

Çene Osteomyelitis'leri hakkındaki eski ve yeni düşüncelerin karşılaştırılması

Suat İsmail GÜRKAN (*)

(Geçen sayıdan devam)

Periost'un altındaki cerahatin teşhisi güç değildir. Ağız-ıçi ciddi bir ağrı ve ağız-dışı bir şiş ve mental sinirin nöro-pati'sinden doğma bozuk bir duyarlık vardır. Cerahat baskısı azaldığı zaman bu labial anestezi, ya da parestezi ortadan kalkar. Cerahat, birçok sinüslerle ekstra-oral ve intra-oral olarak ve ilgili dişlerin dişeti kenarından boşalır. Regional bir limfadenitis vardır, fakat yapısal düşüklük yoktur, cerahat boşaldıkça ağrı azalır.

Sub-periostal osteomyelitis'in erken vakaları anormal radiolojik durum göstermez. Şartlar üç hafta sürmüştür korteks'te bir aşınma görülür. Bu sırada, lateral oblik görünüş intra-medüller osteomyelitis'te görülene benzer bir gölge verir. Fakat, oklüzal bir filim hastalığının kortekse, yada korteks'in içine daldığını gösterir.

Osteomyelitis'in sub-periostal tipinde, süreç intra-medüller tipine benzer. Yalnız bunda ayrıca, periost ayrılmıştır ve kemik boyunca lateral olarak gelişerek alveole saldırmak eğilimi gösterir ve kemiğin dışına da yavaşça ilerler. Hiperemi, dikkate değer ödem ve polimorf nükleer lökositler de görülür.

C) Yeni doğmuş çocuklarda üst çene osteomyelitis'i :

Birkaç haftalık çocuklarda çene osteomyelitis'i genellikle üst çenede görülür. Fakat, nadir olup klinik varlığı vasıflıdır. Bunun hakkında ilk olarak Rees fikir yürütmüştür. Ondan sonra diş, boğaz ve göz lite-

(*) İ. Ü. Dişhek. Fak. I. Dişhastalıkları ve Konservatif Diş Tedavisi Kürsü Profesörü

ratürlerinde birçok vak'alar zikredilmiştir. 1949 da Cohen 80 vak'a bildirmiştir. Başka müellifler ise antibiotiklerin kullanılmasındanberi vak'aların az görüldüğünü ve ölümlerin de dikkate değer derecede azaldığını bildirmişlerdir. Antibiotik müdahalesinden önce mortalite %25-30 idi. Hastalık ciddi seyrediyordu. Dört hastadan birinin öldüğünü bildiren müellifler olmuştur.

Yeni doğmuş çocukta üst çene miyelitisinin sebebi infeksiyondur. Birçok müelliflere göre en çok görülen infeksiyon ajanı da Staflokokküs Aureus'tur. Streptokok ve Pnömonokok septiseminin hematogen çeşidini yapar kabul edilmiştir. Tam drenajda eksiklik ve yanlılığın Koli şeklindeki ya da difteroid ajanlardan olduğunu söyleyenler de bulunmuştur. İnfeksiyonun yolu ve uyarıcı nedenler hakkında da pek çok teoriler ileri sürülmüştür.

Bunun hematogen çeşidinin ya bir deri hastalığından ya da, orta kulağın piojenik Mastoid proçesinden, ya da Tonsil infeksiyonlarından olduğunu da söylemişlerdir.

Bazı müelliflerde osteomyelitis'in gelişmesinden önce bir deri infeksiyonunun tahrikçi bir rol oynadığını bildirmişlerdir. Bazı eski müellifler buna maksilla sinüsünün empiem'inin sebebolduğunu söylemişlerse de bunu reddedenler de bulunmuştur. Yayılma kaynağı olarak göz yaşını itham edenler de vardır.

Ebenin doğuma yardım etmek için, ya da ağızdan tükrüğü temizlemek için çocuğun ağızına parmağını sokması yerel bir sebebolabilir. Yeni doğmuş bir çocukta ağız mukozasının nazik durumu gözönünde tutulursa bu tür hasarların bunu yapabileceği kabul edilir. Bazı müellifler mikropların, annenin vajinal kanalından geldiğini söylerler. Bazıları ise sütninenin ya da annenin parmaklarından, ya da mikroplu besleme şişelerinden geldiğini ileri sürerler. Annesinin memesinde apse bulunan bir vak'a da zikredilmiştir.

