

## Çene Osteomyelitis'leri hakkındaki eski ve yeni düşüncelerin karşılaştırılması (x)

Suat İsmail GÜRKAN (\*\*)

Bizim burada amacımız, bu hususta klâsik bilgi sıralamak olmayıp son yarım yüzyıldanberi bu konuda ileri sürülen düşüncelerin - elimizde bulunan kaynaklar çerçevesinde - eskileri ile günümüze ait olanlarını ortaya koymaktır.

Bu düşünce ile, önce, sırası ile bu konunun eski fikirlerine kısaca değinildikten sonra günümüz araştırmacılarının bu husustaki geniş ve zengin yayınlarını ele alacağız. Böylece, okuyucuya, eski imkânlarla varılan sonuçlarla bugünün daha geniş ve ilerlemiş imkânlarının ve çalışmalarının sağladığı ve bugünün patolojik ve klinik bilgilerine dayanan düşünceler sonulmuş olacaktır.

Bu yazı dizisine - Fakültemizce son zamanlarda görevlendirildiğim (Dişhekimliği Tarihi) dersinin de etkisinde olarak-şöylece başlamak istiyorum :

Bizler, Kadırgadaki binada o zamanki okulumuzun son sömestlerinde okurken Tedavi ve Diş Cerrahisi Profesörü rahmetli Hüseyin Talât Hocamız bir hastanın osteomyelitisini o zamanın bekletme ve lavaj metodları ile aylarca tedavi etmişti ve ben de bu tedavinin yardımcılığını yapmıştım. Bundan sonra, 1927 de, ben Asistan iken

(\*) Bu husustaki yeni fikirlerin esasını, R. J. Gorlin ve H. M. Goldman'ın Başkanlıklarında Thoma adına 1970 de yayınlanan 2 ciltlik (Oral Pathology) den aldığımız bu yazı dizisinin -başvurduğumuz- öteki kaynakları yazılarımızın sonunda verilecektir.

(\*\*) İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi I. Küstüsü Prof.

polikliğinimize başvuran Sifiliz doğuşlu bir alt çene osteomyelitis'nin tedavisini de yine aynı Hocamız kontrolü altında bana bırakmıştı. 1930-31 ders yılında Paris'te, Hocamız Chompret'in Şefi bulunduğu St. Louis Hastahanesinin Stomatoloji Servisinde de birkaç vak'anın o zamanki tedavilerinde bulunmuşum. 1935-36 ders yılında okulu - muzun Diş Cerrahisi dersinde görevli Doçent olarak çalıştığım sırada yerel sebeplerle aynı hastalığa uğramış olup tedavisiyle benim meşgul olduğum yaşlı bir hastayı Hocamız Kantorowicz ilginç bularak derse çıkarmış ve hakkında değerli açıklamalarda bulunmuştu.

İşte, beni bu konuda yazmağa teşvik eden, bazıları arasından seçtiğim bu birkaç çeşitli tipteki bence tarihsel olmuş vak'alarıdır.

Şimdi, eski araştırmacıların bu husustaki düşüncelerine gelemiz: Bilindiği gibi, birçok çeşitleri olan bu hastalığı bu bakımdan, tek bir hastalık değil de (hastalıklar cümlesi) sayanlar pek de haksız sayılmazlar. Nitekim, kimi eski müellifler bu hastalığa daha ziyade yeni doğmuş çocukların tutulduklarını dikkate alarak daha çok o tipler üzerinde durmuşlardır. Başka bazı müelliflere göre de çocuklarda görülen 1/5 oranındadır. Bu müelliflerin kimisi de bunun daha çok 6-10 yaşlarındaki çocuklarda ve alveol ile çene açısı hizasında görüldüğünü söylemişlerdir. Yine bu dönem müelliflerin çoğu Ostitis âfetlerinin kısıtlı olmasına karşı bunun, kemiğe ve periosta yayılan yaygın bir şekil olduğunda ve bilhassa alt çenenin, dişlerin gelişmesi zamanına rastlayan osteojenik belirtiler dolayısıyla bu hastalığa elverişli bulunduğunda ve mutat ajanının da - ekseri altı yaş dişine ait olmak üzere - bir diş çürüğünden nüfuz eden Stafilokoklar olduğunda birleşmişlerdir. Bu dönemin kimi müellifleri ise yerel sebepli olanı için daha ziyade (cerahatli apikal periodontitis) i itham etmişler ve bu odakta mikrop virülansının çoğalmasının bunu yaptığını ve böylece de hastalığın, sağlam kimselerde olabildiğini iddia etmişlerdir. Yine bu dönem müellifleri, bir ağız girişinden başlayan Osteomyelitis'lerin eksantematik olanından daha çok görüldüğünü ve bunda çenenin kan yolu ile infekte olduğunu ileri sürmüşlerdir. Böyle bir periodontitis vak'asında kök kanalının yemek parçacıkları ile, ya da pulpa tedavisindeki baskılarla tıkanmış olması da sebep gösterilmiştir. Ayrıca, böyle infekte bir odağı anestezi pikürünün, ya da ameliyat travmalarının tahrik edebileceği ve böylece de yalnız mikrop virülanslarının artması değil, yerel direncin azalmasının da olayı tahrik edebileceği ileri sürülmüştür. Hastalığın patolojisi olarak da, bütün osteomyelitis'lerde iliğin, kemik dokusunun ve periost'un hastalandığı git gide ileri sürülür olmuştur. Bu düşüncelere göre in-

