

ADLİ TIP

MÜESSİR FİİL SONUCU HUSULE GELEN SAR'ALAR

Yazan : Prof. Dr. Adnan ÖZTÜREL

Müessir (etgen) Fiil sonucu husule gelen sar'alara Tıpta Travmatik Epilepsi'ler ismi verilmektedir. Sar'a tarihin çok eski devirlerindenberi görülen ve tanınan bir hastalıktır. Hiç bir sebebe bağlı olmıyan sar'alar bulunduğu gibi, bir çok sebeplerle meydana gelen sar'alarda vardır. Sar'aların önemli sebeplerinden birisi Müessir (etgen) fiiller olup, bu fiiller'in bilhassa son senelerde Trafik kazalarının artması dolayısıyla travmatik epilepsilerin de artacağı bütün dünya için bu tip sar'aların büyük önem taşıması üzerinde durulması gereken bir konudur.

Bu etüd'de travmatik epilepsi özellikleri üzerinde durularak, amme ve ceza hukuku bakımından önem arzeden problemlerin çözümlerini sağlayabilecek esas prensipler izaha çalışılmıştır.

Travmatik epilepsi tıp dallarından bir çoğunu ilgilendirmekte, bilhassa Adli Tıp, İş tababeti, Nöroloji ve Psikiyatri (Sinir ve akıl hastalıkları) problemleri bakımından önem arzetmektedir. Travmatik Epilepsinin müessir fiillerden sonra husule geldiği iddiası halinde, bu iddianın mümkün olduğu takdirde tesbiti, şahıs lehine büyük menfaatlar sağlamaktadır. Müessir fiillerden sonra husule gelen muhtelif şekildeki travmatik epilepsilerin, halen yürürlükte olan sakatlık bareminde, sakatlık nisbetlerinin kaydedilmemiş olmaları, bu nisbetin tayininde, bilhassa ceza hukuku bakımından halli güç durumlara sebep teşkil etmektedir.

MÜESSİR FİİLE MARUZ KALAN ŞAHİŞLARDA; Walker % 3.5, Droux % 5.6, Philip % 6, Pauly % 8.7, Rouzaud % 9.5, Geurin % 13.9, Hagenmuller % 15, Garland % 16, Trichet % 21, Marshall % 23.2, oranında travmatik epilepsi husule geldiğini görmüşlerdir. Kafa kemiklerini kırımıyan travmalardan sonra husule gelen epi-

lepsi orantısı % 5 ilâ 13 arasında değişmektedir. Kafa kemikleri kırılan vak'alarda ise bu orantı % 40-50 yi bulmaktadır. (5.9).

TRAVMATİK SAR'ALARI HAZIRLAYICI FAKTÖRLER : Müzmin alkoliklerde travmatik epilepsi çok sık görülür. Bazı müellifler hemen hemen travmaya uğrayan bütün alkoliklerde epilepsi krizi görüldüğünü söylemektedirler (5). Çocukluktan kalma ensefalopati sekelleri (beyin hastalıkları), yersel veya genel ihtiyarlık öncesi atrofileri (beyin küçülmesi), kafa travmasından sonra epilepsi krizlerinin ortaya çıkmalarını kolaylaştırırlar. Familial irsi vasıflar, ailede akolik şahıslar bulunması bile epilepsi husulünde rol oynar (18). Bazan çocuklukta geçirilmiş basit konvülsiyonların (kasılmaların) travmatik epilepsi husulünde rolleri oldukları iddia edilebilir (24). Bu hususta kesin bir fikir ileri sürmek imkânı yoktur. Travmadan önce mevcut olan, beyin ve beyin zarları afetleri, damar şekil bozukluklarına inzimam eden travma sebeble kanamalar, beyin ırları (meningiyom, astrositom v.s. de) travmatik epilepsi husule gelebilir (4,5).

SAR'A HUSULE GETİREN MÜESSİR FİİLİN ÖZELLİKLERİ : Hafif ve şuur kaybı husule getirmiyen travmaların epilepsi meydana getirmedeği hususunda yazarlar hemen hemen ittifak etmektedirler (2). Bu halde epilepsi husule geldiğini gösteren çok az sayıda izlenim mevcuttur. Müessir fiilin isabet ettiği bölgenin önemi vardır. Beynin Frontal (alın) ve Temporal (yan) bölge travmaları ekseriya, oksipital (arka) bölge travmaları ise nadiren sar'aya sebep olur (13).

