

Рефераты.

	<i>Стр.</i>
Amputatio pulvae dentis (М. М. Чемодановъ)	24, 71, 361
Анестезія кокаиномъ при удаленіи зубовъ (Ф. А. Звѣрж- ховскій)	369
Астероль (F. Steinmann)	257
Бактеріи гангрены (Roth)	550
Быстрое и радикальное излѣченіе хронической эмпіэмы Гай- моровой полости (Luc)	34
Вліяніе беременности на caries зубовъ (S. Biro)	77
Вліяніе формола и сѣрной кислоты на зубную пульпу и надкостницу корней (J. Witzel)	139
Выдѣленіе заразительныхъ частицъ при кашлѣ фтизиковъ (Neumann)	250
Вырожденіе и его связь съ обезображиваніемъ челюстей и неправильнымъ расположеніемъ зубовъ (Taebot)	147
Гипнотическая потеря сознанія (C. Margo)	36
Гистология эмали (Walkhoff)	149
Дезинфекція полости рта (Montefusco)	151
Естественныя приспособленія организма для самозащиты (Buchner)	487
Зловонное дыханіе (А. Пикъ)	492
Зубоврачебная помощь населенію и въ особенности уча- щемуся (А. К. Лимбергъ)	488
Значеніе полосканій (M. Saenger)	205
Зубы учащихся и зубоврачебная помощь въ школахъ (А. К. Лимбергъ)	257
Измѣненія въ строеніи человѣческой зубной эмали (W. Leon)	37
Иннервация зубной пульпы (Huber)	188
Инородное тѣло въ Гайморовой полости (Marchandé)	439
Іодистый натръ и калий, какъ средства противъ кровоте- чній (А. Хелмонскій)	547
Каріозный зубъ какъ причина разлитого паренхиматознаго кератита (A. Langic)	373
Къ казуистикѣ хлоръ-этиловыхъ наркозовъ (G. Seitz)	191
Лимонная кислота противъ зловоннаго насморка (Hamm)	492
Локализация lichen ruber planus (Stobwasser)	203
Лѣченіе актиномикоза (В. И. Разумовскій)	438
Лѣченіе актиномикоза іодистымъ калиемъ (Prutz)	439
Лѣченіе волчанки присыпкой (Кочановскій)	377
Лѣченіе гиперестезіи дентина сѣрно-кислымъ хиномомъ (Schwartz)	197
Лѣченіе caries'a 3-ей степени въ одинъ или два сеанса (Touvet Fanton)	85
Лѣченіе невралгіи по способу Нейбера (Шаширо)	319
Методъ окрашиванія споръ (A. Klein)	552
Мѣстная анестезія при операціяхъ (Nackenbruch)	204

	<i>Стран.</i>
Мѣстная анестезія растворомъ кокаина въ хлоръ-этилѣ (Bardet)	256
Мѣстное обезболиваніе пропитываніемъ (Heinze)	203
Нагноеніе глазничной клѣтчатки послѣ извлеченія каріознаго зуба (Hallauer)	252
Невидимые лучи чернаго свѣта (G. Le-Ven)	189
Невралгія тройничнаго нерва, обусловленная избыточнымъ кореннымъ зубомъ (A. Askermann)	440
Нирванинъ (Einhorn и Heinze)	151
Новые методы лѣченія заболѣвшей пульпы (Boennecken)	144
Общій наркозъ этилхлоридомъ (I. Wiesner)	377
Обезпложенная озономъ питьевая вода (Th. Weyl)	551
Окончаніе нервовъ въ слюнныхъ железахъ (П. Я. Корольковъ)	376
Основные принципы консервативнаго лѣченія пульпы (J. Arkövy)	317
Ортоформъ (W. Asam)	205
Патологическія соотношенія между глазами и зубами (Лайлейзъ)	549
Письма въ редакцію	259, 494, 497
Показанія къ экстракціи зубовъ (R. Kronfeld)	148
Порочное развитіе зубовъ мудрости (P. Reclus)	35
Приготовленіе агара (Т. Jokote)	553
Причина фосфорнаго некроза челюстей (R. Stockmann)	375
Проницающая способность формальдегида (de-Rechter)	319
Процессы заживленія зубной пульпы (A. Smith)	434
Раннее и врожденное прорѣзываніе зубовъ у дѣтей (В. П. Жуковскій)	82
Роль лимфатической системы въ явленіяхъ зараженія и невосприимчивости (L. Manfredi)	550
Связь между „гниеніемъ рта“ у дѣтей и рото-копытной болѣзью коровъ (R. Pott)	548
Сложная одонтома (W. Must)	190
Случай ангиома cavernosum linguae (И. П. Дьяченко)	254
Случай врожденнаго почти полнаго отсутствія молочныхъ и постоянныхъ зубовъ (Carlavan)	83
Случай орбитальной флегмоны зубного происхожденія (В. Догилайскій)	373
Случай перелойнаго воспаленія рта (A. Jesionek)	150
Случай скоропроходящаго психоза, вызваннаго невралгіей тройничнаго нерва (M. Switalski)	372
Слюнотеченіе рефлекторнаго происхожденія (Freu)	191
Современныя опредѣленія понятій піемія и септемія (Brunner)	490
Стерилизаторъ Ленковского-Геллера	86
Сублиматъ-тимоловое лѣченіе молочныхъ зубовъ (Ern. Smrecker)	550
Уклоненія въ развитіи при наследственномъ сифилисѣ; дистрофія зубовъ (E. Fournier)	366

	Стран.
Уклоненія въ формѣ отдѣльныхъ зубовъ у человѣка (А. Е. Taylor)	75
Формальдегидъ для дезинфекціи инструментовъ (Е. Horton).	36
Хлороформный наркозъ у дѣтей (Е. Кастнейль)	441

Засѣданія Обществъ.

Берлинскаго Одонтологическаго Общества 25-лѣтній юбилей	246
a) Заболѣваніе лимфатическихъ железъ въ связи съ страданіемъ зубовъ (Partsch).	246
b) Къ вопросу о патологической анатоміи чувствительнаго дентина и лѣченіе его (Walkhoff).	250
c) Къ вопросу о порчѣ и заболѣваніяхъ клыковъ слона (Busch).	250
d) Къ вопросу о пломбированіи зубовъ фарфоромъ (W. D. Miller).	247
e) Методы пломбированія зубовъ золотомъ (Bödecker)	249
f) Мѣстная анестезія инъекціей тропококаина при зубооубрачебныхъ операціяхъ (Albrecht).	249
g) Переимѣненіе зубовъ вообще и 2-го бикуспидата въ особенности (Dieck).	249
Второй Всероссійскій Одонтол. Съѣздъ.	308, 337, 352, 423, 533
a) Вырожденіе, проявляющееся въ страданіи зубовъ и о мѣрахъ культурной борьбы съ ними (А. З. Рябковъ).	313
b) Измѣненіе зубовъ у сифилитиковъ (О. В. Петерсенъ).	534
c) Критика ампутаціоннаго метода въ связи съ пульпоэкстракціей (А. З. Рябковъ)	337
d) Къ вопросу о примѣненіи штифтовыхъ коронокъ (Ф. Б. Конъ)	359
e) Къ вопросу объ организаціи правильной зубооубрачебной помощи желѣзнодорожному населенію: служащимъ и ихъ семействамъ (В. Т. Трофимовъ).	428
f) Къ вопросу объ организаціи зубооубрачебной части въ московскихъ кадетскихъ корпусахъ (Л. О. Гуминюкъ)	430
g) Нѣсколько случаевъ сложнаго протезированія послѣ операціи на челюстныхъ костяхъ и послѣ lues'a (А. В. Фишеръ)	351
h) Организація правильной зубооубрачебной помощи населенію путемъ устройства зубныхъ амбулаторій при городскихъ и земскихъ больницахъ съ бесплатнымъ приѣмомъ для бѣдныхъ (Г. А. Роговинъ).	426
i) Привѣтственныя рѣчи на открытіи Съѣзда	309
k) Проглоченный отломокъ искусственной челюсти. (А. А. Эберманъ)	536
l) Прогрессирующее ухудшеніе зубовъ въ нашемъ вѣкѣ, причины его и мѣры борьбы противъ него (В. Е. Шмигельскій)	538