feksiyon hafif ise ilik tomurcuklanır ve kemik dokusu yapar. İnfeksiyon ağırsa ilik ölür. Hafif şekilde kemik dokusu artar. Hastalık şiddetli ise dağılıcı ostitis hasil olur, kemik nekrozlaşır ve sökestre teşekkül eder. Periost ise kızarır ve kalınlaşır, cerahat onu kemikten kolayca ayırır ve kedi dili biçiminde kalın bir periost hasil olur. Yine bu müelliflere göre, üst çene, kavitelerle çevrili ince bir kemiktir. Bu nedenle orada osteojenez hızlı değildir, çabucak sökestreler gelişir ve ekseri de sinüs açılır. Alt çene ise kompakt, fakat süngersi doku ile çevrili bir kemiktir. Bu yapı onun uzun bir kemikte kıyaslanmasına imkân verir. Nekrotik prosesler orada önemli madde kayıplarına yol açar ve bu da kırığa ve psodartroza imkân hazırlar.

Alt çene osteomyelitis'i mutad olarak kemiğin cisminde ikinci küçük azı ile birinci büyük azı arasındaki kısımda görülür (bazılarına göre kanin ile üçüncü büyük azı arasında). Âfetin nadir olarak ikinci büyük azı bölgesinde görüldüğünü söyleyenlerde olmuştur. Bu iki kısım müelliflere göre hastalığın bu bölgede olmasının esas nedeni bu bölgedeki dişlerin nisbeten çok çürümesi ve alt ön dişlerin çürükten muaf olmasıdır. Pek nadir olan çene açısı osteomyelitis'inin üçüncü büyük azı infeksiyonlarına bağlı olarak hasil olabileceğini ileri sürenler de görülmüştür. Ramusun, Kondil'in ve coronoideis'inkiler istisnaî kabul edilmiştir. Yine o dönemin müellifleri, prosesin çene damarının akımı yönünde yayıldığını ve frontal dişler sınırında durduğunu elverişli vakalarda alveol bölgesine kısıtlı kaldığını, fakat çene kemiğinin kaidesine yayılabileceğini ve bu takdirde kırık korkusunun başgöstereceğini, sökestre'lerin, genellikle büyük olup çene yarısının büyük bir kısmını işgal edebileceğini, alveol kenarına yakın olanlarının mukoza fistülü yaparak hızla ağızdan çıkabileceğini, çene kaidesinde bulunanların ise uzun süren cerahatlenmelere yol açabileceğini, bazen de tepkisel kemik hasil olması sonucunda sıkışıp kalabileceğini, bu vakalarda diş sallanmalarının meydana gelebileceğini ve ikinci bir safhada kemikte nekroz meydana gelebileceğini ve artık bu sallanan dişlerin yerlerinde tutulamıyacağını ve çocuklarda diş germ'lerinin âfetzede olabileceğini, öteyandan da osteojenez çabası ile çenenin tamire uğrayabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Yine bu müelliflerden kimisine göre : Prosesin yerel olanı bir diş, ya da alveol hastalığı olmasına karşı hematogen olanını kana metastatik olarak giren bakteriler yapar ve burada kemikle kemik iliğinin iç içe bir hstalık süreci halinde devam ettiğini kabul etmek gerekir.