Kontüzyon serebral (beyin ezilmesi) odağı, epilepsi husulünde çok büyük rol oynar. Dura Mater (Beyin zarı) altındaki hematomlar ise büyüklükleri oranında, bizzat kitle basıncıyla epilepsi meydana getirebilirler Beyin dokusu içindeki afetlerin epilepsi krizi husulündeki tesiri önemlidir (17). Intraserebral (Beyin içi) hematomlar nadiren kafa kemikleri kırılmadan husule gelirler. Beyin apseleri de nadiren kapalı travmalarda meydana gelirler. Bunlar epilepsi meydana getiren sebeplerdir (3, 15, 16).

MÜESSİR FİİL SONUCU HUSULE GELEN EPİLEPSİLERİN EN ÇOK GÖRÜLDÜĞÜ YAŞLAR : Travmatik epilepsi çocuklarda ve yaşlılarda olmak üzere her yaşta görülür (22, 23). Çocuklarda travmatik epilepsi orantısı çok düşüktür. Chigot ve Esteve 2234 kafa travmasından 7 sinin, çocuk olduğunu müşahede etmiştir. Hagenmuller 2941 kafa travmasından 470 kişide, travmatik epilepsi tesbit, yaralıları yaşlarının 5 ilâ 70 arasında değişmekte olduğunu,

bunlardan % 70 inin 20-50 yaşları arasında bulduklarını müşahade etmiştir (16). Cotte ve Marin, iş ve trafik kazaları sebebiyle 20-40 yaşları arasında travmatik epilepsinin çok görüldüğünü bildirmektedirler.

TRAVMATİK SAR'ALARIN, MÜESSİR FİİLDEN SONRA HUSULE GELMESİ İÇİN ARADAN GEÇEN ZAMAN : Travmadan sonraki 3 ay içinde % 20 (Courjon), % 50 birinci sene içinde, % 63, üç sene zarfında (Jasper ve Penfield), % 80 beş sene içinde görülmektedir. Hagenmuller, Paris Pitie Hastanesi Fischold laboratuvarında, 10 sene içinde, 2479 kafa travmasından 470 vak'ada Post travmatik epilepsi tesbit etmiştir. Bunlardan % 26 sı ilk üç ayda, % 34 üç ay ilâ bir sene içinde % 40 ının 1 sene sonra meydana çıktığını, travmadan 33 sene sonra kriz görüldüğünü, bildirmektedir.

EPİLEPSİ TRAVMATİK HAKKINDA BUGÜNKÜ FİZYOPATOLOJİK FİKİRLER :

Başlıca iki fikir mevcuttur.

A — Hakiki travmatik epilepsi uzun zamandanberi bilinmektedir. Beyin ve Beyin afetlerine bağlı olan bu tip epilepsilerde genel veya yersel krizler görülür. Elektroensefalogram, Sar'a sebebini tesbite imkân verir.

B — Mevcudiyeti bazı yazarlarca şüpheli görülen travmatik menşeli Sous-Corticale (Beyin kabuğu altı) epilepsi olduğu düşünülmektedir. Bu tip epilepsi Sous-Corticale bölgedeki mikroskopik kanama nedbelerinin tesiriyle husule gelmektedir.

Travmanın, esasen mevcut olan sinirsel uyarılma özelliğini şiddetlendirdiği veya bunun, idiyopatik atrofi serebral'e (Beyin küçülmesine) veya alkolik afetlere inzimam ettiği ve bunun neticesinde fonksiyonel bozuklukların meydana çıktığını düşünenlerde vardır (Cotte). Bu fikre göre kendi kendine travma ile husule gelen epilepsi bahis konusu değildir. Epilepsiye hazır zemine travmanın tesiri önem taşımaktadır. Anatomik lezyonun, travmadan önce mevcut veya travmadan sonra husule gelmesinin şart olduğu ileri sürülmektedir.

KRİZE SEBEP OLAN ANATOMİK (ORGANİK) BULGULAR : Hagenmüller, 2941 kafa travmasından 470 inde travmatik epilepsi tesbit etmiş. Bunlardan 255 inde (% 55) kafa, beyin arazları bulunmamış, 215 inde (% 45) kafa, beyin ve beyin zarı anomalisi müşahade etmiştir.

Hagenmüller 470 travmatik epilepsi vak'asından 215 inde aşağıdaki anatomopatolojik belirtileri tesbit etmiştir.

195 kafa kırığında (% 41); 155 genel kriz, 22 Braivais Jacksonienne tipi kriz (yersel kriz), 5 petitmal epsence'i (küçük sar'a nöbeti) 13 temporal (Beyin yan tarafı) kriz husule gelmiştir. 195 vak'anın 88 inde kafa kemiğinde çöküntülü kırık görülmüş, bunlarda E.E.G. ile teşhis imkânı olmuştur.

