ХИРУРГ-ДАНТИСТ, *или* ТРАКТАТ О ЗУБАХ

(Под общей редакцией профессора К.А. Пашкова)

МОСКВА
2018

УДК 616.31
ББК 56.6
Ф81

Общая редакция, вступительная статья
***К.А. Пашков*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова**

Научный консультант
***С.Д. Арутюнов*, доктор медицинских наук, профессор, декан факультета среднего профессионального образования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, заслуженный врач РФ**

Перевод с французского языка
***В.Б. Кракович*, Ph.D., доцент кафедры иностранных языков Российского государственного гуманитарного университета**

Для перевода использовано второе издание труда П. Фошара 1746 г., печатный оригинал которого является собственностью К.А. Пашкова

Фошар, Пьер
Ф81 Хирург-дантист, или Трактат о зубах / Пьер Фошар : общ. ред., вступ. ст. К.А. Пашков : пер. В.Б. Кракович. – М. : ООО «ХЕЛЕНПРО», 2018. – 478 с. : ил.

ISBN 978-5-00101-001-2

В настоящем издании представлен главный труд Пьера Фошара (1679–1781) «Хирург-дантист, или Трактат о зубах», являющийся основополагающим руководством по зубоврачеванию эпохи французского Просвещения. Работа содержит обобщённые автором сведения о болезнях зубов и способах их лечения, существенно обогащённые личным опытом, исследованиями, изобретениями, даже открытиями, которые он сделал в ходе своей исчерпывающей врачебной практики. Трактат впервые переведён на русский язык, отредактирован и подготовлен к публикации на кафедре истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Работа является новым историческим источником, введённым в научный оборот.

Книга предназначена для исследователей и учёных, занимающихся проблемами истории медицины, прежде всего стоматологии.

УДК 616.31
ББК 56.6

ISBN 978-5-00101-001-2

© Пашков К.А., издание на русском языке, 2018
© Оформление. ООО «ХЕЛЕНПРО», 2018

Российское общество историков медицины

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

35-летию кафедры истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова посвящается

Уважаемые коллеги!

Труд блестящего французского врача Пьера Фошара (1679–1761) «Хирург-дантист, или Трактат о зубах», впервые опубликованный в 1728 г., разошёлся мгновенно, как и последующие его допечатки. Это сочинение стало явлением в консервативном мире медицины, всё ещё с осторожностью смотревшей на зарождающуюся стоматологию. Но автор продолжил работу над книгой, и в 1746 г. вышло в свет второе издание, дополненное рассмотрением проблем пародонта (альвеолярной пиореи), описанием новых ортопедических конструкций, а также портретом автора (гравюра Ж.-Б. Скотена, с портрета Ж.Э. Лё Беля, написанного в 1720 г.). Особое изящество придавали анатомические виды, изображения зубоврачебных инструментов и протезов, выполненные по рисункам П. Белома. Книга стала апологетом зубоврачебной науки на многие годы, сразив вековые догмы и утвердив её как самостоятельную область знаний в медицине. Среди многочисленных разрозненных источников по зубоврачеванию труд П. Фошара знаменует новую эру и не раз цитировался в дальнейшем, в том числе корифеями отечественной стоматологии. Интересно, что английский перевод трактата, ввиду большой его популярности, переиздавался многократно и в последний раз в 2015 г.

До настоящего издания работа переводилась на русский язык лишь частично, что не давало возможности сложить целостного представления о труде и выдающемся вкладе Фошара. На наш взгляд, книга написана с большим знанием вопроса, простым и доступным языком, в котором ощущается огромное стремление автора поделиться с коллегами и учениками результатами своей врачебной деятельности. Фошар разрушает стереотипы ремесла, разбирается в ошибках и достижениях коллег,

дополняя колоссальным собственным практическим опытом. Проблемы, которые он пытался решить, актуальны и сегодня. Мы намеренно отказались от идеи комментировать Пьера Фошара, поскольку практически всё, что он делал, относится к истокам профессии. Если хотите, мы все – ученики и последователи Фошара. Не зря его называют «отцом стоматологии». Поэтому предлагаем увлечённо читать знаменитый трактат Фошара и наслаждаться этим произведением.

Перевод и редактирование были осуществлены на кафедре истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Основным направлением работы кафедры является история отечественного зубоврачевания и стоматологии. Данная книга, на наш взгляд, является новым историческим источником, вводимым в научный оборот, и представляет интерес не только для исследователей и учёных, но для молодой поросли, решившей посвятить себя медицине, в частности стоматологии.

О.О. Янушевич
Ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор

МЕДИЦИНА ФРАНЦИИ В ЭПОХУ ПРОСВЕЩЕНИЯ И ХИРУРГ ПЬЕР ФОШАР – ОСНОВОПОЛОЖНИК СТОМАТОЛОГИИ

Французское Просвещение остается одной из самых ярких страниц европейской истории Нового времени. Подготовленные, с одной стороны, Реформацией и Контрреформацией, а с другой стороны, Великими географическими открытиями и важнейшими естественнонаучными достижениями, и техническими изобретениями XVII в., идеи Просвещения опирались на методологию опытного познания природы. Смена средневековой «эпохи Тьмы» эпохой Света – в этом видели смысл своей преобразовательной деятельности провозвестники и лидеры Просвещения.

В XVIII в. Франция первой из европейских стран провозгласила приоритет разума над верой, восстала против абсолютизма и церковного обскурантизма. Два великих мыслителя и писателя Франции, ставшей к началу века наиболее развитой страной Европы, подняли знамя восстания мысли и духа против существующих порядков, выдвинули радикальные социальные и антиклерикальные идеи и придали им блестящую литературную форму. Один их них – аристократ Шарль Луи де Секонда барон Ля Брэд и де Монтескьё (1689 – 1755), более известный как Шарль Монтескьё, автор концепции разделения властей на три самостоятельные ветви (законодательную, исполнительную и судебную) в первой половине XVIII в. Другой – сын скромного чиновника Франсуа Мари Аруэ, более известный под псевдонимом Вольтер (1694–1778), философ-просветитель, писатель и публицист, чьи воззрения во второй половине этого столетия формировали в Европе принципы политического, естественнонаучного и религиозного свободомыслия.

Исключительную научно-общественную роль в пропаганде взглядов, определивших эпоху Просвещения, сыграла Французская энциклопедия – «Энциклопедия, или Толковый словарь наук, искусств и ремесел» в 35 томах (1751 – 1780). Написанное математиком и философом Жаном Лероном Д'Аламбером, вступление к ней стало манифестом идей Просвещения. Конечно, создатели энциклопедии не ставили перед собой революционных задач, но разрушение старых ценностей и создание

новых объективно готовило идеологическую почву для революции. Без внесенного ими рационального зерна нельзя представить себе дальнейшие всходы либерализма, демократизма, социализма. Вместе с тем, наивная безграничная вера классиков Вместе с тем великие цели, которые выдвигали классики Просвещения, были неосуществимы и утопичны, а наивная безграничная вера этих людей в науку, прогресс и светлое будущее человечества не получила подтверждения в событиях истории XIX и XX столетий.

Среди французских энциклопедистов, в числе которых были и Монтескье, и Вольтер, особая роль принадлежит философу и писателю Дени Дидро – составителю, ответственному редактору издания и автору большинства статей по точным наукам, религии, философии.

Виднейшие французские врачи не принимали участия в создании энциклопедии и не входили в число видных деятелей Просвещения. Врач и философ Жюльен Офре де Ламетри, ученик самого успешного врача XVIII в. Германа Бургаве из Лейденского университета, автор скандально известной книги «Человек-машина» (1747), вызвавшей яростное повсеместное преследование со стороны клерикалов, политиков и университетских схоластов, был едва ли не единственным исключением. К тому же он жил и творил в Париже лишь в первой половине 1740-х гг., а затем, спасаясь от преследования, проживал то в Голландии, то в Пруссии, при дворе Фридриха II Великого, где и скончался скоропостижно, прожив всего сорок с небольшим лет.

Применительно к истории естествознания XVIII столетие – «век Просвещения», «век рационализма» – можно назвать и «веком химии». К открытиям и достижениям в области физики, математики и астрономии (достаточно вспомнить имена англичанина Исаака Ньютона и немца Готфрида Вильгельма фон Лейбница) добавилось становление химии как одной из фундаментальных естественных наук. Это было связано прежде всего с работами француза Антуана Лорана де Лавуазье, применившего количественный метод анализа и разработавшего научные основы классической химии.

История биологии свидетельствует, что в середине XVIII в. появились такие сочинения, как «Система природы» шведского врача и натуралиста Карла Линнея, с описанием трёх царств природы, где человек отнесён к приматам; отмеченная эволюционистскими взглядами многотомная «Естественная история» француза Жоржа де Бюффона; фундаментальный труд «Элементы физиологии человеческого тела» швейцарского врача и естествоиспытателя, ученика Бургаве, Альбрехта фон Галлера, который заложил экспериментальные основы нервно-мышечной

физиологии. Тем не менее это время трудно назвать «веком биологии»: её высшие достижения были ещё впереди. И уж тем более оно не было «веком медицины»[1].

Медицина XVIII столетия продолжала путь полного разрыва между врачебной практикой и теоретическими воззрениями врачей. Ятрохимия и ятрофизика, «анимизм» и «нервный принцип», «броунизм» и «месмеризм», а также многие другие так называемые медицинские системы входили в практику, сменяя друг друга. Часто их авторы опирались на последние достижения физики и физиологии, что придавало теории наукообразные формы, но свидетельствовало только о бесперспективности универсализации частных закономерностей и характеризовалось грубой схематизацией течения болезни и стандартов её лечения. Магистральный путь развития клиники проходил в стороне от теоретических «систем» – это был практический путь эмпирического накопления знаний на основе наблюдений у постели больного.

В числе выдающихся европейских врачей того времени, которые шли научно-эмпирическим путем, были Герман Бургаве (Голландия) – профессор Лейденского университета основатель первой международной научной врачебной школы; его ученики Герард Ван-Свитен и Антон де Гаен (Австрия) – реформаторы высшего медицинского образования, которым удалось подчинить его задаче готовить в университете практического врача, основатели так называемой старой венской клинической школы, а также их последователь Леопольд Ауэнбруггер, предложивший диагностический способ перкуссии; Уильям Геберден старший (Англия) – самый популярный врач Лондона, оставивший классическое описание приступа грудной жабы; Кристоф Вильгельм Гуфеланд (Пруссия) – профессор Берлинского университета великий пропагандист профилактического направления; Джованни Баттиста Морганьи (Венецианская республика) – профессор практической медицины Падуанского университета, положивший начало клинико-анатомическому направлению в медицине.

Этот период называют «классификационной медициной»[2], поскольку его характерной чертой со временем стало создание множества «ботанических» (по образцу систематизаций в ботанике) классификаций, выделявших «нозологии» (то есть болезни) на основе

1 *Бородулин В.И. «Классификационная медицина». Эмпирический период развития клиники: вторая половина 17-го – 18-й века // Клиническая медицина от истоков до 20-го века. – М., 2015. – С. 70–72.*

2 *Сточик А.М., Затравкин С.Н. Лечебно-диагностическая концепция классификационной медицины // Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. М., 2012: 13 – 19.*

совокупности их постоянных признаков. Основы такой медицины во второй половине XVII в. заложил «английский Гиппократ» Томас Сиденгам, отбросивший все теории и призвавший вернуться к изучению медицины методом непредвзятого наблюдения у постели больного. Он утверждал: «Природа в создании болезней единообразна и постоянна… Поэтому мы можем определить болезни, перечислив их характерные и постоянные признаки». Т. Сиденгам первым описал скарлатину, выделив её из острых лихорадок с сыпью; малую хорею (ревматическая хорея Сиденгама), которую до этого описывали в группе судорожных состояний, и суставной ревматизм; дал классическое описание подагрического артрита и выделил подагру как самостоятельное заболевание. Ему принадлежат подробные и точные описания коклюша, кори, натуральной оспы, малярии, истерии (он называл её «хамелеоном, который беспрерывно меняет свои цвета»). Его врачебный авторитет обусловил использование коры хинного дерева как противомалярийного средства, охлаждения тела – при лихорадке. Он пропагандировал применение железа при анемии и ртути при сифилисе, отстаивал пользу длительного пребывания на свежем воздухе при чахотке. Надпись на его могиле гласит: «Славный во все века».

Во Франции в век Просвещения медицину обогатили прежде всего выдающиеся исследования врачей-анатомов – академиков Раймона Вьессана, оставившего классические работы по анатомии нервной системы, уточнившего анатомическую картину митрального стеноза и расположение венечных артерий сердца, описавшего клинические признаки недостаточности клапанов аорты, застоя крови в лёгких при митральном стенозе, наличия экссудата в околосердечной сумке и значение сращений перикарда, автора первого руководства по анатомии, физиологии и патологии сердца (1715), а также Жана Батиста Сенака, написавшего лучшее руководство по анатомии, физиологии и болезням сердца (1749), описавшего клиническую картину нарушений сердечного ритма, митрального стеноза, воспаления околосердечной сумки, с успехом применявшего кровопускание и успокаивающие средства при сердечной недостаточности и хинин при упорных сердцебиениях. Но такие врачи – мыслители и первооткрыватели – являлись редким исключением из правила. Обследование и лечение, главным образом амбулаторное, терапевтического больного в XVIII в. оставалось таким же, как в прежние времена. Только на рубеже XVIII–XIX столетий началась – первоначально в столице революционной Франции Париже, затем в Австрии, Германии, далее повсеместно – подготовка к переходу медицины на путь естественнонаучного развития, занявшая всю первую половину XIX в.

В отличие от застоя в терапии французская хирургия XVIII в., после реформаторской деятельности великого хирурга Амбруаза Паре, заложившего еще в XVI столетии основы хирургии Нового времени, проходила этап принципиальных изменений. Наследием Средних веков было существование «двух медицин». Иными словами, разделялись и противопоставлялись друг другу такие понятия, как дипломированный врач-терапевт и ремесленник-лекарь, принадлежащий к цеху цирюльников-хирургов. Были, конечно, и дипломированные врачи, успешно занимавшиеся оперативным лечением. Недаром ещё Парацельс с гордостью именовал себя «доктором обеих медицин». Необходимо было поднять правовой статус хирургов, официально признать хирургию полноценной врачебной специальностью.

Начало этому процессу, исключительно важному для развития хирургии, положил указ короля Франции Людовика XIV, благоволившего хирургам, об учреждении двух профессиональных гильдий – «цирюльников-хирургов» и «цирюльников – банщиков и парикмахеров», с чётким размежеванием их функций (1691)[3]. Решающим шагом было основание в 1731 г. в Париже Королевской академии хирургии, которую спустя десятилетие приравняли в правах (в отношении обучения и аттестации хирургов и присуждения докторской степени) к медицинскому факультету. Великий хирург XIX в. Теодор Бильрот писал: «Это специальное хирургическое учреждение вскоре возвысилось до такой степени, что вся хирургия Европы почти целое столетие находилась под его влиянием»[4].

Успехи Парижской академии хирургии не только в лечебном и учебном деле, но и в науке были связаны в первую очередь с именами Ж.-Л. Пти и Ф. Пейрони – двух хирургов и анатомов, академиков Французской академии наук. Эти хирурги сыграли решающую роль в разграничении сфер деятельности хирургов и цирюльников.

Жан-Луи Пти (1674–1750) происходил из цирюльников; в 18 лет он стал демонстратором на лекциях по анатомии и хирургии, а затем хирургом в парижской больнице Шарите. Как военный хирург, он приобрел оперативный опыт в многочисленных сражениях в 1692–1700 гг.; затем в Париже занимался хирургической практикой и преподавал хирургию в анатомическом театре Сент-Комского колледжа (Святых Косьмы и Дамиана). В 1700 г. стал профессором хирургии Парижского университета. В 1831 г. Пти вместе с Пейрони основал академию

3 *Глянцев С.П. Хирургия в XVII веке. Врачи и цирюльники // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М., 2014. – С. 92–109.*

4 *Мирский М.Б. Хирургия в «век просвещения» // Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 188.*

хирургии и стал её директором.

Франсуа Жиго де ля Пейрони (1678–1747) окончил в Монпелье школу иезуитов и медицинский факультет местного университета (1697), работал демонстратором анатомии в госпитале Сент-Элуа в Монпелье; после двухлетней стажировки в Париже, у лейб-хирурга Жоржа Марешаля, стал главным хирургом этого госпиталя. С 1714 г. жил и работал в Париже в качестве главного хирурга госпиталей Отель-Дьё, затем больницы Шарите, профессора анатомии и хирургии колледжа Святых Косьмы и Дамиана. С 1721 г. Пейрони – лейб-хирург короля Людовика XV; в 1735 г. сменил Ж.-Л. Пти на посту директора хирургической академии. Он предложил метод катетеризации мочевого пузыря, разработал операции промежностной уретротомии, боковой литотомии и цистоцентеза, описал индурацию полового члена (так называемая болезнь Пейрони). В связи с этими научными заслугами его называют одним из основоположников урологии.

Во второй половине XVIII в. самым знаменитым хирургом Франции был Пьер Жозеф Дезо (1744–1795), главный хирург госпиталя Отель-Дьё, где создал хирургическую клинику и ввел обучение хирургии на трупах, профессор Парижского университета (1794). Дезо развивал анатомическое направление в хирургии, усовершенствовал технику многих операций и применяемые при этом инструменты, основал первый в Европе хирургический журнал (1791). В числе его учеников были один из основоположников патологической анатомии и гистологии Мари Франсуа Ксавье Биша, написавший его биографию, и Доменик Жан Ларрей – главный хирург армий Наполеона, удостоенный звания барона, один из основателей военно-полевой хирургии.

Однако хирургия эпохи Просвещения, при всех очевидных её достижениях, по-прежнему не знала антисептики и эффективного обезболивания и не опиралась на анатомию (такие хирурги, как Дезо, были исключением). Лишь в середине XIX в., когда европейская хирургия стала на путь естественнонаучного развития и получили распространение антисептики и асептики для защиты ран, наркоз и эффективные методы остановки кровотечения, началась разработка хирургической анатомии как базы оперативной хирургии, пришло время великих успехов клинической хирургии. И только для одного раздела хирургии именно XVIII столетие оказалось переломным: таким разделом являлось зубоврачевание, ставшее в этом веке одонтологией (в дальнейшем стоматологией) – самостоятельной медицинской специальностью. Решающую роль здесь сыграл французский хирург Пьер Фошар, которого справедливо

называют «отцом стоматологии»[5].

В 1700 г. королевский декрет положил начало стоматологии как самостоятельной отрасли медицины. Введена была новая хирургическая специализация, дававшая право на зубоврачебную практику. По своему положению в медицине дантист теперь стоял между цирюльником и хирургом. Специальный экзамен для получения этого звания нужно было сдать комиссии, состоящей из хирургов. Декрет короля способствовал бурному развитию в XVIII (особенно в XIX) столетии практического зубоврачевания и техники протезирования. По аналогичному пути, только спустя сто с лишним лет, пошли впоследствии и другие страны Западной Европы. Таковым было состояние зубоврачебной помощи во Франции ко времени начала практической и научной деятельности Пьера Фошара.

Пьер Фошар собрал и обобщил накопленный к началу XVIII в. опыт врачевания зубов, дополнил его наблюдениями и выводами из собственной практики и первым из европейских дантистов превратил зубоврачебное дело в отдельную врачебную профессию. Ему принадлежит сам термин «хирург-дантист». Но биография Фошара до последнего времени представляла собой образец «художественного творчества», где соседствовали противоречия, пропуски и легенды.

Научная (а не легендарная) биография Пьера Фошара началась лишь недавно, в XXI в., когда архивный поиск французских исследователей позволил уточнить дату его рождения: Фошар родился 2 января 1679 г. (не в 1678 г., как обычно указывалось) в городке Сен-Дени-де-Гастин, в департаменте Майенн на западе Франции. После доклада Ж. Анри на заседании французского Общества историков медицины и дальнейшего уточнения архивных материалов в 2011 г. здесь была установлена мемориальная доска. Нельзя не согласиться с мнением К. Дельтомба: «Фошар никогда не писал о своём происхождении или о своей семье. Большинство биографий Фошара… в значительной степени являются плодами воображения их авторов».

Фамилия «Фошар» происходит из восточного региона Бретани, который называется Верхняя Бретань, – территории бывших римских или галльских провинций[6]. Эта фамилия встречается довольно редко и, вероятно, образована от прозвища. Возможно, одноимённый предок

5 *Waish Y.Y. Fauchard, the father of modern dentistry // Dental Cosmos, 1923. V. 65: 809; Lynch C.D., O'Sullivan V.R., McGillycuddy C.T. Pierre Fauchard: the 'Father of Modern Dentistry' // Br. Dent. J., 2006. V. 201(12): 779-781 (23 December 2006); Maloney W.J., Maloney M.P. Pierre Fauchard: the father of modern dentistry // J. Mass. Dent. Soc., 2009. V. 58(2): 28-29.*

6 *Deltombe X. Pierre Fauchard, his life and his work // J. Dentofacial. Anom. Orthod., 2011. V. 14:103.*

Пьера Фошара имел большой опыт в использовании средневекового оружия, которое называлось «фашард» или «фальшарда»; оно состояло из изогнутого лезвия, закреплённого на древке длиной около 2 метров[7].

В семье Фошара было пятеро детей, и он не смог получить полноценного образования. В возрасте 15 лет, против воли своей семьи, ушёл служить на флот.

Там Фошар учился хирургическому мастерству под руководством Александра Потельре, старшего хирурга на одном из кораблей королевского флота, особенно интересовавшегося заболеваниями челюсти и зубов[8].

Благодаря наставлениям Потельре и наблюдениям за моряками, страдавшими в длинных морских переходах самыми разными болезнями, в первую очередь цингой, за три года службы Фошар обрёл такой опыт, которому позавидовали бы многие «сухопутные» дантисты того времени. В дошедших до наших дней письмах Фошар так отзывался о своём наставнике: «Был очень опытен в лечении заболеваний ротовой полости. Я обязан ему первыми крупицами знаний о хирургии, которой я сейчас занимаюсь; и те достижения, которых я смог достичь вместе с этим опытнейшим человеком, заставили меня подражать ему, подарили вдохновение для совершения многих и многих открытий...»

Фошар целиком посвящает себя зубоврачебному делу: погружается в тщательное изучение трудов античных и арабских учёных, штудирует современные пособия по зубоврачебному мастерству, переписывается с парижскими коллегами.

После ухода с флотской службы Фошар переехал в город Анже (главный город исторической области Анжу), бывший в то время университетским центром западной Франции, где работал в госпитале университета. Весьма вероятно, что выбор в пользу зубоврачевания был сделан из-за невозможности продолжить обучение общему хирургическому мастерству из-за дороговизны такого обучения, а также по причине отсутствия у Фошара базового медицинского образования. Именно город Анже в ту пору был центром становления и развития лечения зубных болезней, в первую очередь кариеса. Эта болезнь поражала в основном обеспеченных людей, которых дантисты «охотно пользовали». Разрушенные зубы чаще всего удаляли, а на менее пострадавших зубах надфилем стачивали изъеденную часть. Причиной возникновения

7 *C.D.Lynch, V.R.O'Sullivan, C.T.MeGillycuddy. Pierre Fauchard: the 'Father of Modern Dentis-try' British Dental Journal volume 201, pages 779–781 (23 December 2006)*

8 *Viau G. The life of Pierre Fauchard // Dental Cosmos, 1923. V. 65: 797-808.*

болезни традиционно считались зубные черви, якобы настолько мелкие, что их нельзя увидеть невооружённым глазом. Фошар опроверг это мнение. Он заметил, что чаще всего жертвами кариеса оказываются любители сладкого. «Кто любит сладкое, редко имеет красивые зубы и даже вообще зубы среднего качества, – писал он. – Вот почему необходимо после того, как поешь конфет, прополоскать рот тёплой водой, чтобы растворить то, что могло застрять между зубами и дёснами». Лечение кариеса стало для него делом жизни.

За время врачебной практики в Анже Фошар стал одним из видных деятелей медицины, удивлявшим современников своей открытостью – он готов был делиться секретами профессии и не стеснялся обсуждений, что противоречило духу той эпохи, то есть стремлению тщательно охранять свои знания и методики от конкурентов.

До Фошара доходила молва, что лечение зубной боли и замена больных и испорченных зубов искусственными стали в кругах парижской знати чуть ли не модой. Неутомимый, хорошо подготовленный и обладающий настоящим клиническим чутьем, сорокалетний Фошар в 1719 г. перебрался в Париж, где почти сразу же обзавёлся респектабельной клиентурой. Не только генералы, аристократы и их дамы, у него лечились и выдающиеся деятели французского Просвещения, в их числе Дидро и Руссо. Несколько раз Фошар лечил зубы королю Людовику XV. Высокие доходы позволяли ставшему знаменитым хирургу-дантисту жить на широкую ногу и даже поселиться в доме на престижной улице Фоссе-Сен-Жермен, рядом с парком – излюбленным местом прогулок парижского бомонда.

Фошар был трижды женат, дважды овдовел. Семья его второй жены, также из Бретани, жила и зарабатывала на жизнь в театре, основанном его тестем – Пьером-Жаном Дюшменом, французским комедийным актером, сын которого, Лоран-Тюгдюаль, стал помощником Фошара. Другими его помощниками были Пьер Гольяр и Антуан Леру де ля Фонде, имевший звание единственного партнера (élevé associé) Фошара. В 1729 г. Фошар женился на Элизабет Шемин, дочери высокопоставленного государственного служащего из Ренна. Пять лет спустя они купили небольшое шато Гранмениль (Grand-Mesnil) в Бур-сюр-Иветт, к югу от Парижа, на окраине королевских охотничьих угодий. Здание сохранилось и сейчас. Напротив него, в память о знаменитом враче, уставлен бюст.

Единственный сын Фошара Жан-Батист родился в 1737 г. Однако надежды на то, что сын продолжит столь успешно им начатое дело одонтологии, не оправдались. О том, что Пьер Фошар сильно переживал за судьбу сына, свидетельствует переписка, опубликованная в 2011

г. Ксавье Дельтомбом. В одном из писем есть такое отеческое наставление: «Продолжай, сын мой, и помни, что тот, кто гоняется за двумя зайцами, обычно не может поймать ни одного»[9]. Тем не менее юноша выбрал юриспруденцию, а позже, увлекшись театральным искусством, стал одним из самых талантливых актеров театра «Комеди Франсез». Интересная деталь: сын великого дантиста взял себе актерский псевдоним по названию поместья отца – Фошар де Гранмениль.

Едва переехав в Париж, Фошар обнаружил, что в городских библиотеках практически отсутствует литература о лечении зубных болезней. Тогда Фошар решил написать собственный энциклопедический труд на основе своего обширного опыта. На книгу ушло 5 лет, и наконец, к 1723 г., у него была готова многостраничная рукопись о лечении зубов, наполовину посвященная кариесу, который в эпоху Просвещения носил характер массовой болезни. В течение 5 лет работы над рукописью (1723–1728) Фошар собирал отклики о своей работе, возражения и дополнения; в этом приняли участие девятнадцать его коллег – врачи, хирурги, дантисты[10]. Главный вклад в работу внёс Жан Дево, хирург, давний друг и наставник Фошара. Другими шестью рецензентами выступили знаменитые терапевты и учёные своего времени: Филипп Эке, Жан-Клод Адриен Гельвеций, Жан Батист Сильва, Антуан Де Жюссьё, Раймон Жакоб Фино и Жак-Бенинь Винслоу. Двенадцать рецензентов были хирургами, среди них оказался лишь один дантист – Лодюмье, хирург его величества Филиппа V, короля Испании.

Издать первый трактат о болезнях зубов значило обрести славу, богатых пациентов, учеников. Однако для печатания и продажи медицинских книг требовалось разрешение, которое выдавалось именем короля (королевская привилегия). Чтобы получить такое разрешение, необходимы были письменные отзывы специалистов, в данном случае представителей двух очень недружественных цехов – врачей-терапевтов и хирургов. Поскольку в своем труде Фошар рекомендовал как можно реже прибегать к удалению зубов и по возможности вылечивать кариес, положительные отзывы терапевтов он получил без труда. Но точку зрения терапевтов автоматически воспринимали в штыки хирурги.

Счастливый случай в лице знаменитого хирурга Тартансона помог Фошару в данной ситуации. Мы не можем подтвердить или опровергнуть данное утверждение, поскольку отсутствуют достоверные источники,

9 *Deltombe X. Pierre Fauchard et Jean-Baptiste Fauchard de Grand Mesnil: les Relations d'un pere et d'un fils // Act. Coc. fran. d,histoire de l',art dentaire. Paris, 2011. V. 16: 15-19.*

10 *Spielman A.I. The birth of the most important 18th century dental text: Pierre Fauchard's Le Chirurgien Dentiste // J. Dent. Res., 2007. V. 86 (10): 922-926.*

которые бы свидетельствовали о связях Фошара и Тартансона, кроме отзыва последнего в приложении ко второму тому издания 1746 г.[11] Однако выглядит эта история весьма интересной. Итак, 12 ноября 1724 г. к Фошару обратился отставной, но всё ещё влиятельный глава парижской гильдии хирургов Тартансон по поводу сильной боли в резцах и клыках нижней челюсти. Фошар усадил пациента в кресло с подлокотниками, что несказанно того удивило, – ведь обычно больных сажали на пол, чтобы они не упали, потеряв сознание от боли. «Для почтенного возраста Тартансона зубы находились в неплохом состоянии. Фошару показалось, что проблема только с клыком справа, внешне самым изношенным. Пройдясь по всем зубам зондом, он убедился, что так и есть». Ему удалось убедить пациента, «что в корне зуба развился гнойный абсцесс и нужно открыть канал, чтобы гной вышел. Он поставил на острие зуба трёхгранное долото и, осторожно поворачивая его вправо-влево, проделал отверстие. Потом взял инструмент, который назвал «ножом живодёра», то есть длинное шило, расширил и углубил ход. Когда шило достигло абсцесса, из отверстия хлынул гной с кровью»[12]. Как и предвидел Фошар, боль тут же прекратилась, после чего он вычистил зуб и поставил пломбу из амальгамы.

Благодарный пациент, потрясённый новой технологией, сделал всё, чтобы вышла в свет книга Фошара – первый в мире учебник для зубных врачей. Тартансон собрал полдюжины отзывов хирургов на эту рукопись, а в своей краткой рекомендации указал, что искусству хирургии ранее не хватало умения лечить зубы, но Фошару удалось «заполнить этот пробел». Главный труд Пьера Фошара «Хирург-дантист, или Трактат о зубах» увидел свет в 1728 г., был издан в двух томах объёмом 798 страниц (456 – в первом томе, 342 – во втором), с 40 иллюстрациями (литографиями). В настоящее время один из таких крайне редких экземпляров находится в экспозиции музея Wellcome Collection (Лондон, Великобритания)[13]. Все экземпляры были раскуплены мгновенно, поэтому понадобились допечатки. Восемнадцать лет спустя, в 1746 г., появилось второе, значительно расширенное издание трактата в двух томах, объёмом в 919 страниц (494 – в первом томе, 425 – во втором), иллюстраций стало на 2 больше. Новое издание пополнилось сведениями по лечению альвеолярной пиореи. Кроме того, были включены изображение и описание «новоизобретённого верхнего зубного протеза с нижней поддерживающей частью,

11 *Fauchard P. Le Chirurgien dentiste, ou traité des dents. Tome second. Paris, 1746. P. 342 (Plache 41), 348 (Plache 42).*

12 *Шифрин М. Хирург-дантист Пьер Фошар против кариеса // medportal.ru*

13 *https://wellcomecollection.org/works/ua8vcmcj*

сделанной из золота и охватывающей нижние природные зубы», а также «описание и методы использования полного верхнего протеза, соединённого с частичным нижним, который закреплён на оставшихся природных зубах»[14]. С оригиналом труда можно ознакомиться в экспозиции Музея медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова. На деталях, связанных с объёмом страниц и иллюстраций, мы остановились исключительно ради уточнения сведений, которые в многочисленных источниках разнятся. В 1786 г., уже после смерти автора, в свет вышло третье, улучшенное и доработанное издание. В 1733 г. был опубликован немецкий перевод трактата[15].

«Хирург-дантист» Пьера Фошара сохранял популярность на протяжении целого столетия, а многие идеи и приёмы автора продолжают использоваться и в современной стоматологии. Успех издания способствовал развитию одонтологии в других странах. Так, в Англии в том же столетии великий хирург и естествоиспытатель Джон Хантер опубликовал свой труд под названием «Естественная история зубов человека»; в лондонском Гай-госпитале впервые разработали и стали читать курс лекций по одонтологии.

Вопреки слухам и сплетням, распространявшимся конкурентами Фошара, он и после опубликования своего трактата продолжал заниматься зубоврачебной практикой. В 1747 г. состоялся его переезд на столь же престижную улицу Кордельер, где были устроены не только лечебный кабинет, но и лаборатория с мастерской для изготовления зубных протезов. Оборудование кабинета включало в себя накрепко привинченное к полу кресло, систему ламп и небольших зеркал, сконструированных самим Фошаром и позволявших тщательно рассматривать полость рта пациента, горелки для кипячения инструментов и приготовления лечебных растворов.

Открытость и стремление Фошара развивать новые идеи в зубоврачевании поражают даже сегодня. Он писал: «Я усовершенствовал и изобрёл несколько искусственных протезов как для замены разрушенных частей зубов, так и для полной замены потерянных зубов, а также исправления их нарушений… И теперь, даже в ущерб своим собственным интересам, я, насколько это возможно, даю их наиболее точное и полное описание».

В трактате «Хирург-дантист» обосновываются важность наличия у человека здоровых и крепких зубов, показана их взаимосвязь с другими

14 *Fauchard P. Le Chirurgien dentiste, ou traité des dents. Tome second. Paris, 1746. P. 342 (Plache 41), 348 (Plache 42).*

15 *Martins W.D. Pierre Fauchard The "Father of Modern Dentistry" (Pierre Fauchard "Pai da Odontologia Moderna") // Rev. de Clín. Pesq. Odontol., 2005. V. 2 (1): 71-72.*

органами человека; содержится подробное описание анатомии челюсти человека, вида и структуры зубов, а также аномалий их развития. Фошар различает в структуре зуба тело, шейку и корень. Автор одной из первых классификаций болезней зубов, он выделил 103 заболевания, которые вызываются различными причинами, в том числе кариес. При этом описание пародонтоза было настолько подробным, что довольно долго этот недуг именовали «фошаровой болезнью». При рассмотрении проблемы кариеса Фошар категорически отвергал тысячелетние представления о «зубном черве» как причине кариеса и прямо заявлял, что никогда не видел ни одного такого червя не только невооружённым глазом, но и под микроскопом. Он полагал, что кариес является следствием «гуморального дисбаланса».

Отличительной чертой его методики оказания зубоврачебной помощи является уважение к пациенту. Этим продиктовано указание Фошара о недопустимости заставлять пациента сидеть или лежать на полу, как это часто практиковали не только уличные «лекари», но и многие дантисты-профессионалы. Например, немецкий дантист Людвиг Крон считал, что во время удаления зуба пациент должен лежать на полу и крепко держать дантиста за ногу. Согласно рекомендациям Фошара, пациенту следует сидеть в удобном кресле со спинкой из конского волоса или другого мягкого, но фиксирующего положение спины материала, а дантист должен стоять сзади или справа от него.

Фошар сконструировал специальную дрель для сверления зубов, усовершенствовал инструменты для удаления больных зубов – пеликан и щипцы, а также другие зубоврачебные инструменты и приспособления. Он кардинальным образом усовершенствовал нёбные обтураторы, введённые в зубоврачебную практику А. Паре: прежнюю губку он заменил крылообразными отростками из слоновой кости, которые вертикально вводились в носовую полость и при помощи особого винта перемещались в горизонтальное положение, чтобы удерживать нёбную пластинку. Тщательно выполненные изображения этих инструментов и приспособлений составляют существенную часть трактата.

В работе Пьера Фошара приводятся многочисленные истории болезней и описываются приёмы и методики лечения. Так, поверхностный кариес он стачивал напильниками, а к лечению приступал лишь в случае возникновения зубной боли. Лечение воспалённой пульпы сводилось к применению каутера (прижиганию) с последующим пломбированием зуба свинцовой, оловянной или золотой фольгой. Он говорил: «Зубной врач, имея обычно дело с сильно страдающим пациентом, не должен поддаваться панике. Испорченный в поспешности зуб назад выправить

уже невозможно…». Во многом благодаря усилиям Фошара в одонтологии наметился переход от тотальной тенденции удаления зубов к стремлению их восстановить. Показаниями к удалению зубов Фошар считал не поддающиеся успокоению боли, опасность поражения соседних зубов, дурной запах изо рта, а также болезни, причина которых неизвестна, но, возможно, исходит от зубов (фокальная инфекция).

Фошар доказал наличие корней даже у молочных зубов, однако в то время это доказательство принять отказались. Также он первым предложил пломбирование зубов амальгамой – свинцом или золотом. Многие советы Фошара актуальны и по сей день. Он осуждал бездумное удаление моляров, потому что это вело к смещению постоянного зубного ряда, но рекомендовал удалять молочные зубы, дабы избавиться от риска формирования неправильного прикуса.