Birinci süt azısının çukurlarının yeni doğmuş çocuğun alveol sırtında hakim bir role sahip olabileceğini ve çünkü yemekten sonra çocuğun ağızının temizlenmesi sırasında buradaki travma veya abrazyon bakımlarından infekte parmağın bu işi yapabileceğini de söyleyenler olmuştur. Bu hususta burun infeksiyonunu itham edenler de olmuştur.

Kişinin öteki taraflarındaki osteomyelitis kemiğin esas olarak besleyici damarlarının bir trombozu ile beraber bulunan azgın bir iltihabıdır. Üst çenede trombozu nekrotik kemiğin ve diş foliküllerinin sökestreleşmesi takip eder. Hastalığın ciddilik derecesi değişiktir ve

iyi neticeyi iyi bir antibiotik tedavisi hazırlayarak ölümü önler. Hastalık ateş, anoreksi ve bağırsak bozuklukları ile başlar. İlk belirti ateş, ya da lakrimal bölgede gözün içine varan kırmızılıktır. Bunu, afetli taraftaki gözkapağında dikkate değer bir ödem izler. Fazla bir ateş yükselmesi ve bitkinlik hâli vardır. İstilâya uğramış olan orbital bölge vakalarında önce göz Hekimi ile konuşulmalıdır. Bu durumdan sonra, birinci sût azısının bölgesindeki alveol ve damak şişer. Birkaç günde Sinüs cerahatle dolar ve kültürde Staflokok görülür. Damak şişi, kızıldaki gibi ve normal kısımla orta sırt tarafından keskin bir hududla ayrılmış olarak izah edilmiştir. Nihayet - muhtemelen Sinüs'e geçtiği için - cerahat buruna dolar, ya da âfetli tarafa kanlı bir sıvı yürür. Orbital şiş, ekseri Proptosis yapar. Ağız içinde, şiş damağa yayılır ve âfetli tarafta alveol boyunca birçok boşluklar cerahatle dolar. Cerahat serbestçe direne olmaya başlayınca ateş düşer ve daha hafif bir süregen safha başlar. Alveoldaki boşluklardaki ve gözaltındaki cerahat de boşalmağa yönelir. Aslında hasta, ciddi surette hasta değildir. Fakat serbest drenaj bir takım sebeplerle durmuş, ya da yavaşlamışsa ateş yüksekliği ve halsizlik onu yıpratmış bulunur. Sökestreler hasil oluncaya ve hasta diş çekilinceye, ya da cerrahi olarak kaldırılincaya kadar bu süregen safha artam kalır. Bu safha - cerrahî müdahale yapılmazsa - 2-3 ay sürer. Sökestre çıktıktan sonra orbitadaki âfetin üçte ikisi, ya da üçte biri kalır. Çene kemiğinde süregen cerahatlenme buldukça dişler kaybolur. Alt gözkapağının altında yapışkan eskar kalabilir. Hattâ, bu yüzden kornea da meydana gelebilecek herhangi bir ziyanı önlemek için (Blefaroplasti) bile yapmak zorumlu olabilir. Gözdışı bir kasın haraplığından diplopili bir şaşılık da meydana gelebilir. Teşhisin erken yapıldığı ve etkili tedavinin uygulandığı sağlam çocuklarda prognoz iyidir. Tedavi gecikirse meş'um bir sonuç hasil olabilir. Hastalıklarının ciddiliği ve yayılışı antibiotiklerin uygun uygulaması ile kontrol edilebilir.

Hastalığın yeni başladığı zamanlarda radyografik kontrolü olumsuz sonuç verir. Ancak, üç hafta sonra kemikte bir değişiklik görülebilir.

D) Yeni doğmuş çocuklarda alt çene osteomyelitis'i :

Çocuklarda üst çenedekinden daha nâdirdir. Literatürde birkaç vak'a zikredilmiştir. Nedenleri de üst çenedekinin aynıdır. Fakat, doğum travmasından olma kırık etkisi burada daha çok mümkündür. Kırıktan ebenin parmakları, ya da Forseps sorumludur. Doğum esnasında alt çeneye uygulanan çekme hareketi mukozada ciddi yırtıklardan çene kırığına kadar bir takım olaylara sebep olabilir ve bu da ilerde infek-

siyonun başlamasına yol açar. Takdim edilen 9 haftalık bir çocuk vakasında kemik yapısındaki ve süt dişindeki yaygın haraplığa rağmen sürekli dişler normal olarak gelişmiş ve yüzde de bir şekil bozukluğu hasil olmamıştır.