15 Vak'ada aigue veya Subaigue Hematom (kısaca zamanda husule gelen kan toplanması) husule gelmiştir. Bu Hematomlardan (Kan toplanması) 5 adedi Beyin içi, 5 i dura mater (beyin zarı) altı, 5 i dura mater üstünde bulunmuştur. 15 hematom vak'asının % 60 ında sinirsel ve Elektroensefalogram bulguları tesbit olunmuştur. Krizler grand mal ve Braivais-Jacksonienne tipte olmuştur. 15 hematom vak'asının % 20 sinde E.E.G. belirtileri görülmüş, sinir belirtisi bulunmamıştır. % 20 sinde Krizler genel şekilde olmuş, fakat E.E.G. ve sinirsel belirti husule gelmemiştir. 7 vak'ada Beyin zarı kanaması bulunmuştur. Bu 7 vak'anın 2 sinde kırık görülmüş birinci sene sonunda grand mal (Büyük nöbet) şeklinde kriz tesbit olunmuştur. Beyin zarı kanaması olan 7 vak'anın 4 ünde sinirsel muayene normal, 3 ünde bazı kafa çiftleri belirtisi (koku almama, göz bebeği genişlemesi v.s.) bulunmuştur. E.E.G. de pek az değişiklik bulunmuş, yalnız kafa kırığı olan bir vak'ada E.E.G. ile odak tesbit edilmiştir. 5 vak'ada apse bulunmuştur. Bunlardan 4 ünde kırık görülmüş apse boşaltıldıktan, travmadan sonra, 1 sene içinde kriz husule gelmiş, E.E.G. ile odaklar tesbit olunmuştur. 5 vak'anın 3 ünde krizler hafif, 2 sinde grand mal şeklinde husule gelmiştir. 3 vak'ada sinirsel bulgu görülmemiş, 2 sinde yersel belirti bulunmuştur. 4 vak'ada seröz meningit (beyin zarı iltihabı), bir vak'ada araknoidit (Beyin zarı iltihabı), 2 vak'ada kist bulunmuştur.

KLİNİK BULGULARI : Travmatik epilepsiler de, diğer epilepsi tiplerinin, her şekildeki klinik belirtilerini gösterebilir. 2-5 saniyelik kısa bir zaman süren şuur kaybı küçük sar'a krizlerinin karakteristik vasfıdır. Travmatik subjektif sendrom (Müessir fiilden sonra husule gelen, kişi tarafından hissedilen, organik belirti tesbit olunamayan arazlar) basit gösterilerle seyder. Tali belirtiler çok değişik şekillerde bulunurlar. Harap olan yere göre hemipleji (felç) veya afazi (anlam bozukluğu), devamlı sakatlık olarak veya geçici bir şekilde bulunurlar (27).

Bazı vakalarda travmatik epilepsi gelişimi özellik gösterir. Kazadan sonra travmanın isabet ettiği yere göre sinirsel belirtiler yer-

sel elektrik bozukluğu müşahede edilir. Yersel epilepsi krizleri, yersel harabiyetten husule gelirler. Bunlar kazayı takip eden günlerde ortaya çıkarlar. Bazı tiplerde, lokalizasyon tesbit edilmez, günün birinde jeneralize epilepsi krizi meydana çıkar. Bazı vakalarda krizler sık sık gelir, epilepsi ilâçlarına rağmen krizlerin tekrarladıkları görülür. Bazı vakalarda ise krizler nadir gelir ve basit bir tedaviyle önlenebilirler.

Bazan krizler çok uzun fasılalarla seyrederek. Hagenmüller 470 travmatik epilepsiden, % 85 inde grande mal, % 9.5 unda petit mal, % 20 sinde, Bravais-jacksonienne (yersel) krizler ekseriya genel krizlerle birlikte, % 9.5 temporal epilepsi, % 8 vakada epilepsi ile birlikte konuşma bozuklukları, % 13 sensorielle (his) krizler, % 4.4 vakada organlara ait epilepsi, % 7.2 akıl bozukluğu, % 1.5 emotiv anksiyoz krizlerle epilepsi, % 12 vakada bariz baş ağrılarıyla birlikte epilepsi müşahede etmiştir (30, 31, 32).

Sinirsel Bulgular : Birçok vakalarda sinirsel bulgu tesbit olunmaz. % 70 orantısına kadar sinirsel belirti tesbit edilemeyen istatistikler mevcuttur. Hagenmüller, % 18 vakada cortical (beyin kabuğu) veya souscortical (Beyin kabuğu alt katları) sinirsel belirti, % 12 sinde II, III, VII, VIII inci kafa çiftleri bulgusu görmüştür (29).

ELEKTROENSEFALOGRAM : Travmatik epilepsilerin büyük bir ekseriyetinde anormal dalgalar alınır. Cotte ve Marin % 80, Garriagues, Planques ve Grézes-Ruef % 72, J. B. Foster % 70, Hagenmüller % 76, John N. Walton % 74 orantısında anormal dalga tesbit etmişlerdir (1, 12, 14, 20).