	<i>Стр.</i>
m) Реплантація зубовъ (С. А. Тотвель)	357
n) Терапевтическая реплантація (А. И. Ковалевъ)	433
o) Техническія демонстраціи д-ра Herbst'a и E. Müller'a	347
Лионскій 4-й національный зубо-врачебный конгрессъ	89, 152, 198
а) Вліяніе діатезовъ на измѣненія зубовъ (Michaëls)	200
б) Вмѣшательство въ случаяхъ абсцессовъ и воспаленій (Sauvez)	91
в) Общая анестезія хлористымъ этиломъ (Ruegg)	199
г) Пораженія зубовъ и слизистой оболочки десенъ при различнаго рода діатезахъ (J. Tellier)	90
д) Прогнатизмъ верхней челюсти (Martinier)	200
е) Самопроизвольное выпаденіе зубовъ при двигательной атаксіи (Berret)	198
ж) Случай общаго остеоперіостита нижней челюсти (Adnot)	201
з) Случай кровоизліянія въ дно глаза послѣ экстракціи (Fellor)	202
Моск. Одонт. Общество	38, 96, 158, 207, 266, 321, 378, 442
Одесское Одонтологическое Общество	275
С.-Петербургское Зубо-врачебное Общество	273
Съѣздъ (71-ый) нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Мюнхенѣ	459, 519
а) Діагностика и терапія сифилитическихъ пораженій полости рта и челюстныхъ костей (P. Ritter)	462
б) Искусственныя челюсти (Storappu)	523
в) Кисты зубныхъ корней и гранулемы (Römer)	519
г) Патологія и терапія заболѣваній пульпы (A. Witzel)	526
д) Экспериментальныя данныя къ вопросу объ этиологіи пульпитовъ (Abraham)	459
Съѣздъ (VII) Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова	214
Цюрихскій Съѣздъ Швейцарскаго Одонтологическаго Общест.	87
— ◆ ◆ ◆ —	
Отчетъ I-ой Московскои зубо-врачебной школы за 179 ⁷ / ₈	276
William Gibson Arlington Bonwill	542
Хроника и смѣсь 47, 103, 164, 220, 281, 328, 385, 445, 497, 554	

РЕФЕРАТЫ.

Amputatio pulpae dentis.

Д-ра М. М. Чемоданова. (Москва.)

(Авторефератъ*) доклада, читаннаго въ Московскомъ Одонтологическомъ Обществѣ 25/II и 24/III 1898 г.).

Предметъ моего сообщенія—одинъ изъ способовъ консервативнаго лѣченія зубовъ, ампутаціонный методъ, опубликованный родоначальникомъ его Witzel'емъ въ 1874 г. Тысяча ампутацій, произведенныхъ мною съ ноября 1891 г. и подробно зарегистрированныхъ въ моемъ зубоврачебномъ журналѣ, даютъ мнѣ право критически отнестись какъ къ самому методу и его модификаціямъ, такъ и къ критикѣ этого метода другими практиками. Не смотря на четверть вѣка своего существованія, ампутація пульпы, какъ опредѣленный методъ лѣченія пульпитныхъ зубовъ, до сихъ поръ еще представляетъ спорный вопросъ. Цѣль моего сообщенія—разобраться въ противорѣчивыхъ взглядахъ на ампутацію пульпы и показать ея дѣйствительныя достоинства. Дѣлю его на 2 части: 1-я часть—исторія ампутаціи пульпы со всѣми ея модификаціями, 2-я часть—мои наблюденія и выводы на основаніи тысячи собственноручныхъ ампутацій.

1-я ЧАСТЬ.

Ходъ развитія консервативнаго направленія въ зубоврачеваніи до появленія ампутаціоннаго метода выпускаю въ авторефератѣ, отмѣчу только, что открытіе Spooner'омъ девитализаціи пульпы мышьякомъ въ 1836 г. и изобрѣтеніе Моррисономъ бормашины въ 1868 г. двинуло на много шаговъ впередъ это направленіе. Но неудачи послѣ девитализаціи пульпы и даже послѣ удаленія ея, обычныя въ доантисептической періодъ въ одонтологіи, заставили практиковъ работать въ противоположномъ направленіи: всѣми мѣрами сохранить пульпу. Начинается эпоха прикрытія пульпы и новыя неудачи, усугубляющіяся отъ чрезмѣрнаго увлеченія консервативнымъ направленіемъ до желанія спасти даже воспаленную пульпу.

Вотъ въ это-то время является Witzel съ своимъ ампутаціоннымъ методомъ. Выступивъ вслѣдъ за Листеромъ въ 1871 г. на защиту

*) Докладъ д-ра М. М. Чемоданова цѣликомъ напечатанъ въ Зубо-врачебномъ Сборникѣ за 1898 годъ. Ред.

самой строгой антисептики въ зубоврачеваніи, въ 1872 г. Витцель сдѣлалъ первые опыты ампутаціи пульпы, въ 1874 г. сообщилъ въ Касселѣ о 180 случаяхъ ампутаціи, въ 1878 г. демонстрировалъ въ Лейпцигѣ ампутацію воспаленной коронковой пульпы, а въ 1880 г. въ Берлинѣ — всю технику антисептическаго лѣченія зубовъ. Въ 1886 г. выходитъ въ свѣтъ его „Compendium der Pathologie und Therapie der Pulpkrankheiten des Zahnes“, гдѣ изложена ампутація пульпы.

Сущность ампутаціоннаго метода по Витцелю состоитъ въ томъ, что удаляется черезъ день послѣ каутеризаціи мышьякомъ коронковая пульпа моляровъ и оставляется корневая, которая, послѣ покрытія антисептической пастой, замѣняетъ пломбу корневыхъ каналовъ; корневая пульпа, сохранившая еще жизненные свойства (кровооточащая и чувствительная) покрывается морфійно-феноловою или іодоформо-цементной пастой, а безжизненная — сулемово-цементной послѣ обработки полости 2% сулемово-феноловымъ спиртомъ; паста прикрывается металлической капсулой, и зубъ тотчасъ пломбируется перманентно. (См. Т. I. р. 1). Условіе успѣха—строгая чистота и антисептика. „§ 117. Ампутацію долженъ предпринимать только тотъ, кто *чисто* и прежде всего *добросовѣстно* работаетъ. Нечисто и небрежно произведенная операція непременно влечетъ за собой неудачи.“

Продолжительность лѣченія—2—3 сеанса. Сравнительные результаты разныхъ способовъ лѣченія таковы: на 8 000 зубовъ съ больной пульпой, лѣченныхъ Витцелемъ антисептически съ 1872 по 1886 г., приходится неудачныхъ случаевъ при пломбированіи корневыхъ каналовъ около 2%, при ампутаціи пульпы — около 3%, при покрытіи здоровой или слегка раздраженной пульпы—приблизительно 6%, при попыткѣ же лѣчить консервативно воспаленную пульпу—болѣе 70%.

Примѣняя ампутацію пульпы при частичномъ пульпитѣ и исходя изъ той мысли, что мышьяковистая кислота оказываетъ вліяніе только на воспаленную часть пульпы, не простирающееся на здоровую корневую, Витцель рассчитывалъ на сохраненіе жизнедѣятельности корневой пульпы и, сообщая въ 1874 г. о первыхъ случаяхъ ампутаціи пульпы, говорилъ объ излѣченіи корней, о послѣдовательной калцификаціи корневой пульпы и новообразованіи дентина; впоследствии въ 1886 г. онъ измѣнилъ взглядъ, утверждая, что корневая пульпа послѣ ампутаціи коронковой и антисептическаго лѣченія превращается въ антисептическія волокна.

Витцель смотритъ на ампутацію пульпы не какъ на необходимое зло, проистекающее изъ невозможности экстрагировать корневую пульпу изъ узкихъ и искривленныхъ каналовъ, а какъ на обоснованный научно методъ лѣченія пульпитныхъ зубовъ, показанный при частичномъ пульпитѣ.

Витцель своимъ методомъ надѣлалъ много шума. Явились послѣдователи, явились и противники.

Нѣкоторые практики внесли измѣненія въ его методъ. Разсмотримъ ихъ.

Schlenker въ 1880 г. совѣтуетъ оставшіяся корневые части

послѣ ампутаціи пульпы смазывать смѣсью карболовой кислоты и танина, покрывать тонкимъ слоемъ нетвердѣющаго карболоваго цемента и тотчасъ пломбировать. Ничего особеннаго не вносить.

Профессоръ **Vaume** въ 1888 г. опубликовалъ свой способъ лѣченія каутеризированныхъ зубовъ, способъ импрегнаціи корневой пульпы солями, примѣняемый имъ съ 1886 г. на зубахъ съ узкими корневыми каналами (на молярахъ, верхнихъ премолярахъ и отчасти нижнихъ рѣзцахъ у пожилыхъ людей). Онъ соглашается не прибѣгать къ экстирпаціи корневой пульпы только подѣ условіемъ приведенія ея въ асептическое состояніе, для чего изъ всѣхъ существовавшихъ тогда антисептическихъ средствъ выбралъ старинныя квасцы и буру и, по аналогіи соленія въ прокъ свѣжаго мяса, сталъ солить ими корневую пульпу послѣ ампутаціи.

Ислѣдованіе просоленной корневой пульпы послѣ экстракціи зуба и эксперименты пропитыванія мяса солями въ стеклянной трубкѣ доказали, что послѣ девитализаціи, всю пульпу, т. е. и тѣ части, которыя уже охвачены процессомъ разложенія, можно пропитать антисептическими солями вплоть до корневой верхушки и даже далѣе. Квасцы оказали раздражающее дѣйствіе въ области корневой верхушки, проявляющееся черезъ день-два довольно рѣзкой болью, и были замѣнены бурой. (См. Т. 1 р. 2 а.)