Bu hastalığı kemik iliğinin cerrahatli bir iltihabı olarak kabul e-

den eski müelliflerden kimisi burada proçesin azgın ve süregen şekillerde aynı oranda ilerlediğini, azgın şeklinde staflok, streptokok, pnömokok, ve tifo basili gibi mikropların etkili olduğunu açık bir yarası olmayan sağlam kimselerde görüldüğünü ve mikropların Tonsilla, kulak, burun sinüs'leri, dişler, ya da solunum yolları, bağırsaklaor, ve cins organları yollarıyla kana girdiğini, süregen olan şekli -nin ise, çoğu, azgın şeklinden sonra olduğunu, kimi zaman da doğrudan doğruya süregen başladığını ileri sürmüşlerdir (bu müellifler bu son şekli - belirttileri ötekinden ayrı olduğundan - ilkel süregen şekil olarak kabul ederler). Bunlara göre : Çenelerdeki hematogen olanı ciddi bir azgın hastalık etkisi olmadan, ya da azgın bir infesiyondan birkaç hafta sonra meydana gelebilir, ve bu tip ekseri çocuklarda kızıl, kızamık, influenza, tifo ve difteri'den sonra görülür, fakat vak'aların çoğuna diş çürükleri, ya da çekimden sonraki infekte bir alveol sebep olur, Alveol apsesinden sonra görülen yerel infesiyonlar, ya da kırık gibi tromatik hasarlar osteomyelitis'i yaparlar, civa, arsenik, kokain ve fosfor zehirlenmeleri de Periostitis yaparak ya doğrudan doğruya, ya da genel direnci azaltmak suretiyle bu hastalığa sebep olur.

Bu dönemin kimi müellifleri ise uzun zaman osteomyelitis'ten bahsedildiği halde iltihaplı periostun osteomyelitis'le olan münasebetinin ostitis'le olan münasebeti kadar açık bir şekilde aydınlatılmamış olduğu kanısındadırlar.

Çeyrek yüzyıl önceki kimi müelliflere göre de çene osteomyelitis'i kırıklar, açık yaralar ve şarapnel yaraları gibi hasarların etkisiyle meydana gelir. Ayrıca, yüz yaralarının da yumuşak dokular olarak bu hastalığı yapabileceğine inanılır. Kimileri de bir çene kırığı alanında bulunan dişerin çekiminin, hattâ çene kırıklarının açık redüksiyon tedavilerinin de buna yol açtığını ileri sürerler ve bu yüzden esas koruyucu tedavi yapıp olumlu sonucunu vermeden bu gibi kırık tedavilerine girişilmemesini tavsiye ederler.

Bu günümüze daha yakın zamanın müelliflerinin bu konudaki düşüncelerine gelince :

Bunların bir kısmı çene osteomyelitisine ait incelemelerin çoğunun Spesiyalist olmayan Hekimler tarafından yapılmış olması dolayısıyla tam bir kesinlik taşımadığı ve bir çok noktalarının karanlık kaldığı, hematogen tipinin gençlere mahsus olduğu, bunun aslında genel bir infesiyon hastalığı olup ikincil olarak kemikte yerleştiği, hattâ, esas bakımından bağ dokusal bir hastalık olduğu, bir müdella

iltihabı değil, kemik iliğinin cerahatlenme şeklinde bir hastalığı olduğu, kemiğin bağ dokusunun az veya çok yaygın bir infeksiyonu olduğu, çocukta epifiz yakınında yerleştiği, infeksiyonun oraya damarlar aracı ile gelip Havers kanallarının bağ dokusunda çoğaldığı, ilk önce hasta bölgede şiddetli bir kojestion yaptığı, bir hafta sonra radyografide çok net bir rarefaksiyon ve kemik üzerinde yadınlık bir leke görüldüğü, eğer âfet cerahatlenmeye doğru gelişirse kemikte cerahatli şekilli bir infiltrasyon yaptığı ve cerahatin büyüyen aralıklarda yerleştiği, kemik içi dokusunun cerahatlendiği ve ilkel safhada kemik nekrozu bulunmadığı, bazan periost altında bulunan bir apse boşalınca hastanın sökestrasyonsuz olarak şifa bulduğu, alt çenede genel kadroda 2/600 oranında nadir görüldüğü, bütün osteomyelitis'ler gibi 6-20 yaş arasında görüldüğü, mikropların organizmaya genellikle deri yolu ile girdiği, bazan anjin, grip gibi infeksiyonların buna sebeb olduğu, nâdir olarak da başka bir kemiğin osteomyelitis'inden sonra ikincil olarak geliştiği, üst çenede ise istisnâî olarak daha ziyade bebeklerde görüldüğü, ve buna haksız olarak uzun zaman «Bebeklerin çene sinüzitisi» adı verildiği etiolojisinin kesinleştirilmesinin güç olduğu, çocuğun doğum esnasında değil de doğumdan sonra bulaştığı, mikropların giriş kapısının burun olmayıp annenin memesi aracı ile ağız yolu olduğu, diş gelişmeleri bölgesinin uzun kemiklerin gelişme kırırdağı ile kıyaslanmasının kaabil olması dolayısıyla diş sürmeleri esnasında delinen dişetin o bölgede bu hastalığa yol açtığı, bazan da çenede bir kan infeksiyonunun bu hastalığa imkân verdiği, bunu yapan mikropların Stafilokoklar ve Streptokok'lar olabileceği ileri sürülmüştür.