Süregen Osteomyelitis'lere gelince :

Bu tip, alçak vürümlü ajanlar etkisi ile, ya da osteopetrosis yahut paget sonucunda uzun süren bir kemik distrofisi kemikte damarsız koşul meydana getirmişse kendini gösterir. Bunlar, tedavi edilmemiş, ya da uygun olarak tedavi edilmemiş azgın intra-medüller, ya da sub-periostal osteomyelitis'ler sonucunda da ikincil olarak hasil olabilir. Kötü beslenme, diabet, üremi gibi düşük koşulların bulunması da süregen osteomyelitis için hazırlayıcı faktörler olabilir. Frengi, verem ve aktino-mikoz da daima aynı koşulları meydana getirebilirler.

Antibiyotik tedavisi bütün infeksiyon vakalarında tabiatıyla çene osteomyelitis'inin yayılmasını sınırlar. Antibiyotik tedavisinin erken başladığı vakalarda kütle halinde osteomyelitis (masif osteomyelitis) nadiren görülmüştür.

Bu osteomyelitis'leri de intramedüller ve sub-periostal olarak şöylece iki kısımda ele alacağız:

A) Süregen intra-medüller osteomyelitis :

Bu tip, derinde azgın koşullarda başlar. Eğer kemiğin geniş bir alanı istilâya uğramışsa koşulların süregen safhası geri dönücü olur ve eğer tedavi edilmemişse yıllarca sürer. İnfeksiyon kısıtlı, fakat artamdır. Çünkü, bakteriler ölü kemik içinde gelişmeğe elverişlidir.

Gelişmiş bulunan büyük sökestreler kılıf (involucrum) içinde hapsolmüştür. Ve böylece de erkenden savunulmuş durumda bulunurlar. Alanda hızlı bir cerahat boşalması ve yeni kemik gelişimi vardır. Düzensiz aralıklarla azgın belirtiler gösterir ve hasta yüksek ateşle birlikte şiddetli ağrı ve şişten şikâyetçidir. Bu hal, 3-4 gün sürer ve cerahat boşalmağa başlayınca hafifler. Yeni kemik gelişimi çene kemiğin de - yüzde asimetri yapan - bir kalınlık yapar. Son sökestre çıktıktan sonra hastalık koşulları kendi kendine sınırlanır ve adetâ kendi kendine iyileşir. Eğer kemiğin yaygın bir alanı hücumu uğramışsa kendi kendine iyileşmeden önce yıllar geçer. Hasta, çenesinin devamlı şekil bozukluğundan ve sinüslerin boşaldığı yerlerde birçok yüz eskarlarından şikâyetçidir. Bilhassa kemiğin infekte alanı ortadan kalkmış ve kemikte güzel bir epitelleşme çizgisi hasil olmuşsa bazan bu si-

nüsler iyileşmeğe gider. Nadir vak'alarda da ağız boşluğundan dışarıya doğru bir fistül gelişir.

Radyolojik görüntü hastalığın safhasına bağlıdır. Taze safhalarda değişiklik yoktur. Kireçli materyal kaybolduğundan ve yetmez bir hal aldığından itibaren radyografide başkalık görülür. Kimi müelliflere göre, radyografinin, kemik yapısında bir değişiklik göstermesi için önceden % 30-60 kireçli madde kaybolmalıdır. Ortadan kalkan alanda bölmeler inceler ya da tüy gibi olur. Bunun sonucu olarak da bitişim bozulur. Bu belirtiler, 8-10 gün sonra görülür. Fakat pratik bakımdan 2-3 hafta geçmedikçe değişiklikler âşikâr değildir. Genellikle kemik alanı haraplığı, vasıflı lekeler gibi görünür, ki bu da çeşitli hacim ve sayıda sökestrelelere yol açar. Kireçli maddenin sonra gelen kemikten ayrılığı sebebiyle sökestreleler grafide yoğun görünür. Bazı sökestrelelerin normal kemikten çok yoğun görünmesini oluşum sebebi belli değildir. Yeni kemik gelişimi daha çok yayılıdır ve çocuklarda olgunlardan daha âşikâr ve kortikal yüzeye dışardan yaslanmış gri bir şerit halindedir. Süregen intra-medüller osteomyelitis'in mikroskopik muayenesi, nekrotik kemiğin süngersi alanında âfetlenmemiş olan alandan ayırt edilemeyen azgın - ve azgın altı iltihap gösterir. Bu iltihap bir odak halindedir. Daha çok olan periferel kısımda kemikte aktif ostoklazik rezorpsiyon görülür.