Hyperpné'de (sık solunum) görülen dalgaların, travmatik epilepsilerle pek az ilgileri mevcuttur. Umumiyetle bunların ehemmiyetleri yoktur (19). Işıkla yapılan uyarmalarda da bir netice alınmaz. Bunun sebepsiz epilepsiyi ayırım bakımından önemi vardır. Traseler yersel veya yaygın şekilde veya uyarımla anomaliler gösterirler. Traseler sivri şekilde veya hafif dalgalı veya ağır dalgalı veya karışık şekilde olurlar. Bu anomalilerin hepsi sonradan kaybolurlar. Bunlar epilepsiyi teyit ederler. Fakat travmatik epilepsinin teşhisi bakımından hiç bir kıymet taşımazlar. Saniyede 3 dalgalı, sivrice, ritmik olanlar sebepsiz küçük sar'anın (Petit Mal) karakteristik dalgalarıdır. Bunlar travmatik epilepside asla görülmezler. E.E.G. ile travmatik epilepsi teşhisi pek müşküldür. E.E.G. teşhisten ziyade hastalığın gelişimini kontrol bakımından önemlidir (21, 25, 26, 28). E.E.G. de Théta ve Delta anomalileri en yüksek orantı-

da görülür. Daha az nisbette Alpha, Beta anomalileri, alçak trase, sivri çıkıntılar bulunur.

TRAVMATİK EPİLEPSİ İLE İLGİLİ ADLİ TIP PROBLEMLERİ :

Travmatik epilepsi Amme hukuku, Ceza Hukuku ve Medeni Hukuk bakımından önem taşır. Taşıt ve iş kazası sonucunda meydana gelmişse tazminat bakımından sakatlık nisbetinin tesbiti icap eder (7, 8, 10, 11).

Bir çok vakalarda epilepsinin travma neticesinde husule geldiği iddia olunur. Travma ile epilepsi krizleri arasında kesin bir ilgi tesbitine yarayan delil bulunmaması sebebile, ileri sürülen iddianın reddine imkân vermiyebilir. Epilepsinin kafa travmasıyla ilgisini kabul için hadisede önce epilepsi krizlerinin olmadığı kesin bir şekilde tesbit edilmelidir. Pek çok kimsenin hadiseden önce epilepsi mevcudiyetini gizleyecekleri hatırdan çıkarılmamalıdır. Epilepsinin üç sene içinde meydana çıkması travma ile ilgisi lehinedir. Daha geç meydana çıkan epilepsilerde vardır. Organik ve klinik belirtiler arasında ilgi mevcut olabilir. Bu gibi hallerde travmadan sonra epilepsi meydana geldiği kesin olarak söylenebilir. Post travmatik subjektif sendrom'un mevcudiyeti delil olabilirse'de arızanın devam edip etmiyeceği hakkında bir fikir vermez. Epilepsinin gelişim şekli de teşhis bakımından fayda sağlayacak bir bilgi veremeyebilir. Bazan kazayı müteakkip yapılan E.E.G. ile anormal trasele alınması mümkündür. Fakat kazadan hemen sonra yapılan E.E.G. adedi yok denecek sayıdadır. Kazadan sonra husule gelen klinik belirtiler travmanın ağırlık derecesini gösterebilir. Kafa kemiği kırığından ziyade, kemik çöküntüsü önemlidir. Açık kafa travmalarında yapılan iyi bir ameliyat çok defa epilepsi husulü ihtimalini azaltır (Clovis Vincent).

Travmadan önceki durumun bilinmesi, idiyopatik epilepsi, beyin zarı afetlerinin bulunmaması lâzımdır. Damarlarda mevcut malformasyonlar sebebiyle kanama husule gelmiş olabilir. Böyle bir durumda, travmayı, ağırlaştırıcı faktör olarak kabul etmek gerekir. Beyin ularlarında travma sebebiyle, epilepsi husule geldiğini hatırdan çıkarmamalıdır.

TRAVMATİK EPİLEPSİLERDE SAKATLIK ORANI TAYİNİ :

Travmatik epilepsilerde sakatlık oranlarının tayini, belirtilerin durumu, devam süresine göre yapılmalıdır. Bazı vakalarda tedavi-

ye rağmen krizlerin artması veya gerekli tedaviyi yaptırmaması gibi haller sakatlık tayinini güçleştirmektedir (33).

Sakatlık tayininde, Klasik olarak en kıymetli delil krizlerin adedidir. Krizlerin, haftada bir gelmesi, sakatlığın ağır olduğunu gösterir.