Основоположник зубопротезирования, Фошар описал метод изготовления частичного протеза с использованием нескольких зубов-протезов человека, закреплённых на металлической язычной дуге с помощью металлических штырей. Индивидуальные мостовидные протезы он по возможности изготавливал из зубов самого пациента; в качестве материала для зубных протезов использовал также слоновую и бычью кость, отдавая последней предпочтение, поскольку она после соответствующей обработки не желтеет. Процесс отбеливания кости был сложным и длительным. Кость отваривали, чтобы удалить из неё жир, затем в течение 12 дней выдерживали попеременно на воздухе и в воде. Для придания вставным зубам цвета, близкого естественному, Фошар покрывал их колпачками из тонкой золотой пластинки, на которые наносился слой обожжённой фарфоровой эмали. Этот способ, по признанию самого Фошара, он заимствовал у изготовителей искусственных глаз. Вполне вероятно, что именно из этого начинания и возникла впоследствии идея производства искусственных зубов из фарфора.

Фиксация протезов осуществлялась различными способами. При наличии отдельных зубов протез привязывали к ним с помощью вощёной шёлковой нити. Фошар описал довольно простой способ для крепления искусственных зубов, используя штифты. После прочистки корневого канала от всех тканей пульпы и разрушенного дентина он расширял канал инструментом, используемым часовщиками для увеличения отверстий в металле. Эти инструменты имели четыре острых края, которые при вращении в канале могли срезать дентин. Затем Фошар заполнял расширенный корневой канал свинцом и, используя стилет, делал длинное прямое отверстие в свинце, чтобы получить штифт. Обычно штифты

делали из золота или серебра с шероховатой поверхностью для лучшей фиксакции в канале. Фошар предложил укреплять на одном или двух штифтах несколько соединённых между собою зубов, то есть создал прототип современных мостовидных протезов. По его наблюдениям, протезы, прикреплённые к штифтовым зубам, могли продержаться 20 лет и больше. Для фиксации полного верхнего зубного протеза во рту при наличии здоровых нижних зубов Фошар использовал спиральные пружины из золотой ленты, которые крепились на эмалированную металлическую основу. При изготовлении полного нижнего зубного протеза пружинящие пластины не применялись, поскольку один хорошо подогнанный нижний ряд искусственных зубов держится сам по себе. При изготовлении полных рядов на обе челюсти он устанавливал в конце каждого ряда, на месте последнего моляра, стальные пластинки, обмотанные шёлком.

Пьер Фошар стал одним из основоположников ортодонтии: он не удалял ненормально растущие зубы, но пытался с помощью проволоки, шёлковой лигатуры, серебряных и металлических пластинок поставить аномальный зуб на место, исправить прикус. Изобретённые им металлические дуги давали возможность расширять зубные ряды. Он ввёл в практику приспособление, позволявшее осуществлять наклон отдельных зубов. Основой аппарата была перфорированная металлическая лента, которую накладывали на зубной ряд и фиксировали к каждому зубу. К этой ленте проволокой привязывали неправильно расположенные зубы; периодически подкручивая проволочные лигатуры, врач мог увеличивать силу, приложенную к зубам. Занимаясь проблемой роста зубов, Фошар обращал внимание на важность ухода за молочными зубами в целях их сохранения до времени естественного выпадения.

Увеличение числа пациентов привело Фошара к решению, говоря современным языком, поставить изготовление протезов «на поток». Был создан специальный зубопротезный цех, где изготавливали до 1000 искусственных зубов в год. Работников цеха набирали из числа подмастерьев ювелирных мастерских, однако к работе их допускали только после изучения анатомических атласов и пособий по зубоврачебному делу с последующей сдачей соответствующего экзамена. Но для особо знатных клиентов Фошар сам изготавливал искусственные зубы. По Парижу ходили слухи, что для фаворитки Людовика XV мадам Помпадур Фошар сделал несколько штифтовых зубов из драгоценных материалов, так что каждый зуб обошёлся казне Французского королевства в 100 луидоров – сумма, сопоставимая со стоимостью бриллиантового кольца.

Пристальное внимание Фошар уделял уходу за зубами, настаивая на

их ежедневной чистке с использованием зубных эликсиров и порошков. Наряду с действительно важными советами и рекомендациями у него, конечно, встречаются и почти анекдотические советы – например, предложение ежедневно после ночного сна промывать полость рта несколькими ложками свежей урины (урина входила в арсенал средств терапевтического лечения зубных болей наравне с массажем дёсен и др.).

Пьер Фошар умер 21 марта 1761 года в Париже в возрасте 82 лет.

Трудно не согласиться с оценкой деятельности Фошара, данной известным американским стоматологом Ч.А. Харрисом: «Незрелость его практики обусловлена эпохой, в которую он жил, научный уровень этой практики, сравнительное превосходство и успешность – его личная заслуга»[16]. Отечественные врачи и любители истории медицины получили возможность ознакомиться с жизнью и деяниями Пьера Фошара благодаря историко-медицинским работам известного зубного врача, педагога и историка стоматологии Михаила Осиповича Коварского, который писал: «За Фошаром остается та огромная заслуга, что разрозненный опыт своей эпохи он собрал воедино, систематизировал, объединил одной общей идеей, которая в сумме даёт понятие научного зубоврачевания. Кроме того, очень многое в системе Фошара, особенно в области протезирования, является плодом его личного гения и изобретательности и представляет громадный шаг вперед, по сравнению с методами его современников… Огромное значение богатейшего руководства Фошара еще усиливается в свете того факта, что до него зубные врачи из боязни конкуренции держали свои изобретения в строгой тайне и не опубликовывали их… Таким образом, характеристика Фошара как создателя современного научного зубоврачевания не является преувеличением. Фошар имеет право на то, чтобы всякий одонтолог знал и помнил его имя»[17].

В знак признания его роли и в память о нем в 1936 г. была учреждена Академия Пьера Фошара – международная стоматологическая организация[18]. Академия продолжает пропагандировать традиции профессионализма и альтруизма, которые он заложил и утвердил своей работой. Академия спонсирует программы наставничества и содействует обмену информацией между коллегами. Ежегодно в Академии вручают награды за выдающиеся достижения в стоматологии. Есть и «зал Славы», где чтят самых известных стоматологов в истории профессии.

До настоящего издания трактат Фошара не был переведён на

16 *Walsh J. Fauchard, the father of modern dentistry // Dental Cosmos, 1923. V. 65: 809-823.*

17 *Коварский М.О. Пьер Фошар (забытый юбилей) // Одонтология и стоматология, 1929. – Т. 4. – С. 58–64.*

18 *Loader C. What is the Pierre Fauchard Academy? // Dental Survey, 1978. V. 54: 56-57..*

русский язык. Современные историки медицины пользуются в основном научным переводом трактата на английский язык, осуществленным в 1946 г. британским историком стоматологии Лилиан Линдсей. Готовя русскоязычный перевод, мы постарались сохранить дух эпохи и намеренно сохранили в тексте исторические названия некоторых инструментов (например, пеликан или подрезка для дёсен), ныне не использующиеся в клинической практике, ряда нозологических форм, ибо посчитали бесценным дать возможность читателю окунуться в идеологию мышления, логику блистательного экспериментатора и врача, каким, безусловно, является Пьер Фошар.

К.А. Пашков

доктор медицинских наук, профессор

ХИРУРГ-ДАНТИСТ,
или
ТРАКТАТ О ЗУБАХ,

в котором описываются способы содержать их в чистоте и здравии, делать более красивыми, восстанавливать при утрате; также перечислены средства против болезней зубов и дёсен, включая несчастные случаи и недуги, которые поражают соседние части тела

С НАБЛЮДЕНИЯМИ И ВЫВОДАМИ
ПО МНОГИМ ОСОБЫМ СЛУЧАЯМ

С РЕЦЕНЗИЯМИ и КОРОЛЕВСКОЙ ПРИВИЛЕГИЕЙ

книга, содержащая

СОРОК ДВЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

написанная

Пьером Фошаром,
хирургом-дантистом в Париже
Год 1746

Издание второе, пересмотренное, исправленное
и существенно дополненное

ГОСПОДИНУ ГРАФУ

ДЕ МОРЕПА,

Министру и государственному секретарю, командору ордена Святого Духа и Мальтийского ордена

Монсеньор,

Я бы никогда не осмелился представить Вашей Светлости *трактат о зубах, если бы не та любовь, которую Вы питаете к искусствам и тот патронаж, который Вы находите время им оказывать, даже исполняя наиважнейшие функции Вашего министерства, не давали мне возможность надеяться, что Вы не откажетесь от этой дани моего уважения. Каждый раз, когда артисты имеют счастье оказаться принятыми* Вашей Светлостью, *Вы принимаете их с добротой, Вы с удовольствием ободряете их старания и возбуждаете дух соперничества, расточая им королевские милости. Касаясь этой темы, я совсем не желаю оказаться в роли слабого эха общественного мнения, будучи убеждённым, что тем больше Вы заслуживаете восхвалений, тем с меньшей приязнью Вы желаете их получать. Поэтому я ограничиваю свою признательность единственно лишь уверением, что я, питая к Вам глубочайшее уважение, никогда не перестану быть,*

МОНСЕНЬОР, Вашей Светлости

скромным и покорным
слугой, Фошаром

ПРЕДИСЛОВИЕ

Зубы в их естественном состоянии являются самыми крепкими костями человеческого тела, но они же более всего подвержены болезням, которые сопровождаются острой болью и могут быть весьма опасными. И в этом мы убеждаемся практически сразу после рождения. Совсем немногие сохраняют здоровые зубы до старости. Одни обязаны этим удачному строению зубов, другие – вниманию и заботе о них, но, в противоположность им, у большей части человечества зубы испорчены с раннего возраста или же преждевременно утрачены.

Так как видов зубных болезней, их последствий и симптомов бесчисленное множество, требуются, соответственно, и многообразные навыки в оперировании, которые искусство хирургии выработало для их лечения. Недостаточно одной лишь практики, чтобы довести эти операции до совершенства (как минимум, лечение должно основываться на тщательном изучении анатомии рта, что абсолютно необходимо для понимания состава, положения, соединения и функционирования различных органов, частью которых являются зубы). Познания в этой области непременно приведут нас к обнаружению различных поражающих зубы болезней, их причин и способов лечения. Однако следует признать, что область хирургии, которая занимается болезнями полости рта, до сих пор была в наибольшей степени обделена вниманием.

Хотя общая хирургия сейчас достигла определённого совершенства, были сделаны важные открытия в анатомии, в том числе касающиеся проведения операций, а также увидели свет многие научные наблюдения и описания любопытных случаев, зубные врачи не могут почерпнуть в них достаточную информацию, чтобы руководствоваться ею в ходе своих операций.

Авторы, пишущие об анатомии, хирургических заболеваниях и операциях, описывали зубы и их болезни весьма поверхностно, да и упоминали о них лишь потому, что нельзя не осветить эту тему в труде, который претендует на полное описание организма.

Если же авторы писали о зубах и их болезнях, например Урбен Эмар и Мартен, они делали это без достаточных подробностей. Первый из них, хирург кардинала Жоржа д'Арманьяка, озаглавил свою книгу,

посвящённую кардиналу, *«Исследования истинной анатомии зубов, их природа и признаки вкупе с их болезнями»* (издана в Лионе, у Бенуа Риго, в 1582 г. в двенадцатую долю листа). Его исследования, весьма тщательные и полезные, показывают, что он читал древнегреческих и латинских авторов и разумно использовал написанное ими в своей книге.

Второй автор был аптекарем <…> и издал *«Диссертацию о зубах»* (напечатана в Париже, у Тьерри, в 1679 г. в двенадцатую долю листа); в ней он описал природу зубов, их болезни и лечение вполне последовательно, но недостаточно развёрнуто и без упоминания необходимых операций.

Помимо вышеописанных, нет других общедоступных или специальных работ по курсу хирургии, которые исчерпывающе описывали бы теорию зубных болезней и давали подробные инструкции по практическому применению этого знания, что необходимо для лечения болезней зубов, а также соседних органов.

Так как известнейшие хирурги пренебрегали этой сферой врачебного искусства или, по крайней мере, не оказывали ей достаточного внимания, появились люди, которые, не руководствуясь никакой теорией либо опытом, опошлили её, практикуя наугад, без чётких правил и системы.

Лишь в 1700 г. парижане осознали невежество таких *«лекарей»*. В настоящее время желающие стать зубными врачами должны сдать экзамен. Однако экзаменаторы, возможно сведущие во всех остальных разделах хирургии, позволю себе заметить, не столь хорошо осведомлены в практических вопросах зубоврачевания. Поэтому было бы нелишним, если бы на экзаменах присутствовал опытный и умелый зубной врач, который смог бы оценить знания желающих получить диплом, их действия в сложных случаях из практики, а также обучить способам лечения. Если следовать такому методу, то я не вижу причин, по которым дипломированные зубные врачи не смогли бы получить знания достойного уровня.

Для восполнения этого пробела в образовании весьма желательно, чтобы опытный зубной врач – например г-н Кармелин, получивший всеобщее признание за свою работу, – научил бы нас своим методам лечения и передал нам свои знания касательно многих успешно вылеченных им редких недугов.

Практика квалифицированных врачей накапливает объём подобных сведений, и тем более жаль, что они утрачиваются из-за нежелания их записывать. Если в сложных случаях нет возможности обратиться к экспертам за личной консультацией, то письменное изложение различных способов могло бы, так сказать, оплодотворить ум тех, кто способен понять и переварить полученные знания. Таким образом, эти идеи были

бы восприняты и в свою очередь породили бы новые, а успех наших предшественников, чью науку мы впитали, подтолкнул бы и нас к достижению их славы и, возможно, к её превосходству.

Поэтому то, чего в свое время не сделал г-н Кармелин, я попытаюсь сделать сегодня. Хотя бы дам пример того, что знаменитый зубной врач мог бы написать с гораздо большим умением и успехом.

Ничто из того, чем я занимался в жизни, не отвлекало меня от занятий хирургией, к которой я был предрасположен с юности; я был учеником г-на Александра Потлере, главного хирурга королевского флота, знатока болезней ротовой полости. Именно ему я обязан первым светом знания в той области хирургии, которую я практикую, а успех, с которым я учился у этого опытного врача, дал мне позже возможность сделать самые значительные мои открытия. Из книг я всегда черпал то, что казалось мне наиболее заслуживающим доверия. Я часто обсуждал это с самыми опытными друзьями-хирургами и воспользовался всем полезным, что заключалось в их советах и наблюдениях. Опыт, полученный из непрерывной, более чем сорокалетней практики, постепенно даровал мне новые знания и исправил те неточности, что крылись в моей начальной практике. Предлагаю публике плод моих трудов и бессонных ночей в надежде, что эта книга принесет пользу тем, кто решил освоить профессию хирурга-дантиста, и станет большим подспорьем для желающих сохранить свои зубы в хорошем состоянии. Я приложил все усилия для того, чтобы все написанное мною основывалось на самых прочных принципах практического опыта, но если я в этом трактате случайно упомянул нечто, достойное профессионального порицания, я покорно воспользуюсь советом тех, кто возьмет на себя труд указать на мою ошибку. Таковое преимущество каждый ныне живущий автор должен с благодарностью использовать, и оно лежит в основе того, чем я надеюсь быть наиболее полезным обществу.

В первой части моего трактата я описываю общую природу зубов, их рост, расположение и функции, затем перехожу к болезням молочных зубов у детей и способам их лечения, потом даю советы по сохранению зубов и облагораживанию их вида, после чего следует описание недугов, разрушающих зубы человека на протяжении его жизни. Таких болезней я выделяю более сотни, что намного превосходит их количество, описанное другими авторами. Я разделяю болезни зубов на три категории. Первая – болезни, вызванные внешними причинами, вторая – болезни, возникшие из причин внутренних и скрытых, и третья – симптоматические болезни; в последнюю категорию я включаю самые любопытные случаи. Наконец, подробно рассказываю о способах предотвращения и лечения болезней зубов.

Так как тесное расположение дёсен и зубов приводит к взаимной передаче болезней, я также уделяю внимание дёснам и их недугам.

Следующий раздел – описание различных видов операций. Казалось бы, что может быть заурядnее удаления зуба? Однако эта операция требует большей осторожности и познаний, чем можно предположить. Далее я рассматриваю процедуры чистки зубов, их обтачивания, прижигания и пломбирования. Следующая за этим тема – выравнивание и упорядочение строя зубов, их замена в случае утери, а также укрепление их в лунках.

Иногда потери зуба не избежать, но врачебное искусство может восполнить этот недостаток. Я улучшил и даже изобрёл множество искусственных устройств, которые могут заменить несколько зубов или даже все зубы, и эти устройства так великолепно восполняют всё утерянное, что функции природных зубов полностью сохраняются. Я с точностью описываю все эти устройства – с ущербом при этом для собственного интереса.

Болезни полости рта, а также ведущие к ним расстройства, иногда настолько трудноизлечимы и опасны, что могут уничтожить, полностью или частично, лунки, челюстные кости, кости нёбного свода настолько, что слюна и пища уже не могут проходить по нужным каналам, вместо этого выходят через нос, а выделения носовой полости попадают в рот. При этом дикция человека становится нечёткой, а дыхание – весьма затруднённым. Для устранения подобных недостатков я изобрёл пять типов устройств, с помощью которых пациент может восстановить утерянную возможность пользоваться этими органами. Я описал эти устройства весьма подробно.

Также я счёл нужным добавить в трактат описание того, как следует использовать различные инструменты для операций на зубах; часть из них я усовершенствовал, а некоторые изобрёл. Надеюсь, что они окажутся более удобными.

В конце первого тома я перечисляю семьдесят два случая самых необычных болезней, которые мне удалось вылечить, и описываю способы лечения подобных расстройств.

Чтобы ещё более послужить общему благу (в нём – единственная причина создания трактата), я заказал сорок две гравюры, представляющие зубы в их естественном состоянии, зубы кривые и неровные, различные наросты необычного размера, состоящие из зубного камня, камне- или костеобразные, которые были удалены с зубов или иных частей полости рта, а также инструменты, необходимые для операций, искусственные приспособления для замены части или всех зубов, в том числе пять обтураторов, которые я упомянул.

Наконец, в данной книге я даю самые современные и необходимые инструкции по размещению частей ротовой полости и описываю, как должен сидеть пациент во время операции и как располагаться сам врач.

Считаю нужным предупредить: возможно, найдутся читатели, в основном из числа тех, кто не озаботился изучением всех сложностей зубоврачебного искусства, не знаком с описанием инструментов и не прочел со вниманием эту книгу, которые примутся критиковать мою работу за то, что я говорю о вещах, кои покажутся им слишком простыми или общеизвестными. Отвечаю им заранее: моим намерением было донести знания до всех. Прежде всего, я стремлюсь быть полезным людям, желающим изучить часть хирургии, которой я посвятил себя; сгладить на их пути все препятствия и дать им метод, который, по моему мнению, является самым простым и ясным на пути предоставления людям наилучших услуг. Тот же, кто не имеет намерения научиться оперировать, обнаружит в книге тысячи полезных советов. Ему не нужно останавливаться на способах лечения и описании инструментов – я прекрасно понимаю, что такого рода чтение скучно, если человек не собирается посвятить себя профессии. По этой-то причине я и решил поместить такие материалы в конце, разделив трактат на две части, тематически полностью самостоятельные.

Я написал эту книгу, получив большой и так или иначе успешный опыт в хирургии; мою работу одобрили многие знающие люди. Первое издание быстро разошлось, а саму книгу посчитали достойной для перевода на иностранные языки; и я льщу себя надеждой, что общество примет и второе издание с той же благожелательностью и одобрением. Второе издание основательно дополнено и расширено различными рассуждениями, которые, на мой взгляд, не лишены интереса и могут оказаться полезными.

Будучи движимым лишь любовью к истине, я в этой книге указал на ошибки некоторых современных авторов, а также счёл своим долгом поправить тех, кто жил до меня. Надеюсь, здравомыслящие люди поймут, что я приложил все усилия, дабы подавить то естественное чувство неловкости, когда критикуешь других. Рассчитываю на то, что эти авторы окажутся достаточно разумными и без злобы воспримут замечания по поводу их работ.

Повторяю, я обозначил эти ошибки лишь для восстановления научной справедливости, но никак не ради самоутверждения. Считается, что совершать ошибки унизительно, но тем более благородно признавать их.

СПИСОК ГЛАВ,
содержащихся в первом томе

ГЛАВА I

О СТРУКТУРЕ, *расположении и присоединении зубов, их происхождении, развитии и т. д.* 40

ГЛАВА II

О БОЛЕЗНЯХ, СОПУТСТВУЮЩИХ ПОЯВЛЕНИЮ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, И СПОСОБАХ ИХ ЛЕЧЕНИЯ. *Краткая характеристика двух недавно вышедших книг о зубах.* 59

ГЛАВА III

О ПОЛЬЗЕ ЗУБОВ И О БЕСПЕЧНОСТИ, *выказываемой при заботе об их сохранении* 65

ГЛАВА IV

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ, *необходимые для сохранения зубов* 67

ГЛАВА V

КАК СОХРАНИТЬ БЕЛИЗНУ ЗУБОВ И СДЕЛАТЬ ДЁСНЫ ПРОЧНЫМИ. *Зубные пасты, порошки и жидкости, полезные и вредные для этой цели* 70

ГЛАВА VI

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ БОЛЕЗНЕЙ ЗУБОВ: *недуги основные, симптоматические, случайные, а также обусловленные состоянием зубов, альвеол и дёсен, их прогнозирование, диагноз и перечисление* 81

ГЛАВА VII

О ЗУБНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ОСКОМИНЕ 94

ГЛАВА VIII

ТИПЫ КАРИЕСА ЗУБОВ И ИХ ПРИЧИНЫ 97

ГЛАВА IX

О КАРИЕСЕ ЗУБОВ. ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ, *которые необходимо предпринять перед его стачиванием* 102

ГЛАВА X

О ТРЕПАНАЦИИ ЗУБОВ, *когда они источены или кариозны и причиняют боль* 108

ГЛАВА XI

О ЗУБНОМ КАМНЕ, ЧТО ФОРМИРУЕТСЯ НА ЗУБАХ, *и его вредных последствиях* 111

ГЛАВА XII

ОБЗОР ОПЕРАЦИЙ И СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ, *содержащихся в последующих главах* 115

ГЛАВА XIII

ЧАСТИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ЗУБАМ. *Положение пациента и врача во время операции* 117

ГЛАВА XIV

ПРАВИЛА, КОТОРЫЕ НАДО СОБЛЮДАТЬ ДО, *во время и после удаления зубов* 121

ГЛАВА XV

О СУДОРОЖНОМ СЖАТИИ ЧЕЛЮСТЕЙ *и о способах силой разжать их, когда они сомкнуты настолько, что необходима операция, чтобы человек мог принимать пищу или чтобы полностью осмотреть его рот* 125

ГЛАВА XVI

О СОСТАВЕ, ПРОТЯЖЕНИИ, ПРИСОЕДИНЕНИИ *и назначении дёсен* 131

ГЛАВА XVII

БОЛЕЗНИ ДЁСЕН, *в первую очередь присущие им наросты, а также операции, необходимые для лечения таковых* 133

ГЛАВА XVIII

ОБ ЭПУЛИСЕ, *или плотном нарасте над поверхностью дёсен, а также об операциях по его удалению* 136

ГЛАВА XIX

О ПАРУЛИСЕ, ИЛИ АБСЦЕССЕ, *который появляется на десне в результате воспаления или (реже) застоя жидкостей, их разлития или инфильтрации. способы лечения этого недуга* 142

ГЛАВА XX

О ЯЗВАХ НА ДЁСНАХ И СПОСОБАХ ИХ ЛЕЧЕНИЯ 149

ГЛАВА XXI

О СВИЩАХ, КОТОРЫЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА ДЁСНАХ *вследствие болезней зубов, и их лечении* 151

ГЛАВА XXII

ТЯЖЁЛЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЦИНГИ ДЛЯ ЗУБОВ, *дёсен и даже челюстных костей, а также необходимые для их лечения операции* 153

ГЛАВА XXIII

О САМЫХ СЕРЬЁЗНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ, *которые происходят в результате кариеса зубов сначала в близлежащих частях, а затем и в более удалённых* 166

ГЛАВА XXIV

ОДИННАДЦАТЬ НАБЛЮДЕНИЙ *на тему зубов* 168

ГЛАВА XXV

ШЕСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ *по поводу появления новых зубов* 183

ГЛАВА XXVI

О ЗУБАХ, *вырастающих поздно или совсем не появляющихся* 188

ГЛАВА XXVII

ПЯТЬ НАБЛЮДЕНИЙ О ЗУБАХ, *скреплённых между собой различными способами* 189

ГЛАВА XXVIII

ДВЕНАДЦАТЬ НАБЛЮДЕНИЙ *о кривых и неровно расположенных зубах* 193

ГЛАВА XXIX

НАБЛЮДЕНИЕ ОБ ИСТИННОМ ВЫВИХЕ ЗУБА *и о произошедшем по его вине сращении* 201

ГЛАВА XXX

ПЯТЬ НАБЛЮДЕНИЙ О ЗУБАХ, *Удалённых и вновь вставленных в лунку или же пересаженных в рот другого человека* 203

ГЛАВА XXXI

ДВА НАБЛЮДЕНИЯ О ЗУБАХ, *вбитых в правую пазуху и в лунку верхней челюсти при попытке их удаления* 209

ГЛАВА XXXII

ТРИ НАБЛЮДЕНИЯ *об окаменевших наростах на зубах или рядом с ними* 212

ГЛАВА XXXIII

ЧЕТЫРЕ НАБЛЮДЕНИЯ О СИЛЬНЕЙШИХ ГОЛОВНЫХ *и иных болях, причинённых зубными недугами* 217

ГЛАВА XXXIV

ДВА НАБЛЮДЕНИЯ О НЕДУГАХ, *произошедших вследствие цинги во рту* 221

ГЛАВА XXXV

ДВЕНАДЦАТЬ НАБЛЮДЕНИЙ О ВОСПАЛЕНИЯХ, *опухолях и абсцессах, произошедших по вине зубов* 223

ГЛАВА XXXVI

НАБЛЮДЕНИЕ ОБ ОМОЗОЛЕЛЫХ ОТСЛОЕНИЯХ НА ЯЗЫКЕ, *щеках и дёснах, причиной которых было трение о культи, сломанные зубы и т. д.* 236

ГЛАВА XXXVII

ОБ ОТВЕРДЕВШИХ ЯЗВАХ НА ВНУТРЕННЕЙ СТОРОНЕ ЩЕКИ И НА ДЁСНАХ, *причиной и продолжением существования которых было давление последнего моляра* 237

ГЛАВА XXXVIII

ШЕСТЬ ОСОБЫХ НАБЛЮДЕНИЙ 238

СПИСОК ГЛАВ,
содержащихся во втором томе

ГЛАВА I

ОПРОВЕРЖЕНИЕ ЛОЖНОГО УТВЕРЖДЕНИЯ *о том, что железные или стальные инструменты вредят зубам* 250

ГЛАВА II

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ *для удаления зубного камня* 252

ГЛАВА III

МЕТОД ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО ОЧИЩЕНИЯ ЗУБОВ *путём отделения и удаления зубного камня без повреждения эмали* 258

ГЛАВА IV

МЕТОД ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАПИЛЬНИКА. *Необходимые предосторожности и выбор нужного инструмента* 262

ГЛАВА V

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ, *подходящих для выскабливания кариозных зубов* 280

ГЛАВА VI

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ, *а также условия для их успешного использования и меры предосторожности* 286

ГЛАВА VII

О ПРИЖИГАНИИ ЗУБОВ 294

ГЛАВА VIII

О КРИВЫХ, НЕРОВНО РАСПОЛОЖЕННЫХ И ВЫВИХНУТЫХ ЗУБАХ, *а также об инструментах и средствах для операций по приведению их в ровное и крепкое положение* 298

ГЛАВА IX

СПОСОБЫ УКРЕПЛЕНИЯ ШАТАЮЩИХСЯ ЗУБОВ 309

ГЛАВА X

ОПИСАНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ: *ланцет для дёсен, элеватор, клещи (щипцы) и элеватор с винтом* 316

ГЛАВА XI

ОПИСАНИЕ НОВОГО ВИДА ПЕЛИКАНА *и несовершенств его предшественников* 328

ГЛАВА XII

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕЛИКАНА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ, *которые сложно удалить любым другим инструментом* 336

ГЛАВА XIII

ОБ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБАХ *для замены недостающих природных* 362

ГЛАВА XIV

КАК ОТБЕЛИВАТЬ КОСТИ БЫЧЬИХ НОГ *при их подготовке к вытачиванию искусственных зубов или частей протезов* 369

ГЛАВА XV

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ *и протезов, которые исправляют изъяны при потере природных зубов* 370

ГЛАВА XVI

О ЧЁМ СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ ПРИ СВЕРЛЕНИИ, НАЛОЖЕНИИ И ЗАКРЕПЛЕНИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ЗУБАХ ИЛИ КОРНЯХ ЗУБОВ ПАЦИЕНТА, *а также о правильном размере всех их частей* 382

ГЛАВА XVII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТЕЗА ДЛЯ ВСЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРУЖИНАМИ, *которые соединяют его с золотой или серебряной основой, опоясывающей зубы нижней челюсти двумя полукружиями и двумя петлями* 390

ГЛАВА XVIII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВОЙНОГО ПРОТЕЗА, *в котором верхняя часть соединяется с нижней посредством пружин* 398

ГЛАВА XIX

СПОСОБ НАНЕСЕНИЯ ЭМАЛИ НА ЗУБЫ ИЛИ ПРОТЕЗЫ *для придания им большей естественности и красивого внешнего вида* 401

ГЛАВА XX

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРВОГО НЁБНОГО ОБТУРАТОРА *с двумя параллельными лепестками на шарнирах, приводимого в рабочее положение винтом* 406

ГЛАВА XXI

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВТОРОГО ОБТУРАТОРА, *менее сложного, лепестки которого прикреплены особым способом и не имеют шарниров*..... 410

ГЛАВА XXII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРЕТЬЕГО ОБТУРАТОРА, *без штыря и с зубным протезом, лепестки которого отличаются по форме от предыдущих, разделены и управляются винтом особой конструкции, а также описание четвёртого обтуратора* 415

ГЛАВА XXIII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЯТОГО ОБТУРАТОРА, *с такой же костяной пластиной, что и у предыдущего, с зубным протезом, составленным из нескольких деталей, без штыря, с двумя лепестками, один из которых вращается направо, а другой налево* 423

ГЛАВА XXIV

ДЕТАЛЬНОЕ ОПИСАНИЕ НОВОИЗОБРЕТЁННОГО УСТРОЙСТВА, *охватывающего нижнюю челюсть, к которому крепится зубной протез верхней челюсти*..... 431

ГЛАВА XXV

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛНОГО ВЕРХНЕГО ПРОТЕЗА, *соединённого с частичным нижним, который закреплён на оставшихся природных зубах* 435

ГЛАВА XXVI

ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ ОДНОЙ ГЛАВЫ *недавно вышедшего трактата о хирургии* 441

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 448

ОТЗЫВЫ НА ТРАКТАТ 468

КОРОЛЕВСКАЯ ПРИВИЛЕГИЯ 475

ХИРУРГ-ДАНТИСТ,

или

ТРАКТАТ О ЗУБАХ

ТОМ I

ГЛАВА I

О СТРУКТУРЕ, РАСПОЛОЖЕНИИ *и присоединении зубов, их происхождении, развитии и т. д.*

Для всестороннего охвата темы данной работы прежде всего необходимо объяснить структуру, присоединение и конкретные функции зубов.

Именно на понимании этих аспектов я и собираюсь обосновать свою теорию и практику, после чего сделаю попытку дать достаточно ясное описание заболеваний, которым подвержены зубы, а также опишу наиболее действенные средства для сохранения зубов.

Если рассматривать зубы в их естественном состоянии, они являются самыми белыми, самыми твёрдыми и самыми компактными костями человеческого тела. Их белизне в большой степени способствует особый вид соединения и расположения внутренних частей ткани, из которой они созданы. Их очень сложно рассечь, особенно это касается слоя, состоящего из эмали, по той причине, что в таком малом объёме присутствует такое значительное количество костной ткани.

Урбен Эмар, повторяя Аристотеля[1], утверждает, что зубы твёрже остальных костей (зубы способны их все расколоть), что их твердость равна твёрдости камней, что они сопротивляются металлическим инструментам, их нельзя сжечь и превратить в золу – в отличие от остальных костей тела. Гален, разделяя мнение Гиппократа и Аристотеля, не обошёл вниманием тот факт, что зубы отличаются от других костей по своему происхождению, развитию и чувствительности.

Все зубы укреплены и вставлены в лунки под названием «альвеолы», которые являются выемками в костях обеих челюстей. Число этих лунок соответствует числу зубов, которых у взрослого человека тридцать два, по шестнадцать в каждой челюсти, а именно: четыре резца, два клыка

1 *Аристотель. О частях животных. Книга 3, главы 7, 9.*

и десять моляров. Иногда количество зубов не превышает тридцати одного, иногда тридцати, иногда двадцати девяти. Четыре последних моляра носят название зубов мудрости, они появляются у человека гораздо позже, с возрастом, или не появляются вовсе, а это значит, что у многих людей всего двадцать восемь зубов.

В то же время я встречал людей с тридцатью тремя зубами нормальной рядности, и каждый зуб произрастал из своей альвеолы.

Следует отметить, что любой зуб, чей порядковый номер превосходит число тридцать два, надо считать сверхкомплектным. Как правило, таковой прорезается между двумя большими резцами верхней челюсти, и в таком случае считается, что у человека лишние резцы. Сверхкомплектный зуб очень похож на боковой (латеральный) резец верхней челюсти. Более того, я наблюдал двух человек, у каждого из которых было тридцать четыре зуба, по шестнадцать в нижней и по восемнадцать в верхней челюсти, то есть на два больше обычного, причём эти два зуба располагались по бокам верхних резцов.

Лунки отделены друг от друга костными перегородками. Их губчатая структура покрыта очень маленькой и тонкой ноздреватой оболочкой, которая, будучи гораздо мягче остальной кости, является гибкой и способной реагировать более или менее соответственно на различия в изменении её состояния. Форма каждой альвеолы всегда полностью повторяет форму произрастающего зуба, являясь, так сказать, её оттиском.

Ткань, которая укрывает и окружает альвеолы сверху, называется десной. Эта ткань есть продолжение оболочки, известной под именем надкостницы, она непосредственно покрывает кость и устилает внутреннюю часть ротовой полости. Дёсны, равно как и костная ткань альвеол, служат для удержания и прикрепления зубов.

Каждый зуб состоит из двух частей: первая, которая видна снаружи и не закрыта альвеолой; это – тело зуба. В нижней части, у основания, обычно присутствует небольшая круговая впадина – шейка зуба (зубодесневой желобок). Она почти не прикрыта десной. Вторая часть скрыта в альвеоле и называется корнем зуба.

Различные формы тела зуба позволяют нам различать резцы, клыки и моляры.

Четыре передних зуба обеих челюстей называются резцами (фр. incisif , от лат. incidere, то есть «резать»). Действительно, кромка этих зубов является прекрасным инструментом для рассечения пищи, она слегка выпуклая впереди, вогнута сзади и заострена в части, противоположной корню. Два центральных резца верхней челюсти всегда

превосходят по размеру (и обычно по длине) как боковые, так и остальные резцы. Боковые резцы верхней челюсти шире боковых резцов нижней. Я называю первую пару большими резцами, вторую – латеральными, или средними, а четыре резца нижней челюсти – малыми резцами.

Клыки расположены сразу за резцами. На каждой челюсти их по два. Клыками (фр. canine) их называют из-за сходства с соответствующими зубами собаки (лат. canis означает «собака». – Примеч. пер.). Их тело более округлое и имеет большую толщину, чем у резцов; кромка, противоположная корню, является скруглённой точкой.

Исходя из структуры, клыки подходят не только для откусывания пищи, но и для её удержания в момент разгрызания или пережёвывания. Они также используются для разделения пищи на куски, когда это необходимо. Именно поэтому естественно удерживать пищу именно этими зубами.

Следующие непосредственно за клыками зубы – это два малых и три больших моляра на каждой стороне челюстей. Они делятся на малые и большие моляры по той причине, что передняя пара не такая большая по размеру, как её соседи-моляры (у них на кромке меньше бугорков), или потому, что у них меньше корней, чем у непосредственно следующих за ними зубов.

Тело больших моляров – почти квадратное, с плоской вершиной, которая, однако, имеет бугорки и впадинки. Когда челюсти сомкнуты, бугорки зубов нижней челюсти входят во впадины зубов верхней, и наоборот, бугорки зубов верхней челюсти смыкаются с впадинами зубов нижней. Такое взаиморасположение даёт им прекрасную возможность разрывать и перемалывать даже самую твёрдую пищу. К этим зубам переходит задача измельчения пищи, начатого резцами и клыками.

Тело зуба получило название венчик («коронка»), однако это слово применимо только к молярам. Лишь эти зубы хоть как-то напоминают своими бугорками, расположенными на вершинах, древние короны.