Пріемы: послѣ полной девитализаціи мышьякомъ и ампутаціи при соблюденіи антисептики вкладываются въ влажную ампутаціонную полость кусочки буры, растираются и покрываются оловянной фольгой, поверхъ которой кладется цементъ, а потомъ и амальгама.

Оловянная капсула дѣлается для отдѣленія цемента отъ буры, въ соприкосновеніи съ которой цементъ не затвердѣваетъ. Нѣкоторые послѣдователи Вауме обходятся безъ оловянной подстилки при пломбированіи мѣдной амальгамой, кладя пломбу прямо на соль. (См. Т. I. р. 2 б). Работа безъ коффердама. Продолжительность всего лѣченія — 2 сеанса. Результаты: за 2 года (1886—1888) послѣ 300 случаевъ Вауме не помнитъ неудачъ.

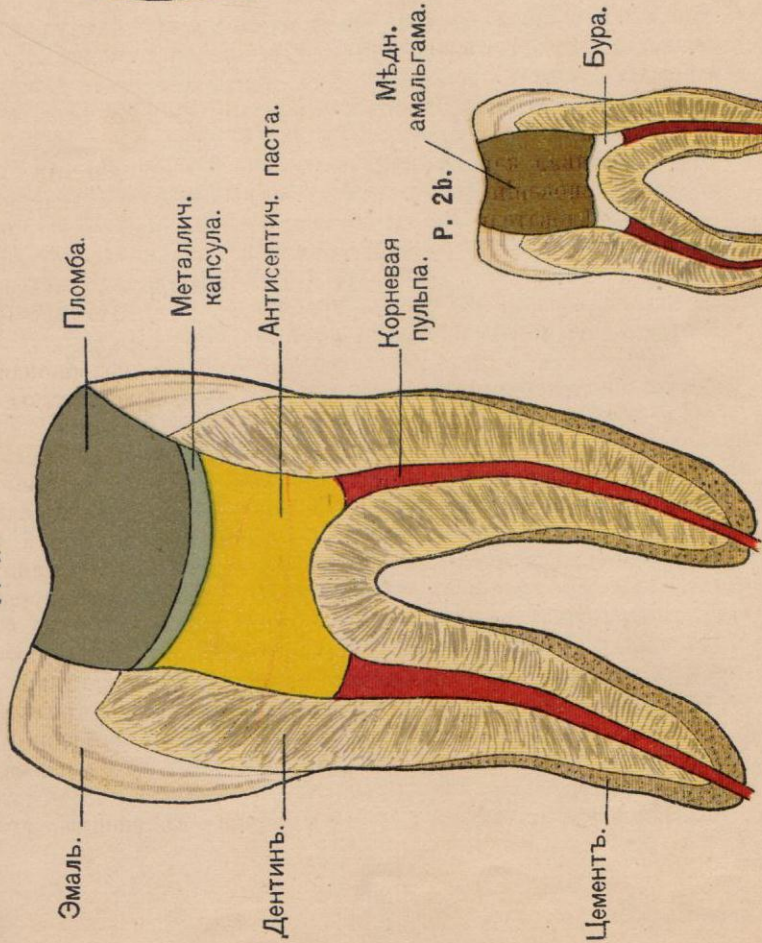
Однако въ первые дни отмѣчаются боли, возобновляющіяся изрѣдка спустя недѣли и мѣсяцы, хотя большею частью терпимыя и послѣ іода исчезающія.

Вауме имѣлъ много послѣдователей, которые сначала сообщали о блестящихъ результатахъ. Такъ **Rother** въ 1889 г. пишетъ, что въ 160 случаяхъ, лѣченныхъ по Вауме, ни одной неудачи, не считая вышеупомянутыхъ реактивныхъ явленій. Потомъ стали сообщать о неблагопріятныхъ исходахъ, а **Gutmann** повѣдалъ о 75% неудачъ на 94 случая! По поводу этого курьеза (не могу иначе выразиться) я много распространялся въ 1-й части моей статьи, здѣсь же кратко выскажу свой взглядъ: помимо химическаго раздраженія, оказываемаго на корневую надкостницу импрегнирующимъ средствомъ при проникновеніи его за предѣлы верхушечнаго отверстія, въ неудачахъ болѣе всего повинно отсутствіе точныхъ показаній къ ампутаціи со стороны діагноза заболѣванія пульпы.

Въ 1892 г. выступилъ д-ръ **Herbst** съ своимъ ротаціон-

АМПУТАТІО PULPAE.

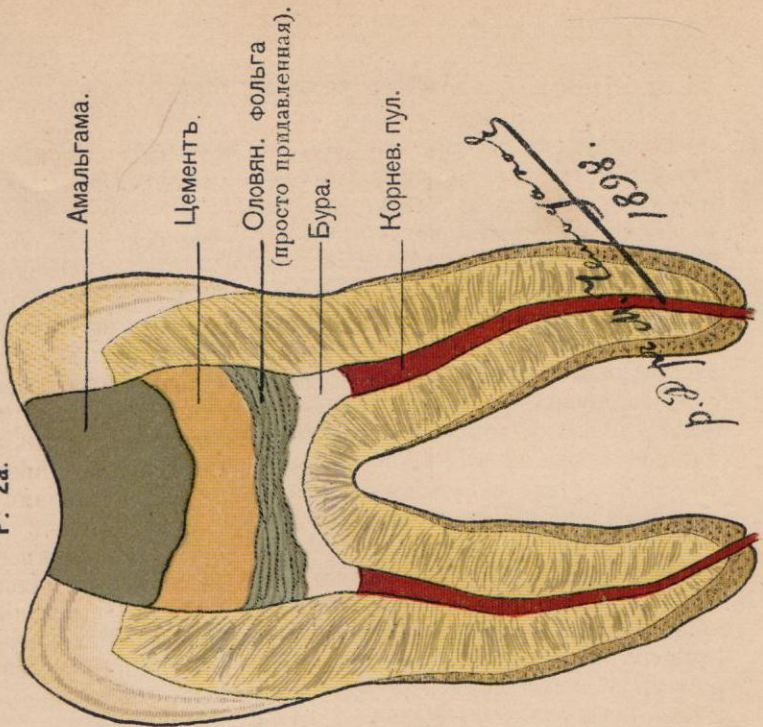
Р. 1.



АМПУТАЦИОННЫЙ МЕТОДЪ ВИТЦЕЛЯ

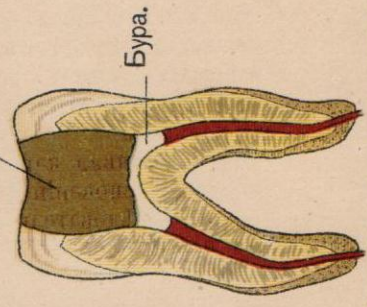
ВИДОИЗМѢНЕНІЕ СПОСОБА БАУМЕ.

Р. 2а.



ИМПРЕГАЦИОННЫЙ СПОСОБЪ БАУМЕ.

Р. 2b.



Здѣсь и на послѣдующихъ рисункахъ представляется нижн. болѣе. корен. зубъ съ санитальною (мезіально-дистальною) разрывъ.

Р. 1 по рисунку Витцеля, р. 2а и 2b по описанію въ литературѣ.

нымъ способомъ, состоящимъ въ томъ, что послѣ ампутаціи коронковой пульпы полость выполняется оловянной или золотой фольгой, которую конденсируютъ ротационнымъ способомъ при помощи бормашины. (См. Т. II. р. 3а). Методъ Herbst'a, по существу ампутаціонный, отличается отъ предыдущихъ тѣмъ, что 1) для каутеризаціи пульпы вмѣсто обыкновенной мышьяковистой кислоты употребляется кобальтъ, 2) полость герметически закрывается не простымъ, а ротационнымъ способомъ, 3) не примѣняется никакой антисептики (работа безъ коффердама). Особенной защитой отъ атмосфернаго воздуха Herbst разсчитываетъ достигнуть того, что корневые каналы впоследствии „окажутся пустыми и безъ всякаго дурнаго запаха“. При этомъ у него особая боязнь механическихъ раздраженій. Крупный недостатокъ — отсутствіе антисептики, при чемъ отсутствіе точныхъ показаній къ ампутаціи со стороны діагноза еще болѣе вредитъ дѣлу.