B) Süregen sub-periostal osteomyelitis :

Bunda, kortikal tabakasının haraplık derecesi kemiği kan kudretinden uzaklaştıran cerahatin pericost altında toplanmasına ve infeksiyonu hazırlayan mikropların virülansına bağlıdır. Cerahat, ağız içinden, ya da dışından ne kadar erken direne olursa koşullar o derecede ağırlaşır ve süregen safha başlar. Burada, genellikle birçok ağız dışı sinüs'ler vardır. Kan kudretinden yoksun kalan kortikal tabaka nekroza gider. Fakat, dolaylardaki medüller kemik daha uzun bir zamanda yavaşça âfetlenir, birçok küçük sökestreleler gelişir ve bunlar genellikle cerahatle birlikte sinüs'lerden dışarı boşalırlar. Sökestrelelerin dışarı çıkmasından sonra iyileşme başlar. Süregen osteomyelitis'in intra-medüller çeşidine benzemeyen bu sub-periostal olanında hastalık - ona oranla - kendi kendine iyileşmeye doğru gideceğinden cerahat memnuluk verici şekilde direne olur.

Kendi kendine olan drenaj durumu koruyan adele şişkinliği dolayısıyla Masseter alanında fakirdir. Uygun bir tedavinin yokluğunda hastalık bu alanda çok ileri bir gidiş alır ve alt çenenin bu bölgesindeki fakir merkezî kan kudreti sebebiyle Ramus'tan çok kayıp verir. (Ra-

mus'un damarsal varlığı daha çok dışardan beslenir). Süregen çocuk sub-periostal osteomyelitis'i proliferatif kemik gelişimi yapar. Bu tepki genç kemiğin osteojenik kudretine bağlıdır ve yalnız aşağı virülanslı mikrob ya da mikrobların varlığında kendini gösterir.

Intra-medüller ve sub-periostal osteomyelitis'lerin birlikte buldukları ciddi bir alt çene osteomyelitis'inde hastalığın gidişi intra-medüller tiptekine benzer.

İlkel süregen osteomyelitis, azgın bir infeksiyonun erken safhasında eksik bir antibiotik tedavisinden sonra görülür. Çünkü bu hal, geride kalan mikropların virülansını artırır. Burada koşullar, çoklukla, geniş bir kemik alanının ortadan kalktığı tipteki ile kıyaslanabilir. Alt çenenin bir cerrahi müdahalesine karşı hasıl olan yaygın periost tepkisinden sonra geniş ve küçük belirtili nekroz hasıl olur. Aşağı derece infeksiyon, ya da kortikal tabakanın ileri sklerozu sebebiyle eğer periost kemiğe tekrar bağlanmağa ve yayışmağa çalışırsa kortikalın büyük bir kısmı küçük belirtilerle sökestreleşir. Eğer kemik Paget hastalığında ya da osteo-petrosis te olduğu gibi - uzun zaman kemik displazisi altında kalmaktan - damarsız kalırsa süregen osteomyelitis kendini gösterir.

Şimdi frengi ve verem doğuşlu osteomyelitis'lere geçelim :

A) Sifilitik osteomyelitis :

Kemikler, neo-natal frengide ve edinsel frenginin ikinci ve üçüncü dönemlerinde âfetlenir. Kemik dokusunda (tryponea pallidum) un sebeb olduğu patolojik değişiklik öteki dokulardaki frengiye esas bakımından benzer. Fakat, kemiğin özel anatomik ve fizyolojik durumuna göre değişiktir. Âfetin bulunduğu tarafta, süregen infiltratif, bazan da iğreti bir kireçsizleşme ve kısmî haraplıkla birlikte granulomatos ve nekrotik bir iltihap vardır. Alanın damarsal kudreti azaldığından orası sklerozik bir hal almağa yüz tutar. Osteo-skleroz'un reaktif yeni kemikle birlik olduğu vak'alar, osteo-porotik rarefaksiyon vak'alarından daha hâkim bir haldedir.