Когда дети рождаются, зубов у них обычно нет, потому что какое-то время они остаются скрытыми в дёснах. Затем зубы постепенно появляются, числом до двадцати: восемь резцов, четыре клыка и восемь моляров. Эти зубы не являются бескорневыми, как о том говорят обычные люди или пишут некоторые авторы. Действительно, когда эти зубы выпадают сами, впечатление такое, что корня почти нет, но, если их удаляют до того, как они начнут шататься перед выпадением, у них обнаруживается корень, соответствующий их размеру и имеющий такую же длину, твёрдость и почти такую же стойкость, что и коренные зубы. Факт этот подтверждается и тем, как выглядят корни молочных зубов, сохранившихся

у некоторых взрослых людей на несколько лет дольше (после того, как прорезались коренные).

Чуть ниже кончика корней двадцати молочных зубов, которые со временем выпадут, находятся зародыши других, из которых и развиваются вторые зубы – они режутся после или иногда до того, как выпадают первые. Следовательно, можно сказать, что у детей пятьдесят два зуба, из которых двенадцать больших моляров появляются сразу коренными и обычно не возрождаются по выпадении (не считая зародышей, которые иногда сверхкомплектно расположены за корнями больших моляров). Я глубоко убеждён в том, что эти зародыши иногда присутствуют, поскольку лично наблюдал двух человек, у которых прорезался большой моляр на месте того, который пришлось удалить.

Я мог бы привести ещё несколько примеров, которые опровергают общее мнение, будто большие моляры никогда не заменяются. Однако это происходит очень часто, и простого наблюдения достаточно для подтверждения моего мнения.

Вторая часть зуба, называемая корнем, стала объектом множества наблюдений и описаний её размера, числа корней, их формы у разных видов зубов. Есть корни, равные по размеру телу зуба, а есть и такие, которые его превосходят. Что же касается числа корней, то у резцов, клыков и малых моляров их по одному. Иногда у последних может быть два корня – либо полностью раздельных, либо отделяющихся друг от друга только в самом конце. Следует отметить, что эти корни загибаются внутрь или наружу.

Мне доводилось удалять малые моляры с тремя корнями, но такие виды зубов довольно редки, равно как и клыки с двумя или тремя корнями[1]. В моей коллекции есть два клыка, у одного из которых имеется два отдельных корня, а другой состоит из трёх, отделённых друг от друга лишь продольными канавками по всей их длине. На конце один их этих корней даже отделён полностью, причём два других как бы спаяны вместе и заканчиваются одним острым корнем, который длиннее второго и имеет больший размер.

Большие моляры, расположенные сразу за малыми, обычно имеют два или три корня[2], иногда четыре или даже пять; такое чаще наблюдается у зубов верхней челюсти, чем у зубов нижней. Надо отметить, что у двух последних моляров, справа и слева на каждой челюсти, меньше корней, чем у непосредственно предшествующих им зубов. Тело этих моляров не такое массивное, и у них только два корня, практически слитых друг с другом по всей длине. Их кромки иногда наклонены внутрь, а иногда

1 *См. Том II, рис 27, части 7, 8.*

вовне, и по этой причине их так сложно удалять, особенно когда они наклонены внутрь, а сам зуб находится в нижней челюсти.

Альвеолы разделяются на лакуны по количеству корней растущих в них зубов. Пространство между лакунами заполнено губчатой костной тканью, обладающей гибкостью и податливостью, что защищает зубы от перелома в момент сильного давления.

У больших моляров верхней челюсти корни у кончика более рельефно отделены друг от друга, чем корни больших моляров нижней.

Можно сказать, что вариантов корней моляров множество[1]. Существуют корни, соединенные у кончика, но чётко разделённые у основания тела зуба. Моляры с подобными корнями называются «зубы с зацеплениями» (или «зубы с кривыми корнями»), их сложно и опасно удалять, поскольку вместе с зубом приходится извлекать костную ткань, которая, как мы только что описали, заполняет пространство между корнями.

У некоторых моляров один или два корня уплощены. Впечатление такое, что каждый из этих плоских корней состоит их двух соединённых, которые разделены лишь небольшой канавкой, идущей по всей длине и являющейся знаком их разделения. Иногда в корнях подобной формы можно обнаружить два отдельных канала, каждый из которых похож на канал в обычном корне или отдельных друг от друга корнях.

Также существуют зубы, корни которых на конце изогнуты на манер различного вида крюков; это затрудняет их удаление, особенно если корни изгибаются в противоположных направлениях или если конец одного из этих крюков расположен близко от другого. В этом случае невозможно удалить зуб, не повредив костные перегородки, разделяющие отверстия альвеолы, в которые посажены корни. И наоборот, если эти перегородки сопротивляются, то ломаются сами изогнутые корни.

Иногда можно увидеть моляры с волнообразными корнями. Также есть корни, раздваивающиеся на конце.

Я видел зубы, которые, так сказать, казались составленными из трёх зародышей, соединённых и спаянных вместе[2]. Эти зубы были соединены друг с другом почти так же, как дети, рождённые со сросшимися спинами. О том, что эти зубы были сформированы из нескольких зародышей, меня навели на мысль чёткие линии разделения, идущие по всему телу зуба, до самой коронки, очень похожие на уже упомянутые границы разделения соединенных корней. Если у зубов подобного рода есть только один или

1 *См. Том II, рис 27*

2 *См. Том II, рис 27, часть 15.*

два корня, то, вероятно, соединение их тел произошло, как в тех вишнях, которые мы называем сросшимися, поскольку в них находится двойная косточка, хотя стебель единый.

Один из моих коллег показал мне зуб, который, казалось, состоял из двух, а между их корнями находился третий[1], причём его венчик был присоединён к своду, сформированному корнями двух других. Различия в строении зубов настолько велики, что невозможно описать те удивительные и необычные формы, которые природа иногда им придаёт. Если бы такой же степенью различия обладала каждая часть тела, облик человека был бы искажён до чрезвычайной степени.

Г-н Лодюмье, мой племянник, который был послан в 1714 г. к королевскому двору Испании, чтобы провести операцию на зубах Его Католического Величества, показал мне последний моляр правой стороны верхней челюсти, составленный из двух соединённых корнями зубов. Он удалил двойной зуб у женщины. Коронки этих зубов разделены, а число их корней – семь. Эти корни спаяны вместе, хотя на самом деле каждый виден очень четко. Один из этих зубов имеет обычный размер, другой поменьше. У первого три корня, у второго – четыре. Г-н Лодюмье удалил их лишь по причине кариеса в коронке. Зубы такого типа редки и появляются, только когда несколько зародышей сливаются вместе, а разделительная стенка альвеолы не формируется.

Корни резцов, клыков и малых моляров уплощены с боков. Их плоская сторона прилегает к стенке альвеолы, в то время как плоскость корня зуба-соседа прилегает к той же стенке с другой стороны.

Такая диспозиция делает положение этих зубов в альвеолах более прочным, тем более что их шейка и тело также плоски с боков, что позволяет им взаимно поддерживать ближайшего соседа.

Зубы укреплены в альвеолах своими корнями и запираются дёснами. У дёсен, как и у альвеол, есть определённая степень упругости. В связи с этим возникают три нижеследующих вопроса, на которые мы должны ответить.

Во-первых, как получается, что толщина нижней челюсти над основанием, которая довольно значительна в возрасте тридцати и сорока лет, заметно уменьшается у стариков, причём альвеолы полностью пропадают?

Во-вторых, если зуб поместить обратно в альвеолу сразу после его удаления, почему он снова укрепляется там и зачастую остаётся там на всю жизнь?

В-третьих, почему кажется более длинным тело зуба верхней или

1 *См. Том II, рис 27, часть 16.*

нижней челюсти, у которого нет противоположного зуба, о который могло бы происходить трение?

Все три явления, различные сами по себе, объясняются гибкостью и упругостью альвеол. Относительно первого вопроса: та часть нижней челюсти у стариков, которая находится над основанием и является ближайшей к альвеолам, не истончается, и альвеолы не пропадают, если не пропал корень зуба, то есть когда из-за упругости альвеол их стенки не сжимаются. Когда же стенки приближаются друг к другу, зубная впадина пропадает, и, как следствие, ближайшая часть челюстной кости становится менее растянутой, десна занимает меньше места, что и истончает челюсть в этих местах.

Что касается второго вопроса, то зуб, снова помещённый в альвеолу, схватывается и удерживается в ней как благодаря упругости и гибкости альвеолы и дёсен, так и с помощью стимулирования и сжатия вследствие притока питательных элементов, который увеличивает толщину альвеолы и десны, разводит их и тем самым даёт возможность сжимать и удерживать корень зуба.

Я также считаю, что пища, которая во время пережёвывания оказывает давление на всю внешнюю часть дёсен и альвеол, играет большую роль в их схождении или оседании.

На третий вопрос (о зубах, не имеющих противоположного зуба на другой челюсти, о который происходит трение, и имеющих большую, чем другие, длину) можно ответить так: поскольку эти зубы не стачиваются другими и не вжимаются ими в альвеолы, их подталкивает и заставляет двигаться вверх эластичная костная ткань альвеол, чему немало способствует конусообразное строение корней.

Корни больших моляров отделены друг от друга и формируют таким образом широкое основание, которое, будучи надёжно закреплено в альвеоле, с большей лёгкостью переносит давление на них при поедании твёрдой пищи.

Расположение разделённых корней больших моляров также препятствует их выталкиванию из альвеол, когда нет встречных зубов противоположной челюсти.

Корни зубов длиннее их тел, и это даёт им возможность значительного сопротивления во время пережёвывания.

Некоторые рассматривают зубы как рычаги, принимая за точку опоры уровень крайней части альвеол – там, где они охвачены наиболее крепко; внутренняя часть зуба считается длинным концом рычага, а внешняя – коротким. Из законов механики и каждодневного опыта понятно, что сила рычага тем больше, чем длиннее (или дальше от точки

опоры) конец рычага, к которому приложено усилие, а та часть, которая испытывает сопротивление, короче и ближе к точке опоры. Это можно видеть на примере пассатижей, которые сжимаются тем сильнее, чем длиннее и дальше от точки соединения их ручки и чем ближе к этой точке их губки.

Тесная близость с альвеолами придает зубу немало крепости и устойчивости и, как следствие, даёт им большую возможность противостоять толчкам и повторяющимся движениям при жевании, особенно при разгрызании, разрывании и измельчении некоторых твердых продуктов. Она также является значительным преимуществом в поддержании их естественного состояния. Однако, когда из-за болезни зуб необходимо удалить из альвеолы, всё это имеет противоположный эффект и усложняет процесс удаления, поскольку бóльшая часть зуба (то есть длинный конец рычага) прочно сидит в глубокой лунке, она удерживает его по всей длине и создает сопротивление, в то время как часть зуба, на которую приходится усилие, является меньшей по длине (то есть более короткой частью рычага).

Корни зубов, как и альвеолы, покрыты общей для них надкостницей. На шейке зуба, в месте, где к его телу прилегает десна, находятся несколько не очень заметных неровностей, которые обеспечивают более плотное прилегание десны к зубу: это препятствует проникновению внутрь едких частичек пищи.

В корне каждого зуба имеется полость по всей его длине. По размеру она больше в тех зубах, которые сменились в восемь лет, чем в тех, которые сменились в десять. Каждый год она уменьшается в той степени, в которой зуб увеличивается в длине и толщине, и совсем пропадает у стариков. У начала тела зуба эта полость заканчивается расширением, которое у моляров практически всегда разделяется на столько каналов, сколько у венчика бугорков. Это расширение покрыто оболочкой, которая пронизана крохотными кровеносными сосудами и нервами, проходящими по внутренней части зуба.

К резцам и клыкам верхней челюсти подходят ветви V пары нервов (верхнечелюстной); проходя сквозь канал у основания орбиты глаза, нервы распределяются по всему лицу, а их ответвления идут к зубам.

К молярам верхней челюсти идут нервы той же ветви; они подходят через отверстия сзади боковой внешней стороны верхней челюсти, которая является частью височной ямки.

Артерии и вены всегда сопутствуют нервам и ведут к зубам одним путём. Артерии зубов являются ответвлениями, идущими от внешних сонных артерий, а их вены впадают в наружные яремные вены.

Нервы той части V пары, что подходят к зубам нижней челюсти, называются нижнечелюстными. Эти нервы, выходя через отверстие в черепе, которое и дает им имя, формируют несколько ответвлений к разным частям лица и спускаются между двумя медиальными крыловидными мышцами. Там они разделяются на две основные ветви, меньшая из которых исчезает в языке, а большая входит в челюстной канал через отверстие, находящееся на внутренней поверхности, между двумя возвышениями – мыщелком и венечным отростком. От этого проходящего сквозь канал ответвления отходят также нити ко всем корням моляров и клыков. Оно же, дойдя до отверстия, называемого подбородочным, разделяется ещё на две ветви, большая из которых проходит через это отверстие, распределяется по нижней губе и связывается с наружной оболочкой VII пары нервов; другая же идёт к симфизу подбородка и выделяет на своём пути нити нервов для резцов.

Артерии, которые подходят к зубам нижней челюсти, также являются ответвлениями наружной сонной артерии, а вены, идущие от зубов, впадают, как и вены верхних зубов, в яремные вены.

Если не принимать в расчёт полости внутри зуба, мы увидим, что его тело состоит из двух типов веществ – внутренних и наружных. Первый тип, внутренний, имеет, судя по всему, ту же природу, что и материал корня. Второй же, наружный, напротив, очень от него отличается: от шейки зуба и до коронки он не достигает и миллиметра в толщину, но утолщается по мере того, как формирует коронковую часть. Это вещество – ярко-белое и настолько твёрдое, что сверло и напильник берут его с трудом, называется эмалью, формируется до того, как зуб начинает резаться, становится всё твёрже и лучше с каждым годом (до двадцати лет), после чего постоянное трение начинает его истончать. Если посмотреть на эту субстанцию под микроскопом, то, как пишет г-н де ла Ир[1], обнаружится, что она «состоит из бесчисленного количества маленьких нитей, которые присоединены к внутренней части зуба своими корешками, практически так же, как крепятся ногти и копыта». «Можно ясно видеть это расположение, – продолжает прославленный академик, – на срезе сломанного зуба, причём становится понятно, что все нити, имеющие свое начало в той части зуба, которая касается десны, сильно изогнуты в её сторону и идут практически перпендикулярно основанию зуба. Таким образом, эти нити успешно сопротивляются той силе, которой им приходится противостоять в этом месте».

Г-н де ла Ир уверяет: рост этих нитей можно сравнить с ростом

1 *Математик, член Французской академии наук. Работа опубликована в Записках Французской академии наук за 1699 г.*

ногтей. Также он замечает, что «иногда в некоторых зубах нити, из которых состоит эмаль, выглядят спутанными и, сплетаясь концами друг с другом, не могут соединиться точно по направлению к внутренней части зуба. Это явно видно у основания моляров, где можно наблюдать разделение подобных пучков. Если окончания нитей мало-помалу сотрутся, то пучки эмали разделятся до такой степени, что начнут пропускать частицы твёрдой пищи, а у основания зуба образуется открытое пространство. Таким образом, внутренняя часть зуба обнажится, и зуб будет потерян».

Хотя эмаль действительно может истончиться до такой степени, это не всегда означает потерю зуба: несмотря на исчезновение эмали, зуб можно сохранить. Подобное часто наблюдается у престарелых людей даже после того, как эмаль искусственно сточена в тех местах зуба, которые подверглись действию кариеса. Иногда зубы стачиваются почти до половины и, как следствие, полностью лишаются эмали. Такое состояние может наблюдаться без кариеса и болевых ощущений в течение нескольких лет, а иногда и всю жизнь.

Однако я утверждаю, что стёршиеся эмалевые волокна не восстанавливаются; вследствие этого открывается легкий доступ к внутренней части зуба, которая становится более чувствительной к холоду и жару, что может служить причиной сильных мучений и делает зуб более подверженным кариесу.

В челюсти зародыша ребёнка альвеолы сформированы не полностью (или возникает такое впечатление), поскольку в каждой челюсти их всего десять или двенадцать. Глубина их невелика, и стенки очень тонки. Перед тем как начать резаться зубам, альвеолы проявляются в виде небольших бугорков по числу альвеол. Края этих крохотных лунок очень тонкие, а верхнее отверстие закрыто десной, которая в это время имеет сухожильную структуру. Постепенно дёсны становятся мягче, нежнее и приобретают красный цвет; в таком состоянии они пребывают до шести-семи месяцев. Если десну прорезать и рассмотреть, что содержится в альвеоле, то обнаружится следующее. В самом начале формирования зуба каждая альвеола служит укрытием комочку из мягкой и вязкой ткани, форма которой почти повторяет форму зуба. Это образование закрыто везикулярной мембраной, которая имеет мягкую пористую структуру и пронизана многими сосудами. Эти сосуды будут питать зуб после его полного формирования; они прикреплены к зародышу зуба и снабжают его питательными соками и материалом, необходимым для его развития и роста зуба. То, как эти сосуды расположены в мембране, подтолкнуло анатомов назвать последнюю хорионом[1].

1 *Хорион – наружная оболочка, окружающая зародыш ребёнка в чреве матери.*

Образование из мягкой и вязкой массы, окружённое мембраной и питаемое сосудами, является тем, что, как правило, называют зерном зуба, иногда капсулой (оболочкой) или зародышем зуба. Зародыши снабжаются (в нижней челюсти через свою верхнюю часть, а в верхней челюсти – через нижнюю) жидкостью, распределяющейся по всей внешней поверхности мембраны. Эта жидкость при окостенении образует слой, который позже сформирует кромку тела зуба. Зародыш имеет постоянный приток свежей жидкости, та в свою очередь формирует следующую плёнку, часть жидкости прилипает к первому слою и твердеет между ним и мембраной зародыша. Слои нарастают, мембрана растягивается в длину по мере того, как жидкость зародыша мало-помалу просачивается через поры в мембране и образует новые слои. Так зуб формируется и растёт.

Из вышесказанного ясно, что в первую очередь формируется зубная эмаль, и количество слоёв увеличивает объём зуба, пока сам зародыш не окостенеет полностью и зуб, таким образом, не завершит свой рост. По мере и вследствие этого роста сужаются сосуды зуба, полость на конце корня становится не столь явной или даже полностью закрывается при наступлении преклонного возраста.

Почти все анатомы утверждают, что порядок появления слоёв, которые формируют и завершают строение зуба, отличен от только что описанного. По их мнению, последний сформированный слой – внешний, а внутренний формируется первым. Противоположная этим взглядам современная точка зрения, которую и я разделяю, принадлежит г-ну Винслоу[1]. Именно он показал мне на новорождённом ребёнке порядок образования тех слоёв, о которых я говорил, что явно противоречит общепринятому мнению.

Он сказал мне, что до него аналогичное наблюдение сделал покойный г-н Мери[2], об этом же говорится в трудах Парижской академии наук под редакцией Жана-Батиста Дюамеля, который в то время был секретарем Академии.

Получая питательные вещества, зуб растёт во всех направлениях и тем самым расширяет альвеолу. Увеличиваясь в размерах, он непрестанно давит на закрывающую альвеолу десну, раздвигая и разрывая её волокна по мере своего расширения и удлинения. Именно так зуб появляется, постепенно вырастая, пока не достигнет естественного размера.

Три условия необходимы для того, чтобы зуб прорезался легко, два

1 *Выдающийся французский анатом и медик датского происхождения, профессор Парижского медицинского факультета, демонстратор анатомии в Королевском ботаническом саду, королевский переводчик с германских языков. – Примеч. ред.*

2 *Первый хирург городской больницы в Париже, анатом Французской академии наук. – Примеч. ред.*

из которых относятся непосредственно к зубу, а третье – к дёснам.

Во-первых, необходимо, чтобы у зуба был достаточно твёрдый состав, чтобы раздвинуть окружающую десну. У детей с выраженным рахитом наблюдается недостаток в минеральном составе зубов, который заставляет их оставаться в альвеолах и препятствует прорезыванию, пока этот размягчающий кости порок не пройдёт и зубы не обретут необходимую твёрдость.

Во-вторых, чтобы раздвинуть десну, сама форма зуба должна быть соответствующей. Именно поэтому моляры, не имеющие заостренных кромок, как у резцов, или не оканчивающиеся острой вершиной, как клыки, в меньшей степени приспособлены для прорыва дёсен.

И в-третьих, сама десна должна быть мягкой, податливой и не слишком плотной.

Зубы у разных детей появляются в разное время, в зависимости от комплекции ребенка. Некоторые имеют такой сильный темперамент, что их зубы режутся ещё до рождения, как, например, у Людовика XIV, короля Франции, который родился с зубами.

Иногда зубы режутся в четыре месяца, но обычно в шесть, семь или в восемь. Есть дети, зубы которых не режутся до пятнадцатимесячного возраста и позже.

Первый зуб обычно появляется в передней части рта, на нижней челюсти. Спустя две или три недели появляется второй зуб на той же челюсти. После того как прорезались эти два маленьких резца, на верхней челюсти появляются два больших резца, которые в отличие от резцов снизу, появляющихся один за другим, режутся практически в одно и то же время. Затем следуют два нижних по бокам от первых, а потом два верхних. Таков обычный порядок появления зубов.

Малые моляры, то есть четыре нижних и четыре верхних, не появляются до двухлетнего возраста. Это значит, что в возрасте примерно двух лет у детей, как правило, имеется двадцать зубов. И хотя обычно зубы режутся один за другим и в одном и том же порядке, малые моляры могут предшествовать клыкам, клыки – боковым (средним) резцам.

После того как прорежутся эти зубы, у ребёнка ничего не меняется примерно до семи лет, когда режутся четыре следующих моляра. В четырнадцать лет появляются ещё четыре. Наконец, при приближении двадцатого года, появляются четыре зуба, которые называются зубами мудрости. Общее число всех зубов – тридцать два.

Случается, что зубы мудрости не появляются до пятидесяти лет или позже, и я заметил, что эти крайние моляры, если они режутся в позднем

возрасте, иногда являются причиной воспалений или даже абсцессов в прилежащих тканях. Это, скорее всего, результат давления, которые испытывают плотные волокна десны, когда их раздвигает коронка зуба, расталкивая также и альвеолу. Данное наблюдение я подтверждаю несколькими примерами, приведёнными в последующих главах.

В возрасте семи или восьми лет резцы, клыки и малые моляры выпадают в том же порядке, в котором появляются. Когда они ещё не шатаются или не готовы выпасть, у них имеются хорошо развитые корни, хотя некоторые анатомы утверждают, как я уже отметил, что корней у этих зубов нет вообще. Но вот что замечательно: тела первых зубов, которые называются молочными, отторгаются от корня, причём непонятна причина, почему корни потом пропадают; именно поэтому некоторые люди и делают вывод, что у этих зубов корней нет.

Чтобы понять истинную причину выпадения молочных зубов, необходимо пояснить, как их тела отделяются от корня.

Автор одной недавно вышедшей книги о зубах, г-н Эмар, утверждает, что *«корень молочного зуба постепенно истачивается путём давления и трения того зуба, который его сменит, и это продолжается до того момента, пока второй зуб не встанет на место первого, уничтожив таким образом его корень, частички которого исчезают под действием жара этой части тела или уносятся со слюной»*[1].

Действительно, второй зуб самим фактом своего роста и давления стремится вперёд и постепенно выталкивает первый. Что же касается отделения его корней, то трудно себе представить, как это действие может быть произведено: ведь для этой цели необходимо постоянное колебание венчика или края второго зуба в разные стороны вдоль поверхности корней молочного зуба. К тому же одного этого движения было бы достаточно для создания такого же трения и истирания, которое происходит с зубами взрослых людей, у которых они зачастую истачиваются из-за взаимного трения друг о друга. Этого не может произойти в случае с молочными зубами, потому что второй зуб просто касается первого и постепенно выталкивает его, а это действие не может производить эффект трения.

По поводу небольшой вмятины (вдавливания), которая заметна на корне молочного зуба, г-н Эмар говорит: «Когда молочные зубы выпадают сами по себе, когда их вытаскивают с помощью нити или как-то ещё, то корней у них не наблюдается, а есть лишь заметный под венчиком след второго зуба, который выдавил его, чтобы занять его место»[2].

1 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов, их природа и признаки вкупе с их болезнями. Лион, 1582. С. 103 и далее.*

2 *Там же. С. 47 и далее.*

Я признаю, что это, действительно, может быть след от коронки второго зуба, которая, будучи гораздо твёрже корня первого, с легкостью способна оставить вмятину. Тем более что в этот момент корень обычно бывает пустотелым и почти хрящевым по составу. Следовательно, можно сделать вывод, что природа использовала внутреннюю жидкость этого корня или соки, которые омывают его извне, для его растворения и уничтожения, а не применяет для этого простое трение, происходящее в результате давления второго зуба.

Если же частицы корня молочного зуба уничтожаются жаром этой части тела, всё равно непонятно, как этот жар может уничтожить их без того, чтобы не растворить окружающие их части, мягкие и нежные, которые могут столь же легко подвергнуться воздействию, как и частицы корня молочного зуба.

Другое объяснение: эти частицы якобы уносит слюна. В таком случае необходимо, чтобы слюна имела всепроникающее действие, позволяющее ей добираться до всех частей дёсен и альвеол и вымывать частицы корня, которые в это время надёжно и полностью скрыты в десне и альвеоле. Следовательно, можно сделать вывод, что природа применила иные, более действенные и подходящие для растворения или уничтожения корней молочных зубов меры, чем те, в которых так уверен автор и которые, тем не менее, являются более гипотезой, чем доказательством.

В альвеоле молочного зуба, готового выпасть до того, как второй зуб его заменит, содержится, так сказать, пара зубов. По мере роста второй зуб толкает первый, пока тот не уступит ему свое место.

Г-н Эмар ссылается на Гиппократа, который «передал нам в письменном виде, что первые зубы зарождаются и формируются в утробе из пищи, которую ребёнок там получает»[1]. Чтобы установить истину, он в присутствии коллег, которые могли понять цель этого опыта, сделал вскрытие нескольких детей, рождённых раньше срока, и действительно убедился, что первые зубы формируются в утробе. Однако г-н Эмар «не обнаружил в новорожденных детях того, о чём утверждал Гиппократ»[2], а именно что «остальные новые зубы происходят из молока, а после их выпадения вторые зубы происходят из более твёрдой пищи, принимаемой ребёнком, и что это мнение кажется гораздо более гипотетичным, чем истинные исследования и анатомическое описание зубов». Г-н Эмар признается, что «произведя вскрытие обеих челюстей детей, рождённых за три и четыре дня до этого, или других, только рождённых», он обнаружил следующее: «Резцы, клыки и несколько моляров на обеих сторонах

1 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов… С. 36 и далее, глава 8 и далее.*

2 *Гиппократ. Сочинения. Т.2. О мускулах.*

челюсти были частично окостеневшими, остальные вязкими по составу, среднего размера, заключёнными в крохотные оправы, или альвеолы». После удаления первых резцов и клыков г-н Эмар заметил костную перегородку между ними[1], а также нашёл под ними столько же клыков и резцов, сколько было сверху, все – вязкого состава, напоминающего белок полусваренного яйца. Эти зубы, немного не достигающие в объёме размера первых, были скрыты на дне тех же альвеол, из которых произрастали первые. Что же касается больших моляров, которые появляются в семь-восемь лет или гораздо позже, то г-н Эмар признал, что их он не наблюдал даже в зачаточном состоянии.

«В любом случае, – продолжает он, – в утробе матери эти зубы уже начинают принимать некую начальную, хотя и менее выраженную форму, и с течением времени они формируются и завершают своё развитие так же, как и все остальные, ибо странно было бы предположить, что и первые, и вторые зубы, равно как и моляры, появляющиеся в позднем возрасте, могут быть сотворены из разной материи. …Некоторые могут задать вопрос: если ткань, из которой развиваются все зубы, практически одна и та же, в одном и том же месте и времени развития, то почему из альвеол и дёсен появляются именно эти, а не другие зубы? Этому можно лишь поражаться, но стоит воздерживаться от объяснения причин, поскольку они будут весьма сомнительны, несмотря на своё правдоподобие».

По мнению г-на Эмара, зубы появляются гораздо позже того, как зародятся и сформируются остальные кости, но ткань, из которой они сформированы, должна присутствовать уже в утробе матери. И мы наблюдаем это при вскрытии человеческого тела. Не случайно знаменитый учёный Гален убеждал: «…Желающий изучать творения природы и человеческое тело не должен верить тому, что написано в книгах, но лишь тому, что видит собственными глазами»[2].

Если первый зуб сопротивляется давлению зуба, призванного его заменить, то второй зуб режется криво, пробив десну внутри или снаружи. Но когда первый зуб удалят или он выпадет сам, то новый принимает правильное положение и встает на то место, где до этого находился молочный зуб. С малыми коренными молярами этого не случается. Они крупнее по размеру и занимают больше места, чем молочные, поэтому выталкивают последних и производят наибольшее усилие в центре. Именно поэтому малые коренные моляры сразу вырастают прямыми.

1 *Это небольшая пластина из очень тонкой кости, расположенная между корнем молочного зуба и коронкой следующего зуба, которая их разделяет до тех пор, пока второй зуб не прорежется.*

2 *Гален. Сочинения. Книга 2, глава 3.*

Необходимо сказать, что некоторые молочные зубы не заменяются и остаются в своих альвеолах почти в том же крепком и прочном положении, что и зубы, которые призваны их сменить. Они даже могут функционировать и исполнять всю работу, на которую способны самые безупречные зубы после их замены на коренные.

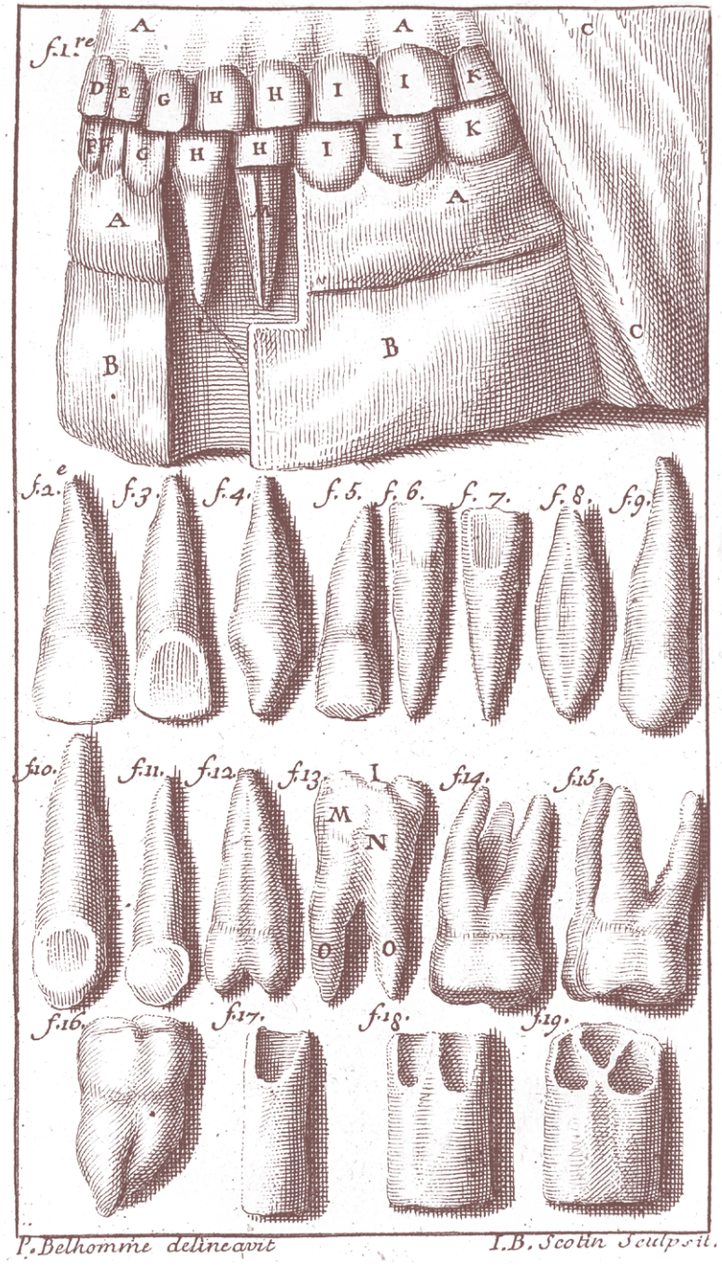

Рис. 1.

Рис. 1.

Изображение челюсти и зубов.

Часть 1. Обе челюсти (вид сбоку), лишённые покровов сверху, снизу и сзади, с обоими рядами зубов.

AAAA – Внешняя часть дёсен по всей их протяжённости.
BB – Боковая левая поверхность нижней челюсти.
CC – Жевательная мышца.
D – Верхний передний (большой) резец.
E – Верхний латеральный (средний) резец.
FF – Нижние (малые) резцы.
GG – Верхние и нижние клыки, причём верхний немного заходит на нижний.
HHHH – Верхние и нижние малые моляры.
IIII – Верхние и нижние большие моляры.
KK – Верхние и нижние последние моляры.
L – Сосудистый пучок, идущий к зубу и состоящий из артерии, вены, нерва и др.
M – Вскрытый канал зуба.

Часть 2. Большой резец по всей его длине, вид спереди (большие резцы находятся на верхней челюсти).

Часть 3. Тот же зуб, вид сзади.

Часть 4. Тот же зуб, вид сбоку.

Часть 5. Боковой резец по всей его длине, вид спереди.

Часть 6. Малый резец по всей его длине, вид спереди.

Часть 7. Тот же зуб, вид сзади.

Часть 8. Тот же зуб, вид сбоку.

Часть 9. Верхний клык по всей его длине, вид спереди.

Часть 10. Тот же зуб, вид сзади.

Часть 11. Один из малых верхних моляров по всей его длине, вид спереди.

Часть 12. Тот же зуб, вид сбоку.

Часть 13. Один из нижних больших моляров по всей его длине, вид спереди.

L – Коронка зуба.
M – Тело зуба, то есть часть, покрытая эмалью.
N – Шейка зуба.
OO – Корни зуба.

Часть 14. Один из верхних больших моляров по всей его длине, вид спереди.

Часть 15. Тот же зуб по всей его длине, вид сбоку.

Часть 16. Один из нижних последних моляров по всей его длине, вид спереди.

Часть 17. Вход, или отверстие, альвеолы, отдельно от близлежащих альвеол, с одной впадиной, или ячейкой. Альвеолы больших, средних и малых резцов, а также малых моляров обычно имеют лишь одну впадину. Так как альвеолы этих зубов похожи, нет смысла изображать их все.

Часть 18. Вход, или отверстие, альвеолы, отдельно от близлежащих альвеол, с двумя впадинами, или ячейками.

Часть 19. Вход, или отверстие, альвеолы, отдельно от близлежащих альвеол, с тремя впадинами, или ячейками. Больше отверстий в альвеоле обычно не бывает, поэтому нет смысла изображать альвеолы с четырьмя или пятью отверстиями, хотя иногда обнаруживаются и такие

ГЛАВА II

О БОЛЕЗНЯХ,
сопутствующих появлению молочных зубов у детей, и способах их лечения. Краткая характеристика двух недавно вышедших книг о зубах

Первые зубы режутся у младенцев примерно в возрасте семи месяцев[1]. Часто этому сопутствуют различные недомогания. Вначале у ребенка возникают ощущения раздражения или зуда в дёснах, за которыми следует птиализм, или, проще говоря, слюнотечение[2]. Причиной зуда является тот факт, что зуб увеличивается в размерах и становится более или менее острым; когда зуб полностью готов прорезаться, он пробивает (пронзает) десну[3]. На десне появляется раздражение, как на коже, когда под ней собирается едкая или жгучая жидкость, которая, желая найти выход, заставляет нас чесаться до тех пор, пока кожа не прорвётся и эта субстанция не вытечет.

Распухание дёсен вызывает значительную боль.

Если дитя не умирает[4], то внутри или вокруг рта появляются афты[5], или маленькие язвочки. Сначала появляются белые выпуклости, которые порождены самой едкой и серозной частью крови; их появление облегчается тем фактом, что внутренняя оболочка ротовой полости в это время мягкая и нежная. Гланды и даже околоушные железы распухают, и в них возникают значительные по размеру абсцессы.

Когда зубы, прежде всего клыки[6], готовы появиться, то есть раздвинуть дёсны и прорезаться, зуд сменяется сильной болью, которая сопровождается воспалением в щеках, глазах и даже на всём лице, а также

1 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов… С. 52-58, главы 14-15.*
2 *Гиппократ. Книга о прорезывании зубов. Ч.3. Афоризмы 24-25.*
3 *Павел Эгинский. Хирургия. Том. 1, глава 9.*
4 *Гиппократ. Там же.*
5 *Цельс К. О медицине. Кн. 2, глава 1.*
6 *Гиппократ. Там же. Афоризм 25.*

кашлем, катаром, жаром, истечением из желудка, сиречь поносом, рвотой, судорогами, страхами, летаргией, а иногда приводит к смерти.