Şimdiye kadar bu konuda ileri sürülen çeşitli eski düşüncelerden önemli bulduklarımızı kısaca sunmaya çalıştık. Şimdi de bu günün, bu husustaki araştırmalarına ilginç ve tatmin edici bulduğumuz etraflı bir misal olarak Gorling ve Goldman'ın yayınlarının esas noktalarını sunmak istiyoruz. Bu müellifler diyorlarki: (Osteomyelitis, ilik kavitesinin ve Havers sisteminin bir iltihabı olarak başlayan ve hasta alanın periostuna yayılan iltihapsal bir olaydır. İlik kavitesindeki cerahatin, periostun altında toplanması sonunda kemiğin, kan damarlarından mahrum kalmasıyla infeksiyon, kemiğin kireçli kısmında da yerleşir.

Piojenik osteomyelitin uyarıcı sebebi olarak genellikle stafilakokküs aureus, bazan da stafilakokküs lavüs, Steptokokküs, Pnö-mokok, yada Tifo basili sorunlu olabilir. Sinüs teşekkülü, alanı ikincil olarak infekte ettiği zaman karışık infeksiyon görülür. Osteomiye-

litis'in hazırlayacağı nedenleri, kişiyi infeksiyona hazırlayan, ya da kemiğin yerel damarsal kudretinde bir gerileme meydana getiren bazı faktörlerdir. Bu şartlara ileri derecede kötü beslenme, diyabet, lösemi, agranülositoz, frengi, ya da tifo gibi ciddi eksentimatik durumlar eklenebilir. Osteopetroziz'te ve uzun süren Pagette görüldüğü gibi damarsal durumu bozulan, yada ışınlamalarla ölen kemik -infekte alana ikincil olarak bakteri infeksiyonu da girdiği takdirde- Osteomyelitik bir değişmeye elverişli bir hal alır.

Çene osteomyelitisi bakılıştta sağlam görülen kişilerde meydana gelebilir.

Hematogen doğuşlu, yada onsuz olan çene osteomyelitisi infeksiyondan doğar. Hematogen olmayanı, dışsal bir kaynak olarak açık bir yaradan, ya da orta kulak hastalığı gibi süpüratif foküs'ten direkt yolla meydana gelir. Hematogen olanı ise çocuklarda çok görülür. İlik kavitesinde değişen cerahat şu üç yönden birine yönelir: (1) Süngersi dokuya, (2) yandan yada ortadan kortekse, (3) kortikal kısma nüfuz ettikten sonra periosta varıp onu kemikten ayırarak. Periost altındaki cerahat, korteks boyunca baskı yaparak kemikte bir işemi meydana getirir.

Osteomyelitis'te bazı kan damarları tromboz'a uğrar ve septik trombicisimde piojenik apseler teşkil eder. Böylelikle süreç, başka kemiklere de yayılabilir. Bu yüzden, metastatik osteomyelitis, hematogen olanının özel bir çeşidi gibi kabul edilir. Çenelerin, metastatik osteomyelitise ilkel ya da ikincil olarak sahne olmaları nâdirdir. Fakat, buna dair vak'alar bildirilmiştir.