Herbst нашель много послѣдователей. Нѣкоторые внесли въ его методъ существенныя поправки относительно антисептики и асептики. Д-ръ Bodecker сначала противникъ, а потомъ поклонникъ этого метода, такъ описываетъ исправленный методъ: „накладывается коффердамъ, основательно дезинфицируютъ полость, производятъ ампутацію совершенно чистымъ боромъ, послѣ ампутаціи слѣдуетъ промыть полость растворомъ сулемы 1 : 1000“. Бедекеръ убѣжденъ, что успѣхъ зависитъ отъ непроницаемости для воздуха оловянной или золотой крышки; кромѣ того, описывая свои случаи (только 14), совѣтуетъ старательно избѣгать всего, что могло бы повести за собой введеніе септического начала въ корневые каналы передъ покрытіемъ ихъ фольгой. Однако точныхъ показаній къ ампутаціи со стороны діагноза патологическаго процесса въ пульпѣ не приводится; это особенный недостатокъ при такомъ методѣ, гдѣ весь успѣхъ зависитъ отъ асептичности корневой пульпы, тѣмъ болѣе, что здѣсь не остаются подъ пломбой антисептическія вещества, которыя могли бы привести въ асептическое состояніе не совсѣмъ асептичную корневую пульпу.

Зато Бедекеръ даетъ обстоятельныя микроскопическія изслѣдованія корневой пульпы послѣ лѣченія по Гербсту. Какъ бы то ни было, эти изслѣдованія такого знатока гистологіи зубовъ, какъ д-ръ Бедекеръ, цѣнны и доказательны въ томъ смыслѣ, что корневая пульпа послѣ ампутаціи по методу Гербста и безъ постоянной антисептической крышки можетъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ оставаться подъ пломбой здоровой, въ смыслѣ полного отсутствія какого-либо септического процесса (если она не была септична до ампутаціи); кромѣ того даются доказательства, что она надолго можетъ оставаться жизнеспособною. Эти данныя микроскопическаго изслѣдованія вполне согласны съ моими клиническими изслѣдованіями корневой пульпы зубовъ, пломбированныхъ по ампутаціонному методу.

Др. *Rau*, послѣдователь Гербста, обращаетъ особенное вниманіе на герметическое закрытіе пульповой полости оловянной фольгой, объясняя неудачи недостаточной защитой корневой пуль-

пы отъ атмосфернаго воздуха. При изслѣдованіи зубовъ, лѣчен-ныхъ по Гербсту, находилъ, что корневая пульпа была резорби-рована при полномъ отсутствіи гангренознаго запаха.

Д-ромъ **Sepp** описано „видоизмѣненіе метода Гербста“, состоящее въ томъ, что послѣ обработки ампутаціонной полости растворомъ сѣлемы 1: 1000 и осушки ватой, алкоголемъ и нагрѣ-тымъ воздухомъ, вносятъ въ нее тонкій слой порошка іодоформа, тіоформа или діафтерина, поверхъ котораго кладутъ амальгаму и оканчиваютъ пломбированіе ротаціоннымъ способомъ. (См. Т. II. р. 3 b).

Это „видоизмѣненіе метода Гербста“, описанное только въ 1894 г., похоже на одинъ изъ моихъ способовъ, который я прак-тикую съ 1892 г., какъ видоизмѣненіе Витцелевскаго метода, сдѣланное мною еще до опубликованія метода Гербста; словомъ, видоизмѣненный методъ Гербста приблизился, по существу, къ своему прототипу—методу Витцеля: въ обоихъ случаяхъ корневая пульпа покрывается антисептическимъ веществомъ, остающимся подъ пломбой.

Van Bracht, сообщающій объ этомъ видоизмѣненіи въ 1895 г., говоритъ: „способъ этотъ примѣнимъ въ случаяхъ свѣжаго воспа-ленія и при ампутаціи болѣе или менѣе кровоточащихъ пульпъ“; неуспѣхъ же при этомъ способѣ объясняетъ „предварительною слиш-комъ глубокою инфекціей пульпы въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло заключается не въ свѣжемъ, ясномъ для діагноза пульпитѣ“. Примѣнялъ въ своей практикѣ методы Витцеля и Гербста поочередно съ наилучшими результатами.

Докторъ медицины **Röse** въ 1894 г. выступаетъ на защиту метода Гербста, отъ котораго онъ получалъ блестящіе результа-ты. Röse признаетъ его показаннымъ для многокорневыхъ зу-бовъ въ случаяхъ: *hyperaemia pulvae* и *pulpitis partialis* и про-тивопоказаннымъ при *pulpitis totalis purulenta* и *pulpitis gangraenosa*.

Приемы **Röse**: каутеризація мышьякомъ или кобальтомъ, по-крышка Fletcher'овскимъ цементомъ на нѣсколько дней. Пульпо-вая полость послѣ ампутаціи и нижній слой оловянной фольги увлажняются некрѣпкимъ антисептическимъ растворомъ (5% ли-золемъ); совѣтуется коффердамъ. Фольга конденсируется ротаціон-нымъ способомъ, и оканчивается пломбированіе любымъ матеріа-ломъ. Вопреки Гербсту, олово или золото не считаются единст-веннымъ матеріаломъ для достиженія герметизма: Schirmer (изъ Базеля) при покрытіи корневой пульпы гуттаперчей, растворен-ной въ хлороформѣ, также получалъ прекрасные результаты. Итакъ, преимущества способа Гербста по Röse: простота и ско-рость (продолжительность лѣченія—2 сеанса); условіе успѣха: вѣрный діагнозъ и антисептика при операціи.

Относительно судьбы корневой пульпы: признавая фактъ сохраненія жизнѣдѣтельности корневой пульпы на долгое время въ отдѣльныхъ случаяхъ, конечнымъ результатомъ Röse считаетъ рассасываніе ткани.

Берлинскій профессоръ **Миллеръ** подвергъ критикѣ всѣ существующія видоизмѣненія ампутаціоннаго метода, занявшись

ихъ провѣркой съ 1888 г., и опубликовалъ свои изслѣдованія въ 1893 году.

Выводы изъ критики: методъ Витцеля, не смотря на малый процентъ неудачъ, не проложилъ себѣ дороги въ зубоврачебной практикѣ (?); методъ Бауме въ теоретическомъ отношеніи представляетъ шагъ впередъ сравнительно съ методомъ Витцеля, въ практическомъ же общаетъ меньше: сулема проникаетъ пульпу достаточно быстро и сильнѣе буръ въ смыслѣ антисептики; методъ Гербста при полномъ отсутствіи антисептики не можетъ рассчитывать на долговѣчность (Миллеръ не упоминаетъ о видоизмѣненіяхъ этого метода, гдѣ введена уже антисептика при операци); путь, предложенный Витцелемъ, можетъ повести къ рѣшенію вопроса, только цѣлью должно быть не излѣченіе оставшихся корневыхъ пульпъ, а ихъ обезвреживаніе, къ чему стремился и Бауме.

Въ послѣднемъ направленіи и ведетъ Миллеръ свои изслѣдованія. На основаніи своихъ опытовъ онъ предъявляетъ къ средству, примѣняемому при импрегнаціонномъ методѣ послѣ ампутаціи пульпы, слѣдующія требованія: оно должно быть сильно антисептическимъ, достаточно растворимымъ и диффундирующимъ настолько, чтобъ пропитать всю массу пульпы, но не настолько, чтобъ исчезать потомъ; важно коагулирующее дѣйствіе на пульповую ткань: бактеріи найдутъ для себя менее благоприятную почву въ отвердѣлой пульпѣ; оно не должно вступать ни въ какія химическія соединенія съ пульповой тканью и образовать съ ней химически раздражающія вещества; не должно вызывать въ корневой надкостницѣ никакого раздраженія ни во время примѣненія ни послѣ; окрашиваніе зубовъ (моляровъ) не важно; твердыя вещества удобнѣе жидкихъ.

Миллеръ испытывалъ антисептическія средства въ отношеніи, ихъ пенетративныхъ, коагуляціонныхъ и антисептическихъ свойствъ. Большинству требованій удовлетворяла сулема, которую онъ и сталъ примѣнять въ смѣси съ различными ингредиентами въ формѣ пастилокъ. Первые опыты сопровождались неудачами: вскорѣ появлялись боли, которыя Миллеръ объяснялъ дѣйствіемъ сулемы на корневую періостъ, а Heitmüller—дѣйствіемъ ея на не вполне умерщвленную пульпу.

Введенъ былъ тимоль въ расчетѣ, что онъ своей трудной растворимостью ослабитъ диффузионное дѣйствіе сулемы и окажетъ еще пользу своимъ мѣстно-анестезирующимъ свойствомъ. Пастилки свои (sublimati 0,003, Thymoli 0,005) Миллеръ примѣняетъ по способу Бауме, предложенному для буръ; покрываетъ золотой фольгой, поверхъ которой кладется временная цементная пломба. (См. Т. II. р. 4). Пломбируютъ и сразу амальгамой. Совѣтъ—работать съ коффердамомъ. Во избѣжаніе окрашиванія зуба вмѣсто сулемовыхъ лепешекъ рекомендуется диафтеринъ, уступающій по силѣ сулемѣ. Изъ жидкихъ антисептическихъ средствъ въ большемъ ходу у Миллера коричневое масло, примѣняемое особенно при лѣченіи трудно доступныхъ щечныхъ корней верхнихъ моляровъ; ватный тампонъ съ коричневымъ масломъ прикрывается цементомъ Fletcher'a, черезъ 1—2 недѣли замѣняется пастой изъ

окиси цинка и коричневаго масла, и зубъ пломбируется. Недостатокъ коричневаго масла: зубъ окрашивается въ желтый или коричнево-желтый цвѣтъ.