Жар порождает сильную и постоянную жажду, заставляя младенцев пить воду при каждом удобном случае и сосать молоко в количестве большем, чем могут вынести их маленькие желудки. Такое излишество приводит к несварению и гниению пищи, а следовательно, к рвоте или поносу, чему они подвержены тем более, что желудки их и так наполняет жёлчь или слизь, которые просачиваются туда из прилежащих органов, а оттуда переливаются в кишки, смачивая и расслабляя их волокна. Подобный понос обычно сопутствует появлению клыков, то есть, наблюдается, как правило, в возрасте десяти-одиннадцати месяцев.

Кашель происходит из-за холодного воздуха, вдыхаемого в лёгкие, или от грудной мокроты.

Дети не могут заснуть из-за колик или же им приходится сильно кашлять, и бессонница усугубляется по мере того, как режутся зубы. Их телесные соки, изменённые бессонницей и воспалением дёсен, лишь усиливают жар.

После этого начинаются судороги, потому что телесные соки, будучи возбуждёнными и разжиженными от жара, проникают в нервы ребёнка с большей лёгкостью, а нервы, наполненные этой жидкостью, не могут не сокращаться из-за жёсткого состава и едкости этих соков.

Во сне ребёнка мучают кошмары либо от испорченного молока в желудке, либо от порченого жизненного сока, который затвердевает и источает злокачественные пары в мозг через нервные окончания. Гален говорит, что не только у новорождённых, но и у более взрослых детей наблюдаются ужасные ночные кошмары. Обычно это происходит, когда их желудки наполнены изменёнными и гниющими соками, которые «жалят» отверстие желудка, то есть самую чувствительную его часть, находящуюся в непосредственной близости от основных нервов.

Эти симптомы, характерные для раннего возраста, являются результатом того давления, которое зуб оказывает на десну, пробивая её, чтобы дать себе выход, а также раздражая нервные волокна надкостницы и дёсен. Следовательно, очень важно заранее принимать меры для предотвращения этих несчастий. Тем более что в результате этих недугов зародыши, из которых формируются зубы, часто оказываются настолько повреждёнными, что зубы, которые должны из них произрасти, погибают и никогда не режутся. Это происходит, когда гной, находящийся в абсцессах дёсен или в язвах, уничтожает зародыши. Они могут также погибнуть от удара или падения, либо когда молочные зубы удалены раньше срока.

Надо отметить, что те болезни, о которых мы говорили и которые поражают ребёнка в первый год жизни, могут проявляться и позже, но подобное происходит нечасто.

Резцы, будучи меньшими по размеру и более острыми, пронзают десну с большей лёгкостью, чем клыки, и доставляют младенцу гораздо меньше страданий. Моляры, имеющие увеличенный размер и почти квадратную форму, пронзают десну с гораздо большим давлением. Но поскольку моляры появляются позже, в тот период, когда ребёнок стал уже старше и сильнее, он легче переносит боль.

И наконец, перечисленные выше болезни могут протекать с большей или меньшей тяжестью, в зависимости от конституции ребёнка.

Именно здесь наиболее уместно упомянуть замечание Гиппократа относительно появления молочных зубов, который сказал, что те, у кого первые зубы режутся зимой, выдерживают этот процесс гораздо легче, поскольку в холодный сезон они в меньшей степени подвержены жару и судорогам, чем в тёплый; что сильный жар, если он есть, менее опасен; что дети, которые в период появления зубов – толстые, полнокровные, отличающиеся глубоким сном, более подвержены судорогам; что младенцы, с которыми все же происходят перечисленные неприятности, тем не менее не умирают от этих недугов; наконец, что зубы у детей, страдающих от кашля в момент их появления, режутся с болью, меньшими по размеру и в более поздний срок.

По этим прогнозам, а также в зависимости от телосложения ребёнка, можно предсказать, каким будет появление зубов – быстрым или медленным, лёгким или болезненным. Или, например, окажется ли молоко кормилицы полезным для ребёнка и не станет ли оно причиной воспаления из-за плохого режима питания и переизбытка вина, что весьма опасно в период кормления.

Мне представляется недостаточным просто упомянуть болезни, присущие появлению молочных зубов, или бегло описать их; общий интерес и честь моей профессии требуют также объяснить, какими средствами можно с ними бороться. Для того чтобы предотвратить и успокоить боль, надо попытаться смягчить дёсны и сделать их более податливыми и эластичными. Это облегчит процесс прорезывания. Младенцу в нужный момент надо давать жевать и сосать специальную жёсткую соску. Такой предмет поможет зубу раздвинуть десну, а его холод на короткое время усмирит боль и уменьшит воспаление.

Также можно посоветовать втирать в дёсны ребёнка мозг зайца, его костный мозг, жир старого петуха или кровь его свежесрезанного гребня. Эти четыре средства рекомендованы несколькими знаменитыми врачами.

Также очень полезен экстракт корня пырея.

Предпочтительны следующие средства.

Возьмите в равных долях мальвовой воды и отвара алтея и смешайте их с небольшой долей нарбоннского мёда, обмакните в эту жидкость палец и втирайте в дёсны, когда растущие зубы вызывают боль.

Можно сделать также отвар из очищенного ячменя, винограда из Дамаска, спелых фиг и корня алтея. Размешайте в отваре немного леденца и, обмакнув в него кусок тонкой льняной ткани, часто смачивайте этим составом дёсны.

Бегеновое масло[1] также считается хорошим средством.

От нервных судорог лица, вызванных зубной болью, помогает костный мозг телёнка, втёртый в личико ребёнка.

Афты, а также язвы или маленькие шанкры, возникающие во рту, излечиваются лёгким приложением раствора квасцов, серной или соляной кислоты, сульфата меди и др. От них можно избавиться, если использовать спиртовую, осушающую, смягчающую и противоцинготную жидкость, рецепт которой я даю в конце главы VI этого тома.

При внутренних болезнях, сопровождающих появление зубов, следует помнить, что, поскольку лимфа весьма кислотная, ребёнку следует давать желе из оленьего рога, растёртого и растворённого в молоке кормилицы или в бульоне.

Кроме этих средств, не следует также пренебрегать общим лечением, назначенным хорошим доктором, а именно кровопусканием и клизмами для очищения желудка, если таковое не произошло, тем самым сбив жар и успокоив судороги.

Если все эти способы не помогают и десна остается красной, распухшей, твёрдой, а растущий зуб уже виден или ощущаем пальцем либо зондом, то вскрытие десны на этом этапе неопасно и даже необходимо. Для этой цели используют кончик остро заточенного ланцета для дёсен. При умелом вскрытии симптомы исчезают, и жизнь ребёнка может быть спасена. Разрез десны должен быть пропорционален размеру зуба. Если речь идёт о резцах и клыках, то он – горизонтальный, параллельный их режущей кромке, а в случае с молярами его делают крестообразно, точно над бугорками и впадинами венчика. Крестообразный разрез необходим, чтобы никаких перемычек ткани не осталось во впадинах коронки. Иначе любые оставшиеся спайки будут натягиваться и раздираться каждый раз, когда зуб совершает выталкивающее усилие, и боль останется такой же

1 *Бегеновое масло отжимают из орехов растения Maringa aptera, произрастающего в Египте. Содержит глицерид бегеновой кислоты, сходно с оливковым маслом и применяется в тех же случаях. – Примеч. ред.*

сильной, как и до надреза. Очень важно соблюдать эти правила, однако авторы, пишущие на эту тему, умалчивают об этом.

В предыдущей главе я сделал попытку опровергнуть мнение автора недавно вышедшей книги по поводу того, что постоянное трение якобы стирает корни молочных зубов[1]. В этой главе я хотел бы прокомментировать следующие рассуждения этого автора: «Существуют некоторые весьма полезные книги обо всех болезнях зубов, в которых причины их подробно объяснены, указаны способы их лечения и даже даны описания инструментов, которые используются зубным врачом в подобных операциях. Однако не было бы более полезно попытаться найти корень проблемы, чтобы исключить или уничтожить саму причину болезни?»

Автор утверждает, что отец, мать и кормилица должны обладать отменным здоровьем, что матерям следует не предаваться сильным страстям, а вести разумный образ жизни и в течение всего периода беременности находиться под наблюдением, что кормилица также должна отвечать всем этим требованиям и быть под опытным медицинским надзором. Тогда, по мнению автора, молочные зубы, режущиеся у младенца, не будут доставлять всех тех проблем, которые так часто возникают.

Люди, имеющие небольшой медицинский опыт, могут согласиться с автором. Крайне необходимо, чтобы отцы, и тем более матери, отвечали всем требованиям автора, чтобы кормилицы обладали соответствующими качествами, чтобы физическое развитие ребёнка было надлежащим, чтобы зубы резались легко, а дети не подвергались обычным в этом случае опасностям. Таким образом, у ребёнка будет идеальное здоровье. Однако как далеко может зайти автор в определении начальных условий и первопричин? И сколько из них он не сможет предотвратить?

На самом деле причины, которые он упоминает, так сильно разнятся, обстоятельства так многочисленны, что их практически невозможно изменить и контролировать, а последствия – исправить.

Далее, громкие заявления автора по поводу корней или тех остатков молочных зубов, которые сохраняются в десне между коренными зубами по выпадении молочных, его мнение о том, что кариес первых четырёх больших моляров может тут же передаться восьми другим, имеют настолько слабые основания, что их надо воспринимать с тем же безразличием, с каким мы относимся ко многим другим его преувеличениям.

Этот автор рекламирует себя в «Газетт де Олланд», превознося собственные заслуги. Он утверждает, что после многочисленных экспериментов и точнейших наблюдений (которые якобы полностью подтвердили

1 *Глава 5, строка 14 и далее.*

его теории) за пациентами всех возрастов, как живыми, так и мёртвыми, он пришел к окончательному выводу, что у молочных зубов есть корни; что эти корни стачиваются от давления второго ряда зубов и что последние имеют полости; что в них проходят сосуды, обеспечивающие их чувствительность, и они так же подвержены разрушению, как и молочные зубы; что это разрушение происходит в молочных или коренных зубах (в зависимости от возраста младенца) соответственно силе недуга, ставшего его причиной. Удивительно, что автор не предлагает никаких средств против такого разрушения, хотя именно это и сделало бы его наблюдения полезными.

Автор утверждает, что причиной разрушения может быть корь, оспа или злокачественная лихорадка. Это наблюдение кажется весьма полезным, но подобное происходит редко.

Г-н Пти[1] в очередной раз доказывает справедливость своих суждений в «Трактате о болезнях костей»[2], где рассуждает как опытный доктор о непосредственных причинах детского рахита, который вызывает разрушение зубов, ограничиваясь, так сказать, лишь самим ребёнком и не пытаясь найти отдалённой причины. Он объясняет возникновение этого недуга местом рождения младенца, плохим молоком, зубной болью, глистами, сменой питания и прочими, такими же очевидными причинами, которые могут нарушить пищеварение. Всё это, по его мнению, приводит к неправильному составу крови, нарушению обращения лимфы и других телесных жидкостей, а также к болям (следовательно, и к плачу), жару, бессоннице, судорогам, и др.

Г-н Пти объясняет указанные явления настолько разумно, ясно и чётко, что лучшее, что я могу сделать, это прямо сослаться на его работу.

Также я хотел бы справедливо оценить брошюру под названием «Рассуждение о зловредном предрассудке касательно болезней зубов беременных женщин», опубликованную г-ном Бюноном в 1741 г. В ней автор весьма разумно опровергает неверное, но распространённое убеждение, что удаление зубов, известных широкой публике под именем глазных, может нанести вред зрению.

Он приводит веские аргументы в защиту того, что проводить операции во рту беременных женщин и кормилиц без опасных последствий возможно, если предпринять соответствующие меры предосторожности. Та честность, с которой он цитирует меня в своей работе, и та хвала, которую он мне воздаёт, заслуживают мою истинную признательность.

1 *Член Французской академии наук (1715), Лондонского королевского общества, бывший директор Академии хирургии, бывший глава Парижской гильдии хирургов. – Примеч. ред.*

2 *Пти Ж.-Л. Трактат о болезнях костей. Т. 2. Гл. 17. 1705.*

ГЛАВА III

О ПОЛЬЗЕ ЗУБОВ
и о беспечности, выказываемой при заботе об их сохранении

Происхождение и формирование зубов – дело лишь природы. Однако их сохранение зависит от той помощи, которую может предоставить врачебное искусство.

Неудивительно, что никто не торопится получить сведения о происхождении и формировании зубов, и от этого не происходит никакого вреда, однако их сохранение – дело иное. Люди естественным образом заботятся о своем здоровье, но при этом уделяют удивительно мало внимания тому, что прямо способствует его поддержанию, а именно, сохранению зубов. Такая небрежность весьма пагубна, ибо здоровье зависит от пищеварения, а сама пища не может быть правильно переварена, если её перед этим хорошо не прожевали. А это – функция зубов, и они не смогут её выполнять, если не находятся в сохранном состоянии, то есть не имеют дефектов, которые могли бы воспрепятствовать измельчению пищи.

У меня нет намерения приводить пространные доводы в защиту этих заявлений; того, что я только что сказал, достаточно для убеждения разумных людей, которые заботятся о своем здоровье. Дальнейшие подробности не являются частью предмета обсуждения, они относятся к медицине и врачеванию, но не к моей основной теме – практической хирургии.

Зубы очень важны для сохранения здоровья. Это абсолютно незаменимый инструмент артикуляции, а также важный элемент хорошей внешности.

Расположение и форма зубов во рту создают два барьера, необходимые для гармоничного звучания речи. Вместе с языком они соответствующим образом направляют поток воздуха, и это делает речь отчётливой, изящной, чего не достичь, если зубы находятся в неправильном положении или если в их ряду есть промежутки. По этой причине ораторы и музыканты особенно заботятся о здоровье зубов (как и о состоянии

лёгких). Опыт подтверждает неоспоримый факт, что хорошо сохранённые зубы не дают воздуху слишком быстро проникнуть в полость рта или выйти из её, так как зубы и язык являются определённым препятствием, или шлюзом, который регулирует поток воздуха и не даёт лёгким быстро наполняться или опустошаться.

Зубы также поддерживают форму щёк и губ, что немаловажно, так как пропорции лица явно становятся более уродливыми при их потере.

До чего же может довести людей, в особенности прекрасный пол, потеря нескольких зубов! Они не могут ни открыть рот, ни произнести слово или чуть улыбнуться без того, чтобы не показать те недостатки, что являются их укором самим себе и демонстрируют беспечность, которую они выказали, не позаботившись исправить недуги, поразившие эти органы.

Я также могу упомянуть некоторые побочные эффекты, которые являются результатом подобного пренебрежения, а именно – ужасный запах изо рта и отвратительный цвет нечистых зубов. Сама мысль о подобных недостатках мучительна, поэтому их надо предотвращать или по крайней мере устранять.

ГЛАВА IV

ОБРАЗ ЖИЗНИ
и предосторожности, необходимые для сохранения зубов

После замечания о важности сохранения зубов необходимо рассказать о том, как это сделать. А достигается это главным образом здоровым образом жизни и принятием ряда необходимых мер.

Что касается правильного образа жизни с целью сохранения зубов и вообще здоровья, то первое, за чем надо проследить, – это верный выбор пищи, которую следует тщательно прожёвывать перед тем, как позволить ей уйти в желудок. Старая пословица гласит: «Прожевал – считай, сварил, и живот не повредил»[1]. Но нет смысла говорить, как часто это правило нарушается. Мы пренебрегаем им, отдаваясь несдержанности в еде, и глотаем неразжёванные куски, не задумываясь о последствиях. Однако ничто так быстро не ведёт к серьёзным недомоганиям, как небрежное жевание, ибо, если еда не перемолота зубами, то перевариваться в желудке она будет дольше и процесс пищеварения станет трудным, незавершённым. Кроме того, кровь, в норме безвредная и смягчающая, превратится в густую, едкую, в конце концов – частично заражённую. Последствия этого сказываются на зубах благодаря либо крови, которая подходит к ним по сосудам, либо желудочным и грудным испарениям, которые оседают на зубах, проходя сквозь рот.

Переедание таких овощей, как капуста, лук-порей, репа, зелёный горошек, а также свинины, солёной рыбы, сыра и молока наносит зубам вред, так как все эти виды пищи производят плохой хилус (жидкость лимфатических сосудов кишечника).

Конфетки, драже и все виды сладких продуктов очень опасны для зубов из-за своего вязкого состава. Химические анализы доказали, что, попав в полость рта, сласти пристают к зубам, дёснам и разрушают их содержащейся в сахаре активной кислотой. Рано или поздно это приводит к недомоганию. Люди, злоупотребляющие «сладкими ядами», чаще

1 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов… С. 6, строка 22.*

страдают от болезней зубов и теряют их раньше других.

У тех, кто любит и постоянно ест сладкое, зачастую очень мало красивых зубов или же все они выглядят неважно. Таким образом, съев что-либо с высоким содержанием сахара, необходимо прополоскать рот тёплой водой, чтобы растворить и выполоскать все частицы, оставшиеся на дёснах или зубах.

При этом из моих слов вовсе не следует, что надо совершенно воздерживаться от вредной для зубов пищи. Просто надо есть её в умеренном количестве и не создавать привычку к опасным продуктам, которая, как показывает опыт, является пагубной.

Не менее, чем в еде, важна сдержанность и в питье. Даже если бы религия и мораль не призывали нас к этому, то самих последствий неумеренности достаточно, чтобы убедить людей вести трезвый и разумный образ жизни.

Также для сохранения зубов важно придерживаться следующих правил: не пытайтесь измельчать или раскалывать твёрдую еду или иные твёрдые предметы, не разгрызайте, как иные глупцы, орехи, не перекусывайте нити и верёвки из пеньки, льна или шёлка, из хвастовства не поднимайте зубами тяжёлые предметы и т.д. Подобные усилия истирают и расшатывают зубы. В конце концов, вы рискуете их потерять, что часто и происходит.

Не следует использовать зубочистки из серебра или стали, равно как и булавки или кончик ножа, чтобы удалять застрявшую между зубами пищу, поскольку твёрдость и холод этих инструментов крайне вредоносны, особенно если те сделаны из меди или железа. Эти материалы использовать вообще нельзя, так как под воздействием слюны из них выделяются купоросные соли, которые разрушают зубы. Предпочтительнее всего использовать зубочистки из очищенных перьев.

Курение табака также вредно для зубов, оно делает их тёмными и уродливыми, к тому же, если не принять мер предосторожности и не обтянуть чем-то мягким кончик чубука, то трение его о зубы постепенно истирает их, обнажая чувствительный внутренний слой. Эти факты проверены опытным путём, однако им мало уделяют внимания. Помимо того, дым очень вреден. Он нагревает рот, и холодный воздух, проникая сразу же после курения, сталкивается с зубами и смешивается с дымом. В результате такого двойного воздействия возникает налёт на зубах, дёснах или некоторых соседних органах; этот налёт может привести к боли, воспалению и даже кариесу – самому мучительному из всех этих заболеваний.

Не следует думать, что я хотел бы искоренить курение табака; я

знаю, что от этого зубы темнеют, если не принимать меры по их очистке и не полоскать часто рот, однако я также знаю, что курение может способствовать сохранению зубов, являясь причиной удаления излишних жидкостей, чьё воздействие на зубы их разрушает. Моя цель – лишь привлечь внимание к необходимости защищать полость рта от холодного воздуха сразу после курения.

В нашем городе есть зубной врач, который, будучи великим противником табака, запрещает его нюхать, заявляя, что это губительно для зубов. Умеренность, разумеется, тут желательна, но, если не впадать в крайность, я не думаю, что от этого может произойти какой-либо вред для зубов. Нюхание, возможно, даже полезно для людей, склонных к воспалениям. Табак заставляет жидкости исходить через нос, тем самым не давая им оседать на зубах, что приносит немалую пользу.

То же самое, что происходит при курении табака и одновременном воздействии на зубы холодного воздуха, может случиться и вследствие чередования слишком горячей, перегревающей рот пищи, а затем – излишне холодной. Жидкости, чрезмерно горячие или холодные, если употреблять их необдуманно, наносят зубам все виды вышеописанного вреда. Некоторые люди практически одновременно пьют почти кипящие и ледяные жидкости, совершенно не думая о том, что подобные крайности – действие то жара, то холода – могут нарушить течение или изменить природу телесных жидкостей, несущих питание зубам. Причём изменённые телесные жидкости со временем окисляются и повреждают поверхность зубов, приводят к кариесу, который полностью их разрушит.

Кроме того, жар расширяет органы и разбавляет жидкости, текущие по сосудам, а холод, наоборот, сужает сосуды и замедляет течение жидкостей, сгущая и свёртывая их в жилах. Именно от этого происходит большая часть закупорок, являющихся причиной осложнений, которые разрушают зубы, – и всё это оттого, что человек ведёт неправильный образ жизни.

ГЛАВА V

КАК СОХРАНИТЬ БЕЛИЗНУ ЗУБОВ

и сделать дёсны прочными. Зубные пасты, порошки и жидкости, полезные и вредные для этой цели

Пасты, порошки и полоскания, использующиеся для очистки и отбеливания зубов, в некоторых случаях могут принести зубам скорее вред, чем пользу. Поэтому я обязан вывести людей из заблуждения и указать на недопустимые вещества, содержащиеся в препаратах, которые якобы очищают зубы, а также привести список тех, что полезны.

Пасты, о содержащие кирпичный порошок, никогда не должны применяться, равно как и те, что включают в себя фарфор, пемзу или иные подобные ингредиенты. Они истирают зубы и мало-помалу делают их шероховатыми, словно бы зачищенными напильником. Пемзу, однако, допустимо использовать, если она смешана с впитывающей субстанцией, которая смягчает её грани и препятствует грубому и жёсткому трению.

Соль алебастра, которую превозносят как средство для отбеливания зубов, есть не что иное, как обожжённый тальк, из которого делают снежно-белый порошок, к которому добавляют кость каракатицы, винный камень, винную и жжёную соль, соль свинца, жжёные квасцы или иные аналогичные ингредиенты. Многие люди были обмануты этим средством. Так что если рассмотреть результаты действия этого порошка, то без всяких сомнений станет понятно – от него больше вреда, чем пользы.

Сок щавеля, лимонный сок, серная или соляная кислота в любом количестве никогда не должны использоваться в чистом или несмешанном виде, за исключением редких случаев (да и то с большой осторожностью), ибо они приводят к появлению несмываемого жёлтого зубного налета. Подобное изменение цвета – не единственный их побочный эффект; они к тому же растворяют эмаль. При регулярном применении этих растворов они разрушают зубы, которые начинают выглядеть дуплистыми, будто их проел червь. Если уж эти жидкости оказывают столь разрушительное воздействие на эмаль, легко представить себе, как от них могут пострадать

дёсны. Однако такие средства продолжают использоваться мошенниками, авантюристами и шарлатанами, которые с их помощью удаляют налёт на зубах и тем самым вроде бы их отбеливают. Если же вооружиться лупой или просто посмотреть невооружённым глазом на зубы, многократно отбеленные подобным образом, то станет очевидно, что эти жидкости полностью изуродовали их поверхность. И то, что злополучно было начато «лечением», закончит кариес. Каждый день можно видеть людей, чьи изуродованные рты свидетельствуют – они оказались жертвами этих мошенников. Я поражаюсь тому, что их обманывали столь долгое время. Видимо, желание исцеления так велико, что люди готовы поверить любому, кто его предлагает, да ещё с такой убеждённостью, и они неспособны предвидеть, к каким катастрофическим результатам приведёт пользование вредными смесями.

Те, кто использует зубные щётки из конского волоса, сукно или лён для очистки и отбеливания зубов, не осознают, что жёсткость этих материалов и чрезмерное усердие в их использовании зачастую разрушают дёсны и зубы. Поэтому я убедительно советую прекратить такие действия и после чистки зубов по утрам полоскать рот тёплой водой, оттирая зубы снизу вверх и сверху вниз, снаружи и внутри маленькой тончайшей губкой, смоченной той же водой. Ещё лучше добавить в воду четвертую часть фруктовой водки для лучшего укрепления дёсен и стойкости зубов. Если тёплой воды нет, можно использовать холодную, в которую для её согревания надо сначала окунуть пальцы.

Хорошо использовать полукруглую зубочистку для удаления налёта, который оседает на зубах за ночь и иногда забивается между дёснами и зубами. Если зубочистка не достаёт до нужного места, можно нажать на десну пальцем и приподнять её: на нижней десне – сверху вниз, а на верхней – снизу вверх.

Удобно чистить зубы концом корня алтея, просвирняка (мальвы) или люцерны, хорошо при этом отваренных. Они отбелят зубы, не повредив дёсны.

Этих небольших усилий не всегда достаточно для сохранения зубов. Необходимо прибегать к нижеперечисленным пастам и порошкам, которые приготовлены из более подходящих ингредиентов, чем те, что мы критиковали.

Зубная паста для чистки зубов и укрепления дёсен

Возьмите 3 унции красного коралла, 1 унцию порошка из смолы драконника, по половине унции мелкого жемчуга или перламутра и кости каракатицы, по 3 драхмы желудочных зубов краба, армянского болюса, обожжённой глины, обожжённого гематита, 1 драхму порошка жжёных

квасцов. Смешайте всё это в достаточном количестве медицинского розового мёда, и вы получите препарат мягкого состава. Готовить его надо в сосуде, в два раза превосходящем по объёму содержимое, так как в процесс брожения уровень препарата значительно повышается, причём гораздо больше летом, чем зимой. Также необходимо помешивать его один иди два раза в день деревянной лопаточкой во время брожения.

По желанию можно добавить четыре или пять капель коричного масла и столько же гвоздичного, что придаст препарату как приятный вкус, так и полезность. Такая паста прекрасно чистит и отбеливает зубы, усиливает и укрепляет дёсны, которые нередко бывают размягчены вследствие цинготных поражений или иных едких соков, часто проникающих внутрь. К тому же этот состав никогда не повредит эмаль.

Чтобы сохранить зубы и их стойкость, выдавите каплю этой пасты размером с горошину на тонкую губку и трите ею зубы, нижние вверх, а верхние вниз, снаружи и внутри, один или два раза в неделю. Если дёсны надо укрепить, окуните в состав кончик пальца и натирайте им дёсны два-три раза в день восемь-десять дней подряд.

Для отбеливания также можно использовать две следующие пасты.

Первая зубная паста для отбеливания зубов

Возьмите 2 унции растолчённого коралла, по 1 унции шеллака, смолы драконника, сока акации, по 6 драхм корицы, гвоздики и корня ромашки, по половине унции сандала, кости каракатицы, обожжённой скорлупы [ореха], 1 драхму истолчённой соли; превратите всё в порошок и пропустите через сито из тонкого шёлка. После чего смешайте полученное в мраморной ступке с достаточным количеством розового мёда.

Вторая зубная паста для отбеливания зубов

Для этой пасты используйте по 2 унции оленьего рога, слоновой кости, бараньего копыта, розмарина, хлебной корки, дайте каждому ингредиенту сгореть до золы, возьмите по половине унции обожжённой глины, гранатовой корки, кремортартара, 2 драхмы корицы. Истолките всё очень мелко, пропустите через сито или размельчите и смешайте с достаточным количеством розового мёда.

Обе пасты должны храниться в плотно закрытых фарфоровых баночках и использоваться по назначению.

Для некоторых людей более удобными являются порошки, два прекрасных рецепта которых я даю ниже.

Первый порошок для чистки и отбеливания зубов

Обожгите или прокалите докрасна 12 унций пемзы и мелко истолките её в ступке.

Возьмите 6 унций шеллака (чешуйчатого или обычного), 4 унции кости каракатицы, по 2 унции болюса, лечебной грязи и жжёных квасцов, 2 драхмы корицы и 1драхму гвоздики. Истолките всё в закрытой ступке и пропустите через сито, также закрытое. После того добавьте измельчённую пемзу и хорошо перемешайте, ещё раз пропустите через сито, чтобы состав был наимельчайшим, и ссыпьте его в банку.

Этим порошком чистят зубы с помощью слегка смоченной губки.

Его также можно превратить в пасту, смешав с достаточным количеством медицинского розового мёда.

Второй порошок для чистки и отбеливания зубов

Возьмите по 1 фунту обожжённого гематита и красного коралла, по 4 унции обожжённого бараньего копыта, скорлупы ореха, мелкого жемчуга или перламутра, желудочных зубов краба; подготовьте эти ингредиенты для измельчения. Возьмите по полфунта обожжённой устричной раковины, кости каракатицы, болюса и лечебной грязи, 12 унций капель смолы драконника, по 2 унции жжёных квасцов и корицы, 1 унцию измельчённой соли. Истолките всё в ступке и пропустите через очень мелкое сито так, чтобы в результате получился неосязаемый и хорошо смешанный порошок, что достигается пропусканием его через сито второй раз.

Подобные порошки необходимы зубным врачам с широкой практикой, чтобы постоянно их использовать. По желанию объём можно уменьшить (с соблюдением пропорций). При использовании нанесите немного порошка на тонкую увлажнённую губку, которой затем трите зубы.

Для отбеливания зубов некоторые люди предпочитают пастам и порошкам жидкости. Чтобы удовлетворить разные вкусы, ниже я даю два рецепта. Эти жидкости надо использовать с большой осторожностью и только в тех случаях, когда зубы очень нечистые или тёмные больше обычного от напластований, которые пристали к зубам сильнее, чем простой налет, и от которых не избавиться другими средствами.

Первая жидкость для отбеливания зубов

Возьмите 2 унции лимонного сока, по 6 гран жжёных горных квасцов и обычной соли, положите это на глазурованную глиняную тарелку и дайте секунду покипеть, затем уберите всё с огня и процедите через тонкую льняную ткань. Далее возьмите тонкую палочку, обмотайте

её льняной тканью, окуните в получившийся состав и мягко трите им зубы, помня о том, что делать это надо с большой осторожностью, так как жидкость весьма едкая для прилежащих к зубам тканей. Использовать её можно только изредка. Если же приходится прибегать к этому средству чаще, разбавьте его на четверть литра простой водой, чтобы ослабить действие жидкости и уменьшить её кислотность.

Вторая жидкость для отбеливания зубов

Эта жидкость также удобна в использовании. Готовится она так: возьмите по 8 унций нашатырной и каменной соли, 2 унции жжёных горных квасцов, истолките, выложите порошок в перегонный куб, чтобы выделить из него жидкость, которую и надо втирать в зубы, с обычными предосторожностями, то есть так же осмотрительно, как и предыдущую.

Хотя это и прекрасные средства, они не принесут большой пользы зубам, которые не очищены перед началом процедуры. Более того, если за зубами смолоду не ухаживали, то эти жидкости могут оказаться малоэффективными или вообще бесполезными.

Упомянув выше корень алтея для чистки зубов, я привожу правильный способ его приготовления.

Корни сварите и настаивайте на красном вине или уксусе с квасцами, фернамбуковым деревом[1] и кошенилью, что окрашивает корни в красный цвет. Некоторые добавляют чернослив, мёд и сахар, из которых готовится сироп. В нём они хранятся, пока не приобретут более мягкий вкус. Некоторые варят их в винном масле и т.д. Но поскольку не все эти субстанции могут проникнуть в алтей или сохранять в нём влажность, корни затем становятся такими же сухими и твёрдыми, как были вначале. Поэтому ниже я предлагаю рецепт лучший, чем те, что были изобретены до сего времени.

Приготовление корня алтея

Чтобы приготовить корень алтея, сохранить его мягким и нежным, надо собрать его осенью, отдавая предпочтение самым прямым и ровным. Отрежьте корни нужной длины и сушите их на солнце или в умеренно жарком месте, пока вся влага не испарится. Затем срежьте кожицу тёркой или рашпилем, разгладив корень и подготовив его для лучшего принятия нижеследующих составов и красителей.

Возьмите 4 фунта масла сладкого миндаля или, если его нет,

1 *Фернамбуковое дерево – растение, распространённое в Бразилии, в том числе в штате Пернамбуку (отсюда другое его название – пернамбуковое дерево). – Примеч. ред.*

лучшего оливкового масла, полфунта корня альканы и нагрейте на медленном угольном огне в лужёной медной посуде. Чтобы не допустить выгорания масла, добавьте немного ключевой воды. Прокипятив четверть часа, снимите с огня и, дав немного остыть, вытащите алькану, которая к тому времени уже отдала маслу свой цвет. Сразу же добавьте по унции размельчённого сассафраса, гвоздики, корицы, флорентийского ириса, галангового корня, кориандра, аира, лимонного сандала. Истолките всё в ступке. Затем оставьте на 2–3 часа на медленном огне. Сняв состав с огня, положите туда корни алтея, чтобы они могли там настояться, часто помешивайте и снова ставьте на огонь на 2–3 часа каждый день. Корни пропитываются составом за 8–10 дней. Вытащите корни из масла и по желанию замените их новыми – и так до тех пор, пока в корни не уйдёт весь состав. При вытаскивании обтирайте их насухо тканью.

Ничто не заменит подобное масло в умягчении и подслащении корня, а ароматические вещества, в нём содержащиеся, придадут корню приятный запах.

Приготовление корней мальвы и люцерны

Корни мальвы и люцерны, которые собирают и подготавливают также, прекрасно исполняют те же функции. Вот рецепт для обоих видов корней.

Собирайте корни осенью. Выбирайте самые прямые, отрезайте на нужную длину, сушите, срезайте кожицу напильником или рашпилем, расплющивайте конец несколькими мягкими ударами молотка, поворачивая корень левой рукой и держа молоток в правой. От этого конец корня делается мягким, а волокна пушистыми, мягкими – такими, как кисть или нежная щетка. После того как корни приготовлены особым образом, о котором я скажу ниже, они пригодны для чистки, отбеливания и полировки зубов.

Возьмите 4 парижские пинты воды, вылейте в достаточно большой котёл, добавьте четверть фунта мелко наструганного фернамбукового дерева, по 1 унции корицы и квасцов, 2 драхмы кошенили. Растолките и дайте настояться в холодной воде в течение 12 часов. Потом поставьте котёл на медленный огонь, дайте воде покипеть четверть часа, снимите с огня и, дав остыть, вытащите фернамбуковое дерево шумовкой. Добавьте 2 парижские пинты вина из изюма[1], 4 пинты фруктовой водки, 1 фунт сахара, 1 фунт белого мёда, 3 унции чёрного жидкого перуанского бальзама. Перемешайте всё деревянной лопаточкой. Снова поставьте на медленный огонь и перед закипанием положите туда корни для

1 *Грубое тёмное вино, которое парижские торговцы используют для подкраски других вин.*

размачивания. Оставьте котёл на очень медленном огне на 7 или 8 дней, чтобы корни полностью пропитались составом. Цель достигнута, если уровень жидкости сильно уменьшился или это стало видно при надрезании корня. Прибавьте огня, не доводя, однако, до кипения, так как в этом случае корни станут жёсткими и грубыми. Не забывайте время от времени поворачивать и помешивать их. Когда эта сиропообразная жидкость уменьшится больше чем на три четверти, вытащите корни, слегка протрите их тканью и дайте высохнуть естественным образом, разложив в сухом месте. После того уложите их в коробку, чтобы сохранить приятный запах.

Количество каждого ингредиента может быть уменьшено или увеличено в соответствии с количеством обрабатываемых корней. Причём лучшими, то есть самыми мягкими и гибкими, считаются именно корни мальвы (при условии, что они нужной толщины).

Следует отметить, что вышеуказанные дозы ингредиентов нужны при подготовке 500 корней, больших, средних или маленьких.

Чтобы сделать их более красными и таким образом улучшить, возьмите 4 унции истолчённой смолы драконника и 2 унции отборного шеллака в зёрнах, истолките, смешайте с 16 унциями медицинского винного спирта или воды венгерской королевы во флаконе, который, как и в предыдущем случае, должен быть вдвое больше объёма смеси из-за вспенивания винного спирта. Флакон надо плотно закупорить и поставить на медленный огонь под золой или песком на 24 часа, чтобы всё нагрелось достаточно для растворения, но без перегревания ингредиентов. Время от времени взбалтывайте смесь, чтобы убыстрить процесс растворения.

После того как смесь настоялась нужное время, снимите её с огня и потрите корни пальцем, щёткой или кистью из конского волоса. Корни станут красными и гладкими. Теперь ими можно чистить зубы.

Раствор для укрепления дёсен, уничтожения запаха изо рта и плохого вкуса во рту

Возьмите по половине парижской пинты испанского вина и воды с эссенцией листьев смородины, половину унции корицы, по 2 драхмы гвоздики и сушёных горьких апельсиновых корок, по 1 драхме шеллака и жжёных квасцов, мелко истолките, добавьте 2 унции нарбоннского мёда. Поместите всё в стеклянную бутыль и поставьте в углу камина на горячие угли. Настаивайте смесь 4 дня при среднем постоянном огне в камине. На пятый день процедите состав через толстую льняную ткань. Храните в плотно закрытом сосуде и используйте по мере необходимости.

Если нужно укрепить дёсны, возьмите столовую ложку этого состава и поместите в стакан, половиной его содержимого прополощите рот, справа и слева, подержите смесь во рту какое-то время, затем сплюньте. Далее наберите в рот оставшуюся часть, подержите её там (соответственно состоянию дёсен), затем втирайте состав в дёсны пальцем. Выплюнув, прополощите рот тёплой водой. Делайте это по утрам, когда встаете, и вечером, перед сном. Для содержания рта в чистоте эти манипуляции должны стать постоянными, но тогда достаточно одного утреннего полоскания.