Psişik bozukluklar (Bradypsychie, karakter bozuklukları) sakatlık tayininde çok önemlidir. İş kazaları bakımından, bir çok vakalarda çalışma kapasitesinin artabileceğini nazarı itibare alarak sakatlık tayin olunmalıdır. İş kazası ile epilepsinin direkt şekilde ilgisi olmalıdır. Kolaylaştırıcı sebepler nazarı itibare alınmalıdır. Kazadan önce epilepsi mevcut olan vakalarda ise, kazanın epilepsi seyrine tesiri üzerinde durulabilir. Bu tesirin tesbiti çok müşkül ve çok defa imkânsızdır. Kazadan önce patolojik bir halin olması kaza mesuliyetini azaltır.

Epilepsi krizlerinin, ortalama olarak kazadan 6 ay ilâ 3 sene sonra çıkması ve kazadan önce epilepsi olmadığının tesbiti halinde geçirilen kaza sorumlu tutulabilir. Ancak bazı vakalarda kazadan önce epilepsi olup olmadığının tesbiti imkânı bulunmamaktadır. Bu hususta verilen istatistikler ve klinik müşahedeler, travma mevcudiyeti, Adli Tıp bakımından kesin karar vermeye kafi değildir. % 15 sakatlık husule getiren seyrek krizli bir epilepside, işin değiştirilmesi zarureti yoktur.

25 yaşında B. ismindeki bir hanım 7 mart 1958 tarihinde, işine giderken bisikletten düşer. 12 saat koma halinde kalır. Üç hafta hastanede yatırılır. 1958 senesinde bir mayıs sabahı, saat 7 de uykudan uyandıktan sonra tipik şekilde genel epilepsi krizi husule gelir. Aynı şekilde bir kriz 1958 kasım ayında da görülür. E.E.G. de, Sous-Cortical tipin yaygın şekildeki trase anomalileri tesbit olunur. İntizamlı şekilde barbütürik (Müsekkim ilâç) tedavisine tabi tutulan hastada 1959, Ekim ayına kadar kriz görülmemiş, sakatlık % 15 kabul olunmuştur (Cotte).

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI SONUCU MALÜLLÜKLERİN KAZANMA GÜCÜNÜ NE NİSBETTE AZALTACAĞI HAKKINDAKİ 3/790 SAYI 24.7.1948 TARİHLİ TÜZÜKTE EPİLEPSİ SAKATLIK NİSBETLERİ AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE KABUL EDİLMİŞTİR.

1 — Ayda bir iki defa gelen ve az çok ruhî bozukluklarla birlikte olan ihtilâçlı sar'a nöbetleri % 32 - 67

2 -- Haftada bir kaç defa gelen az çok ruhî bozukluklarla birlikte pötimaller	% 38 - 71
3 -- Haftada birkaç defa gelen ve vücudun bir kısmına veya bazı gurup kaslarına yerleşen jackson nöbetleri	% 63 - 86
4 -- Akıl bozukluklarıyla birlikte veya yatalak derecede birbirine geçen nöbetler veya birbiri ardınca gelen sık, günlük ihtilaçlı büyük sara nöbetleri	% 10

FRANSIZ SAKATLIK BAREMİNE GÖRE EPİLEPSİDE SAKATLIK NİSBETLERİ :

1 -- Jackson epilepsisi olmyanlar :

A — Konvülsiv krizler :

Travmadan sonra husule gelme, ağırlığına veya krizlerin adedine göre

% 30 - 100

Nadir gelen krizler

% 20 - 30

B — Ekvilant epilepsi (Konvülsiv olmyanlar).

Apsans, baş dönmesi akseleri, procursif epilepsi :

Baş dönmesi akseleri veya senede 2-3 defa gelen procursif akseler

% 0 - 10

Baş dönmesi akseleri veya ayda bir defa gelen procursif akseler

% 10 - 20

Baş dönmesi akseleri veya haftada ortalama bir defa gelen Procursif akseler

% 20 - 30

Baş dönmesi akseleri veya haftada ortalama 3 defa gelen procursif akseler

% 40 - 50

Baş dönmesi akseleri veya ağır belirtilerle birlikte çok sık gelen procursif akseler

% 40 - 80

2 -- Jacksonienne Epilepsiler :

Küçük bir gurup kaslarda (yüz, bir el veya bacak) bir senede 10-12 defa gelen krizler ...

% 0 - 10

Yukardaki şekilde olup haftada bir defa gelen krizler

% 10 - 20

Yukardaki şekilde olup haftada müteaddit krizler

% 20 - 30

Oldukça yaygın bir kısımdaki kaslarda görülen senede 10-12 defa gelen krizler	% 10 - 20
Yukardaki şekilde olup, haftada bir defa görülen krizler	% 20 - 30
Yukardaki şekilde olup, haftada müteaddit krizler	% 20 - 40
Jeneralize krizler sakatlık nisbeti esansiyel epilepsi gibidir.	