Не смотря на сообщеніе объ удовлетворительныхъ результатахъ, Миллеръ оканчиваетъ докладъ заявленіемъ, что онъ не возлагаетъ особенныхъ надеждъ на методъ пропитыванія, въ своемъ же учебникѣ говоритъ, что попытки обойти экстирпацію слѣдуетъ примѣнять лишь для пульпы не разложившихся и то лишь при недоступности полости и каналовъ, и заключаетъ такъ: „способъ этотъ приходится иногда примѣнять на зубахъ недостаточныхъ паціентовъ, которые не въ состояніи заплатить за правильное лѣченіе корней моляровъ, и *зубы которыхъ все равно должны бы стать жертвою щипцовъ*“. По поводу этого взгляда и вообще по поводу Миллеровскаго способа импрегнаціи я достаточно опредѣленно и подробно высказался въ своей статьѣ, куда и отсылаю.

Миллеръ увлекъ за собой массу послѣдователей, благодаря своему авторитету. Однако не всѣ ослѣплены. Dr. Greve изъ Любека отзываясь о результатахъ лѣченія по Миллеровскому способу не очень-то одобрительно: бывали упорные перицементиты, не поддававшіеся дѣйствию іода и вынуждавшіе къ удаленію пломбы.

Какъ бы то ни было, неудачи при ампутаціонно—импрегнаціонномъ способѣ Миллера не рѣдкость. Гдѣ центръ тяжести этихъ неудачъ, которыя заставляютъ и Миллера и его поклонниковъ разочаровываться въ импрегнаціонномъ способѣ? Въ раздражающемъ-ли дѣйствиі примѣненнаго средства на оставшуюся живую корневую пульпу, при неполной девитализаціи, или въ раздраженіи корневой надкостницы: химическомъ при проникновеніи пропитывающаго средства за предѣлы верхушечнаго отверстія, или наконецъ въ септическомъ, если, рассчитывая на антисептическую силу средства, примѣняютъ его безъ разбора, не установивъ точныхъ показаній со стороны діагноза по отношенію къ корневой пульпѣ: пропитываніе не доходитъ до конца, и начавшееся еще раньше разложеніе пульпы служитъ источникомъ септическаго раздраженія корневой надкостницы? Я не могу судить, какая изъ этихъ причинъ имѣла больше всего мѣста, ибо нѣтъ у меня для этого точки опоры въ обстоятельныхъ сообщеніяхъ, при какомъ діагнозѣ примѣнялся Миллеровскій способъ импрегнаціи.

Вотъ отсутствіе точныхъ показаній къ ампутаціонно-импрегнаціонному способу со стороны діагноза заболѣванія зуба и я считаю существеннымъ недостаткомъ у профессора Миллера.

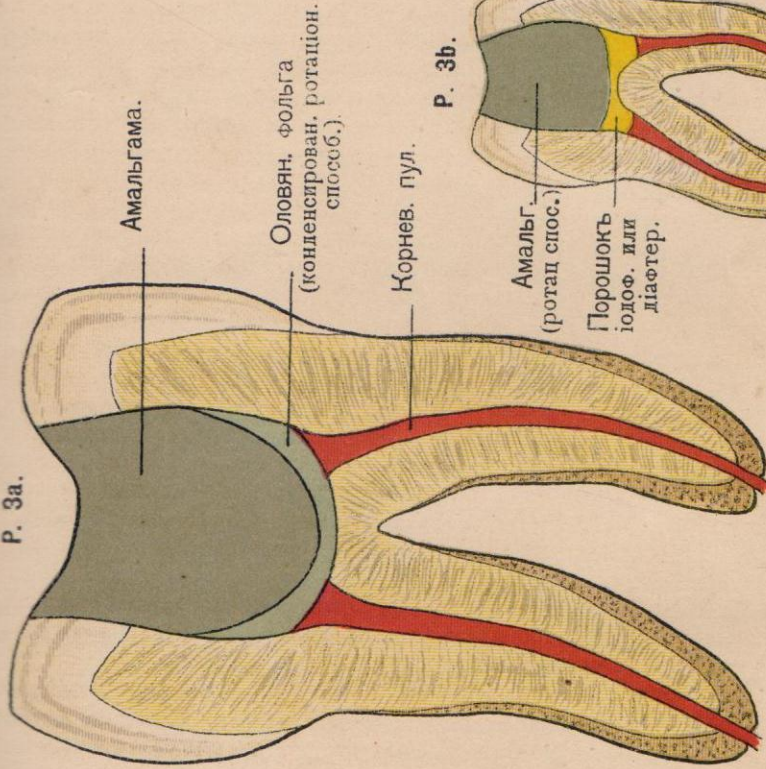
(Въ моей статьѣ обстоятельно разбирается работа Миллера и съ этой точки зрѣнія).

Въ послѣднее время для объясненія дальнѣйшей судьбы корневой пульпы послѣ ампутаціи все чаще выступаетъ на сцену терминъ „мумификація“.

Нашъ соотечественникъ, докторъ медицины Лимбергъ, въ своей диссертациі 1891 г. сообщаетъ, что онъ для достиженія мумификаціи остатковъ пульпы выполнялъ ампутаціонную полость

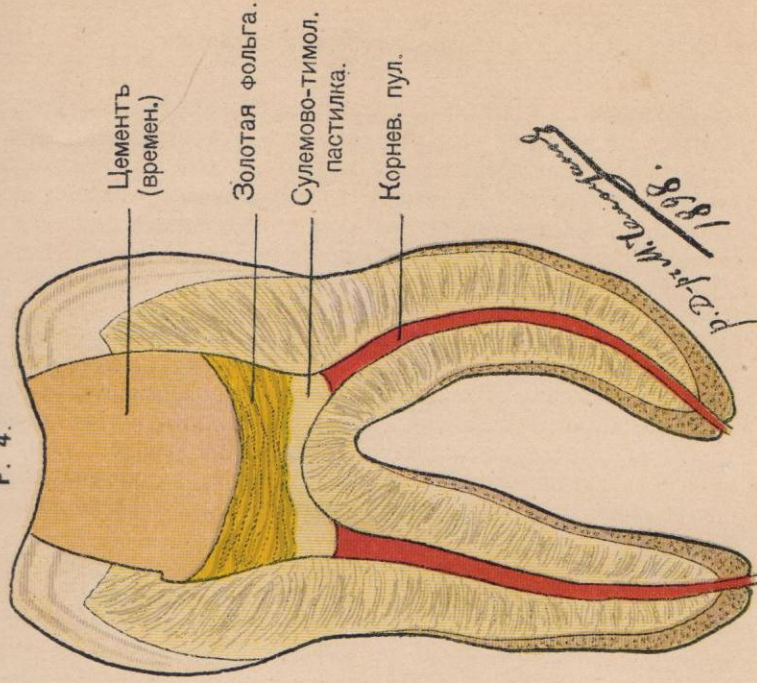
АМПУТАТИО РУЛРАЕ.

Р. 3а.



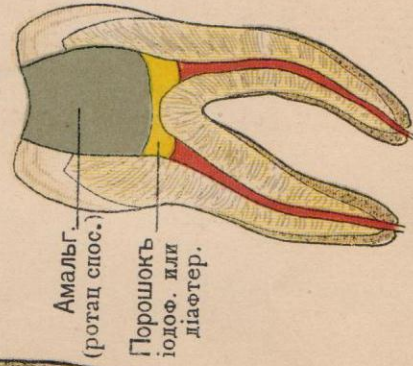
РОТАЦИОННЫЙ СПОСОБЪ ГЕРЕСТА.

Р. 4.



ИМПРЕГНАЦИОННЫЙ СПОСОБЪ МИЛЛЕРА. (Берлин. проф.)

Р. 3б.



ВИДОИЗМѢНЕНІЕ SENN'A.

Р. 3а по рисунку Бедекера, р. 3б и 4 по описанію въ литературѣ.

порошкомъ изъ равныхъ частей хлористаго цинка и окиси цинка и покрывалъ слоемъ цемента. Сухой хлористый цинкъ, поглощая влагу изъ корневой пульпы, способствуетъ ея высушиванію, самъ же, дѣлаясь жидкимъ, съ окисью цинка образуетъ хлорокись цинка. На 115 случаевъ пломбированія по этому способу были два неудачныхъ, потребовавшихъ просверливанія пломбы. У Лимберга приведены и показанія къ ампутаціи пульпы со стороны діагноза, именно: *pulpitis acuta partialis, pulpitis chronica partialis* и *pulpitis chronica hypertrophica*.