Чтобы повысить полезность средства, добавьте в раствор четверть пинты коричной воды, которую перегнали в белом вине.

В случае, если дёсны распухли, отекли, источают жидкость и покрыты язвами, перед тем как использовать полоскание, зубы надо очистить, удалить наросты на десне ножницами, выдавить кровь, чтобы облегчить дёсны (как описано ниже) и один раз втереть в них порошок чистых жжёных квасцов.

Ещё один раствор для той же цели

Возьмите полторы парижские пинты воды, поместите её в фаянсовый сосуд, помешайте четыре раза толстой раскалённой докрасна кочергой, затем немедленно добавьте 1 унцию грубо измельчённой корицы, 6 драхм жжёных квасцов, 1 унцию размолотой гранатовой корки, 3 унции нарбоннского мёда, по 4 унции дистиллированной воды, листьев мирта, дистиллированного раствора листьев ежевики, воды из руты и воды из чистеца, четверть пинты бренди. Перемешайте всё и плотно закупорьте. Дайте составу настояться в течение 48 часов в углу камина на горячих углях. Приготовленный таким образом состав надо процедить сквозь толстую ткань или марлю и добавить к нему 2 унции ложечника. Этот состав, как и предыдущий, храните в плотно закупоренной бутыли.

Осушающая, вяжущая и освежающая жидкость для укрепления дёсен и зубов, уменьшения воспаления из-за цинготных недугов, изобретенная автором

Возьмите по 2 унции настоя подорожника, розовой воды, воды из руты, ячменного отвара с корицей, известкового раствора первого разлива, настойки ложечника и лимонного сока. Добавьте по 2 драхмы квасцов и размельчённой нашатырной соли, растворите, хорошенько взболтав (предварительно надёжно закупорьте бутыль).

Воду используют неразбавленной: несколько раз окуните в неё пальцы, затем с силой втирайте в дёсны. Делать это надо 2–3 раза в день столько времени, сколько потребуется.

Если на дне бутылки образовался тяжёлый осадок, процедите жидкость через обёрточную серую бумагу или толстую ткань, после чего, промыв бутылку, снова поместите туда очищенный состав.

Спиртовая осушающая, ароматическая и противоцинготная жидкость, применяемая против многих болезней рта, изобретенная автором

Возьмите 4 унции хорошей сарсапарели, по 3 унции кирказона округлого, высушенной горькой апельсиновой, лимонной и гранатовой корки, 2 унции ромашки, по 1 унции гвоздики и горчичных зерен, 2 унции семян латука или индау.

Растолките всё в ступке, затем поместите смесь во флакон с длинным горлом, объёмом, в два раза превышающим количество состава, так как жидкость может вспениться, добавьте полфунта порошка сахарной карамели и столько же медицинского душистого розового мёда. Залейте ингредиенты 3 пинтами хорошего винного спирта. Закупорьте или залейте сургучом флакон, чтобы полностью исключить испарение содержимого, и поставьте в холодное место на 5–6 дней.

После чего протомите его на водяной бане в течение 2 суток. Причём в первый день огонь должен был средним, а на второй – немного жарче, не достигая, однако, точки кипения.

Затем охладите смесь и перелейте в стеклянную бутыль, наклоняя флакон лишь слегка, чтобы состав оставался чистым. Плотно закупорьте. Долейте к осадку состава ещё 3 пинты того же винного спирта, снова закупорьте флакон и опять поместите его на водяную баню на 48 часов с теми же условиями. После чего так же перелейте в ту же бутыль, что и ранее. Извлеките осадок из флакона, процедите оставшуюся жидкость через толстую белую ткань и слейте в ту же бутыль.

Перелейте половину в тот же флакон, добавьте по 4 унции эликсира Парацельса и бальзама Гаспара де Перна («бальзам для странствующих рыцарей»), 3,5 унции мелко истолчённой смолы драконника, по 3 унции гваяковой смолы (также мелко истолчённой), чёрного бальзама и перуанского бальзама, 2 унции шеллака в зёрнах.

Снова закупорьте флакон и поставьте на водяную баню (при тех же условиях). После охлаждения перелейте чистую жидкость в другую бутылку, наклоняя флакон лишь слегка. Тщательно закупорьте эту бутылку. Слейте остаток первой жидкости во флакон на остатки смолы, растворив их. Вновь поставьте флакон на водяную баню на 48 часов и, по охлаждении, вылейте содержимое в последнюю бутылку. Процедите эту жидкость через свёрнутую фунтиками обёрточную бумагу в плетёных

воронках, которые вставлены в бутыли красного стекла, куда и будет стекать жидкость. Когда всё сделано и состав процежен, перелейте его в стеклянную бутыль очень большого размера – такую, чтобы вместить ещё и следующие добавления: по 3 пинты настойки чистеца и коричной воды первого разлива, затем полторы пинты коричной воды второго разлива и 4 пинты эссенции ложечницы, настоянной на горчичном корне.

Все эти настойки должны быть спиртовыми.

Потрясите бутыль, чтобы всё хорошо смешалось. Для лучшей очистки ещё раз процедите смесь через чистую двухслойную бумагу и поместите в одну (или несколько) хорошо закупоренную бутыль.

Нет необходимости предупреждать о соответственном уменьшении количества ингредиентов, если нужно сделать меньший по объёму состав. Я привожу такие дозировки составляющих веществ лишь потому, что сам расходую их помногу.

Как следует из его названия, это лекарство великолепно лечит цинготные заболевания дёсен.

Оно помогает при распухании дёсен и кровотечении из них, укрепляя и оживляя десневую ткань.

Также оно смягчает едкость и солёность жидкостей, которые, проникнув в капилляры, разрушают и изъязвляют дёсны, вызывают кровотечение. Поражённые участки дёсен становятся слабыми из-за расхождения волокон, что позволяет крови и серозной жидкости скапливаться там во всё больших количествах, заставляет дёсны распухать, покрываться язвами, а зубы страдать от кариеса.

Если применять этот раствор, то зубы преждевременно не расшатаются. Он укрепляет те, что обнажились и потеряли устойчивость, удерживая их в лунках, сохраняет их здоровыми, зачастую смягчает зубную боль, если смочить раствором ватный шарик и поместить его в кариозную полость.

Состав излечивает афты, или маленькие язвочки, которые появляются на дёснах, внутренних поверхностях губ. Для этого их протирают раствором 4–5 раз в день. Также он уменьшает дурной запах, исходящий из воспалённого рта.

И наконец, этот и предыдущий составы являются самыми лучшими и наиболее универсальными средствами для укрепления дёсен и зубов из тех, что известны автору.

Те же, чьи зубы расшатались лишь слегка или сделались неустойчивыми в лунках, а дёсны стали мягкими, посинели, распухли, отекли и увеличились, слегка кровоточат или заражены цингой, должны

использовать состав трижды – утром, после обеда и перед сном до тех пор, пока дёсны не укрепятся в достаточной степени. Но позже, для поддержания их в хорошем состоянии, достаточно делать процедуру один раз, утром или перед сном.

Отмерьте 7–8 капель препарата в маленькую бутылочку, несколько раз окуните туда кончик пальца и сильно потрите дёсны и зубы.

В случае, если дёсны не настолько поражены и нужна лишь профилактика, разведите то же количество препарата в полной ложке горячей воды и пополощите рот, растирая при этом зубы тонкой губкой или пальцем каждое утро.

Предупреждаю: грязные зубы следует очистить, а дёсны – избавить от кровоточивости до того, как начать использовать этот состав. Тогда эффект от его применения наступает быстрее и имеет большую силу.

Состав также весьма полезен для лечения абсцессов – свищевых и иных, которые приходится вскрывать в кариозном рту[1]. Для этого надо смочить в нём тампон, ватный шарик или компресс, которые используются для заживления после вскрытия абсцессов. Если данный препарат в неразбавленном состоянии жжёт и воспаляет дёсны (что случается очень редко), можно смешать его с простой горячей водой (как указано выше) или использовать предыдущий раствор, с более мягким действием, добавив к нему несколько капель описываемого состава.

1 *Свищи одонтогенного происхождения. – Примеч. ред.*

ГЛАВА VI

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ БОЛЕЗНЕЙ ЗУБОВ:

недуги основные, симптоматические, случайные, а также обусловленные состоянием зубов, альвеол и дёсен, их прогнозирование, диагноз и перечисление

Основных причин заболеваний зубов две – внутренняя и внешняя. Внутренняя определяется нечистотами лимфы, количественными и качественными. Эта лимфа может быть едкой настолько, что способна разрушать самую твёрдую субстанцию человеческого тела, которой являются зубы, взламывая и разрывая составляющую их костную ткань.

Лимфа подобного состава наблюдается у цинготных и золотушных больных, а более всего – у страдающих венерическими заболеваниями.

Если сок, питающий зубы, излишне обилен, каким-то образом изменён по составу или зуб получает его слишком много и сок зажимается между стенками альвеолы, то результат подчас оказывается весьма плачевным. Кроме того, при воспалении в полости зуба или рядом с ней может сформироваться флегмонозный либо рожистый абсцесс. Это приводит к резкой боли и в конечном счёте к потере зуба, если, конечно, зуб не спасти с помощью мер местного применения или своевременной и умелой операции.

Образ жизни, в котором слишком много сна или, наоборот, ночных бдений, слишком сидячий или беспокойный, мало способствует сохранению зубов и ведёт к их потере.

Доброе качество молока кормилиц играет важную роль в том, чтобы зубы начинали резаться именно в нужный момент. Качественное грудное молоко предотвращает или уменьшает недуги, которые случаются с младенцами, когда их зубы готовятся прорезать оболочки дёсен, оказывающих сопротивление их появлению.

Все излишества, нарушающие пищеварение, окисляют или сгущают

кровь и являются причиной закупорок, затрудняют процессы секреций и выделений, которые необходимы для сохранения и поддержания здоровья. Я утверждаю, что эти излишества, если они нарушают состав внутренних жидкостей, также могут считаться внутренними причинами болезней зубов.

Обычно люди слизистого или плеторического сложения с излишком лимфы предрасположены не только к недугам зубов, но и к потере последних.

Все эти недуги происходят и у беременных. Менструации у этих женщин прекратились, и вся масса крови оказалась обременена теми излишками, которые обычно удалялись посредством месячных. В результате излишки оседают на зубах или дёснах, и женщины страдают при беременности больше, чем когда-либо, как и те из них, у кого менструации закончились с возрастом.

Болезнь, называемая желтухой, является причиной настолько больших нарушений в кровяной массе, что это сказывается и на зубах, которые иногда погибают от появляющихся рядом нарывов.

Внешние причины столь же многочисленны, а их последствия такие же неприятные. Тяжёлые испарения из желудка и лёгких накапливаются на зубах, как сажа в трубе, формируя вязкий налёт, от которого рот становится клейким. Этот налёт весьма вреден для зубов. Частицы пищи, которые застревают в межзубных щелях или дёснах, приводят к тому же результату, если человек не полощет рот достаточно часто.

Холод и жара создают в зубах и дёснах закупорки, чьи последствия опасны для зубов.

Нередко погодные ненастья приводят к простудам и катарам, которые негативно воздействуют на зубы, альвеолы и дёсны.

Усилия, производимые зубами, раскачивают их, расшатывают корни, разрывая сцепления и связи между ними, альвеолами и дёснами. Когда же усилия особенно резкие, они двигают зубы то туда, то сюда, пока не вывихнут, не сломают или не вывернут их из лакуны.

Чрезмерное употребление лекарств может привести к такому же результату. Люди принимают их с целью сберечь зубы, но зачастую вызывают их разрушение, поскольку эти средства могут стереть или разъесть часть, наиболее важную для сохранения зубов, а именно, эмаль.

Также вредно курить слишком много табака, есть слишком много сластей и фруктов.

Падения и сильные удары часто приводят к потере зубов.

И наконец, нерадивость и небрежность по отношению к их чистке

есть самая распространенная причина болезней, разрушающих зубы.

Самый страшный враг зубов – ртуть, в народе называемая «живым серебром». Вредна ртуть не только сама по себе; агрессивные вещества, содержащиеся в ртутных препаратах, производят в теле человека разрушительное действие. Если её вовремя не удалить, ртуть приводит к распуханию дёсен, которые она разъедает и уничтожает. Тот же эффект наблюдается на оболочках, покрывающих корни зубов как снаружи, так и внутри, словно бы иссушая и выкорчёвывая их, отчего они выпадают. К тому же зубы могут стать жертвой кариеса, тоже вызываемого ртутью. Эти ужасные последствия, к сожалению, – дело обычное, в особенности у людей, которые используют ртутные лекарства, не зная правил их употребления. Врачи и хирурги, давно специализирующиеся на венерических заболеваниях, прописывают такие лекарства с большой осмотрительностью, тем не менее довольно сложно избежать разрушения зубов, даже если доктор и применяет все меры предосторожности. Позолотчики, зеркальщики и все те, чья работа связана со свинцом или шахтами, зачастую испытывают пагубное воздействие ртути, в особенности на зубах.

Все заболевания зубов, практически каждое из которых сопровождается более или менее сильной болью, подразделяются на ТРИ КЛАССА (ВИДА).

ПЕРВЫЙ КЛАСС – болезни, вызванные внешними причинами:

1. Белый вязкий налёт, приставший к зубам.
2. Налёт шафранового цвета, приставший к зубам. Оба этих налёта предваряют появление бляшек или зубного камня и, судя по всему, являются его основой, поскольку именно из них происходят слои зубного камня.
3. Жёлтый гипсоподобный, недавно образовавшийся зубной камень, крепко приставший к зубам.
4. Серый или тёмный зубной камень, накопленный за несколько лет, гораздо более плотный и настолько сильно приставший к поверхности зуба, что кажется её частью.
5. Полностью отвердевший зубной камень, представляющий собой камнеобразные наросты большого объёма[1].
6. Пожелтение или потемнение зубов, вызванные налётом или вязкой субстанцией, приставшей к поверхности зуба и производящей тот же эффект, что и пыль, приставшая к забытому зеркалу.
7. Потемнение эмали из-за сероватого или чёрного налёта.

1 *См. рис. 2.*

8. Потемнение эмали из-за зеленоватого налёта.
9. Пожелтение эмали, вызванное неким продуктом разложения, который проникает в зуб, или едким пищеварительным соком.
10. Посинение зуба, вызванное сильным ударом, который привёл к просачиванию питательных соков.
11. Белые пятна на эмали, проникающие в полость тела зуба.
12. Разрушение или неровная бугристость эмали поражённого зуба, сопровождающиеся чёрным налётом, который образуется на внутренней поверхности неровной эмали.
13. Истончение поверхности эмали, при этом эмаль стирается вся или частично, особенно это касается кромки венчика, соприкасающейся с другим зубом.
14. Ощущение оскомины, часто вызванной истончением эмали.
15. Оскомина, вызванная поеданием содержащих кислоту фруктов.
16. Оскомина, появляющаяся под влиянием неприятных звуков (скрежещущих и т.п.).
17. Оскомина от контакта с некоторыми материалами.
18. Зубы, превосходящие своих соседей по длине, должны считаться недужными, так как это отчасти неестественно по природе; они не только уродуют рот, но и стесняют соседние части, искажая артикуляцию, что приводит к необходимости их сточить.
19. Зубы, нарушающие зубной ряд (например, сверхкомплектные и др.), считаются дефектами конфигурации зубного ряда и, следовательно, недужными.
20. Боль, вызванная горячей или холодной жидкостью.
21. Кариес двух основных и нескольких особых видов. Первый тип – это мягкий гниющий кариес, второй – сухой.

ВИДЫ КАРИЕСА ТЕЛА ЗУБА:

22. Мягкий кариес, вызывающий гниение зуба.
23. Сухой кариес, похожий на мастику.
24. Сложный кариес, частично мягкий и частично сухой.
25. Кариес, осложнённый переломом.
26. Поверхностный кариес, который проникает лишь сквозь эмаль, полностью или частично.
27. Более глубокий кариес, проникающий до ткани под эмалью.
28. Очень глубокий кариес, достигающий полости зуба.
29. Кариес кромки зуба.
30. Кариес внешней поверхности зуба.
31. Кариес внутренней поверхности зуба.
32. Кариес боковых поверхностей зуба.

33. Мясистый (или фунгозный) вырост в сосудистом пучке зуба, который можно наблюдать в зубных дуплах от глубокого кариеса.

ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ ЗУБА

34. Зуб переломлен вдоль; этот дефект можно считать трещиной или щелью.
35. Зуб переломлен наискось, что образует острые грани или края, которые зачастую весьма неудобны для языка и щёк; в таком случае их надо сточить.
36. Зуб переломлен горизонтально, что весьма часто происходит при попытке вытащить зуб. Такие переломы могут случиться из-за падения или удара. Некоторые зубы настолько хрупки, что ломаются во время еды.
37. Зуб со смещением, что также можно назвать полным или неполным вывихом.
38. Зуб вывихнут или смещён вперед.
39. Зуб вывихнут внутрь.
40. Зуб вывихнут вбок.
41. Зуб смещён при повороте его в лунке так, что одна сторона направлена наружу, а другая внутрь.
42. Вывих зуба и его смещение от сильного удара – настолько значительные, что зуб полностью выворочен из лунки, но всё ещё удерживается десной. Когда это происходит, зуб можно вставить обратно, после чего он может оставаться здоровым долгие годы, а иногда и всю жизнь. Подобный вывих называется полным.
43. Зуб вывихнут наискосок таким образом, что одна часть касается языка, а вторая – губ или щеки. Это также полный вывих.
44. Вывих может произойти от действия различных субстанций, которые выталкивают зуб из альвеолы, после чего он возвышается над своими соседями.
45. Вывих может произойти вследствие падения, которое вбивает зуб в альвеолу дальше естественного предела, или сильного удара, пришедшегося на остриё зуба.

ВТОРОЙ КЛАСС – болезни, которым подвергаются части зубов, скрытые в альвеолах или дёснах. Это болезни скрытого характера, выявить которые можно, лишь обладая большим опытом:

1. Кариес шейки зуба, самая распространённая из таких болезней.
2. Кариес в разветвлении корней зуба.
3. Кариес корня зуба.

4. Кариес внутренней части полости тела зуба или корня, причём поверхность зуба совершенно не кариозная.
5. Перелом корня зуба или культи зуба.
6. Флегмонозное или рожистое воспаление оболочки, устилающей внутреннюю часть полости зуба или канала корня.
7. Абсцессы внутри зуба.
8. Потеря зародыша зуба.
9. Воспаление оболочки, покрывающей внешнюю часть корня зуба.
10. Закупорка пучка сосудов зуба.
11. Воспаление сосудистого пучка.
12. Нагноение сосудистого пучка.
13. Распирающая боль всех этих частей.
14. Тупая зубная боль.
15. Острая зубная боль.
16. Пульсирующая зубная боль.
17. Атрофия или иссушение лунки, её оболочки и дёсен, что может привести к потере зуба, при этом зуб не кариозный, не покрыт зубным камнем и не вызывает никакой боли.

ТРЕТИЙ КЛАСС – болезни, происходящие от зубов; их можно назвать побочными или симптоматическими:

1. Кариес альвеол по причине болезни зуба.
2. Экзостоз альвеол по причине болезни зуба.
3. Деформация альвеол из-за большого увеличения размера некоторых зубов.
4. Воспаление надкостницы, которая покрывает альвеолы и внешнюю поверхность корней.
5. Распухание альвеол, когда их губчатое вещество слишком обильно омывается вредными жидкостями, причиной чего также являются зубные недуги.
6. Простой перелом лунки, вызванный удалением зуба или иной причиной.
7. Сложный перелом альвеолы, с потерей её части, по той же причине.
8. Простое кровотечение, иногда очень сильное, вызванное удалением зуба.
9. Кровотечение по причине разрыва зубного сосуда, произошедшего из-за перелома зуба.
10. Кровотечение от перелома лунки вследствие слишком резкого удаления рядом стоявшего зуба.
11. Кровотечение из разорванной или оторванной части десны вследствие удаления зуба.

12. Пруриго, или зуд, в дёснах детей в результате давления растущих зубов.
13. Боль в дёснах при появлении зубов.
14. Язвы на дёснах, причинённые зубами.
15. Язвы на языке, причинённые зубами.
16. Язвы на губах и щеках, нанесённые зубами.
17. Распухание дёсен, вызванное состоянием зубов.
18. Абсцессы дёсен или нёба, вызванные состоянием зубов.
19. Свищи на дёснах, вызванные состоянием зубов.
20. Свищи на нёбе, вызванные состоянием зубов.
21. Свищи на щеках, вызванные состоянием зубов.
22. Свищи на подбородке, вызванные состоянием зубов.
23. Наросты на дёснах, вызванные состоянием зубов.
24. Дурной запах изо рта от гниения инородных тел между зубами.

В этот класс также можно включить болезни, косвенно или симптоматически вызванные состоянием зубов, а именно:

25. Выкидыш вследствие некоторых зубных болезней.
26. Тошнота вследствие некоторых зубных болезней.
27. Рвота, вызванная состоянием зубов.
28. Понос, вызванный состоянием зубов.
29. Жар из-за зубной боли.
30. Бессонница из-за зубной боли.
31. Бред из-за зубной боли.
32. Головная боль из-за зубной боли.
33. Истощение младенцев вследствие состояния зубов.
34. Судороги вследствие состояния зубов.
35. Птиализм как следствие состояния зубов.
36. Язва и распухание околоушной железы и гланд вследствие состояния зубов.
37. Ушная боль и нарывы в ушах из-за зубной боли.
38. Офтальмит, или воспаление глаз, из-за зубной боли.
39. Распухание щёк из-за зубной боли.
40. Полип, произошедший по вине кариозных зубов или продолжающийся по этой причине.
41. Свищи слезника из-за болезней зубов.

Всего болезней в этих трёх классах – сто три. Весьма вероятно, что будущая практика выявит и иные. Из работ, изданных теми, кто лечит зубы, следует, что до сих пор типы и виды болезней этих частей тела не разделялись, потому что зубам уделялось недостаточное внимание и их не наблюдали и не анализировали в болезненном состоянии.

Первые недуги происходят ещё до того, как зубы появляются.

И они настолько серьёзны, что от них может зависеть жизнь. Поскольку определённые средства для их смягчения и лечения мы описали ещё в главе II этого тома, мы не будем распространяться о них здесь, чтобы не повторяться.

Как только зубы прорезались, тут же появляется необходимость в хирургическом лечении. Кариес есть первое заболевание, которое начинает разрушать зубы и которому им придётся противостоять всю жизнь. Именно эта болезнь и занимает нас больше всего – в вопросах как борьбы с ней, так и лечения её последствий.

Кариес можно подразделить на несколько видов. Мы выделяем разные его типы в зависимости от того, в каком месте он проявляется и по каким причинам, что в свою очередь требует различных подходов к оперированию и способам лечения.

Виды кариеса: цинготный, сифилитический, скрофулёзный, мягкий (гнилой) и сухой.

Поверхностный кариес беспокоит наименее всего, он наименее опасен; остановить его проще всего.

Глубокий кариес, напротив, доставляет сильную боль, и зуб зачастую приходится удалять, особенно если кариес проникает в полость тела зуба или в канал корня.

Сухой кариес напоминает мастику (густую массу) и не доставляет боли, если не превращается в другой вид кариеса.

Кариес, произошедший от внутренних причин, обычно поражает корень зуба, иногда его наружную сторону, иногда внутреннюю, а иногда полость тела зуба.

Кариес, произошедший от внешних причин, обычно поражает внешнюю, то есть покрытую эмалью, часть тела зуба или его шейку, реже корни (по крайней мере, если зуб плотно сидит в лунке и не отделён от десны).

Кариес, произошедший от внутренних причин, сложнее диагностировать, чем тот, чьи причины являются внешними, особенно когда он поражает только корни или шейку зуба, потому что тогда он скрыт дёснами и альвеолами. Распознать его можно только косвенно, по силе и постоянству стреляющей боли, опуханию, а также более или менее значительным абсцессам, которые зачастую его сопровождают. Последствия этого типа кариеса более серьезны, чем внешнего кариеса.

Внешний кариес легче распознать, он заметен, и от него проще избавиться, если он не запущен, потому что гораздо проще удалить его

причину и немедленно начать лечение. Нужно только выбрать правильное лечение: стачивание, соскоб, прижигание, пломбирование кариозного дупла и т.д.

Кариес неизлечим, если он слишком запущен, и в этом случае пациент теряет зуб полностью или частично.

Разъедающий кариес, который истачивает зуб подобно червю, имеет причиной заражение сифилисом, золотухой, цингой или иной болезнью и развивается быстро. Его надо бояться больше всего и сложнее вылечить.

Развитие мягкого (гнилого) кариеса приостановить легче. Сухой же кариес вызывает меньше всего проблем, поскольку можно обойтись без пломбирования, стачивания или прижигания. Он не причиняет боли, и его не следует трогать.

Виды кариеса и его причины приводят к последствиям, которые могут быть незначительными или достаточно серьезными – в зависимости от того, какая часть зуба поражена. Соответствующие операции могут быть простыми или сложными, что вызвано или той частью зуба, которую надо оперировать, или положением самого зуба. Кроме того, определяется тем, насколько широко кариес распространился (на теле зуба или на его корнях).

Чаще всего кариес поражает зубы в период с двадцати пяти до пятидесяти лет. Это не значит, что болезнь не возникает у людей иных возрастных категорий, но чаще всего он появляется именно тогда.

Хотя зубы, когда они в хорошем состоянии, – самая твёрдая и плотная часть тела у человека и у диких животных, однако и они могут ломаться, особенно если кариес уже присутствует.

Как и другие физические тела, зубы имеют свойство ломаться. Можно даже сказать, что подобным несчастьям они подвержены в большей степени, чем остальные кости.

Зубы могут сломаться в любом месте, любом направлении. Это нередко случается из-за неосмотрительно приложенного усилия, падений или сильных ударов по ним, в особенности, если зуб пытаются удалить хирургическими инструментами, а он ещё не расшатался. Наконец, когда зубные корни срослись, сомкнулись или плотно соединились с альвеолой (а подобное сращение происходит нередко), это часто приводит к слому челюсти в альвеолярной её части или самого зуба. В таком случае зуб удалять нельзя.

Зубы, как и другие кости, могут ломаться наискосок в толщину, горизонтально или наискосок в ширину либо по длине. Если это произошло, половинки уже никогда не срастутся. Во-первых, потому

что сосуды расположены так, что не могут донести туда питательные вещества, способные вызвать соединение; во-вторых, потому что сам зуб слишком твёрд и плотен, чтобы эти вещества туда просочились; в-третьих, из-за того что движение, воздух или ткани, которые соприкасаются с зубом, являются непреодолимым препятствиям к срастанию расколовшегося зуба.

Хотя соединение и невозможно, некоторые хирургические действия всё же показаны, например удаление осколков или культи зуба, которые остаются после разлома, или же обтачивание и заглаживание их острых граней и углов. Иногда оставшиеся культи зуба помогают исправить последствия скола и могут быть исправлены врачом настолько хорошо, что легко ошибиться, приняв результат операции за совершенно естественное состояние.

Все неправильные расположения костей в их сочленении представляют собой вывихи или полные/неполные смещения, Следовательно, неправильные расположения зубов подразделяются так же. Если зуб неплотно сидит в лунке, то перед нами начинающийся вывих.

Если зубы, ранее стоявшие в ряду прямо, смещаются вперёд, назад или вбок, то можно говорить о различных типах вывихов.

Когда зуб смещён в лунке вокруг оси так, что его боковые грани повернуты одна вперед, а другая назад, это означает полный вывих.

В том случае, когда зуб кажется более длинным и торчит над своими соседями, его шейка и часть корней превышают уровень десны, так как лунка или что-то, в ней находящееся, выталкивает их, мы имеем дело с полувывихом.

Все вывихи и смещения зубов, в том числе упомянутые ранее, могут быть вправлены различными хирургическими операциями, описанными в этом трактате, которые производятся вручную, с помощью инструментов, удерживающих и иных средств. Успех подобных операций варьируется в зависимости от причин и сопутствующих обстоятельств вывиха.

Самое распространённое смещение, которое обычно ведёт к другим, это расшатанность зубов, или вывих в начальной стадии.

Большие зубы чаще имеют вывих внутрь, чем вперёд. У резцов же обычно происходит вывих наружу. Все эти смещения могут быть весьма досадными, причинять неудобства и препятствовать жеванию, однако вывих внутрь опасен более всего, поскольку он беспокоит или ранит язык, что более мучительно, чем когда зуб соприкасается с губами или щеками при вывихе наружу. Наименее досадным является вывих в сторону (когда зуб частично повернут – справа налево или наоборот), то есть когда одна боковая грань смотрит внутрь, а другая наружу.

Самый неудачный тип вывиха – поперечный вывих. Когда один зуб оказывается выше соседних, это означает вывих или смещение

(снизу вверх в нижней челюсти и сверху вниз – в верхней). Жевательная функция весьма затруднена. В подобных ситуациях необходимо принять все возможные меры, чтобы зубы вернулись на свои природой предназначенные места и, если возможно, встали там крепко. Часто это достигается устранением причин вывихов и укреплением десен. Сделать это надо параллельно с искусственным прикреплением зубов, чтобы избежать нового смещения в будущем и чтобы зубы хорошо выполняли свои функции. Врачебное искусство располагает такими способами, и они будут описаны в соответствующем разделе этого трактата.

Зубную эмаль может поражать болезнь, очень похожая на кариес, но им не являющаяся. Внешняя поверхность зуба становится неровной и шероховатой, вроде тёрки, но с меньшей равномерностью. Я называю это эрозией поверхности эмали, или склонностью к кариесу. По-видимому, эмаль подвергается воздействию чего-то едкого (подобно тому, как ржавчина ест металл). Лечение состоит в шлифовке поверхности зуба напильником.

Зубы также подвержены изменению цвета. Они могут потемнеть или пожелтеть, в зависимости от жидкостей, с которыми соприкасаются, и от того, могут ли их поры сопротивляться внедрению инородных веществ. Иногда применение определённых средств может помочь в восстановлении первоначального цвета, но опасно делать это слишком часто, если нездоровый оттенок не выводится этими средствами. В таком случае лечение надо прекратить, поскольку проще оставить тщеславное желание достичь прежней белизны, чем рисковать потерей самих зубов.

Эмаль часто бывает покрыта бляшками или камнеобразной субстанцией, которая называется зубным камнем и так плотно прилегает к поверхности эмали, что кажется её частью. Зубной камень – зачастую предвестник кариеса, вызванного чисто внешними причинами. Его лёгко удалить, а появление – предотвратить, ибо первопричиной являются небрежность и неопрятность в уходе за зубами.

Зубы реагируют на определённые звуки и царапанье, которые воздействуют на них, причиняя довольно острую боль, называемую оскоминой. Она может быть также вызвана поеданием некоторых кислых фруктов. Боль зависит от расположений зубных пор и от того, как воздух или фруктовый сок изменяются и проникают в эти поры, доходя даже до нервов. Эта болезнь со временем излечивается сама собой и совсем неопасна. Однако, если на то есть желание, она поддаётся обычным средствам лечения.

Есть ещё два вида оскомины: одна от рахита (то есть слабости или мягкости зубов), а другая происходит от истачивания коронки, острия

или кромки зуба – моляра, клыка, резца. Обе они вылечиваются только временем, без помощи лекарств.

Иногда зубы выглядят прозрачными настолько, что просвечивают, особенно вследствие рахита. В таком случае зубы могут быть либо мягкими и хрупкими, либо твёрдыми.

Искривление зуба считается болезнью, которая не только уродует рот, но и способна причинить серьёзные помехи или даже привести к тяжёлым последствиям. Поскольку из-за операций, которые предпринимаются, чтобы воспрепятствовать этим изменениям (удаление зубов или восстановление их взаиморасположения), подобное искривление тела зуба или формы корней часто приводит к потере ткани, костной или мягкой, что вызывает острую боль, сильное кровотечение, абсцессы, свищи и даже кариес.

Иногда сильная зубная боль бывает без всяких признаков кариеса. Она происходит из-за воспаления нервной оболочки, устилающей канал зуба, в таком случае боль ощущается как распирающая. Если же с мембраной входит в контакт кислотная или едкая жидкость, то боль становится очень сильной. Подобные боли возникают оттого, что оболочка, окружающая корень и устилающая лунку, может омываться подобной жидкостью или быть воспалённой, либо воспалённым может быть периодонт, его сосуды и прилегающие ткани. На такую боль надо реагировать, так как последствия могут быть весьма серьёзными. Доктор должен прописать диету, кровопускание и определённые местные обезболивающие и рассасывающие средства. Если зуб не реагирует на эти лечебные действия, его надо удалить без промедления.

Некоторые известные авторы утверждают, что в кариесе, слизи или зубном камне могу находиться черви, называемые зубными червями. Об этом свидетельствуют заслуживающие доверия факты. Поскольку сам я ничего подобного не видел, не буду ни подтверждать, ни отрицать существование зубных червей. Я считаю, что с физической точки зрения это возможно, однако не верю, будто именно черви истачивают и разрушают зубы. Думаю, их можно там обнаружить, при условии, что они были привнесены извне, с пищей или слюной, заражённой яйцами насекомых. Тем не менее, поскольку эти черви не являются единственной причиной необходимости лечения, об их присутствии нет смысла говорить.

Иногда зубной камень настолько пристаёт к зубам неаккуратных или больных людей, что полностью их закрывает, образуя вздутие размером почти с яйцо курочки-молодки[1]. Налёт такого типа может быть удалён лишь с помощью интенсивных средств, при этом может отделиться

1 *См. гл. XXXII, наблюдение 3, а также рис 2.*

и сам зуб, с которым зубной камень стал уже единым целым. Зубной камень – один из злейших врагов зубов, и никакая предусмотрительность не является излишней, когда необходимо удалить зубной камень, так как он воздействует не только на зубы, но и на дёсны.

Чрезмерное употребление зубного напильника настолько же вредно, насколько полезно его предписанное использование.

Заболевания дёсен происходят вследствие прорезывания зубов. Обычной жалобой является распухание дёсен вверх и в стороны, равно как и эпулис, парулис, язвы, наросты, свищи и др. У каждого заболевания имеются свои симптомы, и каждое из них может перерасти в какое-то иное. Их легко распознать даже малосведущему врачу. Прогноз поставить просто, однако действенное лечение подобрать сложнее. Более подробно этот вопрос рассмотрен в главах XVII–XXIII этого тома, где каждое из этих заболеваний рассматривается отдельно и в полном объёме.

Изъяны и болезни, произошедшие из-за потери зубов, весьма значительны. Они уродуют рот, нарушают дикцию и могут стать причиной грудных заболеваний. Кариозные культи зубов способны породить непереносимую боль и дурной запах. Зловонное дыхание объясняется и иными факторами, такими как нечистые зубы, язвы или свищи, ядовитые пары брожения непереваренной пищи, исходящие из желудка, или выдохами из больных лёгких, которые имеют особенно зловонный запах.

И наконец, альвеолы и дёсны могу ослабеть и разрушиться, зубы гнить от кариеса, истереться, выпасть, сместиться и т.д. Их потеря происходит и с возрастом, причём довольно часто из-за того, что люди пренебрегают заботой о них.

Заболеваний зубов, альвеол и десен множество, поэтому так разнится и их лечение, множество видов которого предлагают теория и практика врача-дантиста и которые я, по возможности, старался полно описать в этом трактате.

ГЛАВА VII

О ЗУБНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
и оскомине

Те, кто лечит зубы, имеют противоположные мнения об их чувствительности. Некоторые считают, что зубы не имеют ощущений, другие иного мнения. Разумеется, если считать зубы лишь костями, то следует рассматривать их как не имеющих ощущений, но если относиться к ним как к частям тела, что покрыты и устланы оболочками, снабжены кровеносными сосудами и нервами, то им нельзя отказать в способности ощущать так же, как ощущают другие органы.

Легко заметить, что этот третий способ классификации зубов естественным образом примиряет первые два, которые кажутся противоречащими друг другу. Однако я считаю, что зубы надо рассматривать именно так, как считает вторая группа людей. Это подтверждает и ежедневный опыт, убеждающий нас, что зубы могут иметь ощущения, когда поражающие их болезни вызывают зубную боль.

Для того чтобы разобраться с чувствительностью зубов, необходимо вспомнить то, о чём я говорил в начале этого трактата, в части, описывающей строение зуба. С учётом этого можно сказать, что зубы испытывают два вида ощущений. Одно – это постоянная и реальная боль, то есть, проще говоря, зубная боль классического характера, а другое – оскомина, или боль приходящая, которую, я полагаю, можно сравнить с ощущением, которое испытываешь, когда проводишь рукой, например, по сукну шляпы или когда одним орудием скребут по поверхности другого.

Зубная боль имеет много видов, самые же распространённые из них – это боль острая и боль распирающая.

Эти два типа боли вызываются кариесом и воспалением. Чтобы понять их разницу, надо разобраться, что же происходит при кариесе и при воспалении.

При кариесе в зубы проникает воздух, осушая и иссушая нервную ткань и стенки мелких кровеносных сосудов. Это делает их твёрдыми и неподатливыми для жидкости, в них протекающей, которой приходится

делать усилие, чтобы раздвинуть стенки сосудов; это и приводит к распирающей боли при кариесе.