BELÇİKA SAKATLIK BAREMİNE GÖRE EPİLEPSİDE SAKATLIK NİSBETLERİ :

Jeneralize veya jacksonienne olmiyan epilepsiler :

- | | |
|--|------------|
| a) Antispazmodik tedavisine rağmen, müşahede ile senede bir defa geldiği tesbit edilen krizler | % 15 - 30 |
| b) Kontrola ve tedaviye rağmen ayda 1-2 defa gelen krizler | % 30 - 50 |
| c) Kontrol ve tedaviye rağmen haftada en az bir defa gelen krizler | % 50 - 75 |
| d) Kontrol ve tedaviye rağmen hemen hergün veya daha sık gelen krizler | % 75 - 100 |
| e) Akıl bozukluğuyla neticelenen, Demansa kadar giden epilepside, akıl hastalığındaki sakatlık nisbetlerinden istifade olunur. | |

Ekivalan Epilepsi :

- | | |
|--|-----------|
| a) Baş dönmesi veya senede 1-3 defa gelen apsans | % 0 - 10 |
| b) » » » ayda 1 » » » sans | % 10 - 20 |
| c) » » » haftada 1 » » » sans | % 20 - 30 |
| d) » » » haftada 3 » » » sans | % 40 - 80 |
| e) » » » ağır belirti ve sık gelen apsans | % 40 - 80 |

- f) Önemli motor otomatizm ile birlikte (Bunda sakatlık nisbeti epilepsinin diğer şekillerindekine göre tayin edilir).

Jacksonienne veya parsiyel Epilepsi :

- a) Küçük bir grup kasları ilgilendiren (yüz, bir kol, bir bacak) senede 10-12 defa gelen krizler % 0 - 10
- b) Yukarıdaki şekilde olan, haftada bir defa kriz % 10 - 20
- c) » » » » birkaç defa kriz % 20 - 30
- d) Oldukça fazla kaslarda görülen, Senede 1 defa krizi % 10 - 20
- e) » » » » Haftada 1 defa krizi % 20 - 30
- f) » » » » Birçok defa krizi % 30 - 50

İrade Dışı Hareketler :

- a) Çalışma gücüne önemli şekilde tesir etmiyen titreme veya Miyoklonik tikler % 5 - 15
- b) Çalışmaya mani olan titreme ve tikler % 20 - 50
- c) Spazm sebebiyle mantal tortikolis % 20 - 30
- d) Genişlik ve sıklığına göre torsiyon spazm ... % 20 - 100
- e) Yazarlar krampı tipinde lokalize spazm % 10 - 20
- f) Kronik Kore (sorumluluğu çok şüpheli) % 10 - 30

Paris Tıp Fakültesi Profesörlerinden Dr. Matieu ve Doçenti Dr. Padovani 1960 ta neşrettikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları barem rehberinde epilepsi için aşağıdaki sakatlık nisbetlerini vermişlerdir.

Jeneralize Epilepsi :

- Her gün gelen veya sık gelen krizler (haftada 3-4) % 100
- Daha seyrek gelen krizler (ayda 1-2 defa) % 70
- Seyrek krizler (Senede 3-4 defa) % 30

Jacksonienne Epilepsi :

- Aralıksız uzun krizler % 80
- Her gün gelen veya hemen her gün gelen krizler % 50

Daha nadir krizler (haftada 1-2 defa)	%	30
Seyrek krizler	%	15

D. McBRIDE'in muhtelif yazarlardan istifade ederek hazırladığı sakatlık bareminde :

1 — Grand Mal

A — Endüstri ihtiyaçlarına adaptasyonda bir bozukluk olmıyan, gayri muntazam konvülsiyonlar; 1-2 seneden beri hiç bayılma olmamış, % 0

B — Sosyal ve endüstriyel ihtiyaçlara adaptasyonda kat'i bir bozukluk.