Д-ръ *Кристенсенъ* въ 1893 г. сообщилъ нѣсколько замѣчаній о способахъ лѣченія девитализированныхъ пульпъ по Витцелю и Гербсту и указалъ на то, что достигнутый при этомъ эффектъ заключался въ *мумификаціи* пульпъ, оставленныхъ нетронутыми въ корневыхъ каналахъ.

Это сообщеніе дало толчекъ д-ру *Söderberg'y* который, сдѣлавшись ревностнымъ приверженцемъ ампутаціоннаго метода, выступилъ въ ноябрѣ 1895 г. съ своимъ *мумификаціоннымъ* способомъ. Не удовлетворяясь сулемовой пастой Витцеля и вообще пастами, содержащими ртуть, *Söderberg* подѣ влияніемъ работы Миллера началъ изыскивать такую пасту, которая производила бы мумификацію пульпъ, не измѣняя цвѣта зуба.

Путемъ экспериментовъ *Söderberg* выработалъ слѣдующую формулу пасты: Alum. ust., Thymol., Glycerol. aa 1 grm., Zinci oxid. q. s. ut f. pasta spissa. Здѣсь тимоль—антисептическое, квасцы—мумифицирующее, окись цинка—бѣлящее, глицероль—связующее и способствующее прониканію. Еще преимущество пасты—отсутствіе раздражающаго дѣйствія. На 97 ампутацій съ примѣненіемъ этой пасты ни въ одномъ не получилось послѣдовательныхъ разстройствъ (альвеолярнаго абсцесса), но и при пастѣ Витцеля также не получалось этихъ разстройствъ, прибавляетъ *Söderberg*. Изслѣдованныя имъ пульпы, мумифицированныя подѣ влияніемъ его пасты, представляли совершенно сухую пергаментообразную массу бѣлаго цвѣта съ слабымъ запахомъ тимола. Въ одномъ случаѣ уже черезъ 17 дней получилась такая мумификація.

Приемы *Söderberg'a*: послѣ совершенной девитализаціи и ампутаціи коронковой пульпы пульповая камера наполняется пастой, которая иглой Дональдсона нѣжно продвигается и въ корневую пульпу; паста покрывается цементомъ, и зубъ пломбируется перманентно (См. Т. III. р. 5). *Söderberg* пользуется руббердамомъ, или слюноприемникомъ или свертками Сперлинга. Миллеръ далъ мѣсто пастѣ *Söderberg'a* въ своемъ учебникѣ. Dr. *Heller*, завзятый врагъ всякой частичной резекціи пульпы, какъ онъ самъ выражается о себѣ, и горячій поклонникъ разрушенія корневой пульпы калиемъ—натріемъ по способу Шрейера, рекомендуетъ (1896 г.) способъ мумификаціи пульпы по рецепту *Söderberg'a* тѣмъ операторамъ, которые не надѣются на свое искусство при примѣненіи калия—натрія.

Dr *Firthe* въ 1897 г. предлагаетъ свою пасту очень сложнаго состава съ сулемой, тимоломъ, танниномъ, феноломъ, мят-

нымъ масломъ и масломъ кассіи, которую кладеть послѣ обработки полости 50% растворомъ перекиси натрія и промыванія 5% алкогольнымъ растворомъ масла кассіи и покрываетъ золотой или оловянной фольгой; нижнюю треть пломбируетъ цементомъ, остальную часть амальгамой или золотомъ. За 3 года не получалъ неудачъ, между тѣмъ при обыкновенномъ способѣ экстирпаціи послѣ девитализаціи часты были неудачи.

Вмѣсто пасты Söderberg'a предлагаетъ свою смѣсь изъ равныхъ частей тимола, таннина и глицерина. Примѣненіемъ этихъ пастъ, оказывающихъ мумифицирующее дѣйствіе на оставленную корнеую пульпу, можно, говоритъ Firthе, сохранить много зубовъ, сберегая при томъ не мало времени, труда и денегъ, что одинаково важно и для врача и для пациента.

Dr Brooks въ 1897 г. предлагаетъ для *быстрой и совершенной мумификаціи* корневой пульпы смѣсь изъ равныхъ частей хромовой кислоты и 50%-ной сѣрной. Послѣ внесенія капли смѣси дно прикрывается антисептической пастой [iodoform.+ol. cassiae], и кладется пломба. Дѣйствительность смѣси доказана экспериментально: небольшіе кусочки мяса ($\frac{1}{2}$ дюйма) послѣ обработки смѣсью уже на другой день превращались въ дубленую, желтоватую, очень плотную массу, не поддающуюся дѣйствию влаги. Много зубовъ лѣчено съ постояннымъ успѣхомъ. Быстрота дѣйствія при малой болѣзненности.

Послѣ разсмотрѣнія главнѣйшихъ модификацій ампутаціоннаго метода упомяну еще о тѣхъ видоизмѣненіяхъ, которыя, по ходу мыслей, остались въ сторонѣ.

Зубной врачъ Forssmann (Стокгольмъ) въ 1894 г. предложилъ для консервированія корневой пульпы послѣ ампутаціи угольную вату въ соединеніи съ хлористоцинкно-феноловымъ растворомъ, обосновывая свой способъ слѣдующими соображеніями: хлористый цинкъ, отнимая воду у корневой пульпы, способствуетъ мумификаціи; феноль же, впитываясь въ корнеую пульпу, дезинфицируетъ ее и предотвращаетъ раздраженіе въ корневой надкостницѣ и околоверхушечной ткани; угольная вата, какъ вещество индифферентное и не измѣняющееся, служить для удержанія антисептическаго раствора; когда же растворъ будетъ весь впитанъ пульсовой тканью, она дѣйствуетъ, какъ средство, поглощающее газы, если бы они сверхъ всякаго ожиданія образовались.

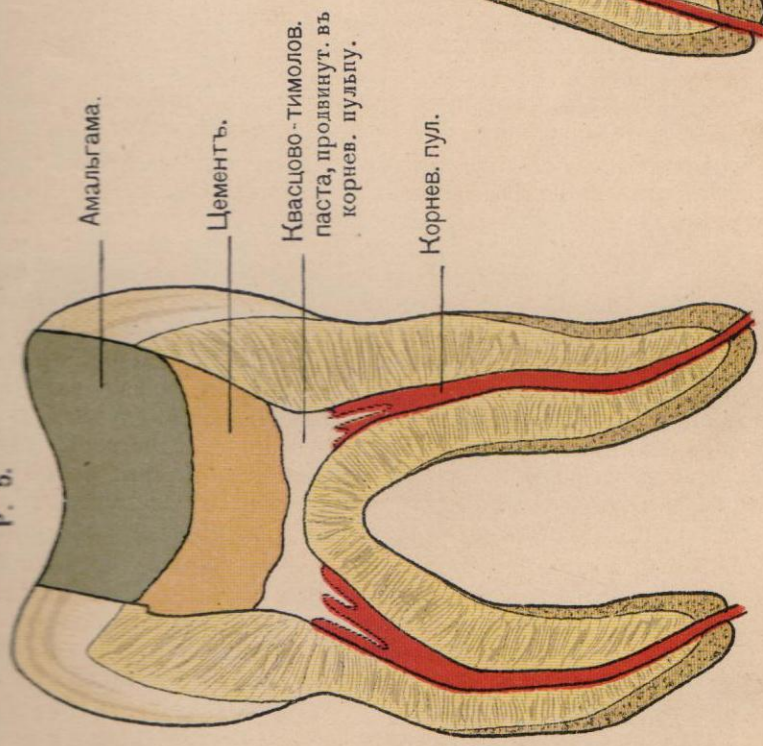
Приемы: сначала послѣ ампутаціи хлористоцинкно-феноловая повязка (или изъ чистаго хлористаго цинка), пломбированіе на 6—9 день (съ коффердамомъ, гдѣ можно); угольная вата, пропитанная антисептическимъ растворомъ, покрывается оловянной фольгой по ротационному способу. Продолжительность лѣченія—3—4 сеанса. Успѣхъ: на 300 ампутаціи пульпы ни одной экстракціи.

Gutmann послѣ неудачъ съ методомъ Бауме сталъ пробовать послѣ ампутаціи хлористый цинкъ и остановился въ 1893 г. на комбинаціи хлористаго цинка съ іодоформомъ.