Если же капилляры, напротив, прорвались или лопнули, то вытекшая жидкость вскоре меняет свою природу и становится заражённой, раздражая оболочки, сосуды и приводя к острой боли.

Во время воспаления влиянию подвергается ткань, окружающая зубы, особенно их близлежащая оболочка. Сосуды в ней расширяются, с ними распухает и она, сильно прижимаясь к зубу, что и приводит скорее к распирающей, чем к острой боли. Когда переполнение сосудов очень сильное, их стенки становятся истончёнными застоявшейся там жидкостью, которая не может течь свободно. Эти объяснения, кажущиеся мне довольно вероятными, послужат тем, кто лечит зубы, так как помогут им найти правильные средства лечения подобных недугов: полностью убрать причину болезни, смягчить боль, успокоить её или хотя бы сделать более переносимой. Например, во время воспалений, когда сосуды переполнены, правильным лечением может быть кровопускание в сочетании с местными средствами.

Оскомина же – это иной тип ощущения, которое, пусть и весьма неприятное, болью названо быть не может.

Общепринятое мнение об оскомине таково: она вызывается кислотой, которая просачивается между волокнами оболочки, устилающей корень зуба, а сам зуб, давя на оболочку, подвергает её нервные нити действию этой кислоты.

Я не отрицаю, что кислота определённых ягод (крыжовник, кислая вишня и др.) может проникнуть в пространства между этими волокнами в мембране. Допускаю, что она способна вызвать распухание мембраны и тем самым воспрепятствовать течению жидкостей в некоторых сосудах, беспокоить нервы и тем самым доставлять более или менее неприятные, даже болезненные ощущения, которые всё же очень отличаются от оскомины, по моему мнению, происходящей в теле зуба.

То, что оскомина ограничена телом зуба или просто его поверхностью, доказывается тем, что стоит лишь энергично потереть эту поверхность тёплой тканью, как оскомина начнёт исчезать. Известен эксперимент, который убедительно доказывает мою правоту и опровергает противоположную точку зрения. Если пожевать щавель, оскомина уходит тут же, а это не произошло бы, если бы причина боли была в кислоте. Ведь разжёванный щавель кислый, и поэтому должен не уменьшить раздражение, а увеличить его. Если же оскомина действительно происходит от жидкости, свернувшейся в сосудах под действием кислоты, а сок щавеля проникает в эти сосуды и устраняет препятствие, которое

якобы там находится, то непонятно, каким образом эффект наступает так быстро. Гораздо более вероятно, что некоторые фракции этих жидкостей настолько разжижены, что могут проникнуть сквозь эмаль и повлиять на находящиеся там нервные окончания, когда что-либо, воздействуя на поверхность зуба, приводит их в движение. Это подтверждается тем фактом, что одно соприкосновение зубов с воздухом при вдохе с приоткрытым ртом рождает неприятное ощущение оскомины. Ведь нельзя же предположить, что проходящий сквозь рот воздух может сжать зуб настолько, что это передастся оболочке корня. Скорее всего, частицы, находящиеся на теле зуба, достаточно малы, чтобы проникнуть в зуб, но один из их концов зажат в костной ткани, а второй торчит снаружи; это делает зуб как бы ощетинившимся крохотными остриями, которые настолько тонки, что проходящий по ним воздух не может их не поколебать. Отсюда и возникает неприятное и раздражающее ощущение, названное оскоминой. Из этих кажущихся весьма вероятными гипотез я делаю вывод, что зубы чувствительны не только в корневой оболочке, но и благодаря нервным волокнам, пронизывающим всё тело зуба. Осталось только добавить, что эмаль гораздо менее чувствительна, чем зуб в целом, потому что её вещество весьма плотно, а поры весьма узкие, поэтому ничто не может с лёгкостью проникнуть сквозь неё. Из этого следует, что эмаль не способна ощущать воздействие резких, болевых факторов, которые так чувствительны для остального зуба. Особенность, с которой нервные волокна расположены в эмали, заставляет предположить: вероятно, эмаль и есть то единственное место, где возникает оскомина.

Здесь кажется уместным более полно описать то ощущение, которому особенно подвергаются резцы и клыки, когда трёшь рукой шляпу или слышишь, как в отдалении двумя железными инструментами скребут друг о друга. Однако это, как правило, не требует вмешательства зубного врача. Все прочие предложенные объяснения кажутся мне весьма сомнительными, и я, освобождая читателя от изучения неподтверждённых гипотез, остаюсь в границах, установленных моей профессией.

ГЛАВА VIII

ТИПЫ КАРИЕСА ЗУБОВ
и их причины

После описания ощущения оскомины и видов боли я перехожу к исследованию кариеса.

Зубы более подвержены кариесу, чем другие кости человеческого тела – то ли потому, что их структура более склонна к этой болезни, то ли по другой причине.

Кариес – это заболевание, поражающее зубы. Причина кариеса кроется в жидкости, которая проникает в костные зубные волокна. Зуб начинает разрушаться только тогда, когда разрушены эти волокна. Волокна зуба поддаются разрушению лишь при условии, что составляющие их части смещены, а смещаются они только при сильном сотрясении.

Структура зуба обычно разрушается, если вокруг застаивается омывающая его жидкость, которая воздействует на зуб, разъединяя его волокна и формируя полости, в результате поверхность зуба приобретает тёмный оттенок. Отъединённые же частицы повреждённой эмали могут быть настолько малы, что смешиваются с жидкостью и уносятся ею.

Причины этого могут быть внутренние или внешние. Внешние причины – это удары, перенапряжение, применение зубного напильника, воздействие разъедающих средств, воздуха, холода, жара, определённых видов пищи, изменения состава слюны. Внутренние причины обусловлены состоянием крови или болезнью лимфы.

Легко себе представить, как удары и перенапряжение приводят к кариесу. Прежде всего, может произойти излияние жидкости из сосуда, а если удару подвергся весь зуб, его малые частицы могут перекрутить, разорвать сосуды или непосредственно повлиять на их стенки. Воздействие напильником способно привести к кариесу, так как в результате может открыться полость зуба или очень истончиться её преграда. Испорченная слюна, кислая пища, некоторые разъедающие вещества, которые были использованы для избавления от зубной боли, отбеливания зубов и т.д. часто вызывают кариес, поскольку частицы этих агентов проникают

вместе со слюной вдоль корней в промежутки между волокнами оболочки и ослабляют или разрушают сосуды, как описано в предыдущей главе.

Причины, обусловленные кровью, приводят к кариесу, только если происходят сгущение крови и закупорка мелких сосудов. У крови остаётся меньше места, и она с усилием пытается раздвинуть их стенки.

Сказанное выше объясняет, почему кариес в некоторых случаях сопровождается головной болью, жаром и т.д., а иногда проходит незаметно и безболезненно. Всё зависит от места, где он формируется: если среди нервных волокон, с истечением жидкости из сосудов, то это, разумеется, подействует на нервные окончания либо её застойным брожением, либо как-то ещё.

Если же, наоборот, кариес зарождается на эмали, где нервных волокон мало, а те, что есть, малочувствительны, то, конечно, он будет развиваться незаметно, и боль наступит только тогда, когда начнёт разрушаться эмаль, а на оболочку зуба станут действовать вредные субстанции или воздух, как я писал раньше.

Также может случиться, что при развитии кариеса нервные волокна и окончания кровеносных сосудов будут иссушены действием воздуха, вследствие чего кариес остановится, засохнет и затвердеет наподобие мастики, став таким же плотным, как субстанция самого зуба.

Такие зубы мы наблюдаем часто и называем сухим кариесом. Поскольку сухой кариес, как правило, не разрастается и не вызывает болевых ощущений, его не следует трогать, иначе, если с ним попытаться что-либо сделать, кариес может возобновиться. И всё же, если кариозная полость достаточно большая, чтобы выдержать пломбу, её надо запломбировать, предварительно вычистив способом, который я описал ниже, в главе о пломбировании. Эта операция не даст проникать внутрь частичкам еды и др.

Зубы подвержены кариесу больше, чем другие кости, потому что их ткань более плотная, но сосуды более тонкие, что облегчает создание препятствий, закупорок, ущемлений и т.д. Кроме того, само расположение зубов подвергает их влиянию факторов, которые служат причиной вышеописанных расстройств. В том, что кариес вызывается внешними причинами, легко убедиться. Известно, например, что человеческие зубы и зубы животных, которые используются как искусственные взамен утерянных, иногда так же подвержены кариесу, как и данные природой; отсюда мы делаем вывод: к кариесу практически никогда не ведут внутренние причины, и почти всегда – внешние.

Кариес можно сточить с зуба напильником или скребком, поставить на зуб пломбу, и зуб сохранится, будет долго служить не разрушаясь,

особенно если лечение было своевременным, а выбранный врач – опытным.

Возникает вопрос: поскольку кариес вызывается внешними причинами, эти факторы должны продолжить своё губительное действие на зубы, у которых была удалена сгнившая часть.

Мой ответ на такое возражение следующий: если мы редко наблюдаем продолжение гниения зуба, который вовремя обработан опытным врачом, то это потому, что кариозные поверхности исчезли в результате операции и пагубное влияние, когда-то имевшее место, было полностью или частично устранено.

В принципе, зубы всегда сохраняются, если их вовремя восстанавливает умелый врач.

Также опыт показывает, что некоторые зубы более предрасположены к кариесу, чем другие.

Моляры кариес поражает чаще, чем резцы или клыки. Затем следуют верхние резцы и клыки, которые подвержены кариозному поражению больше, чем нижние, потому что они вследствие своего расположения в большей мере находятся под воздействием жара и холода, когда человек пьёт, ест или просто вдыхает и выдыхает воздух. Дальние моляры, когда они режутся поздно, разрушаются кариесом очень быстро.

Часто происходит так: после того как зуб сгнил, в противоположном ему зубе на другой стороне челюсти начинается тот же процесс. Я так часто наблюдал подобное, что не могу назвать это совпадением. Удивительно, что в противоположном зубе развивается не просто кариес, но кариес примерно того же места, а иногда абсолютно такой же. Причину этого сложно объяснить. Возможно, играет роль та же структура симметричного зуба, его природа. И злокачественные соки, поразившие первый зуб, могут с таким же успехом поразить и второй, так на него похожий.

Простые люди, даже некоторые авторы, верили и до сих пор верят, что зубная боль и кариес вызываются червями, которые мало-помалу истачивают костную ткань и нервные волокна. Если это было бы так, то объяснение причин зубной боли и кариеса оказалось бы весьма простым и облегчающим задачу врачей. Эта теория основана на якобы проверенных фактах о том, как эти черви выпадали из зубов после окуривания последних дымом растения бешеницы, известного также как белена. Г-н Андри[1] считает баснями все эти рассказы, о чем заявляет в своей книге, девятая глава которой посвящена этому вопросу.

1 *Профессор Парижского медицинского факультета. – Примеч. ред.*

Г-н Ривьер[1] считает, что одной из причин зубной боли, являются черви, порождённые кариесом, он верит, что плодить их могут различные субстанции, скопившиеся и гниющие в кариозной полости, будь то пища или выделения, в особенности частицы сладкого, которые легко пристают к зубам по причине своей вязкости.

Г-н Андри сообщает, что в микроскоп можно увидеть червей, которые образовались под налётом на грязных зубах, что они весьма малы и у них круглая головка с черным пятнышком, а остальное тело длинное и тонкое, почти как у уксусных червей. Он также добавляет, что черви постепенно истачивают зубы человека, из-за них изо рта исходит дурной запах, но они не причиняют сильной боли. Он отмечает, что ошибкой было бы считать, будто черви могут доставлять резкую зубную боль. В первой части девятой главы своей книги он утверждает, что черви могут причинять лишь довольно слабую тупую боль, которая сопровождается зудом.

Я сделал всё возможное, чтобы своими глазами убедиться в существовании этих червей, воспользовался прекрасными микроскопами г-на де Мантвиля[2] и провёл с их помощью множество экспериментов, рассматривая как кариес только что удалённых зубов, так и зубной камень различной плотности, налипший на них, но не преуспел в наблюдении червей.

Ещё сильнее заставляют меня сомневаться в реальности этих существ слова г-на Эмара о том, что его исследования не подтвердили факт, будто гниль порождает червя в дуплистой части зуба, несмотря на утверждения некоторых авторов[3].

Я убежден в опытности и искренности г-на Андри. Я не сомневаюсь в истинности сообщённых им фактов. Но в его словах легко увидеть, насколько мало внимания следует уделять всем этим якобы целителям зубов, что восхваляют свои средства, которые, по их уверениям, убивают червей. Поскольку та боль, от которой эти средства призваны избавить (как мудро заявляет сам автор), происходит совсем по другой причине.

Иногда зубы разрушаются от внутренних причин, а этот кариес никак не может произойти от червей, так как эмаль и поверхность зуба не повреждены и не имеют изменений.

Я видел, как кариес поражает корни зуба и точку их разветвления,

1 *Французский врач и литератор, профессор университета в Монпелье (с 1622). Советник и медик короля Людовика XIII. Автор нескольких медицинских трактатов. Один из них «Institutiones medicae» (1655) пользовался особой популярностью как учебник по медицине. – Примеч. ред.*

2 *Присяжный хирург Парижа.*

3 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов… С. 63, строка 30.*

причём не наблюдалось ни следа зубного камня либо налёта, которые могли бы служить местом обитания этих червей. Я убеждён как из опыта, так и по иным причинам, что существует кариес, который формируется в зубах без какого-либо участия червей. Также я не уверен, что вообще есть случаи, когда причиной кариеса являются зубные черви. Как бы то ни было, это не влияет никоим образом на рекомендованное мной ниже лечение.

ГЛАВА IX

О КАРИЕСЕ ЗУБОВ.
предосторожности, которые необходимо предпринять перед его стачиванием

Кариес – это наиболее вредный недуг, поражающий зубы. Его протекание разрушает и уничтожает зубы. Следовательно, необходимы средства, препятствующие его развитию, которые я и привожу. Я также опишу те случаи, когда его возможно вылечить.

Как только внутренняя полость зуба обнажена, кариесом или чем-либо ещё, возможно лишь оперативное лечение с применением особых средств, но, повторюсь, если лечить запущенный кариес, даже весьма тщательно и достаточно длительное время, то суметь вылечить его – очень большая удача.

Наилучшей ситуацией считается, когда нервные волокна, входящие в зуб, не расположены близко к кариозному пятну или когда кровеносные сосуды зуба высохли либо по какой-то причине ослабли настолько, что утратили чувствительность.

На основе этого чётко установленного факта мы можем сделать вывод, что все «особые средства», секретом которых похваляются очень многие, действовали лишь тогда, когда кровеносные сосуды зубов были ослабленными или высохшими от жидкостей, явившихся причиной болезни, или когда действие едкой жидкости настолько сократилось, что повлекло за собой уменьшение воспаления и боли. Продавцы же подобных снадобий не стесняются заявлять, что именно их средство и вылечило болезнь, а люди совершенно не видят бесполезности таких «лекарств».

Если применение неких компрессов или жидкостей, которые используют всевозможные шарлатаны против боли от кариеса, других недугов, и уменьшило боль, то полное излечение не может быть заслугой этих микстур. Они не защищают от новой вспышки кариеса, поэтому их популярность падает, но им на смену неизбежно появляется множество других, столь же бесполезных средств.

Исключительная лечебная и абсолютная болеутоляющая сила, которую эти знахари приписывают своим микстурам и пластырям, состоит

лишь в силе убеждения, которой легко поддаются мучимые болью несчастные. Если прошлый опыт мог бы хоть раз заставить нас сделать нелицеприятный вывод об этих врачевателях, которые каждый день превозносят свое мастерство до небес и злоупотребляют доверчивостью людей, то обо всём этом не пришлось бы и упоминать. Но та лёгкость, с которой они находят простаков и легковерных людей и загребают деньги, – слишком большое искушение, чтобы число этого отребья – и мужчин, и женщин – не увеличивалось, причём во всех профессиях.

Некоторые хвастают, что могут излечить зубную боль эликсиром или особой эссенцией, другие – пластырями или компрессами, а иные обещают чудеса от одной только молитвы и знака креста. А ещё есть те, кто предлагает средства для вывода червей, которые – как они утверждают – пожирают зубы и тем доставляют боль. Вот так эти мошенники манипулируют людьми. Зубные черви (даже если правда, что они иногда случайно появляются) никогда не могут причинять резкую боль – г-н Андри утверждает это с абсолютным убеждением. И наконец, встречаются «специалисты», которые, коли им верить, способны излечить самую застарелую зубную боль простым наложением пальцев, смоченных в некоем тайном средстве. Этот способ лечения зубной боли наделал много шума в Париже. Но как только изобретатель «великолепного средства» перестал скрывать его состав, чудеса прекратились.

Другие обещают вылечить любую зубную боль надрезами на ушах, сделанными ланцетами, или с помощью прижигания железом, носящего название «запирание вены».

Последнее псевдосредство многими считается хорошим, и выдающийся итальянский врач, г-н Вальсальва обозначает конкретное место на человеческом ухе, которое надо прижигать, чтобы уменьшить зубную боль. Он также указывает точные размеры каутеризатора и то, как надо проделывать процедуру. Свидетельство столь выдающегося и уважаемого автора заставляет меня, признать: возможно, этот способ действительно помогает, однако я не могу поверить, что такой распространённый недуг, как зубная боль, может быть вылечен подобными манипуляциями.

В Нанте, что в Бретани, я знавал часовщика-турка, который был известен именно таким способом лечения зубной боли. Однако замечу, что, несмотря на всю славу турка, большей части людей, доверившихся ему, приходилось потом обращаться ко мне за облегчением своих страданий. С тех пор я встречал ещё нескольких человек, которые использовали это средство, но с тем же результатом. Также есть бесчисленное множество восхваляемых способов лечения зубной боли, подавляющая часть которых просто смехотворна и настолько вычурна, что подробное их описание просто бесполезно и утомительно. Об одном способе я

всё же должен рассказать, настолько он необычен; о нём упоминает г-н Брантом: «Я два дня, – пишет он, – не видел ее (Елизавету Французскую, жену Филиппа II, короля Испании) из-за своих застуженных в морском путешествии зубов; она же спросила дочь Риберака, где я и не болен ли, и, прознав о моём состоянии, послала ко мне своего аптекаря, который, чтобы уменьшить боль, дал мне необычную траву, которую положил мне в ладонь и прижал там. Внезапно боль исчезла, как будто не бывала»[1].

Г-н Эмар говорит, что излечение зубной боли заговором, наложением рук, записочками или средствами, которые надо держать в руке, происходит единственно силой воображения. По его мнению, если пациент твёрдо верит в такое чудо, то это чувство влияет на его ум и заставляет соки отливать от болезненного участка и перетекать в другие части тела.

Все, кто знает, насколько животные начала в нас реагируют в зависимости от степени их пробуждения, не сочтут это обстоятельство слишком странным. Нам известно, что вследствие гнева раненые не чувствуют боли, и если страх может служить причиной одних болезней, то, вероятно, способен излечивать другие. Почему мы смеёмся, когда вокруг смеются, или плачем, когда видим, что плачут рядом? Разве то, что заставляет нас чувствовать удовольствие или грусть других, не происходит из-за чего-то похожего? Часто люди, страдающие от сильной зубной боли, решают удалить зуб и идут к хирургу, но там их охватывает такой страх, что им кажется, будто боль прошла; они уходят, но снова возвращаются к врачу из-за той же самой боли. Но иногда боль исчезает навсегда.

«Разумеется, – говорит г-н Эмар, – о таких эффектах мы узнаём из рассказов или из каждодневного опыта, но истинная их причина таится в животном начале, которое и создаёт эти удивительные и необычные эффекты из радости, удовольствия, страха, раздражения, гнева, стыда, притягивая и отторгая природное тепло».

Тем не менее лечение заклинаниями, знаками, наложением рук, записочками и т.д., весьма напоминающее суеверие и дьявольское наущение, запрещено церковью как нарушение первой заповеди и является грехом как для тех, кто его практикует или предписывает, так и для тех, кто соглашается на него или ищет его.

Кариес, который не достиг или едва достиг полости зуба, излечим четырьмя средствами. Первое – его стачивание и соскабливание; второе пломбирование свинцом, третье – коричное и гвоздичное масла или эссенции, в смеси и по отдельности; четвертое – прижигание.

1 *Брантом П. Жизнеописания галантных дам (жизнь Елизаветы Французской). С. 179.*

Г-н Дионис[1] советует прижигать верхний, то есть поверхностный, кариес серной кислотой или купоросным маслом, маленькая капля которого наносится на зуб тонкой кисточкой, используемой для миниатюр. Если кариес увеличивается, то можно прибегнуть к прижиганию[2]. Не желая умалить заслуги этого опытного хирурга, я осмелюсь сказать, что такой способ весьма опасен, поскольку серная кислота имеет сильные разъедающие свойства и может причинить или усилить боль, разрушая и раня ткань зуба. Кроме того, замедленное действие кислоты также может усилить боль и сделать её более продолжительной. К тому же действие кислоты невозможно ограничить, и она, распространившись и проникнув в кариозную полость, начинает наряду с больной частью зуба разъедать и здоровую. И наконец, с ней может смешаться слюна, которая разнесет кислоту по всем дёснам, что может вызвать дополнительные осложнения. Так что лучше ограничиться теми четырьмя способами, о которых я сказал.

Небольшой кариес можно удалить инструментально, о чём я расскажу ниже, и поставить свинцовую пломбу. Но если кариес проникает дальше и боль продолжается после его удаления, то в полость надо вложить комочек ваты, смоченный в гвоздичном или коричном масле. Продолжайте делать это столько, сколько потребуется, прижимая и подгоняя ватку так, чтобы болезненные места постепенно привыкали к этому воздействию. Через 4–5 дней удалите остаток кариозной ткани. Иногда боль проходит совсем, так как это лечение, произведя в костных волокнах зуба необходимое мелкое отслаивание, не позволит кариесу снова возникнуть и развиваться. Если же после длительного применения этого средства боль не ушла, необходимо произвести прижигание и через несколько месяцев запломбировать полость (при возможности, так как иногда образуется такая полость, которую запломбировать нельзя).

Когда кариес проникает в зубную полость, там может образоваться абсцесс, что я наблюдал у нескольких пациентов, испытывавших сильную боль вследствие кариеса резцов и клыков. Я проник зондом в зубную полость, чтобы удалить гной. Как только гной был удалён, боль прекратилась. После этого я не трогал пациентов два или три месяца, а затем запломбировал им зубы, чтобы приостановить дальнейшее их разрушение.

В этой главе я возмущался шарлатанами и их обещаниями относительно действия предлагаемых ими «лечебных средств», которые они объявляют непревзойдёнными, при этом с презрением отвергая те, что

1 *Присяжный хирург Парижа, демонстратор анатомии и хирургии в Королевском саду растений, автор многих трудов по хирургии и др.*

2 *Дионис П. Курс хирургических операций... Париж, 1707. С. 509.*

рекомендует для этого недуга лечебное искусство. В то же время не могу не признать, что некоторые снадобья, отложившись на зубах, дёснах или прилегающих к ним частях, смягчают в какой-то мере зубную боль, рассасывая воспаление. Ниже я даю два рецепта местнодействующих средств, которые, как показал опыт, являются самыми эффективными.

Пластырь (компресс) при зубной боли

Возьмите по 1 унции бальзамической смолы и скипидара, растворите на медленном огне достаточное количество мастичного масла, добавьте 1 драхму экстракта опиума, смешайте, снимите с огня, дайте остыть и размажьте ровным слоем по кусочку тафты или бархата размером примерно с лиар (монета диаметром около 2,5 см. – Примеч. пер.). Прикладывайте пластырь к височной артерии с обеих сторон, оставляйте до отпадения и заменяйте на новый, пока в этом есть необходимость.

Компресс для рассасывания воспалений и смягчения зубной боли

Возьмите по половине унции корня ромашки, чёрного перца, имбиря, мытника, мускатной шелухи, гвоздики и корицы, 1 унцию морской соли. Растолките всё в мелкий порошок, пересыпьте в глиняный горшок, покрытый глазурью, влейте 12 унций красного уксуса, поставьте на медленный огонь, постоянно помешивайте деревянной лопаточкой, пока смесь не достигнет плотности густого мёда. Снимите с огня и перелейте в фарфоровый горшок, в котором и храните. Для использования возьмите частичку размером с горошину и, завернув в кусочек тонкой льняной ткани, поместите между десной и щекой на той стороне, где образовалось воспаление и возникла боль.

Желательным эффектом будет повышенное слюноотделение, причём большее, чем при курении или жевании табака, которые довольно неприятны. Когда боль утихнет или воспаление рассосётся, вытащите средство, которое можно будет при необходимости применить вновь. Если его держать во рту слишком долго, оно сожжёт щеку изнутри, отчего могут появиться волдыри, от которых легко избавиться, прополоскав рот тёплой водой.

Эти средства часто помогают, особенно если во время их применения взять немного ваты или корпии, смоченной в гвоздичном или коричном масле в равной доле с экстрактом опиума, и вложить в дупло зуба. При этом пациенту надо сразу же сделать кровопускание и дать слабительное; прежде всего это касается полнокровных людей, склонных к воспалению.

С помощью нижеописанного средства я принёс облегчение многим пациентам, у которых почти все зубы были кариозными, а воспаление и зубная боль весьма частыми.

Ещё один способ состоит в том, чтобы полоскать рот каждое утро и даже каждый вечер, перед сном, несколькими столовыми ложками свежей мочи пациента, при условии, что моча здоровая. Подержите мочу какое-то время во рту, потом выплюньте и повторите процедуру. Это хорошее средство, хотя и не столь приятное, как то облегчение, которое оно приносит. Несколько человек из тех, кому я его советовал, сообщили мне, что они таким образом избавились от воспаления, которое постоянно у них появлялось. Да, привыкнуть к такому способу лечения нелегко, но чего не сделаешь ради спокойствия и здоровья?

Чтобы убедиться в эффективности мочи, достаточно знать, что она состоит из серозной жидкости, наполненной летучей солью и маслом. Эти активные вещества придают ей множество свойств, направленных против болезней[1]. Опыт учит нас, что моча здорового человека смягчает и успокаивает подагрическую боль, устраняет закупоривания и др. Следовательно, моча является разжижающим средством, которое помогает избавиться от излишнего кровенаполнения на концах капилляров дёсен, рассосать опухоли в полости рта, предупредить возникновение многих недугов ротовой полости или постепенно излечить их. Основываясь на этих свойствах здоровой мочи, я прописывал её пациентам, и успешные результаты подтвердили мою правоту.

Дистиллят мочи может заменить человеческую мочу: возьмите 2 драхмы дистилята, смешайте их с 3–4 унциями фруктовой водки (раствора жерухи либо ложечницы и т.д.).

Летучая уринная соль имеет те же свойства. Растворите 15, 20 или 30 её гран в том же объёме, что указан для жидкостей выше.

1 *Лемери Н. Курс химии. С. 799.*

ГЛАВА X

О ТРЕПАНАЦИИ ЗУБОВ, *когда они источены или кариозны и причиняют боль*

Зубная боль в резцах или клыках, когда они истёрты или кариозны, практически всегда исчезает, если зубы трепанировать. Если кариес наличествует в межзубных щелях, то сначала эту щель надо, насколько возможно, раздвинуть и расширить внутрь в месте образования кариеса предназначенными для этого полукруглыми напильниками. После этого кариозные массы можно удалить шабером в форме клюва попугая или шилообразным напильником (подробнее о них ниже). Затем внутреннюю полость зуба вскрывают и увеличивают расширителем (корневой иглой) по размеру канала. Возьмите швейную иглу, достаточно тонкую и длинную, держите её за тупой конец пальцами или щипчиками часовщика, введите рабочий конец на всю возможную глубину в полость зуба; сделайте это 2–3 раза подряд, и полость вскроется и очистится, а внутренняя оболочка будет проколота. Таким образом, абсцесс, который мог там сформироваться, или проникшие туда и накопившиеся жидкости выйдут, и боль после этой операции сразу же (или вскоре) пройдёт.

Здесь необходимо предупредить: перед тем как вводить иглу, металл надо сделать гибким и для этого провести её сквозь пламя свечи. Этим мы предупреждаем опасность того, что игла сломается и останется в полости зуба, откуда её невозможно будет достать, что, безусловно, осложнит лечение. Наоборот, гибкая игла сама примет форму канала зуба и повторит все его изгибы. Также в иглу надо продеть нить, которую следует придерживать во время операции, чтобы не дать пациенту проглотить её, если она выскользнет из пальцев или щипчиков. Иногда можно заменить иглу кружевной булавкой из тех, что используют дамы для своих причесок. Булавку не надо размягчать на огне, но задний кончик следует слегка расплющить, чтобы её можно было крепче ухватить щипчиками; нить в этом случае также необходима.

Порой канал зуба бывает так узок, что даже самую тонкую иголку нельзя ввести достаточно глубоко. Тогда надо использовать специальную

дрель (развертку) на раме: дрель следует держать в левой руке, а вращающий её лучок – в правой. Сверло вскрывает и расширяет канал насколько нужно, следуя за его направлением.

После этой операции необходимо выждать несколько недель, ничего не предпринимая по отношению к зубу. Чтобы избежать его дальнейшего разрушения, в полость зуба на несколько месяцев закладывают ватный шарик, пропитанный небольшим количеством коричного или гвоздичного масла, и периодически заменяют шарики. Делать это надо осторожно, без сильного сдавления, тогда скопившаяся в полости масса сможет беспрепятственно истекать сквозь вату, которая там находится только для того, чтобы внутрь не попадала пища и зуб не разрушался. Если вата слишком туго скатана, то формирующиеся гнойные массы, не найдя выхода, начнут сгущаться, скапливаться и усугублять боль, если нерв зуба не иссох и не погиб. То же происходит и при пломбировании зуба: пломбу надо снимать на некоторое время и позволять скопившейся массе истечь, прежде чем ставить пломбу вновь.

Хотя и редко, но случается, что после трепанации зуба боль продолжается. В этом случае, возможно, проблема не в полости зуба, а в нервной оболочке, общей для альвеолы и внешней части корней зуба, или же в кровеносных сосудах, находящихся у кончиков корней, перед их вхождением в полость. Поэтому сильная боль, ощущаемая пациентом, вызвана только переполнением и воспалением этих сосудов, а в таком случае единственное средство – это удаление зуба. Интересно, что после удаления зуба боль усиливается и длится дольше, чем в других случаях. Если после удаления осмотреть кончик корня, то можно увидеть большое количество сосудов, сильно увеличенных из-за их напряжения и воспалённого состояния. Подобное редко происходит в иных случаях, при которых подобные сосуды видны только через лупу или в микроскоп. Когда же эти сосуды распухают, они видны настолько чётко, что многие принимали их за червя, считая его причиной острой боли.

Операция трепанации резцов и клыков практически всегда устраняет боль, которая идёт от стёртости зуба или кариеса. А также потому, что в их сосудах образовался абсцесс либо полость наполнена некими выделениями. Так как у этого типа зубов, как правило, всего один корень и одна полость, для устранения этой массы надо всего лишь её вскрыть. С молярами всё иначе, поскольку у них по нескольку корней, а значит, по нескольку полостей и сосудов, которые расположены по-разному, так что операцию не всегда можно провести с точностью. Такие зубы г-н Эмар советует удалять или, по крайней мере, «обезглавливать», то есть ломать

и удалять коронку, чтобы дать выход заражённой жидкости, заключённой в полости, что иногда устраняет боль[1].

Этот автор сообщает, что видел много абсцессов внутри зубов, не выраженных никаким внешним разрушением, и что при ломке таких зубов он обнаруживал гниль с ужасным запахом, которая могла возникнуть только в результате излияния жидкости, которая, не имея выхода, затвердела в зубе. Тем более что артерия, вена и нерв в том месте были зажаты и в то же время напряжены и переполнены жидкостями, которые они должны были доставить туда. Не стоит думать, что это единственное поражённое место, так как можно предполагать, что и прилегающие части весьма раздражены и крайне болезненны. Бóльшая часть сильных воспалений, от этого происходящих, как правило, вырождаются в абсцессы и свищи в дёснах и прилежащих частях, а также в сильный и опасный кариес, что подтверждено моими наблюдениями.

Хотя я упомянул гвоздичное и коричное масло в качестве способа лечения или смягчения боли кариозных зубов, эти средства не настолько эффективны, как многие думают. Часто можно наблюдать, что после длительного их использования они не только не смягчают боль, но и не спасают сами зубы. Если эти средства помогают сохранить несколько зубов, не стоит думать, что так происходит всегда. Вероятно, это можно объяснить тем, что жидкость, разъедающая зуб и раздражающая его нервы, перестала быть вредной и сделалась скорее смягчающей и успокаивающей или что кислотность этой жидкости, источив или покрыв кариесом костную ткань зуба, уничтожила, ослабила или опустошила те сосуды, которые проводили боль.

Это и есть основные причины излечения или прекращения боли, как об этом говорилось в главе IX этого тома. В качестве доказательства можно привести пример многих людей, которым их кариозные зубы в течение более или менее долгого срока доставляли сильную боль, а потом боли прекратились без применения каких-либо средств. Того, что я написал выше, должно быть достаточно для того, чтобы вывести из заблуждения тех, кто верит, что излечение их зубов произошло лишь благодаря применению коричного масла, и показать врачам, нахваливающим действие этого средства, что они ошибаются.

1 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов… С. 63 и далее.*

ГЛАВА XI

О ЗУБНОМ КАМНЕ, КОТОРЫЙ ФОРМИРУЕТСЯ НА ЗУБАХ, *и о его вредных последствиях*

Зубной камень, который некоторые авторы и простые люди называют «бляшками», это налёт, образующийся на поверхности зубов и затвердевающий, если его там оставить, в камнеобразную корку более или менее крупного размера.

Самая распространённая причина потери зубов – это нерадивость людей, не привыкших чистить зубы, хотя они прекрасно видят отложение этой инородной субстанции, от которой происходят болезни дёсен. Зубной камень приводит к уничтожению дёсен и вследствие этого к кариесу зуба.

Чтобы лучше понять суть зубного камня, надо установить, что же является причиной его возникновения, и учесть, как он мало-помалу (почти незаметно) формируется. Я считаю, что основных причин три.

Первая – это остатки пищи, застревающие в промежутках между зубами и дёснами или только между зубами. Подобные частицы, пропитанные слюной, становятся вязким и клейким налётом, который быстро застывает, когда рот плохо омывается слюной или стал совсем сухим от дыхания, испаряющего все жидкости.

Вторая причина зависит от воздуха, который при выдыхании бывает наполнен испарениями: при контакте с зубами он наносит на них самую вязкую, тяжёлую и маслянистую фракцию этих испарений, добавляя её к первому слою зубного камня, обозначенному коркой засохшей слизи, которую я описал выше.

Третья причина содействует образованию зубного камня не менее, чем две предыдущие. Это слюна, которая, будучи испорченной в результате некоей болезни лимфы, наполняется солями и минеральными веществами и оставляет их на зубах. Только этой причиной я могу объяснить, почему налёт иногда покрывает большую часть зуба, включая даже корни, как я мог иногда наблюдать. Укрепиться в этом мнении меня заставляет замеченное мною сходство между налётом, полностью покрывающим зуб,

и инородными телами, иногда обнаруживающимися на основании языка. Об этом можно прочесть в «Журналь де Саван» за 1721 г. Эти тела были того же каменного состава, что и вышеописанный налёт. Иными словами, налёт на языке мог сформироваться так же, как и зубной камень, то есть из-за больной лимфы, похожей на порченую слюну.

Однажды я удалил из-под языка женщины каменное образование, похожее на вышеуказанные. Оно находилось между уздечкой и телом языка, рядом с подъязычными венами. По форме оно напоминало небольшой орех миндаля. Сложно было бы представить иное происхождение этого камня, чем густая лимфа, которая там окаменела. Это инородное тело не препятствовало дикции и не ухудшало голос женщины.

Как только сформировался первый слой зубного камня, он тут же начинает увеличиваться новыми, пристающими сверху слоями – практически так же, как камни в мочевом пузыре и все другие типы камней слоистого строения.

Движения языка сметают большую часть зубного камня, пристающего к внутренней поверхности верхних резцов. Остальные зубы могут быть покрыты им практически полностью, особенно зубы нижней челюсти, так как слизь под своем весом сползает вниз, а язык не может её убрать. Если с чисткой промедлить, то камень проникает между деснами и зубами и, находясь там, воспаляет дёсны, заставляя их расширяться. Вследствие этого зубы начинают обнажаться и расшатываться, поддаваясь малейшему воздействию.

Зубной камень – не единственная болезнь, происходящая из-за того, что люди забывают чистить зубы. Можно добавить, что нечистые зубы также производят дурной запах, неприятный самим больным и невыносимый для окружающих. Этот недуг, как правило, возникает, когда частицы еды попадают в щели между зубами и кариозные дупла, где и окаменевают, либо потому, что не обе половины рта в равной степени используются для пережёвывания пищи.

Средства, которые без промедления надо использовать против указанных недугов, следующие:

1. Соблюдать предписанный режим питания.
2. Регулярно чистить зубы.
3. Соблюдать зубы в здоровом состоянии, наконец, бороться с причинами появления этих недугов.

Рис. 2.