Azgın süpüratif bir iltihabın kemiğin içine hücum etmesinden sonra iç dokularda nekroz hasıl olur. Süngersi bölmeler damarsal kudretlerini kaybederler ve alanda sökestreler gelişir. İltihapsal sürecin Havers ve Wolkmann kanallarına yayılması kortikal kısımda bir işemi yapar ve bir kere cerahat yüzeye yayılır ve periostu kabartırsa kortikal dokunun nekrotik kısımları osteoklast çabası sonucunda canlı kemikten ayrılmaya başlar. Osteomyelitis etkisi ile kan kudretinden yoksun kalan beyaz yoğun bir yüzey haline gelir. Onun bağ dokusu da harab olmuştur.

Bu halde periost, kemikten ayrılarak kabarmış ve iltihapsal süreç içine azgın safha geçtikten sonra sökestreye karşı kılıf halinde yeni bir kemik kabuğu gelişir. Bu kemik, cerrahatı boşaltan ve (Cloocae) denilen sinüsler tarafından delinir. Böylece, kılıf, sökestreyi hapsedip dışarı çıkmasına çalışır. Bu halde, akına uğramış bu-

lunan ağın cerahat içinde yüzer. Tedavi edilmemiş vakalarda bu safha az, ya da çok belirsiz olarak uzar. Eğer kemiğin yaygın bir alanı akına uğramışsa şartlar, infeksiyonun azgın bir halde yürümesiyle, yahut Pyemi ya da tokssemi ile hastayı lme götürür.

Osteomyelitis genellikle alt çeneye çarpar. Olgunlarda st çenede -bazı yerel hazırlayıcı sebeblerin yokluğunda ve damarsal donanımın çok azaldığı durumlarda - meydana gelebilir. Alt ene, esas kan donanımını tek bir damardan aldığından periost yolu ile periferel damarlanması merkez bakımından tam bir kesintiye uğrar. Bu hal, cerrahi bir müdahale esnasında da meydana gelir. Osteomyelitis vak'alarının çoğu bir dişin apeksinde azgın ya da süregen bir infeksiyon neticesinde yerleşince çenede hematogen bir infeksiyon kendini gösterir. enelerin osteomyelitis'i bir dişin apeksinde bir apse yapıncaya kadar yavaş ve atıcıdır. Genellikle apse lokalize kalır ve kemiğin süngersi parçasında cerahatin yayılması yalnız, koruyucu piojenik zar harabolduğu zaman meydana gelir. Bu hal, sakatlık vak'alarında yapılan ameliyatlarda, ya da drenaj gelişmediği vak'alarda da görülürki bu durum infeksiyonun normal sağlam kemiğin içine girmesine sebep olur. Bir peri-apikal apsenin cerahatinin bukal, lingual ve palatinal yoğun kemiğin süngersi kısmının iliği içine neden doğrudan doğruya nufuz edebildiğini anlamakta güçtür. Bu hususta, bu cerahatin, ani olarak gelişen alanda bir baskı altında bulunduğu düşünülebilir. Bu safhada bir cerrahi müdahale, infeksiyonun süngersi dokuda çok geniş bir alana yayılmasına sebep olur. Ve bu da hasta kemik kısmının nekrozuna varır. Apikal bir apsedan kemiğin kortikal kısmı geniş miktarda akına uğradıktan ve yumuşak kısımlar arasına yayıldıktan sonra artık drenaj yerleşmiş ve ciddi kemik infeksiyonu klmştir. Periostun damarları tromboz'a uğradıktan sonra da içerdeki cerahet beslenme kanalları yolunu seçer.

Alt ene osteomyelitisi, yalnız, cerahatin ve iltihapsal eksüda'nın kemiğin süngersi kısmında toplanması ile değil, aynıyle periost geniş ölçüde hastalandığı ve artam periost - altı apse bulunduğu zaman da meydana gelir. Bu hal, yüzeyin damarsal nekrozuna kadar da varır. Ciddi infeksiyonlarda intra - medler ve sup - periostal proçes aynı zamanda cereyan eder. Kan donanımı, alt çenede, bu kemiğin osteomyelitis patojenisinde önemli bir rol oynar. Alt ene atar damarı yatay olarak attığından bu damarın trombozu alt çenenin bir taraftan kesintiye uğramasına sebep olur. Osteomyelitis'in gelişmesinde bu damarın trombozuna önemli çökeltici bir faktör gzle bakılır. Bu damarın trombozunun, hasta dişin apeksinin damara çok ya-

kın olduğu takdirde meydana gelebileceği ileri sürülmüştür. (Bilhas-  
sa alt üçüncü azılarda ve küçük azılarda kökler girişte olduğundan  
onlarda görülür). Teorik olarak, bakterilerin alt çene kanalına direkt  
nufuzu, bu damarın suladığı kemik alanına yayılmasını sağlar. Bu  
damar bu kemiğin esas besleyicisi olduğu kadar kemiğin periost'u  
da damarsal bir ehliyet taşıdığından endosteal kırkırdakla periostal  
damarsal ilik çabası arasında yaygın bir anstomos bulunduğu da ile-  
ri sürülmüştür.