Lindemann въ 1892 г. хвалить для обезвреживанія девитализированныхъ пульпъ азотнокислое серебро, какъ не вызывающее

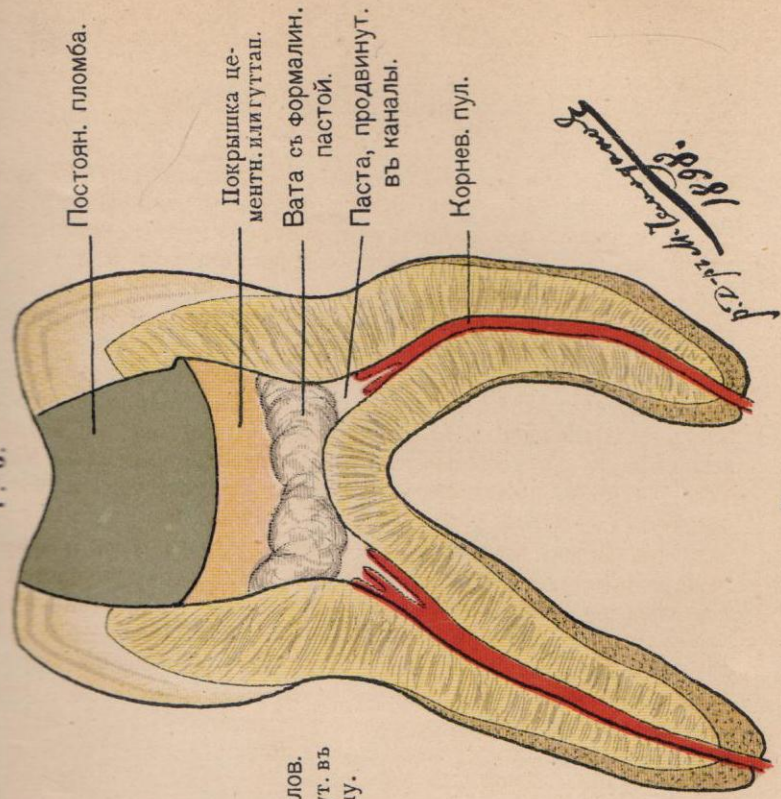
AMPUTATIO PULPAE.

Р. 5.



МУМИФИКАЦИОННЫЙ СПОСОБЪ
Д-РА SÖDERBERG'A.

Р. 6.



ИМПРЕГАЦИОННЫЙ СПОСОБЪ
ПРОФ. BÖNNESCHEN'A.

Handwritten signature and date: 1898, J. Müller, Leipzig

Рисунки 5 и 6 составлены по описанию въ литературѣ.

воспаленія корневой надкостницы. Окрашиваніе зуба въ черный цвѣтъ.

Wessler, предложившій для покрыванія обнаженной пульпы своей „Pulpol“, лѣкарственный цементъ, состоящій изъ порошка—оксида цинка и жидкости съ 30% эвгенола, рекомендуетъ его и для примѣненія послѣ ампутаціи пульпы.

Въ Стокгольмской поликлиникѣ зубныхъ болѣзней съ 1893 г. съ успѣхомъ примѣнялась при ампутаціи пульпы угольная вата съ пульполовой жидкостью.

Dr. Wellin, преподаватель этой клиники, восхваляющій угольную вату, какъ хорошее *vehiculum* для растворовъ формалдегида и превосходный пломбирочный матеріалъ для корней, рекомендуетъ ее въ соединеніи съ формалиномъ и для ампутаціи пульпы.

Съ недавняго времени выдвигается изъ ряда многочисленныхъ антисептическихъ средствъ новый могучій борець съ бактеріями, который отвоевываетъ первенствующую роль у суремы, формалдегидъ, извѣстный въ видѣ 40% воднаго раствора подъ названіемъ формалина. Свойства его уже общеизвѣстны. Литература обширна. О примѣненіи формалина въ зубоочелюстной практикѣ писали Форссманъ (Стокгольмъ), Маріонъ (Парижъ), Лепковскій (Краковъ), Шредеръ (Кассель). Изъ доклада послѣдняго въ 1896 г. займѣющую даннаго относительно формалина при ампутаціи пульпы. Лепковскій началъ примѣнять его съ 1895 г. въ самыхъ разнообразныхъ случаяхъ. Шпильфогель съ успѣхомъ пользовался при ампутаціи 20% растворомъ формалина на ватѣ или асбестѣ, или же 3%-нымъ въ формѣ впрыскиванія въ корневые каналы. Витцель, принимая во вниманіе свойство формалина консервировать трупы безъ сморщиванія органовъ, испробовалъ его при ампутаціи пульпы, рассчитывая, что благодаря дубильнымъ свойствамъ формалина, оставшаяся корневая пульпа превратится въ хорошую затычку для канала, и не ошибся. Идзиковскій сообщаетъ, что формалиномъ широко пользуются въ Варшавѣ и съ успѣхомъ при каутеризированныхъ пульпахъ.

Вообще формалинъ цѣнный препаратъ для цѣлей зубоочелюстной практики, но только надо пользоваться имъ съ большою осторожностью и соразмѣрять крѣпость растворовъ съ требованіями даннаго случая.

Dr. Greve говоритъ, что формалинъ соотвѣтствуетъ вышеизложеннымъ требованіямъ Миллера, но боли послѣ него составляютъ непріятное осложненіе; появляются чаще при несовершенной девитализированной пульпѣ.

Свойство формалина производить невыносимое жженіе въ мягкихъ тканяхъ заставляло или отказываться отъ его употребленія или пытаться придать ему такую форму, при которой развивалось бы только благотворное дѣйствіе его. Это удалось зубному врачу Abraham'у предложившему новый медикаментозный цементъ формагенъ, порошокъ и жидкость котораго насыщены формалдегидомъ, выдѣляющимся при замѣшиваніи. Благодаря такимъ свойствамъ, формагенъ съ успѣхомъ примѣняется нѣкоторыми практиками при ампутаціи пульпы.

*Этимъ я и закончу литературный обзоръ (источники указаны въ статьѣ). Полагаю, что приведенныхъ литературныхъ данныхъ достаточно для всесторонняго ознакомленія съ ампутаціоннымъ методомъ лѣченія пульпитныхъ зубовъ. Всѣхъ видоизмѣненій не перечтешь. Hesse правъ, говоря: „сколько операторовъ, столько и методовъ; каждый считаетъ свой собственный методъ наилучшимъ“.

Въ этомъ, пожалуй, упрекнуть и меня, готовящагося познакомиться товарищей съ своими приемами. Но я выступаю не для восхваленія своихъ приемовъ, а для защиты основъ ампутаціоннаго метода на основаніи своего достаточнаго опыта.

Конецъ 1-й части. *)

(Окончаніе слѣдуетъ).

Быстрое и радикальное излѣченіе хронической эмпіэмы Гайморовой полости. Лис приводитъ статистику 20 случаевъ эмпіэмы Гайморовой полости, оперированныхъ по предложенному имъ способу. Въ общемъ его способъ заключается въ слѣдующемъ: вскрываютъ Гайморову полость на уровнѣ fossae caninae и, выскобливъ ея стѣнки острыми ложками, прижигаютъ 20% растворомъ хлористаго цинка. Затѣмъ, съ помощью долота пробиваютъ отверстіе въ полость носа, соотвѣтственно передней части нижняго отверстія. Ротовую рану зашиваютъ сплошь, предварительно запыливъ полость порошкомъ іодоформа и затампонировавъ ее іодоформеннымъ газомъ, концы котораго (или дренажной трубки) проводятъ чрезъ продѣланное отверстіе и чрезъ ноздрю наружу. Дня черезъ 4—5 рана затягивается и дренажъ удаляютъ. Назначаютъ нѣсколько борныхъ промываній, и чрезъ 3—8 недѣль исчезаютъ всякіе слѣды нагноенія.

Изъ 20 случаевъ на эмпіему одной Гайморовой полости приходится 8 случаевъ, на осложненную эмпіемой лобнаго синуса—9. Въ 2-хъ случаяхъ нагноеніемъ поражены были рѣшетчатая кѣтка и въ 1-мъ нагноеніе сопровождалось фунгознымъ воспаленіемъ кости съ послѣдующимъ некрозомъ альвеолярнаго отростка, потребовавшимъ частичной резекціи верхней челюсти. При одновременной эмпіемѣ Гайморова и лобнаго синусовъ Лис совѣтуетъ одновременно оперировать оба синуса, во избѣжаніе вторичнаго зараженія лобнаго, сопровождающагося, чему авторъ видѣлъ примѣры, тяжелыми внутрочерепными процессами.

Вообще осложненія неизбѣжны при сложныхъ операціяхъ. D-g

*) На Т. III. представленъ способъ проф. Вѳнпекен'а, опубликованный имъ въ январѣ 1898 г. и не вошедшій въ мой докладъ. Работа Беннекена, относящаяся къ ампутаціи пульпы, какъ заслуживающая особеннаго вниманія, обстоятельно разобрана мною въ позднѣйшемъ приложеніи къ докладу.

Caldwell изъ Нью-Йорка описалъ аналогичный способъ операции въ 1893 году и Лус, недавно объ этомъ узнавшій, признаеть за нихъ право первенства. (*L'odontologie*).

П. фонъ — Дахреденъ.