1 — Senede bir defadan fazla görülmiyen küçük konvülsiyonlar % 10 - 25

2 — Altı ayda bir defadan fazla görülmiyen ilâçla kontrol edilebilen orta derecede konvülsiyonlar % 20 - 34

3 — İlâçlarla kısmen kontrol edilebilen ve her 2-3 ayda görülen ağır konvülsiyonlar % 40 - 56

4 — Ruhun iyi ve beden iş yapma kabiliyetinde bir insanda her ay görülen çok ağır konvülsiyonlar % 60 - 76

5 — Bedeni bozukluk, ruhi gerilik; haftada bir görülen konvülsiyonlar % 100

2 — Petit Mal

A — Endüstriyel ihtiyaçlara adaptasyonda bir bozukluk olmıyan % 0

B — Endüstriyel ihtiyaçlara adaptasyonda kati bir bozukluk :

1 — Altı ay yahut bir yılda birden fazla görülmiyen, şuurun geçici olarak hafif kaybı % 0

2 — Her üç ayda bir görülen, şuurun orta derecede kaybı; ilâçla kontrolü mümkün olan % 10 - 27

3 — Zayıflık ve sıkıntı ile müterafık, ilâçla kontrol edilmıyen ve ayda bir görülen, şuurun ağır derecede kaybı % 20 - 37

- 4 — Haftada bir yahut daha sık görülen; sıkıntı ve sinirlilik veren ancak birkaç saat çalıştırılan ve sık sık işinden alıkoyan, şuurun aşırı derecede kaybı % 60-70

İş kazası sonucu husule gelen sakatlıklarda memleketimizde kullanılan sakatlık bareminde teferrüata önem verilmemiş bazı şekiller nazarı itibare alınmamıştır. Böyle hallerde diğer baremlerden istifade etmek lâzımdır.

TÜRK CEZA KANUNU BAKIMINDAN TRAVMATİK EPİLEPSİ :

Müessir fiil neticesinde travmatik epilepsi husule geldiği takdirde Türk Ceza Kanununun 456 ve 459 uncu maddeleri muvacehesinde iş ve güce mani olma, uzvun zaafı ve Tatili uzuv bahis konusu olabilir. Bu hususların tefriki çok defa müşkilât arzedebilir. Bunların tefriki için yerli ve yabancı sakatlık baremlerinin nazarı itibare alınarak, travmatik epilepsi sakatlığı % 10 dan aşağı ise, işgüce mani olma müddeti tayin olunmalıdır. % 10-25 veya şahsın özel durumları nazarı itibare alınarak % 10-30 ise uzvun zaafı; % 25-30 dan fazla sakatlık halinde Tatili uzvuz husule geldiği kabul olunmalıdır.

DİĞER KANUNLAR BAKIMINDAN TRAVMATİK EPİLEPSİ :

Askeri ve idari kanunlar bakımından tereddüdü mucip bir hal çok defa bahis konusu değildir.

Şahsın askere alınmaması veya hafif hizmette çalıştırılması, memur ise çalışma kapasitesine göre ve Memurin Kanunu hükümleri tatbik edilir. Memuriyet hizmet süresine göre rapor verilir. Kanunda tasrih edilen rapor süresi bitince çalışmıyacak derecede epilepsisi olanların işine son verilmesi gerekir.

ÖZET : Bu tütte travmatik epilepsinin Tıp ve Hukuk yönünden ihtiva ettiği özellikler incelendi.

L İ T E R A T Ü R

- 1) **Beaussart M, et Beassarl-Boulenge :** Emregistrement électroencéphalographique effectué immédiatement après traumatisme crânien chez 123 boxeurs examinés avant et immédiatement après combat. Ann. Méd. Lég. 1961. No. 4 sayfa 426-431.
- 2) **Buffard S:** Intéret des examens Psychologiques au cours des expertises intéressant les traumatisés crâniens. Ann. Med. Lég. Paris. 1959. No. 5 Sayfa 508-530.