Intra - medüller osteomyelitis, damarsal kesintide hasil olmuş  
tam bir mekanizma olarak meydana gelir. Ve burada sert kemik kom-  
partımanı için de iltihapsal eksüda vardır. Bu hal, kemik - içi infek-  
siyonla direkt olarak âfetlenmemiş olan damarlarda kollaps ile bir-  
likte bir tansiyon akımına sebep olur. İşemi alanının genişliği, yalnız  
ödemden dönen vena'larda esaslı bir obstrüksiyon yapmaz, aynı za-  
manda tromboza da sebep olur.

Fena beslenme, frengi, diabet, ciddi eksantema gibi hastalıklar-  
dan olma düşük direnç ve kemiği damarsız kılan bazı displazi'ler oste-  
omyelitis gelişimine hazırlık yaparlar. Osteoperozis ve Paget has-  
talığı da bundan sorunludur.

Alana hücum eden mikro - organizmaların etkisi ile hasil olan  
ciddi durum -tabiatıyla- osteomyelitis'in yayılmasında önemli bir  
safha teşkil eder. Bu halde infeksiyonlu hastalık tabiatıyla daha çok  
yaygın ve antibiotiklerin müdahalesine daha az elverişlidir. Bu ilaç-  
ların işe karışmasıyla vakalar daha az ciddi bir hal alır ve hücumu  
uğramış bulunan kemik alanı daha az yaygın bir durumdadır. Bazı  
mikro - organizmalar antibiotiklere direnç gösterirler. Penisilin'e  
direnç gösteren osteomyelitis henüz rapor edilmemiştir. Gilmour'un  
13 yaşından küçük çocuklara ait olarak bildirdiği 328 uzun kemik oste-  
omyelitisi vakasının 77 tanesi 1944-50 arasında, 25 tanesi de 1951-  
60 arasında meydana gelmiştir. Son guruptakilerden bazıları dayank-  
lı mikro - organizmalar tarafından infekte edilmişlerdir. İnfekesiyon-  
ların tedavisinde Penisilin 1944 de yer almıştı ve buna karşı dayan-  
kık gösteren mikro - organizma vak'aları da 1951 de yayımlanmıştır.

Hastalığın klinik durumu, eksüdanın ya süngersi kemiğin intra -  
medüller alanına ya da periostun altında toplanmasına bağlıdır. Cid-  
di osteomyelitis'lerde her ikisi de yarışircasına yer alırlar. Bu iti-  
barla, klinik olarak şartlar (1) intra - medüller osteomyelitis, (2)  
sub-periostal osteomyelitis ve (3) hem intra - medüller, hem de

sub-periostal osteomyelitis olarak taksim edilebilir ve bu yaygın hastalıkların yayılmasında erken antibiotik tedavisi etkili olur.

Müellifler osteomyelitisleri şöylece azgın ve süregen olarak iki kısımda ele almışlardır :

#### Azgın osteomyelitis :

Bu kısımda önce müelliflerin intra - medüller ve sub - periostal azgın türler hakkındaki açıklamalarının esas noktalarına değindikten sonra her iki çene kemiğinin yeni doğmuş çocuklarda görülen şekillerine kısaca göz atacağız :

#### A) Azgın intra - medüller osteomyelitis :

Klinik durum. - Cerrahî müdahaleli veya onsu bir durumdan sonraki bir odontogenik infeksiyon neticesinde hasta, derinden gelen bir ağrıdan ve çenenin âfetli bölgesinde mutedil bir hacımda ve yanağa yayılan sert bir şişten şikâyet eder çene saldırıya uğrayınca alt çene sinirinin süpüratif proçes içine düşmesinden âfetli tarafı alt dudak kısmında bir duyu azalması hasil olur. Hasta alanın dişleri gevşer, perküsyonda nâziktirler, cerahat alveol içindeki sayısız sinüslere dolar, ya da diş koleleri boyunca dışarı yürür, bezeler büyür ve nazikleşir.