Çeneler âfetlendiği zaman, infeksiyon (gcm) a bağlı bir ostitis, ya da osteomyelitis şeklini alır. Frengili hastalarda meydana gelen osteomyelitis'te genellikle piyojenik infeksiyon katkısı vardır.

B) Tüberküloz osteomyelitis :

Bu osteomyelitis, basil, süngersi kemikte, bilhassa uzun kemiklerin epifiz'inde, parmak kemiklerinde, dorsal ve lomber vertebra'larda

yerleştiği zaman meydana gelir. Genellikle bir uzun kemiğin metafizal alanında başlar ve kemik dokusunda çok geniş bir haraplık yapar. Piojenik osteomyelitis'ten farklı olarak epifizel kırırdağı kolaylıkla tahrip eder ve hemen komşu bağlantı kopar. Kemikte bir travma ile ortaya çıkan ve tesbit edilmesi güç olan verem ambolisi yerleşir. Çenelerde verem âfetleri nadirdir. Her iki cins de aynı derecede âfetlenir.

Tüberküloz osteomyelitis i başlangıçta sinsidir. Ve belirtilerin ortaya çıkması için haftalar, hattâ aylar gerekir. Ortadan kalkmış olan alanda bazı şişmeler olur. Bu durum sub-periostal yeni kemik gelişimi sonucunda kendini gösterir. Fakat, bu üreyici hal, komplike olmayan veremde her zaman görülen bir şey değildir. Bu oluşum piojenik infeksiyondan sonra ikincil olarak hasil olur. Kemik haraplığı veremin vasıflı bir durumu olup radyografide kortikal kemiğin aşınması ile birlikte bulanık bir kemik halinde görülür. Daha sonra, periostu kemiren ve yüzeye kadar yol alan periostal bir apse gelişir. Nihayet, kemikte ikincil infeksiyonun girmesine elverişli sinüs'ler gelişir. Çenelerin tüberküloz'u, genellikle akciğerinkinden sonra ikincil olarak meydana gelir, kabul edilmiştir. Fakat, onunla birlikte bulunmayan alt çene vak'ası da bildirilmiştir.

Mukoza'nın bu tür âfetleri ise daima akciğer âfetlerinden sonra ikincil olarak meydana gelir.

Verem infeksiyonu için başka bir giriş yolu da açık pulpal çürük dişler olup bunların da akciğer âfetlerinden doğduğu ileri sürülmüştür. Bu suretle dişe giren bakteri, apikal granuloma benzeyen infeksiyonlara yol açar. Partsch bir diş kökünün etrafındaki peri-apikal dokuda verem basili bulduğunu ileri sürmüştür. Daha sonra tüberküloz periodontitis'inden de bahsetmiştir. Mikroskopik kesimde tipik epitelioid ve Langhans hücreleri bulduğunu - çekilmiş bir dişin köküne yapışık bir granülom'u inceleyerek - ileri sürenler de olmuştur. İncelenen granülom'un % 8 inde özel olmayan granülasyon dokusu bulunduğunu bildirenler de olmuştur. Bu durum, bir hastanın bir dişinin kökünde - başka hiç bir belirti göstermeden - tüberküloz odağı bulunabileceğini göstermektedir.

Veremli bir hastada yapılacak bir çekimden sonra - daha ziyade, infeksiyona direnci az olan hastalarda - kemik nekrozu meydana gelebileceği de ileri sürülmüştür. Merkezî ya da kemiksel infeksiyonlarda çekim yaralarından, ya da sürmekte olan bir dişle birlikte olarak proçesin yol aldığı da bildirilmiştir. Ayrıca, çekim yaralarının patla-

yıcı granülasyonları rapor edilmiştir. Bu müellifler bu raporlarda, diş çekiminden sonra meydana çıkan 15 verem vak'ası bildirmişlerdir. Bazı müellifler de bir diş cebinin tüberküloz infeksiyonunun - dişin apeksindeki veremli granülom çekim esnasında kökünden sökülüp çıkarılmadığı takdirde - mümkün olabileceğini söylemişlerdir.

