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982;45:861-5.
- 3-Gill GV, Bell DR. The health of former prisoners of war of the Japanese. *Practitioner* 1981;225:531-538.
- 4-Smith DA, Woodruff MFA. Deficiency diseases in Japanese prison camps. Medical Research Council, Special Report Series, No:274. London; Her Majesty's Stationary Office, 1951.
- 5-Coke LR. Late effects of starvation. *Med Serv. J Canad* 1961;17:313-25.
- 6-Crawford JN, Reid JAG. Nutritional disease affecting Canadian troops held prisoner of war by the Japanese. *Canad J Res* 1947;25:53-85.
- 7-Strom A, Refsum SB, Eitinger L, Gronvik O, Lonnum A, Engeset A, Osvik K, Rogan B Examination of Norwegian ex- concentration-camp prisoners. *J Neuropsychiatry* 1962;4:43-62.
- 8-Romano GC, Spencer PS, Schoenberg BS. Tropical myeloneuropathies: The hidden endemias. *Neurology* 1985;35:1158-70.
- 9-Pallister RA. Ataxic paraplegia occurring amongst Chinese in Malaya. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1940;34:203-11.
- 10-Cruickshank EK, Rudge P, Dalgleish AG, Newton M, McLean BN, Barnard RO, Kendall BE, Miller DH. Tropical spastic paraparesis and human T cell lymphotropic virus type I in the United Kingdom. *Brain* 1989;112:1057-1090.
- 11-Fisher CM. Residual neuropathological changes in Canadians held prisoners of war by the Japanese (Strachan's disease) *Canad Serv Med. J* 1955;11:157-99.
- 12-Strachan H. On a form of multiple neuritis prevalent in the West Indies. *Practitioner* 1987;59:477-84.
- 13-Scott HH. An investigation into an acute outbreak of "central neuritis". *Ann Trop Med Parasitol* 1918;12:109-96.
- 14-Cruickshank EK. Effects of malnutrition on the central nervous system and the nerves. In:Vinken PJ, Bruyn GW, eds. *Handbook of Clinical Neurology*, vol 28. Amsterdam:North-Holland, 1976:1-41.
- 15-Victor M. Alcoholism. In:Baker AB, Baker LH eds. *Clinical Neurology* vol 2. New York:Harper&Row, 1976:1-43.
- 16-Victor M. The Wernicke-Korsakoff Syndrome. In:Vinken PJ, Bruyn GW, eds. *Handbook of Clinical Neurology*, vol 28. Amsterdam: North-Holland, 1976:243-70.
- 17-Nightingale S, Bates D, Heath PD, Barron SL. Wernicke's encephalopathy in hyperemesis gravidarum.

Postgrad Med J 1982;58- 558-9.

18-Haid RW, Gutmann L, Crosby TW. Wernicke-Korsakoff encephalopathy after gastric plication. *JAMA* 1982;247:2566-7.

19-McLean JB. Wernicke's encephalopathy after gastric plication. *JAMA* 1982;248:1311.

20-Oczkowski WJ, Kertesz A. Wernicke's encephalopathy after gastroplasty for morbid obesity. *Neurology* 1985;35:99-101.

21-Nadel AM, Burger PC. Wernicke encephalopathy following prolonged intravenous therapy. *JAMA* 1976;235:2403-5.

22-De Greve J. Van Belle S. A Wernicke's encephalopathy-like neurotoxicity induced by erbulozole. *Neurology* 1991;41:762-3.

23-Drenick EJ, Joven CB, Swendseid ME. Occurrence of acute Wernicke's encephalopathy during prolonged starvation for the treatment obesity. *N Engl. J. Med.* 1966;274:937-9.

24-Pentland B, Mawdsley C. Wernicke's encephalopathy following "hunger strike". *Postgrad Med J.* 1982;58:427-8.

25-Devathasan G. Koh C. Wernicke's encephalopathy in prolonged fasting. *Lancet* 1982;2:1108-9.

26-Wernicke's encephalopathy:review article. Editorial. *Br Med. J.* 1979;2:291-2.