Порочное развитіе зубовъ мудрости. Paul Reclus представляетъ серьезные возраженія на теорію Motu относительно причины неправильнаго развитія зуба мудрости. Послѣ извѣстныхъ работъ Broca и Heidenreich'a недостатокъ мѣста для прорѣзыванія признаеться единственной причиной осложненій прорѣзыванія зуба мудрости, начиная отъ легкаго раздраженія слизистой оболочки и сведенія челюсти до гнойныхъ osteoperiostit'овъ съ некрозами костей и самыхъ тяжелыхъ септическихъ процессовъ съ абсцессами мозга.

Теорія подтверждалась въ 10 разъ болѣе частымъ появленіемъ осложненій на нижней челюсти, гдѣ прорѣзывающійся зубъ мудрости вколачивается между вторымъ моляромъ и восходящей ветвью нижней челюсти.

Кромѣ того теорія опирается на фактъ болѣе частаго осложненія у высшихъ расъ, гдѣ развитіе костей черепа идетъ непарадельно развитію костей лица и особенно отстаетъ въ развитіи нижняя челюсть.

Все это привело Broca и Darwin'a къ убѣжденію, что зубы мудрости у человѣка находятся въ состояніи дегенеративной эволюціи.

Motu при своихъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ открылъ до сихъ поръ оставшіяся неизвѣстными, заключенныя въ альвеолѣ, эпителиальныя скопленія, представляющія, по его мнѣнію, отпрыскъ абортаннаго зачатка, отдѣлившагося отъ зачатка зуба мудрости. Motu скопленія этихъ эпителиальныхъ кѣлокъ отождествляетъ съ примитивными кистами и предполагаетъ, что они, какъ и послѣднія могутъ сангвинизированно воспалиться во время прорѣзыванія. Объясненіе это приписываетъ форму реакціи организма, старающагося освободиться отъ элемента, вызывающаго раздраженіе своей способностью къ пролифераціи.

Reclus подтверждаетъ существованіе открытыхъ Motu эпителиальныхъ массъ, но находитъ, что связь воспаленія этихъ массъ съ осложнениями, приписываемыми доселѣ порочному развитію зубовъ мудрости, совершенно случайная.

Воспаленіе дермоидныхъ кистъ, которое Motu считаеть необходимой фазой развитія этихъ кистъ, на самомъ дѣлѣ представляеть почти исключительное явленіе. Въ подтвержденіе своего мнѣнія Motu приводитъ 3 своихъ наблюденія и по нѣсколько строкъ изъ различныхъ авторовъ (Broca, Gillete, de Lanelongue и Achard). Reclus въ свою очередь видѣлъ дермоидную кисту въ подъязычной области, нагноеніе которой чуть было не вызвало задуманія больнаго. Но можно привести не меньшее число случаевъ (дермоидныя кисты бровей), гдѣ кисты развиваются, не воспаляясь по 10—20—30 лѣтъ. Reclus не видитъ, изъ чего можно заключить, что воспаленія эпителиальныхъ массъ такъ часты,

между тѣмъ какъ воспаления кистъ такъ рѣдки. Если невѣрна доктрина Вроса, чѣмъ объяснить болѣе частые случаи осложненій при прорѣзываніи нижнихъ зубовъ. Эпителіальныя скопленія и на верхней и на нижней челюсти носятъ одинъ и тотъ же характеръ. Почему, наконецъ, осложненія появляются чрезвычайно рѣдко, если извлеченъ второй molar.

Вѣдь наклонность къ нагноенію, которую Motu приписываетъ эпителіальнымъ массамъ, нисколько отъ этого не измѣняется. Reclus остается вѣрнымъ прежней теоріи, а изъ ученія Motu принимаетъ лишь фактъ существованія эпителіальныхъ массъ и думаетъ, что онѣ могутъ осложнять воспалительныя явленія, но не вызывать ихъ. (*Gazette des Hopitaux*).

П. фонъ-Дахрденъ.

Horton Elmer Формальдегитъ для дезинфекціи инструментовъ.

На основаніи своихъ и чужихъ изслѣдованій, Horton рекомендуетъ дезинфицировать инструменты въ парахъ формальдегида. Жестяной ящикъ вмѣстимостью въ кубическій футъ содержитъ газообразный формальдегидъ, добываемый посредствомъ нагрѣванія лепешки съ формальдегидомъ надъ спиртовой лампой. Если въ этотъ ящикъ положить инструменты на 15 мин., то они окажутся стерильными. (*Dental Cosmos Vol. XL, № 7*).

З. Гозевръ.

Гипнотическая потеря сознанія. Serqueira Magro сообщилъ на конгрессѣ въ Мадридѣ, что онъ прибѣгаетъ къ гипнотизированію нѣкоторыхъ больныхъ при экстракціяхъ.

У нѣкоторыхъ нервныхъ истеричныхъ пациентокъ, которыхъ приводитъ въ неописуемый ужасъ одинъ видъ зубоврачебнаго кресла, жесточайшія пульпитныя боли прекращаются иногда моментально при входѣ въ зубоврачебный кабинетъ; онѣ едва сознаютъ, гдѣ находятся и едва помнятъ свое имя.

Такія пациентки представляютъ благодарный матеріалъ для гипнотическихъ внушеній въ видахъ предстоящей экстракціи. Нѣкоторыя истеричныя больныя впадаютъ въ состояніе гипнотической потери сознанія и помимо желанія врача. Авторъ приводитъ 5 случаевъ такого рода потери сознанія изъ своей практики. Изъ нихъ одна впала въ гипнозъ послѣ операціи подѣ хлороформомъ, двѣ послѣ впрыскиванія кокаина, одна знала, что авторъ гипнотизируетъ своихъ больныхъ и одна, страдавшая афоніей истерическаго происхожденія, раньше лѣчилась гипнотическими внушеніями. Авторъ совершенно исключаетъ для данныхъ случаевъ вліяніе кокаина и хлороформа. Больныя совершенно отрѣшаются отъ дѣйствительности и операція проходитъ безъ малѣйшей боли.

Случаи потери сознанія авторъ подводитъ подѣ три категоріи: I. Потеря сознанія при обморокѣ. Кровообращеніе и дыханіе измѣняются очень незначительно. Лицо сильно измѣняется, принимаетъ безжизненное выраженіе, благодаря расслабленію то-

нуса мышц. Обморокъ можетъ перейти въ syncope. II. Потеря сознания при syncope съ прекращеніемъ функций сердца и дыханія можетъ кончиться смертью, если на помощь не придетъ врачебное вмешательство или не выручитъ реакція организма. III. Наконецъ, при гипнотической потерѣ сознания дѣятельность сердца и легкихъ остается нормальной. Окраска покрововъ не измѣняется. Лицо принимаетъ выраженіе, какое бываетъ у крѣпко спящихъ. Во всѣхъ 5 описанныхъ авторомъ случаяхъ гипноза лицо больныхъ принимало характерное выраженіе. Голова запрокинута назадъ; глаза подняты вверхъ и поворочены внутрь; полузакрытыя вѣки дрожатъ. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Надобно различать два рода потери сознания по способу ихъ происхожденія: физиологическую и психологическую.

2) Существуютъ вполне ясныя и опредѣленные признаки по которымъ ихъ легко отличить другъ отъ друга.

3) Въ первомъ случаѣ врачъ обязанъ отложить операцію; вторымъ, онъ можетъ воспользоваться, чтобы провести операцію безъ боли. (*L'Odontologie*).

П. фонъ—Дахреденъ.

Williams J. Leon. Измѣненія въ строеніи человѣческой зубной эмали примѣнительно къ клиническимъ наблюденіямъ надъ плотной и размягченной эмалью

Williams настойчиво отрицаетъ существовавшее прежде предположеніе, что caries эмали есть слѣдствіе размягченія ея при общемъ упадкѣ питанія и особенно мѣстномъ обѣднѣннн зуба известковыми солями. Примѣнявшееся въ подобныхъ случаяхъ обильное питаніе фосфоромъ и известковыми препаратами не оправдало надеждъ въ смыслѣ сообщенія зубу потерянной имъ плотности и стойкости. Каріозныя явленія въ этомъ обусловливаются выщелачиваніемъ цемента, содержащагося между отдѣльными призмами эмали, посредствомъ кислотъ, вырабатываемыхъ бактеріями, въ большомъ количествѣ облегающими поверхность зуба, особенно же его апроксимальныя стороны. Жевательныя поверхности рѣже страдаютъ отъ костофды, нежели апроксимальныя, такъ какъ съ первыхъ бактерій удаляются механически при жеваніи. Прежде всего кислота дѣйствуетъ на связующій цементъ, належащійся между отдѣльными призмами, удаляя изъ него известь, затѣмъ выщелачивается известь изъ периферическихъ отдѣловъ самихъ призмъ; послѣднія становятся слабыми и легко движутся отъ ничтожныхъ причинъ. Измѣненіе цвѣта зуба, темныя полосы на его поверхности, служатъ признакомъ, что часть извести выщелачилась, и въ эмали существуютъ каналы, содержащіе воздухъ. — Эта окраска есть выраженіе начинающагося caries'a. (*Dental Cosmos*. Vol. XL, № 7).

3. Гозеверь.