Çene kemiğinin yaygın bir halde ortadan kalkması, kişinin başka tarafındaki bir odağın bulunduğu vak'alarda görülür.

Aird'e göre çenelerdeki tüberküloz infeksiyonunun ciddiliği orbitadan olan uzaklığına göre değişir. Ve alt çenede üst çeneden ve damakta ve üst alveolde de orbital kenardan daha ciddidir.

Çene tüberkülozu, kişinin başka yerlerindeki genel görünüşü izler. Ve genellikle ağız içi ve ağız dışı sinüs'lerle ve sökestreleşmelerle birlikte yavaş bir nekroz şekli alır, sinüsler yolu ile de ikincil infeksiyon ilerler, klinik görü daha komplike bir hal alır. Üst üste gelen infeksiyon bulunuşunun teşhisi güçleştirdiği ileri sürülmüştür. Bezelerin büyümesinin tüberküloz âfetinin ikincil infeksiyonunun derecesine bağlı olması muhtemeldir.

Çenelerin verem infeksiyonunun klinik görüşü (1). Bir dişeti âfetinden olmak direkt bir infeksiyon ile, (2) veremli granülasyon dokusu taşıyan peri-apikal granülomun infeksiyonundan (3) ya da hematogen amböli den olarak infeksiyonun şekline göre değişir.

Dişetinden doğan âfet, ya dişeti kenarının infeksiyonundan, ya da sürmekte olan bir dişin, dişetinde yaptığı delinmeden doğar. Burada önce bir yumuşak doku âfeti gelişir ve böylece periodontium'a ve kemiğe sızar, kırmızı ve sertleşmiş kenarlı ülserler meydana gelir, ülserle münasebeti olan diş, çıplak kalarak düşer. Çok ciddi olmayan bir ağrı da hasıl olur ve dişin çekimi de bir kurtarma sağlamaz. Bu süregen safha - ikinci bir infeksiyon hastalığın şiddetlenmesine sebep oluncaya kadar - aylarca sürer.

Bu hususta alveol âfetleri gösteren vak'alar bildirilmiştir. Yazılarını esas aldığımız müellifler de mediasten veremi teşhisiyle yatırılmış 6 yaşında bir hastada cerahat direnajının dişeti fistülünden olduğunu ve hastada parmak veremi de bulunduğunu, serolojik muayenenin tüberküloz basili gösterdiğini, ateşin yüksek olduğunu, nabzın 124, solunumun 26, kan baskısının 104/70, hemoglobinin % 54, akyuvarların 6150 olduğunu, Wassermann reaksiyonunun olumsuz olduğunu bildirmişlerdir. Bu hastada ayrıca, alt çenenin ön kısmının dudak yüzünde - sarı renkte kalın cerahat çıkan - direne olmak yolunda bir fistül, ve

küçük azılararası bölgede bir şiş vardır, her iki tarafta da çene altı ve boyun bezeleri büyümüşü. Afet dolayısıyla hasta, ağzını sürekli olarak açık tutuyordu. Radyografi, ön dişlerin alveolünde apeks altı alana kadar yayılan bir haraplık gösterdi. Tedavi olarak altı ön dişin çekimine ve alt çenenin büyük bir kısmının kaldırılmasına karar verildi. Kesilip çıkarılan dokunun patolojik muayenesi mukoza altında hiperplazik epitelyal bir şerit ve iki tane iyi gelişmiş tüberkül gösterdi. Bunlar Langhans tipinde epitelioid hücrelerden yapıli idiler. Bunlara tüberküloz infeksiyonu teşhisi konuldu.

Tüberkülozlu granülasyon dokusu taşıyan bir periapikal granülomun radyolojik görünüşü bir diş kökünün apeksinde görülen granülomunkinin aynıdır. Bu hal, ağrı ve periodontitis'ler birlikte olur. İlgili dişin çekiminden sonra âfet büyümeye ve cebde proliferatif granülasyon dokusu hasil olmaya başlar. Stafne şöyle bir vak'a bildirmiştir. 63 yaşındaki bir hasta, üç haftadanberi üst 1. azısında ağrıdan şikâyetçi idi. Orada bir dişeti fistülü vardı ve radyografi dişin kökünün etrafında Sinüs'ün tabanına varan bir kist gösterdi. Yapılan ameliyatta bu kistin dişe sıkıca yapışık olduğu görüldü. Mikroskopik muayene Langhans dev hücreli tüberkül gösterdi.