27-Dooley-Clarke D. The hunger strike in Northern Ireland. Medical ethics and political protest. The Hastings Center Report 1981;pp.5-8.

28-Kleinman I. Force-feeding:The physician's dilemma. *Canad J Psychiatry* 1986;31:313-6.

29-Miller WP. The hunger-striking prisoner. *J. Prison Jail Health* 1987;6:40-61.

30-Kalk WJ, Veriava Y. Hospital management of voluntary total fasting among political prisoners. *Lancet* 1991;337(8742):660-2.

HEKİM ÖRGÜTLENMESİ ÜZERİNE BİR DENEME

Dr.Ahmet BATU*

Çağdaş toplumlar, örgütlü toplumlardır. Örgütler, toplumun belirli bir kesimini kapsamalarına rağmen, toplumun her kesimi ayrı ayrı örgütlendiğinde, bir bütünlük oluşturduğundan, toplumsal yapılanmalardır.

Hekim topluluğu, toplumumuzun neredeyse %0.1'lik bir kesimidir. Belirleyici özellikleri tıp fakültesi mezunu olmak olan, değişik yaş, cinsiyet, dil, din, mezhepten olan farklı ekonomik düzey ve siyasi düşünceden, yaklaşık 50.000 kişilik bir toplum kesimidir. Bu kesim de örgütlenmelidir. Örgütlenmelidir de nasıl? Burada "Örgüt" kavramını incelememiz gerekir.

Örgütleri, bir sınıflama yaparak; YASAL ÖRGÜTLER, MEŞRU ÖRGÜTLER, YASADIŞI ÖRGÜTLER, gibi üç ayrı grupta ele alabiliriz.

1-YASAL Örgütler:Anayasa'da yeralan, kendi özel yasalarıyla kurulmuş örgütlerdir. Örneğin; T.T.B., İşçi Sendikaları, Siyasi Partiler, Türkiye Barolar Birliği, TUSİAD, OYAK bu sınıf örgütlerdir.

2-MEŞRU Örgütler:Toplumsal isteklerle çağdaş bir dünyanın gereği, demokratik bir ülkenin zorunluluğu olarak varolmaları gereken, ancak, yasal düzenlemesi henüz yapılmamış örgütlerdir.Örneğin, Memur Sendikaları...

3-YASADIŞI Örgütler:Kurulması suç olan örgütlerdir. Gizli ve yeraltı örgütleridir. Örneğin Çek-Senet Mafyası, ASALA...

Hekim örgütlenmesinde doğaldır ki, sözkonusu olan örgütler Yasal ve Meşru Örgütlerdir. Bunları bir başlık altında ele almak gerekir. Çünkü meşru örgüt ile yasal örgüt arasında sadece, yavaş bürokrasinin toplumsal isteklere yetişememesinden kaynaklanan, zaman farkı vardır. Bu açıdan olaya yaklaşıncaya örgütler;

I-GENEL AMAÇLI ÖRGÜTLER; SİYASİ PARTİLER:

Ülke geneli ve toplumun bütünü için sistemler ve politikalar üreten ve/veya uygulayan örgütlerdir. Bu anlamda toplumun bütününe yönelik hedefleri ve programları vardır. Aynı yapı ve işlevde olmalarına rağmen, çok farklı bakış açılarına sahip olabilirler.

II-ÖZEL AMAÇLI ÖRGÜTLER:

Üç tiptir.

a)ODALAR, MESLEK ÖRGÜTLERİ:Belirli meslek gruplarınca oluşturulurlar. Katılım belli koşullarda zorunludur. Amaçları çok değişik olabilir. Örneğin Eczacılar Birliği, TMMOB vd.

b)DERNEKLER:Toplumun tümüne açıktır. Belirli bir amaç için toplanırlar. Katılmak zorunlu değildir. Örneğin Çevre Dostları Derneği v.d.

c)SENDİKALAR:Toplumun bir kesimine açık, ancak ekonomik haklar, çalışma güvenliği gibi belirli bir amaç için toplanılır. Katılmak zorunlu değildir. Örneğin Maden-İş, Otomobil-İş vd.