Рис. 2.

Описание изображенных объектов.

Часть 1. Отвердевшее тело из зубного камня, наросшее на правом моляре нижней челюсти, в перевёрнутом виде (в натуральную величину).

A – Корни зуба, к телу которого данный камень пристал, на которое нарос и затвердел так, что стал с зубом единым целым.

B – Самые острые неровности на поверхности этого окаменелого тела, упиравшиеся в десну.

Часть 2. То же тело с другой стороны.

C – Корни того же зуба с другой стороны.

D – Гладкая и плоская поверхность, которая образовалась со стороны языка.

E – Ямка, или полость, которая сформировалась от контакта с зубами верхней челюсти.

Часть 3. То же тело с самой выпуклой и наименее шероховатой стороны.

F – Гладкая и выпуклая сторона, которая упиралась в жевательные мышцы.

G – Самая скруглённая и выпуклая часть, которая выпирала наружу и упиралась в щёку.

ГЛАВА XII

ОБЗОР ОПЕРАЦИЙ
и способов лечения, содержащихся в последующих главах

Хотя зубы кажутся органами весьма небольшого размера по сравнению с остальным скелетом, большое число болезней, которым они подвержены, вынуждает прибегать к операциям. Каждую из них я опишу со всеми деталями и наибольшей ясностью.

Операции, производимые на зубах: чистка, отделение, укорачивание, удаление кариеса, прижигание, пломбирование, прикладывание различных средств, выравнивание, укрепление, трепанация, простое выдёргивание из альвеол, вставка зубов обратно в альвеолу, их удаление, чтобы имплантировать другому человеку, наконец, замена выпавших зубов на искусственные.

Все эти операции требуют от того, кто их проводит, лёгкой, уверенной и опытной руки, а также совершенного знания теории. Они также требуют весьма редко встречающейся полноты знания для того, чтобы решить, что лучше – перенести операцию или совсем её отменить. Действительно, даже опытный врач может решиться на оперативное вмешательство, когда делать этого не следует. Впасть в подобную ошибку способен тот, у кого недостаточно знаний о причинах болезни и правильных методах её лечения.

Из этого следует, что объём знаний полностью состоявшегося зубного врача не так мал, как многие думают. Таким образом, неосторожно доверять себя рукам полного профана не менее опасно, чем полагаться на основанную на высоком самомнении опрометчивость большинства тех, кто решает практиковать такую сложную профессию, не зная даже её начатков.

Я разработал принципы, на которых должна покоиться практика этой профессии. Все дальнейшие страницы я посвящаю описанию каждой вышеупомянутой операции, а также инструментов и медицинских средств, которые используются для лечения тех недугов, которые

я описываю. Также по возможности полно я постараюсь перечислить все обстоятельства, на которые надо обращать внимание, чтобы ненароком не предпринять того, что может повредить здоровью пациента и репутации врачебного искусства.

ГЛАВА XIII

ЧАСТИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ЗУБАМ.
Положение пациента и врача во время операции

Недостаточно рассматривать зубы, а также дёсны, альвеолы обеих челюстей, в которых зубы находятся как колышки в ячейках. Необходимо изучить их положение по отношению к объёму рта и формирующим его частям.

Зубы расположены в обеих челюстях полукругом, похожим на подкову. Центральная часть этого полукруга находится в передней части рта, и зубы этой части называются передними по отношению к тем, которые формируют окончания полукруга. Передние зубы расположены между губами и языком. Их часть перед губами называется передней, или внешней, а противоположная – задней, или внутренней. Передняя часть рта непосредственно соотносится с кончиком языка, который в ней и находится, и окружает его. Передние зубы называются резцами и клыками. Зубы, идущие далее, к краю рта, носят название «малые и большие моляры». Зубы, расположенные по концам полукруга и дальше в ротовой полости, сидят в альвеолах более крепко и называются задними – в противовес передним зубам. Поверхность боковых зубов, обращённая к щекам, именуется внешней. Противоположная поверхность, касающаяся языка, – внутренней. Наружная часть зубов, которой оканчивается основание, – это коронка (у моляров). У клыков и резцов верхняя часть заканчивается остриём или плоской острой гранью. Плоскости по сторонам зубов называются боковыми, или латеральными.

У зубов нижней челюсти тела возвышаются над корнями. У зубов верхней челюсти тела, наоборот, находятся под корнями. Ясно, что именно такое расположение оптимально с точки зрения механики и функций зубов. Эту информацию не всегда корректно используют при рассмотрении болезней и операций, которые надо провести на зубах, особенно же это касается их описаний. Определение положения зубов

и их частей смущает и путает многих, когда возникает необходимость различения этих частей. Ошибки можно избежать, если называть зубы верхней челюсти верхними зубами, а зубы нижней челюсти – нижними. Кроме того, необходимо разделять и подразделять части самих зубов в соответствии с правилами, установленными анатомией.

Так, на нижней челюсти шейка зуба должна называться нижней частью тела зуба, а их вершина – верхней частью. А части, находящиеся между ними, – это части средние, внешние, внутренние, латеральные и др.

Наоборот, у зубов на верхней челюсти шейка считается верхней частью тела зуба, а коронка или кончик – нижней. То, что находится между ними, подразделяется и именуется так же, как и у зубов нижней челюсти.

Также при проведении операций на зубах необходимо учитывать препятствия в виде положения щёк, языка и губ. Во время хирургического вмешательства эти части должны быть отодвинуты на определённое расстояние. Тогда врач сможет наилучшим образом рассмотреть очаг поражения, с удобством оперировать, не опасаясь задеть соседние части в полости рта.

При осмотре необходимо правильно расположить пациента для диагностирования заболевания. Чтобы облегчить процесс оперирования, пациента усаживают на устойчивое, крепкое и удобное кресло, спинка которого должна быть набита конским волосом или с подложенной подушкой, высота положения и форма которой зависят от роста пациента и в особенности от роста врача.

У пациента, сидящего в кресле, стопы должны стоять на полу, спина прижата к спинке кресла, руки – к ручкам, а голова – лежать на спинке кресла. Положение головы можно менять: иногда она лежит в одну линию с телом, более или менее запрокинутым назад, к середине спинки кресла, или повернута в сторону (направо, налево). Также голова может быть наклонена вперёд и направо или вперёд и налево. Короче говоря, голова пациента принимает такое положение, которое удобно для больного, но прежде всего необходимо для свободы действий врача.

Во время операции врач иногда может находиться справа, иногда – слева, иногда – перед пациентом, изредка – позади.

Когда врач находится справа, он должен держать в правой руке рабочий инструмент, протянув левую руку над головой пациента, чтобы тот мог опереться на неё. Так он сможет придавать этой рукой нужное положение голове, раздвигать губы, их комиссуры, щёки, отодвигать язык, придерживая их на расстоянии от оперируемых зубов. Даже пальцы левой руки надо использовать для того, чтобы на необходимое время

обхватывать, поддерживать или подпирать те части, которые нуждаются в этом. Таким же образом нужно одновременно поддерживать подбородок, чтобы не уставали мышцы рта и не двигались челюсти с целью избежать их вывиха во время операции на зубах.

Если врач стоит слева и является амбидекстром (одинаково хорошо владеющим обеими руками), то он должен держать инструмент в левой руке и оперировать ею же, протянув правую руку над головой пациента, чтобы выполнять ею различные действия с губами, щеками и т.д.

Если же врач не амбидекстр, то он держит инструмент в правой руке, используя левую для поправки и поддержки, как описано выше. Не следует находиться перед пациентом, чтобы не загораживать свет. Дневной свет предпочтителен всем остальным, когда необходимо осмотреть зубы или оперировать их.

Вдобавок к вышеописанным позициям, врачу придется немного приподниматься или опускаться, при необходимости наклоняя тело или голову в ту или иную сторону, чтобы не терять из виду ту часть, которую он оперирует, в то же время поднимая, опуская, двигая изнутри и снаружи, спереди или сзади рукой, кистью или пальцами, которыми он держит инструмент, при этом сгибая или вытягивая пальцы или двигая их вдоль инструмента, чтобы совершать им те или иные манипуляции, подпиливая, спиливая, чистя и удаляя зубы, дёсны (или их части), а также инородные тела, которые их окружают, отчищая кариес и т.д.

Позиции и приёмы, которые я только что описал, являются базовыми и могут быть умножены бесконечно, в соответствии с требованиями конкретного случая, поэтому их надо считать условными. В то же время существуют иные положения, предопределённые чёткой необходимостью, и их надо строго соблюдать. Например, когда пациент не контролирует поднимающие или опускающие мышцы головы или когда воспаление, нарыв, паралич, болезненный ревматизм с неподвижностью суставов сделали пациента настолько бессильным во всех частях тела, что тот не может откинуться назад, поднять, опустить, повернуть или нагнуть голову. Если при этом необходимо работать с самыми дальними зубами, то в таких (или в похожих) случаях вариантов нет: пациента нельзя сажать в кресло, его надо класть на канапе, диван или кровать. Больному, прикованному к кровати, необходимо придать наиболее удобное положение с помощью большого количества диванных или спальных подушек. Те же правила соблюдаются, если пациент лежит на диване или кушетке лицом вверх, так как это самое удобное положение для работы с зубами.

Я удивлён, что большая часть тех, кто балуется удалением зубов, заставляет пациента садиться на пол, ибо это неприлично и

нечистоплотно. Помимо всего прочего, такая поза беспокоит и пугает тех, у кого удаляют зубы, особенно это касается беременных женщин, для которых она к тому же вредна. Ещё больше меня удивляют некоторые авторы, утверждающие, что в наши дни именно эта поза является самой удобной. В действительности именно её-то и следует отвергнуть абсолютно.

ГЛАВА XIV

ПРАВИЛА, КОТОРЫЕ НАДО СОБЛЮДАТЬ *до, во время и после удаления зубов*

Зуб, который мешает прорезаться другому зубу, а также кривой, болезненный, кариозный, причём существует опасность, что он заразит соседние зубы, должен быть без колебаний удален. Что касается первых зубов ребёнка, называемых молочными, их нельзя удалять, по крайней мере до тех пор, пока они не будут готовы выпасть сами, или если они не поражены недугом, который делает опасным любое промедление. Альвеолы у детей не имеют большой твёрдости, однако корни их зубов могут быть сильнее и сидеть крепче, чем можно предположить, поэтому при удалении таких зубов могут происходить весьма неприятные случаи. Поскольку альвеолы недостаточно крепки, чтобы противостоять усилию при удалении зуба, они могут быть повреждены или даже выломаны вместе с ним. Более того, зародыш зуба, который должен вырасти на смену удаляемому и который пока скрыт под кончиком его корня, может быть повреждён или разрушен. И тогда новый зуб вырастет лишь несколько лет спустя, а если он появится сразу, то его состояние, как правило, будет очень плохим, что я много раз наблюдал. Кроме того, некоторые молочные зубы часто остаются во рту на всю жизнь, не сменяясь постоянными.

Следовательно, с их удалением следует медлить столько, сколько возможно, если они ещё не шатаются. Однако они могут причинять такую невыносимую боль, а кариес на них может быть таким обширным и опасным для соседних зубов, что оперировать их надо не откладывая. В этом случае удаление проводится незамедлительно, с осторожностью и умом, чтобы избежать вышеупомянутых неприятных последствий.

Некоторые верят, что совершили чудо, когда, обнаружив два неудачно стоящих зуба во рту ребёнка (один прямой, другой вывихнутый), удалили вывихнутый и оставили стоящий более ровно. Это ошибка, так как удалённый зуб – как раз тот, который следовало бы оставить, поскольку не вывихнутый зуб давит на прямой, а наоборот.

Именно прямой зуб искривляет второй и отталкивает его, не давая ему занять свое место и вырасти правильно.

Тот, кто имел несчастье попасть в руки людей, малосведущих в науке зубоврачевания, немедленно почувствует на себе ошибку лекаря. Ведь тот зуб, что у него остался, вскоре выпадет, и никакой другой его уже не заменит.

Если бы каждый занимался делом, которому его хорошо обучили, такие несчастные случаи не происходили бы столь часто. Однако многие лезут в зубоврачебное ремесло, будучи сами другой профессии, и я думаю, что скоро будет больше дантистов, чем людей с зубной болью. Есть даже ножовщики, которые балуются удалением зубов. По-видимому, инструменты, которые они производят, порождают в них нестерпимое желание испытать их на практике. В нашем городе я знаю одного такого ремесленника, который известен всем соседям как зубодёр. Этот человек, увидев нескольких шарлатанов в действии, решил, что удалять зубы так же легко, как ковать ножи. Он встал в их ряды и не стесняется использовать любую возможность попрактиковать своё так называемое искусство и показать свои инструменты в деле, а если ему не удаётся вытащить зуб целиком, что ж, он удаляет хотя бы его часть. Несколько лет назад к нему привели молодого человека с малым моляром, покрытым чёрными пятнами, что заставило этого знатока прийти к выводу, что зуб сильно сгнил. Он попытался вытащить его, но, вырвав лишь коронку (поскольку это был молочный зуб, уже готовый выпасть), сей новоиспечённый доктор, чьи знания были слишком ограниченными, чтобы оценить ситуацию, подумал, что совершил ошибку и сломал зуб. Чтобы не оставлять операцию незавершённой, он попытался вытащить то, что принял за корень, и был поражён, увидев, что это был не просто корень, но целый зуб, который и должен был заменить коронку предыдущего, им удалённую. Молочные зубы, как я уже писал, не имеют корня, когда уже готовы выпасть. Этот ножовщик, однако, не решился сообщить об этом присутствующим на операции людям и отправил своего молодого пациента домой без зуба. И эта потеря навсегда останется свидетельством невежества и наглости этого зубодёра, а также беспечности, с которой люди доверяются подобным шарлатанам.

Чтобы не впасть в подобную ошибку, необходимо соблюдать правило: можно удалять молочные зубы, но нельзя трогать растущие следом за ними постоянные, которые легко узнать по их твёрдости и более красивому оттенку.

Если кривой зуб не поддаётся никакому нижеописанному лечению, к тому же мешает другим зубам или уродует рот, то его необходимо

удалить, чтобы избавиться от производимого им неприятного эффекта. Кариозные зубы, которые не удалось излечить гвоздичным или коричным маслом, прижиганием и пломбированием, должны быть удалены из их альвеол по четырём причинам:

Во-первых, из-за сильной боли, которая часто не проходит, если зуб не удалён.

Во-вторых, чтобы не дать кариесу поразить остальные зубы.

В-третьих, чтобы избавиться от дурного запаха, который исходит от частиц, разлагающихся в кариозном дупле, и удалить зубной налёт, образовавшийся на зубах этой стороны челюсти, так как она не используется для жевания по причине боли или слабости зубов.

В-четвертых, потому что кариес приводит к заболеваниям, которые являются неизлечимыми, если не устранена их причина, а её необходимо знать, если хочешь их победить.

За недавнее время было отмечено несколько случаев, когда кариозные воспаления перекидывались не только на щёки и голову, но и на горло, приводя к ангине.

Если воспаление значительное и сопровождается неприятными осложнениями, то обязательно нужно получить заключение врача или опытного хирурга. В случае, когда воспаление находится только в дёснах и в щеке одной стороны рта, не связано ни с каким другим недугом и нет сопровождающей его резкой зубной боли, достаточно приложить на распухшую часть местнодействующее болеутоляющее средство. Если же там сформируется абсцесс, то его надо вскрыть обычным ланцетом или очень острым ланцетом для дёсен, чтобы дать выход гною, затем промыть рот молоком или тёплой водой.

Когда зубная боль от кариеса становится слишком сильной и пациент уже неспособен жевать этим зубом, выхода нет – зуб необходимо удалять, если, конечно, его можно достать инструментом для удаления. Пациент излечится спустя некоторое время после операции по удалению зуба и гноя, образовавшегося из-за прилежащего абсцесса.

Пациента, у которого невозможно достать зуб инструментом из-за опухоли и напряжённого состояния, подвергают кровопусканию один или два раза, после чего прикладывают к десне спелую фигу, сваренную в молоке. Это чуть тёплое молоко нужно держать во рту, перекатывая между щеками, чтобы омывать и успокаивать воспалённую часть. Затем к этому месту прикладывают компресс из молока, хлебных крошек, желтка яйца и шафрана. Но если опухоль не спадает и остаётся напряжение, делают ещё один компресс из смягчающих трав и прикладывают к щеке с той стороны, где находится больной зуб.

После применения указанных средств сильная боль утихает и опухоль спадает, к пациенту возвращается способность безболезненно разжевывать пищу. Это означает, что зуб не надо удалять, особенно когда речь идёт об одном из резцов или малых моляров, так как они являются украшением рта. По этой причине удаления данных зубов следует по возможности избегать.

Однако если опухоль спала (или уменьшилась), но боль не прошла, зуб приходится удалять. К сожалению, пока не найден другой способ смягчения боли, кроме удаления зуба и прекращения тем самым распространения кариеса.

Порой зубная боль настолько сильна и постоянна, что зубы приходится удалять, даже если они не кариозные или не кривые.

Сильная боль от кариозных зубов иногда мучает беременных женщин и кормилиц, тогда они быстро принимают решение удалить больной зуб, несмотря на беременность и общее мнение, будто молоко может испортиться, пропасть или произойдут другие неприятности. Действительно, в воображении беременных женщин и кормилиц полно страхов. Их так легко встревожить мыслью о том, что эта операция может причинить им вред, что сам страх (хотя совершенно необоснованный) способен стать причиной подобных отрицательных реакций. Поскольку я не вижу для неприятностей, которые могут произойти с женщинами в подобном положении, иной причины, чем ужас перед операцией, то считаю, что действия врача вначале должны быть направлены на успокоение испуганного воображения этих людей, на придание им смелости путем увещеваний, описывающих краткость операции, избавление от таких последствий боли, как бессонница, отсутствие отдыха, сопровождающих их недуг. Кроме того, этого требует и человеколюбие: чтобы не страдало дитя, чтобы матери не рожали раньше времени и чтобы кормилицы не кормили младенцев испорченным молоком. Если их успокоить такими убедительными доводами, то никакой опасности при удалении болезненных и кариозных зубов, я считаю, нет. Но если пациента невозможно успокоить, то надо отложить операцию и успокоить боль, после чего подождать более удачного момента, когда страх уже не препятствует операции.

Резцы и клыки удаляются прямыми клещами, а моляры – щипцами, зубилом или крючком, причём щипцы можно использовать, когда эти зубы уже шатаются или почти не держатся. Если же они сидят плотно, надо прибегать к пеликану, о чем будет сказано ниже.

Чтобы не пугать пациента, постарайтесь не показывать ему инструменты, особенно при удалении зуба, но в то же время очень важно иметь все инструменты наготове для быстрого к ним доступа.

ГЛАВА XV

О СУДОРОЖНОМ СЖАТИИ ЧЕЛЮСТЕЙ

и о способах силой разжать их, когда они сомкнуты настолько, что необходима операция, чтобы человек мог принимать пищу или чтобы полностью осмотреть его рот

Г-н Дионис в трактате «Курс хирургических операций, продемонстрированных в Королевском саду растений», в главе, посвящённой зубам, небезосновательно поместил в начале списка действий, производимых дантистами, операцию по открыванию рта[1]. Иногда он бывает так плотно закрыт, а зубы столь сильно сжаты, что без операции их невозможно разнять, чтобы пациент мог получать питание. Особая важность, которую автор придаёт этой операции, подтверждается тем, насколько часто в этом случае приходится прибегать к помощи дантистов, так как вопрос стоит о сохранении зубов или о минимальном их повреждении.

Поэтому, прежде чем описывать операции на конкретных частях ротовой полости, я считаю, что должен следовать тому же порядку, что и вышеупомянутый скрупулёзный и опытный автор.

Сжатие зубов, или челюстной спазм, происходит по нескольким причинам. Иногда зубы сжимаются из-за конвульсий по причине некоего нездоровья, происходящего во всём организме вследствие внутренней болезни или серьёзной раны. Поражая нервную систему, эти недуги нарушают жизненную силу и тем самым вызывают сильнейшие конвульсии, которые так сжимают закрывающие (приводящие) мышцы рта со всех сторон, что их сопротивление становится очень сильным и рот невозможно открыть. Эти мышцы очень мощные, их судорожные сокращения

1 *Дионис П. Курс хирургических операций... С. 505.*

сложно превозмочь, не применив весьма значительное усилие. Вот почему в подобном случае необходима эта операция, которая должна проводиться методично и с помощью соответствующих инструментов.

Иногда зубы стискивает душевнобольной или мучимый кошмарами человек, который с упрямством сжимает челюсти. В этих случаях необходимо применять силу. То же самое может случиться из-за каприза испуганного, непослушного, несговорчивого ребёнка или из-за женских недомоганий, которые длятся несколько дней. Такое состояние часто отмечается у каталептиков. Во всех указанных обстоятельствах показана одна и та же операция.

Если рот надо открыть силой, то это делается методично и осторожно, избегая, по возможности, любого повреждения зубов и, безусловно, вывихов и переломов нижней челюсти.

Соответствующие для этого инструменты – элеватор (тот, что используется и при трепанации) и роторасширитель[1]. Их существует несколько видов. Также необходим кляп[2], чтобы рот оставался открытым после операции.

В начале разжимания сомкнутых челюстей в рот вводят элеватор или иной инструмент, с помощью которого можно достигнуть того же результата. Чтобы осуществить начальное введение, используют самое значительное свободное пространство между кончиками противостоящих зубов. Иногда это пространство является довольно большим у резцов и клыков тех, чьи зубы неровно стоят или имеют неодинаковую длину, особенно если зубы не были выровнены щипцами или напильником.

Когда элеватор введён, его следует поворачивать во все стороны, опускать и поднимать, стараясь отделить нижние зубы от верхних, до тех пор, пока хирург не сможет ввести между зубами переднюю часть роторасширителя, который пока закрыт.

После введения края роторасширителя разводят путём поворота винта, при условии, что используется обычный роторасширитель, изображение которого я не привожу в этой книге. Если же, напротив, используют роторасширитель с перекрещиванием в одной точке (действующий по принципу двухрычажного механизма), то необходимо с силой свести его ручки. Противоположные концы при этом разведутся достаточно, чтобы достичь желаемого эффекта.

У вышеупомянутого двухрычажного роторасширителя внешние

1 *См. рис. 3, часть 1.*

2 *См. рис. 3, часть 2.*

ручки очень длинные по сравнению с внутренними рычагами-губками, внешние грани которых должны быть зазубреными или бороздчатыми, для лучшего захвата зубов.

При пользовании этими инструментами надо помнить, что действуют ими против самых плотно сидящих зубов, так как, если усилие будет направлено на расшатанные, слабые, плохо держащиеся или кариозные зубы, то их можно вытолкнуть из челюсти или сломать, а этого по возможности следует избегать. Вышеописанный метод не всегда гарантирует успех, поскольку мышцы могут быть так сильно сведены, что челюсть ломается до того, как сопротивление преодолено. Г-н Стенон и многие другие после него подсчитали, что сила этих мышц и сопротивление, которое они оказывают, бывают иногда непреодолимыми в случаях, когда зубы ровные и между ними невозможно просунуть никакой инструмент.

Когда такое происходит, к сожалению, приходится жертвовать зубом ради спасения жизни пациента. Учитывая сравнительную важность зубов, замечу: лучше пожертвовать первым или вторым малым верхним или нижним моляром, тогда красота рта и жевательные функции пострадают в меньшей степени.

Чтобы удалить этот зуб изо рта, который сжат и который невозможно открыть иначе, необходимо использовать зубило на той части зуба, что ближе всего к десне, ударив по ручке этого инструмента свинцовым слитком[1] или чем-то равным по весу. Вследствие этого зуб выскочит внутрь, тем самым предоставив пациенту достаточный доступ к жидкой пище, чтобы тот не умер от голода. Пищу ему надо давать, зажав его нос, и это заставит проглотить её.

Но это является крайней мерой, без которой пациент вряд ли выживет. К тому же сопряжено с большим риском, поскольку удалённый таким образом зуб остаётся внутри, и достать его из-за сжатых челюстей нет никакой возможности; он свободно перемещается, и пациент может его случайно проглотить. Самый подходящий инструмент, чтобы избежать подобной неприятности (если зубы перекрывают друг друга), – это пеликан, которым можно вытащить выступающий зуб наружу. Таким способом мы разрешим опасную ситуацию с зубом во рту, которую создало использование зубила.

Если в подобном случае без зубила не обойтись, то нужно убедиться, что выбиваемый зуб не длиннее своего антагониста на другой челюсти и что само долото не шире его. Несоблюдение этих двух условий несет с собой риск удалить или расшатать несколько зубов вместо одного

1 *См. рис. 28, часть 1.*

– достаточно для достижения нашей цели.

Прежде чем решаться на удаление, следует тщательно проверить зуб, возможно, даже зондом (троакаром)[1] на предмет щели между зубами, в которую можно было бы ввести трубку диаметром примерно в стержень махового пера маленькой птички. Эту трубочку затем присоединяют к ложке с носиком (половнику) или к бутылочке для кормления, рожку, воронке и т.д., посредством чего в рот пациента подается, когда необходимо, бульон, тем самым давая возможность врачу не открывать рот силой и не удалять зуб. Такой способ имеет серьёзное преимущество: не приходится ни удалять зуб, ни уродовать рот, ни наносить травмы, мешающие процессу пережёвывания.

Иные причины идти на насильное раскрытие челюстей заключаются в рубцовой контрактуре от абсцесса околоушной железы или перемычки вследствие язв, образовавшихся после обильного слюнотечения. В подобных случаях применяется процедура, которую я уже описал, с теми же инструментами. Причём после раскрытия челюстей надо ввести в рот кляп в виде конуса с желобками и держать его там, пока недуг не пройдёт. Это поможет избежать многократного повторения одной операции и сохранить уже достигнутый результат.

Если есть рубец, то раскрытие рта и последующее введение кляпа окажут большую помощь в расслаблении и растягивании волокон мышц, закрывающих челюсти, которые напряглись, укоротились и тем самым предоставили нижней челюсти достаточную свободу движения для выполнения своей функции.

Кляп изготовляют из самшита или рябины. Его можно просверлить, как просверливают некоторые пробки, и продеть внутри ленту или верёвку. Она поможет вытаскивать кляп изо рта и избавит от возможной опасности его проглатывания. Все эти несчастные случаи можно предотвратить, не беспокоя пациента, если привязать верёвку к его шапке или чепцу, чтобы сделать кляп более эффективным и не дать ему проскользнуть сквозь зубы. Также его можно обматывать тонкой и чистой льняной тканью каждый раз, когда кляп используется. Таковы главные правила, которые надо соблюдать, но на которые зачастую не обращают внимания авторы, пишущие о способах разжатия сомкнутых челюстей.

1 *См. рис. 6, часть 1.*

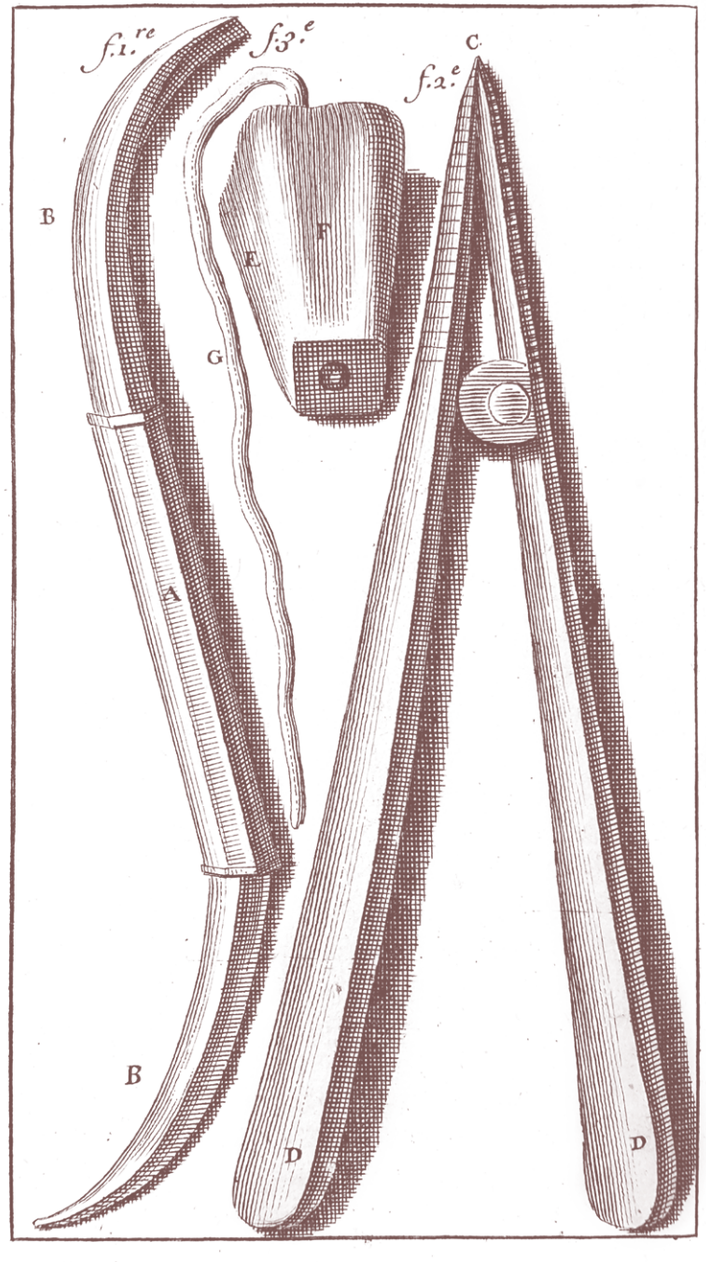

Рис. 3.

Рис. 3.

Три приспособления для открытия рта.

Часть 1. Элеватор для открытия рта.

A – Средняя часть элеватора.

BB – Концы элеватора, загнутые в разные стороны.

Часть 2. Роторасширитель рычажного типа.

C – Передняя часть двух соединённых рычагов с желобками на внешней стороне.

DD – Задняя часть рычагов.

Часть 3. Кляп в форме клина с желобами, который используется для того, чтобы держать рот в открытом состоянии.

E – Боковая часть кляпа.

F – Жёлоб кляпа.

G – Шнурок, пропущенный в кляпе для закрепления.

ГЛАВА XVI

О СОСТАВЕ, ПРОТЯЖЕНИИ, ПРИСОЕДИНЕНИИ *и назначении дёсен*

Прежде чем говорить о болезнях дёсен, я должен описать их состав, чтобы стало ясно, каким опасностям подвергаются дёсны и как их избежать, используя соответствующие средства и проводя операции, диктуемые врачебным искусством.

Ткань, из которой состоят дёсны, – плотная и довольно твёрдая, скорее железистая, чем волокнистая. Она расположена между кожей, покрывающей ротовую полость, и надкостницей; пронизана и омывается многими артериями, венами, нервами и лимфатическими сосудами, каждый из которых, подходя из близлежащих дёснам частей, разделяется в них на многие капилляры.

Дёсны расположены вдоль челюстей от последнего зуба справа, до последнего – слева, на верхней и нижней челюстях, внутри и снаружи. Они спускаются снаружи от шейки каждого зуба до ткани внутренней части щёк и губ. С внутренней стороны челюсти дёсны спускаются на нижней челюсти – от шейки каждого зуба до окружности корня языка, а на верхней – до окружности нёбного свода.

Дёсны плотно прикреплены к зубам, крепко охватывая шейку каждого из них. Снаружи они примыкают к наружной их части, а внутри – к внутренней. Иногда дёсны заходят в межзубное пространство, особенно если недостаёт одного из зубов. В таких случаях альвеолы бывают частично ослабленными и уменьшаются в размерах, а дёсны изглаживают и захватывают те места, где стояли зубы. Смыкаясь там, они заполняют пробел, и тот отрезок десны, который покрывал внутреннюю часть шейки зуба, соединяется с частью, покрывавшей внешнюю. Приближаясь друг к другу и соединяясь таким образом над альвеолой, их края или выросшие части в конце концов сливаются вместе. Так дёсны заполняют пустые альвеолы и закрывают отверстия, предназначенные для расположения уже отсутствующих корней зубов.

У младенцев дёсны естественным образом сомкнуты, полностью покрывая альвеолы. Они размыкаются с началом прорезывания зубов. При выпадении зубов дёсны просто возвращаются на свое первоначальное место, которое занимали до того момента, как оказались раздвинутыми прорезывавшимися зубами.

Из этого описания следует, что дёсны покрывают не только шейку зуба, но и часть челюстных костей в том месте, где в них находятся альвеолы. Также надо отметить, что соединение дёсенной ткани с зубами и поверхностью челюстных костей осуществляется с помощью надкостницы.

Основной функцией дёсен является придание зубам стойкости и крепости в их посадке в альвеолах, которые содержат их корни. Дёсны предохраняют зубы, а также служат украшением рта, особенно когда они ровно оформлены в фестонные полумесяцы. У смеющегося человека красивые дёсны открываются в виде алого веера, оттеняющего сверкающую белизну зубов, да и сами они выделяются на фоне их белизны. Этот контраст между крепкими белыми зубами и розовыми здоровыми дёснами является весьма приятной для глаз картиной.

ГЛАВА XVII

БОЛЕЗНИ ДЁСЕН, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИСУЩИЕ ИМ НАРОСТЫ, *а также операции, необходимые для лечения таковых*

Связь между дёснами и зубами заставляет меня уделить особое внимание самым распространённым болезням дёсен. Эти болезни чаще всего уничтожают ткань зубов и являются причиной бесчисленных и опасных зубных недугов.

Кроме болей в деснах во время прорезывания зубов (описанных в главе II; здесь мы их не касаемся), болезни дёсен таковы: нарост обычный, эпулис (весьма неприятный нарост), парулис, он же флюс (доставляющий сильное мучение и очень опасный вид абсцесса), а также язвы, свищи, цинга и др.

Наросты подразделяются на несколько типов. Классический нарост на дёснах есть результат их отслоения или изъязвления, которое происходит, когда один из сосудов, омывающих дёсны, лопается или разрывается в устье. В этом месте начинают скапливаться кровь, питательные элементы, из которых нарост и произрастает, увеличивая десну вверх или в стороны. Наросты такого рода могут быть мясистыми, более или менее твёрдыми либо мягкими, а также губчатыми, полипозными, уплотнёнными, шанкровыми, карциноматозными, иногда даже костевидными или камнеобразными.

Существуют утолщения десны, которые называются наростами ошибочно. Такое распухание дёсен обычно происходит по причине проникновения в них чужеродных жидкостей, они-то и приводят к напряжению десны, заставляя омывающие её сосуды растягиваться и увеличиваться в размерах. Эти наросты, а точнее утолщения, дёсен, могут быть такими большими и значительными по протяженности, что иногда закрывают верхушки зубов.

Это – одна из самых распространённых болезней дёсен. Мы будем называть подобные утолщения наростами, чтобы не расходиться с общепринятым названием, хотя фактически речь идёт только о распухании. Дёсны становятся такими мягкими, губчатыми, нежными и болезненными, что кровь из них течёт даже при лёгком касании или наборе слюны внутри рта. Зубы на это реагируют вплоть до расшатывания и иногда выпадения, если лечение запаздывает.

Причиной этого явления чаще всего является зубной камень, который, скапливаясь на зубах и проникая между ними и дёснами, давит на сосуды и пережимает пути потоков жидкостей. Жидкости же, накапливаясь, распирают кровеносные и лимфатические сосуды и проникают в их стенки настолько, что переизбыток крови и серозной жидкости расширяет их, а стенки сосудов, будучи весьма хрупкими, рвутся или расходятся от малейшего прикосновения. Поэтому-то десны распухают и кровоточат с такой лёгкостью и частотой.

Если зубы начинают расшатываться, а дёсны становятся распухшими и болезненными, то пациент, как правило, старается не жевать на этой стороне рта из-за болевых ощущений. С каждым днем боль только нарастает, но она мгновенно прекращается, если жевательный процесс вдруг произойдет на больной стороне. Дело в том, что пища, давя на зубы и распухшие десны, выдавливает из них скопившуюся жидкость, что уменьшает как припухлость, так и боль.

Если эти наросты не лечить, то они будут увеличиваться, быстро или медленно, в зависимости от того, насколько велико сгущение инородных тел, значительно ли количество жидкости, разреженная она или густая, доброкачественная или злокачественная. При длительном накоплении жидкости, будь то по причине её застоя в сосудах или проникновения в близлежащие поры, начинается процесс её ферментации и окисления, она расширяет дёсны, разрывая и разрушая их, отчего возникают, помимо опухания, расслоение десневой ткани и язвы. Иногда жидкость, содержащаяся в железистой ткани дёсен, не может её покинуть, потому что выделительные сосуды с этой жидкостью заблокированы, а сама жидкость не имеет возможности, разложившись, рассосаться, испариться, вернуться в кровяную массу или же прорваться в виде гноя. Тогда происходит следующее: самые текучие её части всё же находят выход и рассеиваются, а наиболее густые становятся от застоя ещё гуще, формируя жёсткий нарост, иногда фиброзный.

Может произойти и так: жидкость, просочившаяся в дёсны, благодаря артериальной пульсации меняет своё качество и вырождается в массу, увеличивающуюся в объёме из-за ферментации, и становится

едкой, порождая фиброзное уплотнение, превращаясь в карциному или рак. Она также может стать причиной кариеса близлежащих костей.