Uzun kemiklerin osteomyelitislerinde olduğunun tersine olarak burada hasta, ciddi surette hasta değildir. Fakat ısı derecesi yüksek olup direnain yerleşmesi sonucunda ağrı azalır ve ısı düşerek şartlar azgın - altı bir hal alır. Kişi, kendini hasta hissetmez, Bazı müellifler, alt çene osteomyelitis'inde büyük bir yapısal düşme olmadığı düşüncesindedirler. Burada septisemi gibi ciddi komplikasyon vakaları da olmaz. Bununla beraber, septisemi'den, pnömoni'den meningitis'den ve Kavernöz sinüs trombozundan ölüm vak'aları bildirilenler de olmuştur. Kan donanımından yoksun kalmış bulunan kemik alanı ölür ve muhtemelen patolojik bir kırık sonucunda sökestre gelişir. Bütün alt çenenin sökestrelendiği vak'alar bildirenler de olmuştur.

Osteomyelitis alanı boyunca yeni kemik gelişir ve tedavi yokluğunda çekilip büzülmüş bir safha hasil olur. Kılıf teşekkülü bilhassa çocuklarda hızlıdır ve esas kemiğin masif bir halde öldüğü vak'alarda alt çene kemiği tekrar inşa olmaya başlar. Kondil'in gelişme alanı infeksiyonlu proçes içine düştüğü zaman bazan böyle bir çene gelişme yolundan sapar ve orada sürekli bir şekil bozumu bilhassa göze çarpar.

Intra-medüller osteomyelitis'in erken safhasında alt çeninin radyografileri normaldir. Üstünden üç hafta geçmedikçe afetin yaygınlığı görülemez. Grafide spongioza bölmelerinin haraplığı ve ilik alanının genişlemesine bağlı düzensiz rarefaksiyon görülür. Daha sonra, sökestre gelişimi karakteristik olan lekeli, ya da fare yeniği görünüşü verir. Şartlar süregen bir hal alınca kılıf gelişimi ile birlikte geniş sökestreler görülür.

Intra-medüller osteomyelitisin mikroskopik muayenesi ilikte polimorf nükleer lökosit'lerle birlikte geniş bir infiltrasyon gösterir. Hasta taraftaki kemik bölmeleri lakünlerde sökestreden ibaret olarak hücreden yoksundur. Bu nötrofil'lere ek olarak periferik ilik alanında lümfositler ve plazma hücreleri de görülür. Bunun gibi, osteomyelitik sürecin periferisinde bağ dokusu, iltihapsal süreci ayırmak çabasına girer. Yaygın infeksiyonun ekserisi hasta kemiğin önemli bir kısmında nekroza sebep olur. Ölen parçalar canlı kısımlardan ayrılmaya başlar.

Azgın sub-periostal osteomyelitis'e gelince:

Periost'un altında eksüda'nın toplanması, intra-medüller osteomyelitis'inkine benzeyen klinik ve radyolojik görü verebilir. Gerçekten, sub-periostal osteomyelitis'te kemiğin hastalığı korteks'in yerel alanına kısıtlıdır. Kemik değişimi, ya cerrahatin hızla korteks'de kopma yapmasını ve periostal teşekkül boyunca çeneye yayılmasını gerektiren periapikal bir apseden doğar, ya da, bir periodontal apseden alternatif olarak meydana gelir. Periost'un korteksten ayrılıp kalkmasını da genellikle küçük kortikal sökestreleri takip eder. Bazan da, süngersi kemiğin ânî olarak kortikal plak altında hududlu bir salgıya uğraması da bahiskonusudur. Fakat, korteks'in ilkel hastalığı süngersi yapının şiddetli bir patojenik istilâsı ile komplike değildir. Muhtemeldir ki ayrılıp kalkan periost iltihapsal eksüda'nın eklenmesiyle uzaklaşmıştır ve sıvının baskı tesirinin kemik yüzeyini zorlaması yerel kemik nekrozunda ek bir faktör olur. Cerrahat, genellikle, birçok sinüs'lerden direne olur ve dişlerin bulunduğu tarafa çıkar, fakat dişler perküsyonda duyulu değildir. Bu cerrahatin yol alması çok güçtür ve alt çenenin bir kısmının damarsal durumu kaynağını periost'tan alır. Böylece de korteks'in nekrozu, örneğin, Masseter-altı apselere kadar varan bir genişlik kazanır.

(Devam edecek)