- 3) **Chavany J. A :** Epilepsie. Paris. Masson 1958, Sayfa (218-224) (319-327)
- 4) **Cauget et A. Marin :** Evolutivité des séquelles Cérébrales chez les traumatisés crâniens. Ann. Méd. Lég. Paris 1958. No. 5 Sayfa 310-316.
- 5) **Cotte L :** Le Syndrome subjectif des Traumatisés crâniens. Ann Méd. Lég. 1960 No. 5 Sayfa 422-432.
- 6) **Cotte L. et Marin A :** Diagnostic médico-Légal de l'épilepsie traumatique. Ann. Méd. Lég. Paris, 1960 No. 1 Sayfa 5-10.
- 7) **Daumézou G :** Essai sur les fondements Psychiatrique au criminel. Ann. Méd. Lég. Paris 1951. No. 6 Sayfa 6-7.
- 8) **Decroix G., Blond ch :** Les séquelles des traumatismes crâniens. Ann. Méd. Lég. 1959. No. 6 Sayfa 531-537.
- 9) **Delay J. Deniker P. Barendse R :** La Réaction de Suicide chez les épileptiques, correlations avec le dangerosité des Sujets. Ann. Méd. Lég. Paris. 1957 No. 3 Sayfa 150-157.
- 10) **Desmond Curran :** Forensic Psychiatry and Psychiatric evidence in court. Medicine Science and the law. 1961 No. 3 Sayfa 250-254
- 11) **Derober L :** L'expertise du traumatisé crânien. Ann. Méd. Lég. 1961 No. 2 Sayfa 169-172.
- 12) **Fischgold H :** Difficulté de l'emploi de l'électro-encéphalographie dans l'expertise des anciens traumatismes. Ann. de Méd. Lég. Paris 1954 No. 1 Sayfa 23-29.
- 13) **Foster J. B :** Traumatic Epilepsie. The Medico-Legal journal 1962. vol XXX No. 1 Sayfa 20-29.
- 14) **Grézes-Ruff Ch :** L'électroencéphalogramme dans les séquelles neurologiques des traumatismes du crâne. Ann. Méd. Lég. 1961 No. 2 Sayfa 191-193.
- 15) **Grézes-Rueff. Ch. et J. Planques :** Troubles cérébraux consécutifs à des Traumatismes extracérébraux. Ann. Méd. Lég. Paris 1956. No. 5 Sayfa 258-265.
- 16) **Hagenmuller D :** Les épilepsie Post-Traumatique. Ann. Méd. Lég. Paris 1960 No. 3 Sayfa 211-221.
- 17) **Harvey Jacson : Head Injuries.** Medicine Science and the Law. Vol. I No. 4 Sayfa 431-435.
- 18) **Heuyer G :** L'expertise Psychiatrique. Ann. Méd. Lég. Paris 1968. No. 2 Sayfa 2-7.
- 19) **Lairy-Bounes G. C. et Benbaneste J :** Quelques aspects électroencéphalographiques, particuliers des syndromes Post-Traumatiques tardifs. Ann. Méd. Lég. Paris 1954 No. 1 Sayfa 3.11.
- 20) **Lerique-Koehlin, Lossky :** Conclusion sur L'E.E.G. de l'enfant après traumatisme crânien. Ann. Méd. Lég. 1962. No. 3 Sayfa 299-230.

- 21) **Kramaz P** : L'électro-encéphalogramme systématique dans les traumatismes cranio-encéphaliques de l'enfant. Ann. Méd. Lég. 1962 No. 3 Sayfa 216-223.
- 22) **Mises J** : Epilepsie Post-Traumatique de l'enfant. Ann. Méd. Lég. 1962 No. 3 Page 224-229.
- 23) **Pacheco A. C. Silva E** : Le diagnostic dans l'expertise psychiatric Médico-Légale. Ann. Méd. Lég. Paris 1952. No. 3 Sayfa 167-171.
- 24) **Pertuiset., Proteau J., Olivier H** : Correlation anatomo-cliniques des traumatismes Crâniens à propos de trois observation. Ann. Méd. Lég. 1962. No. 3 Sayfa 211-215.
- 25) **Planques et Grezes-Rufe** : L'utilisation medico Légale de l'électroencéphalographie chez les traumatisés du crâne. Ann. Méd. Lég. Paris 1952. No. 5 Sayfa 345-352.
- 26) **Planques J. et Grézes-Rueff** : L'apport de l'électroencéphalographie de l'expertise Mentale de l'adulte. Ann. Méd. Lég. Paris 1953 No. 5. Sayfa 253-258.
- 27) **Planques J. Grézes-Ruef et Mas J** : Crises epileptiques provoquées par un Anti- Histaminique de Syntéese. Ann. Méd. Lég. Paris 1957 No. 4 Sayfa 215-219.
- 28) **Planques P., Grezes-Ruff, Maron** : Peut-on Frauder electroencéphalogramme. Ann. Méd. Lég. 1961 No. 2 Sayfa 176-188.
- 29) **Pouderoux P. Ollivier H. Phelippaud Y. Collomb H** : Corp étranger auriculaire chez un épileptique essentiel, Dissimulation et tentative d'exploitation à des fins utilitaires. Ann. Méd. Lég. Paris 1950 No. 2. Sayfa 123-127.
- 30) **Olivier et M. Cénac** : A Propos du syndrome jsubjectif Post-Commotionnel. Ann de Méd. Lég. Paris 1958. No. 1 Sayfa 38-42.
- 31) **Olivier H** : De l'appréciation de l'I.P.P. dans les Syndromes subjectifs des traumatismes Crâniens. Ann. Méd. Lég. Paris 1959 No. 5 Sayfa 505-509.
- 32) **Trillot J** : L'expertise Psychiatrique à l'expertise criminologique. Ann. Méd. Lég. Paris 1952 No. 2 Sayfa 120-128.
- 33) **Verdeaux J** : Traumatisme craniens et delinquance intérêt de L'E.E.G. Ann. Méd. Lég. 1961. No. 3 Sayfa 292-294.