Kişinin başka yerindeki odaktan doğan verem materiyelinin hematogen ambolisi, hastalığın yaygın osteomyelitik şeklinden sorumludur. Ve bu hal, peri-apikal ya da merkezî osteitik infeksiyondan daha çok ciddi ve daha yayılicıdır. Bu durum, çenelerin her ikisinde de olur, fakat alt çenede daha çok olur. Üst çene ise - çoğunlukla, - buna gençlikte uğrar ve orbita-altı bölgede bu takdirde soğuk bir apse gelişir. Bu hastalıkta çene kemiklerinde, ya da alveol kemiğinde vasıflı radyolojik bir belirti yoktur. Proçes piyojenik mikroplardan doğduğu için âfetlerin çoğu ayırtedilemez bir haldedir. Radyolojik olarak âfetler, ya bir yere kısıtlıdırlar ve rarefie ostitis'e benzerler, ya da yaygındırlar ve osteomyelitis'in çok görülen çeşitlerinden ayırt edilemezler. Periost-altı yeni kemik gelişimi çenelerin vereminde her zaman görülmez. Yalnız, piyojenik mikropların sebeb olduğu ikincil bir infeksiyonun eklenmesi müstesnadır. Allan ramus da kiste benzer kemik haraplığı gösteren bir alt çene veremi vak'ası tarif etmiştir. Eğer, literatürde bildirilen düşünceler dikkatle seçilmiş ise ve onlara güvenilirse çenelerin veremi nâdirdir. Bu hastalık, kemiği giderek tahrir etmeğe, eğilimlidir. Proçes, süngersi dokuda ilerler ve kemik bölmelerinde nekroz ve parçalanmalar yapar. Zamanla aralıkta tam bir peynirleşme hasil olur. Kemiğin nekrotik bölmelerinde veremli granülasyon dokusu görülür.

S U M M A R Y

The writer who is also a professor of history of dentistry at the Faculty of dentistry primarily talks about his interest to this subject beginning from his school years and says that he has seen and attended to the treatments made on this subject with antiseptic washings when he worked with Prof. Chompret at the Stomatology clinics of St. Louis Hospital in Paris. After all, he says that the essential treatment of this subject was made by waiting the sequestrations when he worked with Prof. Kantorowicz as assistant profesor at the clinics of furgery of the Istanbul University.

The writer, after all, says that this illness was considered to be a complex of illnesses instead of a single illness, by the old people, and that according to this principle the form we see with the children was taken care of. At last, comparing the old and new conceptions of pathology, diagnosis and treatment, he indicates various treatments in various types of the illness according to new essentials.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Anderson, W. A. D.** : Pathology, second Edition, the C. V. Mosby Cy. St. Louis, 1953.
- 2 — **Beube** : Periodontology - Mediellan Cy. New-York 1953.
- 3 — **Decelle, R.** : Pathologie Buccale, Masson et Cy. éd. Paris, 1933.
- 4 — **Dechaume** : Précis de Stomatologie-Masson et Cy. éd. Paris, 1949.
- 5 — **Friteau** : Chirurgie dentaire, Gaston Doin éd. Paris, 1923.
- 6 — **Gürkan, K. İ.** : Pratik Cerrahi, İstanbul, 1971.
- 7 — **Hill** : Oral Pathology, Lea and Febiger, Philadelphia 1944.
- 8 — **Kantorowicz, A.** : Klinische Zahnheilkunde, Band I, Verlag von Hermann Meusser, Berlin, 1929.
- 9 — **Maruel, G.** : Chirurgie Maxillo - Faciale, le François éd., Paris, 1940.
- 10 — **Mead** : Diseases of the mouth, the C.V. Mosby Cy. St. Louis, 1933.
- 11 — **Thoma, K.** : Oral Pathology, third éd. The C. V. Mosby Cy. St. Louis 1950.
- 12 — Year Book of Dentistry - Çeşitli baskıları.