Чтобы избежать таких осложнений, необходимо как можно раньше прибегнуть ко всем необходимым средствам лечения: со всем тщанием удалить зубной камень, возникший между зубами и дёснами, надрезать десну ланцетом[1], полностью раскрытым и обмотанным бинтом до самого острия, или острым ланцетом для дёсен[2], и удалить все выступающие части дёсен ножницами. Если распухание невелико, а зубного камня нет, то достаточно пустить кровь малыми надрезами достаточного количества и глубины. После того как все эти условия соблюдены, остается лишь устранить жидкость, которая, просочившись, ещё могла остаться в дёснах. Когда жидкость удалена, дёсны следует укрепить. Обычно болезнь предопределена некоей внутренней причиной, и правильным решением является противодействовать ей, в то же время прикладывая к дёснам примочки, составленные из ириса, шалфея, шишек кипариса, листьев или желудей дуба, отварив эти ингредиенты в красном вине.

Когда надо надрезать либо удалить более или менее выступающую часть десны, поступают так. Если удаление дёсенной части проводится в передней части рта, то используют хорошо заточенные прямые ножницы с заострёнными концами[3]. Если операция производится справа или слева, нужны изогнутые ножницы[4], которые похожи на обычные хирургические во всём, кроме большего изгиба лезвий. Врач берёт ножницы в правую руку, поднимает или опускает губы пациента и отодвигает щёки пальцами левой руки, чтобы облегчить операцию и не поранить здоровые части. Затем удаляют излишнюю часть десны по всей её длине, указательным пальцем надавливая на десну снизу вверх на нижней челюсти и сверху вниз – на верхней, чтобы выдавить оттуда жидкость. После этого десну промывают вышеописанными составами. Указанные действия помогут избежать описанных нами неприятных последствий. В некоторых случаях при операциях на любой части рта не имеет значения, какими ножницами (прямыми или изогнутыми) пользоваться.

Несмотря на все эти разумные меры, состояние больного может ухудшаться, то есть опухоль продолжит увеличиваться. Это означает, что процесс зашел так далеко, что она стала фиброзной, шанкроидной, карциноматозной или раковой, тогда надо применять метод, описанный ниже, проконсультировавшись сперва с опытными врачами и хирургами.

1 *См. рис. 5, часть 3.*
2 *См. рис. 18, том второй.*
3 *См. рис. 5, часть 2.*
4 *См. рис. 6, часть 2.*

ГЛАВА XVIII

ОБ ЭПУЛИСЕ, ИЛИ ПЛОТНОМ НАРОСТЕ НАД ПОВЕРХНОСТЬЮ ДЁСЕН, *а также об операциях по его удалению*

Эпулис – это классический нарост (разрастание) на дёснах. Слово это греческое и означает «нарост на дёснах». В отличие от увеличения в длину или опухания дёсен, о которых велась речь в предыдущей главе, эпулис появляется не из промежутков между зубами, а возникает из-за отслоения и изъязвления дёсен или в результате повреждения (раны).

Существует два вида эпулиса. Первый мягок на ощупь, белого цвета, похож на полип и порождён кровью, смешанной с вредной и ядовитой лимфой. Этот вид эпулиса безболезнен, а иногда вообще никак не ощущается. Второй вид твёрдый на ощупь, красного цвета и порождён кровью, наполненной жёлчью или солями. Всегда болезненный, он по своей природе является фиброзным или канцерогенным.

Эти наросты обычно вызываются болезнетворными жидкостями или соками, омывающими дёсенную ткань. В красных наростах наиболее распухшими сосудами являются кровеносные, в белых – лимфатические. Болезненность красных (или тёмных) наростов объясняется как напряжением волокон, так и едкостью наполняющей их жидкости, болезненность же белых – ядовитой лимфой. Красные (иногда тёмные) наросты обусловлены болезнью крови или жёлчи. Как правило, эти наросты становятся застарелыми и затвердевают настолько, что сопротивляются режущим хирургическим инструментам. К таковым чаще относятся наросты, порождённые желчной кровью с солями, чем ядовитой лимфой.

У эпулисов имеется придаток в виде шейки (или ножки). Через него проходят сосуды, непрестанно доставляющие всё больше жидкости, которая незаметно увеличивает их объём. Если вовремя не принять меры по иссечению нароста, то он может стать весьма опасным, как, это, увы, часто и происходит на практике.

Изображение наростов, которое я привожу, показывает, какими большими они иногда бывают, причём самый крупный из них достиг такого размера за пять лет[1].

Когда удаляют затвердевшие наросты – твёрдые, карциноматозные или окаменелые, – пациента сажают в кресло или на кровать, а под его голову подкладывают подушку или прислоняют её к спинке. Врач должен встать перед пациентом, если тот в кресле, или справа от кровати. Операционный инструмент надо держать в правой руке, а большим и указательным пальцами левой – отодвигать губы и щёки. Наростом, который требуется вырезать, надо манипулировать, придерживая его хирургическим пинцетом или крючком[2], если действий пальцев недостаточно, чтобы обеспечить удаление опухоль. Удалять нарост надо как можно ближе к десне, работать соответствующими инструментами, соблюдая при этом осторожность, чтобы не срезать десну до кости, что может привести к её кариесу из-за контакта с воздухом и вредных последствий от ротовой слизи. Но если кость уже кариозная, то открыть ее необходимо, причём на всю протяжённость кариеса, после чего применить соответствующее лечение.

Чтобы понять состояние кости, рану надо проверить зубным зондом[3] или обычным стилетом (троакаром) после иссечения нароста.

Если нарост находится слева, то врач должен стоять с этой же стороны. Операционный инструмент надо держать в левой руке, а большим и указательным пальцами правой – отодвигать губы и щёки и манипулировать наростом. Тем же правилам необходимо следовать, находясь справа.

Если же врач не хочет менять место, то он может лишь протянуть руку над головой пациента, чтобы провести вышеуказанную операцию, не меняя вышеназванных условий.

Когда операция завершена, рот промывают тёплым вином, на рану накладывают компресс из вина с мёдом и какое-то время придерживают его пальцем. Если перерезанные во время операции сосуды слишком кровоточат, накладывают один или два компресса с раствором квасцов или с иной вяжущей или кровоостанавливающей жидкостью. Также к этим местам прикладывают дозированные компрессы, чтобы заполнить пространство между десной и щекой и тем самым создать достаточное давление для остановки кровотечения. Если кровь не унимается, то компрессы можно наложить на щеку и сверху обмотать бинтом, который

1 *См. рис. 4.*
2 *См. рис. 7, части 2, 3.*
3 *См. рис. 6, часть 3.*

прижмет к ране внутренний компресс. Таким образом создаётся надёжная и сплошная точка опоры, которая поможет остановить самое сильное кровотечение.

Послеоперационное лечение состоит в основном в промывании рта вышеописанными средствами. Компрессы обмакивают в них и кладут на рану. Менять их надо по крайней мере 2–3 раза в день, если не начнут возникать новые наросты, что иногда случается. В этом случае новое образование надо удалять прижиганиями или несколькими последовательными применениями адского камня. Его подносят ко рту в специальном серебряном держателе[1], который должен быть длиннее обычного, чтобы доставать им до самых дальних мест во рту. Это приспособление является самым удобным для применения адского камня, который нельзя использовать во рту без такого держателя, так как камень может выскользнуть из пальцев или пинцета и нанести вред ротовой полости или, что гораздо хуже, желудку, если пациент его случайно проглотит. Подобные случаи нередки, и я только что описал способ, чтобы этого избежать. Если вас вызвали к пациенту, с которым из-за неосторожности врача произошло это несчастье, вы должны заставить его выпить молока или растительного масла в больших количествах или сначала дать рвотное, а потом сразу молоко или масло. По тем же причинам надо осушить, насколько возможно, место, где адский камень касается рта, чтобы избежать растворения его частиц слюной. Иначе, если пациент проглотит слюну, наполненную раствором этого средства, могут возникнуть проблемы в полости рта, пищеводе или даже в желудке. Кроме того, больной должен прополоскать рот несколько раз, чтобы избавиться от неприятного вкуса и уменьшить причиняемую адским камнем боль. Таким образом, спустя малое время происходит полное излечение, при условии, что кость не кариозная (о чём мы уже говорили) и нет злокачественного осложнения из-за внутренней причины цинготного, золотушного, венерического и другого характера. В этом случае следует подвергнуться соответствующему лечению. Вместе с тем иногда приходится повторять операцию и применение вышеназванных средств. Речь идёт о характерных для этих недугов рецидивах, которые появляются всякий раз, когда пациент заболевает чем-то, что вызывает общую порчу крови в его организме.

Недостаточно описать лишь метод лечения обычных эпулисов. Иногда наросты бывают необычными, и надо рассказать о соответствующих операциях. Например, удаление нароста, за длительное время приобретшего громадный размер и выродившегося в костевидную или камнеобразную субстанцию, которая срослась и стала практически неотличима

1 *См. рис. 8, части 2, 3.*

от соединённой с ней кости. Такой нарост нельзя удалить скальпелем, бистури или ножницами. Для этого нужны подходящие инструменты для удаления зубов, учитывая размер и расположение нароста, или небольшая стамеска-зубило, используемая столярами. Остриё стамески приставляют к основанию нароста, а по ручке бьют киянкой. Либо нарост срезают пилой, чьё лезвие вставлено в рукоятку, похожую на рукоятку ножа. Размер и форма этих инструментов должны соответствовать тем частям тела, которые подвергаются операции. Указанными методами можно удалять наросты или каменные образования, подобные тем, который г-н Кармелин удалил у г-на Уссю или о котором мне рассказал г-н Бассюэль (о них я подробно напишу в моих наблюдениях). Компрессами после операции не стоит пренебрегать, а рекомендации необходимых средств легко найти в разных главах настоящего трактата.

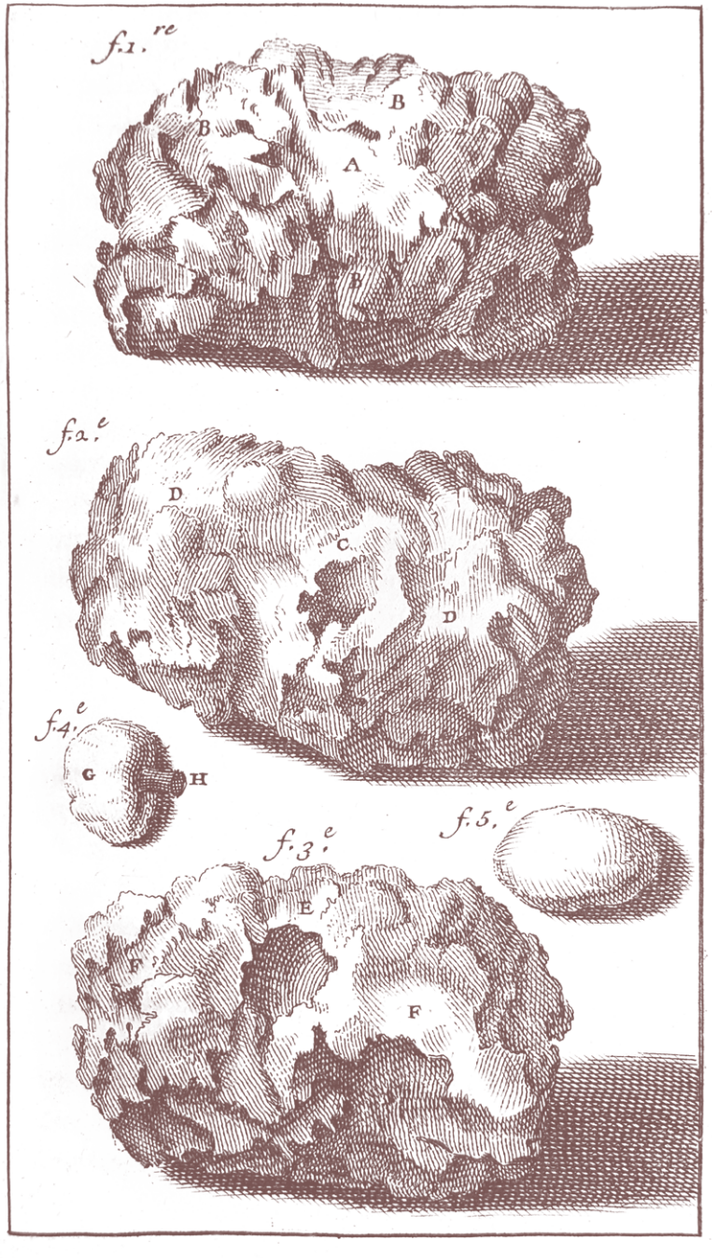

Рис. 4.

Рис. 4.

Изображения различных окаменелых наростов.

Часть 1. Большой нарост, или окаменевший эпулис; вид со стороны, где он произрастал в ротовой полости.

A – Место прикрепления в ротовой полости.

BBB – Некоторые шероховатые выступающие места этого нароста.

Часть 2. Тот же нарост; вид с самой выпуклой стороны.

C – Очень глубокая впадина с крайне неровной и неравномерной поверхностью, похожая на естественный грот.

DD – Неровные и шероховатые выступы этого инородного тела.

Часть 3. Тот же нарост; вид со стороны, где прижигание сделало большое углубление и прожгло окаменелую материю.

E – Углубление от прижигания.

FF – Неровные и шероховатые выступы этого инородного тела.

Часть 4. Небольшой нарост, или окаменевший эпулис, с видимой ножкой и головкой.

G – Тело нароста.

H – Ножка нароста.

Часть 5. Тот же нарост в его самом длинном размере; вид сверху.

ГЛАВА XIX

О ПАРУЛИСЕ, ИЛИ АБСЦЕССЕ, *который появляется на десне в результате воспаления или (реже) застоя жидкостей, их разлития или инфильтрации. Способы лечения этого недуга*

Этимология слова «парулис» – греческая, от двух слов: «рядом» и «десна», хотя сам парулис происходит непосредственно из десны, а также локализуется между десной и внутренней стороной щеки. Начинается он с воспаления, почти всегда из-за кариеса культи зуба, оставленных в альвеоле корней или кариеса лунки. Едкая и агрессивная жидкость начинает разрушать зуб, поражая не только кость, но зубную оболочку и нервы, где она производит нарушения, порождающие острую боль. <…> В свою очередь, это приводит к задержке жидкостей, циркулирующих в прилежащих сосудах, потому что нервные волокна, растянутые сверх обычного, начинают сдавливать кровеносные и лимфатические сосуды, с которыми они связаны и переплетены. Этого достаточно, чтобы движение жидкости прекратилось полностью или частично. Такая остановка порождает закупорки, из-за которых сосуды расширяются и в конце концов лопаются. Это и становится началом образования опухоли, полной экссудата, довольно большой по размеру (ширине и глубине), в зависимости от того, насколько агрессивна жидкость, ферментирует она или осаждается. Процесс в целом определяется степенью истощённости пациента, наполненностью его сосудов и др. Иногда случается, что сама жидкость, порождённая кариесом, проникает в щели между волокнами дёсен и раздвигает их, что ведёт к воспалению, разбуханию и т.д.

У парулиса могут быть и другие причины возникновения – внутренние (такие как некий дефект крови) и внешние (например, реакция на погоду, падение или удар). Но что бы ни было её началом, сама опухоль почти всегда одна и та же и нуждается в одинаковом лечении.

Парулис, который может произойти от разных причин, сначала является простым воспалением, затем становится опухолью с нагноением

– вплоть до полного абсцесса. Последний весьма опасен, таит в себе риск кариеса челюстной кости, так как дёсны не слишком плотные, и гной быстро проникает сквозь них, разрушая оболочку, то есть надкостницу, а потом и сами кости.

При лечении этого вида абсцесса надо принять во внимание его расположение: в передней части рта или задней, выше или ниже. А иногда следующее воспаление или опухание простирается на всю щеку, от уха, глаза и носа до губ или даже подбородка. В таком случае надо установить истинную причину появления абсцесса и прежде всего осмотреть зубы. Если они кариозные, но их можно удалить, то медлить с этим нельзя при условии, что операции не препятствует распухание и напряжение прилежащих частей. Удаления зубов и их культей часто бывает достаточно, чтобы абсцесс ушёл. Однако опухоль может и увеличиться, если удаление произведено ненадлежащим образом, несвоевременно или слишком грубо.

Если кариозные зубы удалить невозможно, то надо прибегнуть к повторным кровопусканиям, обезболивающим, успокаивающим и слабительным клизмам, диете и соответствующему режиму. Часто осматривайте пациента, чтобы определить, как протекает процесс. Промывайте дёсны молоком, в котором были сварены спелые фиги, листья мальвы, алтея и немного ромашки. Две самые большие фиги, сваренные в молоке, следует приложить к распухшей десне, снаружи всю распухшую щеку надо смазать мазью, которая состоит лишь из равных частей масла алтея и зверобоя, а сверху приложить промокательную бумагу и слегка прижать иммобилизующей повязкой. Такие методы уменьшают боль, способствуют отхождению воспаленных жидкостей, растворяют то, что можно растворить, и производят доброкачественный гной там, где есть нагноение, расслабляя и смягчая волокна поражённой области.

Если же, несмотря на эти действия, происходит ухудшение, если опухоль явно растёт в одном месте, то необходимо без всякого колебания, даже при отсутствии флюктуации, при снижении или вообще прекращении боли, дать выход содержащемуся там гною. Если в опухоли началось нагноение, то следует вскрыть её, не дожидаясь, пока это произойдет само, иначе гной может дойти до кости или распространиться в наружные лицевые полости, что приведёт к длительным и серьёзным последствиям, одним из которых может стать уродливая деформация лица. Это случается, увы, часто, когда слишком медлят со вскрытием опухоли на щеке или подбородке и прорвавшийся внутрь или наружу гной образует таким образом свищи, сопровождаемые кариесом.

Вот почему я вынужден повторить: когда флюктуация показывает, что внутри имеется нагноение, абсцесс следует вскрывать немедленно,

чтобы быстро удалить гной и избежать возможных последствий, которые могут произойти, если с операцией промедлить. При этом следует помнить о том, что отверстие вскрытия должно быть достаточно широким и сделанным в самой нижней части опухоли.

Сделать это можно заострённым ланцетом для дёсен или обычным ланцетом, крепко обмотав и скрепив предварительно лезвие и ручку бинтом, что также помогает его скрыть, чтобы не напугать пациента. Открытым следует оставить лишь кончик инструмента, которым и делают надрез. Врач держит ланцет в правой руке. Пациента надо удобно усадить, врач же должен стоять перед ним или справа от него, оперируя правой рукой, будь то передняя часть рта или правая сторона одной из челюстей, используя левую руку для того, чтобы отодвигать губы и щёки от зубов большим и указательным пальцами. Когда надрез сделан, следует надавить на ткани вокруг абсцесса, чтобы выдавить гной, находящийся в прилежащей полости. После операции пациент должен прополоскать рот отваром шалфея в мёде и вине, также раствор можно впрыснуть прямо в рану спринцовкой для абсцессов[1], с достаточно длинным и изогнутым кончиком, чтобы без проблем доставить жидкость в рот. Жидкость впрыскивают в рану, чтобы очистить её, но действовать необходимо с осторожностью, без усилий, чтобы не увеличить расхождение в сторону краёв раны. Таким же образом следует полоскать дёсны, промывать или спринцевать рану, пока она полностью не зарастёт, прикладывая к ней после каждой обработки компресс, смоченный тем же средством.

Когда же операция происходит на левой стороне, врач, не меняя своего места, вытягивает левую руку над головой пациента и отодвигает ею щеку, оперируя другой рукой. Также можно, не меняя места, оперировать левой рукой, отодвигая щеку правой, во всём остальном следовать вышеуказанным правилам.

Если кариозные зубы не удалены, то сделать это нужно как можно скорее. Если ни лунка, ни надкостница не затронуты и кровь не заражена, то после этой небольшой операции выздоровление наступает быстро.

Что касается абсцессов на верхних дёснах, то их излечение происходит быстрее, чем на нижних, потому что гной из них идёт вниз и выходит быстрее, следуя за своим весом. С нижними дёснами так не происходит, так как гной остаётся в полости абсцесса под действием своего веса и расположения и, задерживаясь таким образом, разъедает своим агрессивным составом всё, чего касается, порождая тем самым иногда свищи и даже кариес. Поэтому вскрытие любого абсцесса должно всегда происходить на ранней стадии, особенно это касается абсцессов

1 *См. рис. 8, часть 1*

на нижних дёснах. В этом случае надо чаще надавливать на дёсны снизу вверх, чтобы быстрее избавиться от содержащегося там гноя. Чтобы рана быстрее зарастала, надо класть компрессы на лицо поверх раны, а также компрессы, давящие снизу вверх. Подобные компрессы охватываются и прижимаются к лицу давящей повязкой. При таком способе гарантия излечения наиболее высока. Если же абсцесс вскрыт, а дальнейшие меры не приняты, то от неудалённого и слишком долго остававшегося в ране гноя могут возникнуть осложнения.

Поскольку наиболее частая причина этого вида абсцессов – зубной кариес, а для предотвращения парулиса должны приниматься все меры предосторожности, так как последствия его весьма печальны, мы не можем не призывать к своевременному удалению кариозных зубов или культей, особенно в нижней челюсти, поскольку именно там кариес возникает чаще всего.

Кость нижней челюсти – одна из самых плотных костей человеческого скелета, и во время лечения кариеса зачастую приходится не только несколько раз осуществлять прижигание[1], но даже частично удалять открывающие и закрывающие нижнюю челюсть мышцы – либо разрезами бистури[2], либо путем применения едких веществ для прижигания (из-за неприятной и неизбежной в таких случаях необходимости оголения челюсти по всей длине кариозного процесса, который порой заходит настолько далеко, что большую часть кариозной кости приходится удалять). Одним из наших пациентов был консьерж замка в Мёдоне, г-н Олланд, чьи нижние левые моляры были поражены кариесом, который перешёл на альвеолы, а с них – на саму кость. Возникли значительные очаги нагноения, которые весьма скоро привели пациента в ужасное состояние. Поскольку Его Величество в то время жил в этом замке, к пациенту привели г-на де ла Пейрони[3]. Последний обнаружил его в таком состоянии, что был вынужден в процессе помощи прибегнуть к значительной операции, во время которой кариес прижигался едкими веществами.

Г-н Ламбер[4] применил подобное лечение у сына г-на де Баркоса[5] двадцать лет назад. Он прибегнул практически к такой же операции, в ходе которой ему пришлось удалить часть челюстной кости. Пациент полностью выздоровел, и шрам был едва заметен.

1 *См. рис. 8, часть 4.*
2 *См. рис. 5, часть 1.*
3 *Лейб-медик короля Людовика XV.*
4 *Постоянный хирург короля Людовика XV.*
5 *Интендант маршала де Вильруа.*

Эти два случая получили известность, породив шумиху при дворе. Мне о них рассказал г-н Анель[1], который видел обоих пациентов.

Я видел множество опухолей, весьма значительных по размеру, единственной причиной которых был кариес. Однако я также знаю, что существуют опухоли, сопровождаемые кариесом иной этиологии. Поэтому необходимо весьма тщательно рассмотреть все сопутствующие этому недугу обстоятельства.

Ничто не случается чаще, чем образование подобных больших опухолей, последствия которых могут быть как незначительными, так и очень серьёзными (в зависимости от породивших их причин или от лечения, применяемого для их предотвращения, рассасывания или полного уничтожения). Я успешно вылечил очень много таких недугов.

Если необходимо произвести первичный надрез десны для лечения подобных опухолей или поддерживать в открытом состоянии уже сделанный надрез, то производить эти действия надо острыми инструментами, после чего не давать надрезу закрыться раньше времени, что происходит очень быстро. Чтобы не пугать пациента новым поднесением ко рту режущего инструмента, можно прибегнуть к использованию компрессов и валиков из корпии, ваты, а также правильно подогнанных конусообразных плотных тампонов, покрытых воском, цератом или же неким веществом, приятным на вкус и запах. Ещё лучше сделать тампоны из корня алтея. Но самое предпочтительное – это использовать заранее приготовленную губку, так как именно ею удобнее всего производить подобное лечение. Однако эти тампоны надо постепенно уменьшать в размере по мере того, как рана закрывается, поскольку их слишком долгое использование может быть опасным, что, к сожалению, я не раз имел случай наблюдать.

Г-н Беллост[2] в трактате «Больничный хирург» не без причины критикует опрометчивое использование конусовидных тампонов, поддерживая позицию знаменитого врача Магати[3]. Опыт г-на Беллоста привёл его к тем же выводам, причём, как он утверждает, независимо от Магати, о чьём труде он не слышал. Действительно, до этого метод Магати никто не применял, поскольку автор писал не на французском языке, нашим хирургам незнаком и умер более ста лет назад. Когда г-н Беллост сделал своё открытие, книга Магати была уже такой редкостью, что с большим трудом удалось обнаружить лишь два её экземпляра, и сама эта находка имела место много позже того, как была опубликована книга Беллоста.

1 *Врач герцогини Савойской.*

2 *Лейб-медик герцогини Савойской.*

3 *Весьма известный итальянский врач, живший более столетия назад*

Трактат Магати содержит наблюдения и открытия, к которым независимо от него пришел и г-н Беллост: о дурных последствиях использования конических и обычных тампонов на ранах. Хотя Амбруаз Паре уже написал об этом в своё время, именно книга г-на Беллоста заставила всех думающих хирургов, которые стараются совершенствовать свои знания и умение, воздерживаться от использования конических тампонов во всех случаях, кроме тех, которые прямо этого требуют.

Если опухоли дёсен значительны по размеру, то надрезы и отверстия, получившиеся в результате удаления зубов, надо расширить с помощью бистури, ланцета или ножниц. Иногда необходимо удалить или соскоблить не только некоторую часть десны, но и альвеолы (в том числе кариозной), чтобы создать отверстие, достаточное для выпуска гноя и помещения внутрь лечебных средств.

Когда речь идёт об опухоли среднего размера, появившейся недавно, для её лечения достаточно просто удалить зуб.

Г-н Винслоу несколько раз направлял ко мне пациентов с подобными опухолями. Около восемнадцати лет назад г-н Дюфор[1] направил ко мне живущего в Этампе шевалье де Сельва, у которого был абсцесс этой природы, произошедший от кариеса среднего резца с левой стороны верхней челюсти. Все эти пациенты совершенно излечились после удаления кариозных зубов, которые и были причиной абсцессов, причём никакого другого лечения или операции не потребовалось.

Если кариозные зубы заражают кариесом кости челюстей, то лечить их надо иначе, в зависимости от злокачественности породивших его причин, распространения, глубины, скрытости или открытости кариеса. Значительный кариес, осложнённый тревожными побочными эффектами, должен лечить только врач. В нашем городе этот совет выполнить легко, так как он полон прекрасными врачами и хирургами. Если исполнять их требования, кариес будет вылечен. Конечно, при условии, что его уже не привели в неизлечимое состояние с помощью так называемых добрых старых методов, которые так щедро предлагают людям разные авторы – как древние, так и современные. Поэтому-то я и не упоминаю их тут. Но я расскажу о некоторых средствах, которые подходят для лечения и лёгких, и более серьёзных случаев.

Для отслоения кариозной части кости иногда достаточно гвоздичного и коричного масла, которыми пропитывают тампоны. Настоянный на винном спирту флорентийский ирис с небольшим количеством молочая даёт тот же результат. Адский камень весьма рекомендуется для поверхностного кариеса: он останавливает его, проникая в кость

1 *Присяжный хирург Парижа.*

до здоровой её части, ведя к отслоению и производя почти тот же эффект, что и прижигание, но с той разницей, что его проникновение не такое глубокое и не уничтожает гной настолько же хорошо. Для такого вида кариеса можно использовать винный спирт с камфарой, бальзам Фиоравенти и даже прижигание. Но я ещё раз чётко и ясно повторяю: о каком бы типе кариеса ни шла речь, никакой лекарственный компресс и никакая операция не помогут, если перед этим тщательно не удалить кариозные зубы и культи. То же самое можно сказать, если причиной являются венерические болезни, цинга и др., а сама болезнь, при которой кариес зубов является лишь симптомом, не лечится и не излечена. Свищи на дёснах, щеках и подбородке обычно порождаются вышеупомянутыми недугами и должны быть подвергнуты тщательному осмотру на предмет выявления их причины, а их первым (и самым распространённым) симптомом является кариес.

ГЛАВА XX

О ЯЗВАХ НА ДЁСНАХ
и способах их лечения

Хотя по своей естественной природе дёсны скорее твёрдые части тела, зачастую они становятся мягкими, болезненными и нежными. Такое случается, когда сосуды, доставляющие к ним необходимые жидкости, переполнены или не получают доступа к железам, которыми усеяны дёсны. От проникнувшей в десну жидкости, которая застаивается в сосудах, железах и межволоконном пространстве, возникает распухание. Оно наблюдается довольно часто, поскольку в дёснах, которые, с одной стороны, подпирают твёрдые части, а с другой – их прикрывает плотно натянутая кожа, из-за сильной боли происходит растяжение нервов, которые сильно пережимают те сосуды, что лежат у них на пути. Этого не происходило бы так часто, если бы ответвления сосудов могли подаваться в определённом направлении под напором от напряжения нервов. Однако вследствие описанного выше расположения кровеносные или лимфатические сосуды с одной стороны блокированы упругостью и натяжением нервов, с другой – челюстной костью или же натяжением кожи, покрывающей дёсны по всей их длине. Если мы к переполненности сосудов ещё добавим густоту наполняющей их крови и иных жидкостей, то легко поймём, почему дёсны так часто распухают. Тем самым дают начало эрозиям или высыпаниям, которые быстро превращаются в язвы, более или менее значительные по размеру, иногда цинготного, венерического или золотушного характера.

Я не собираюсь подробно описывать все причины образования язв, а упоминаю лишь те из них, непосредственным результатом которых являются язвы, рассмотренные ниже.

Существуют язвы дёсен, причиной которых явились налёт во рту, испорченная слюна или механический удар, сжавший или повредивший десну и др.

Эти язвы не причиняют больших неприятностей, особенно когда проводится тщательное и одновременное лечение как общей причины, так и местных последствий. Другие же приводят к результатам, которых

следует серьёзно опасаться, таким как гангрена или некроз, резкая и сильная боль, бессонница и даже бредовые состояния. Поэтому медлить с лечением нельзя. Как только вы обнаружите у себя любой из этих тревожных симптомов, вам нужно обратиться к самым опытным врачам и хирургам.

Если высыпания или язвы не сопровождаются более тревожными симптомами или сами язвы не увеличились, обнажив или заразив кость, тогда их можно легко вылечить мазью, состав которой приведён ниже.

Возьмите 2 драхмы порошка гваяковой смолы, 3 драхмы корня кирказона круглого, 1 драхму калгана, по 1 горсти вероники, шалфея, цвета бирючины, варите всё это в течение половины четверти часа, в одной парижской полупинте обычной воды. Процедив и отжав через сито, добавьте к этой жидкости 2 драхмы раствора мирры, полдрахмы разбавленной соляной кислоты, 1 скрупул красной окиси железа или красного купороса.

Часто полощите рот этой микстурой и впрыскивайте её прямо в язвы или втирайте шариком из тонкой льняной материи, намотанной на палочку, меняя или, по крайней мере, промывая материю после каждого прикосновения к язве; по желанию можете вставлять в них маленькие тампоны, смоченные этим же составом, часто их меняя и доставая изо рта при каждом приёме еды, чтобы случайно не прожевать и не проглотить. Иначе могут появиться тошнота и рвота, расстройство желудка, отвращение больного к лечению, что ещё сильнее подорвёт его здоровье. По этой причине надо следить за тем же при оральном применении любого другого средства; необходимо полоскать рот перед едой, чтобы избавиться от вредного воздействия как жидких (промываний), так и иных средств, равно как и от грязных и вязких частиц, которыми наполнена ротовая полость в такие моменты.

Если язва небольшая и доброкачественная, достаточно коснуться её адским камнем, серной или соляной кислотой. После чего следует вести умеренный и здоровый образ жизни.

ГЛАВА XXI

О СВИЩАХ, КОТОРЫЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА ДЁСНАХ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЗУБОВ, *и их лечении*

Каждая часть человеческого тела может подвергнуться недугу, который древние называли fistula (лат. «трубка», «флейта») и который мы называем свищём или фистулой, из-за сходства его отверстия и канала с отверстием и дальнейшей частью этого свисткового инструмента. Дёсны этот недуг поражает весьма часто. Разумеется, свищи на дёснах не столь часты, как свищи слёзного мешка или ректальные. Однако иногда они появляются и приводят к тяжёлым последствиям для кости челюсти, могут даже дойти до челюстной пазухи, о чём я имел возможность упомянуть в главе о лечении парулиса. Эти свищи обычно провоцируются зубным кариесом, эпулисом и парулисом, то есть начинаются с некоей язвы, нароста, опухоли или абсцесса, который был запущен или неправильно пролечен.

Свищ на десне имеет ту же природу, что и другие свищи. Иными словами, это язва с узким каналом и широким основанием, часто сопровождающаяся кариесом, кавернозной полостью, с жёсткой и твёрдой природой и т.д.

Зубной кариес – самая распространенная причина появления и дальнейшего развития свищей, и их невозможно вылечить, если сначала не удалить кариозные зубы или корни, а затем не исследовать состояние дёсен и прилежащей кости. Необходимо хорошо знать как присущие свищам осложнения, так и обстоятельства, сопутствующие любому из них, в той или иной степени вредному.

Когда свищ образуется без кариеса, нужно лишь вскрыть его до основания, чтобы не осталось незатронутых пазух или спаек. Затем следует удалить или, вернее, растворить ороговевшую кожу частым применением адского камня. Если таких лечебных мер достаточно, то этот тип прижигания – наиболее предпочтительный по сравнению с другими

едкими средствами, используемыми, когда надо что-то уничтожить в ротовой полости. Однако следует соблюдать осторожность во время применения адского камня при лечении эпулиса, или мясистого нароста, описанного в соответствующей главе. Адским камнем удобно прижигать конкретное место, кроме того, он производит мгновенный эффект; другие средства действуют медленнее и иногда поражают здоровые участки вместо больных. К тому же, поскольку лекарства во рту нельзя ни прибинтовать, ни закрепить, неразумно использовать что-либо, кроме адского камня. В тех случаях, когда его недостаточно для уничтожения особо упорной ороговелости, лучше использовать прижигание, которое тоже может быть направлено и применено точечно.

Как только ороговелость убрана, а канал свища открыт и обнажён, это пространство надо вычистить, чтобы ткани начали смыкаться и срастаться, чему помогут средства, упомянутые в главах о парулисе и абсцессе, которые пригодны и для лечения свищей.

Если же дёсенный свищ не поддается лечению и становится осложнённым, то его нельзя вылечить, не прибегнув сначала к средствам против парулиса, описанным в соответствующей главе, в той её части, которая касается зубного кариеса. Эти средства направлены на устранение причины, приведшей к образованию свища или поддерживающей его существование. Потом свищи лечатся так же, как и свищи на других частях тела, и теми же обычными средствами, достаточно известными всем, кто владеет лечебным искусством хирургии и чьими советами нельзя пренебрегать в подобных случаях. Эти и только эти способы лечения являются действенными методами, ведущими к полному выздоровлению, в отличие от чудо-лекарств, которые якобы исцеляют любые свищи и так горячо восхваляются знахарями.

ГЛАВА XXII

ТЯЖЁЛЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЦИНГИ ДЛЯ ЗУБОВ, ДЁСЕН И ДАЖЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ, *а также необходимые для их лечения операции*

Я не буду подробно касаться самой болезни. Моя цель – лишь излечить её последствия, которые проявляются на дёснах, зубах, альвеолах, а потом и на прилежащих частях, а также описать основные средства, применяемые для этого.

От цинги происходят сильное распухание, синюшность или желтизна дёсен, докучливое и нестерпимое раздражение, страшные язвы, истекание при малейшем нажатии серозной жидкости с ужасным запахом, кровотечение (иногда обширное) и в худшем случае гангрена или некроз.

Этот жестокий недуг расшатывает зубы, заставляет их полностью выпадать, ослабляет их, становится причиной кариеса зубов, после чего они также могут полностью или частично выпасть. Все эти губительные последствия причиняют страдания и великую боль, называемую цинготной.

Повреждения, которые причиняют альвеолам и телу челюстных костей испорченная кровь и лимфа, не менее значительные. Цинга разъедает гноем стенки альвеол и покрывает их кариесом, что часто приводит не только к потере альвеолы, но и зуба. Если же едкий и разрушающий скорбутный сок проникает внутрь, то происходит кариес зубной кости по всей поверхности проникновения. Чем дальше проникает эта жидкость, тем более обширен, глубок и значителен кариес. Иногда в результате кариеса появляются отслоения, причём отделённый участок содержит не только большую часть альвеолы, но и часть челюстной кости, доходя даже до челюстной пазухи. От этого происходят свищи, которые сложно или вообще невозможно вылечить, а шрам от них оставляет весьма уродливый след.

Хотя эти заболевания необходимо прежде всего предупреждать, устраняя причину, содержащуюся в кровяной массе и обращаясь при этом к опытному врачу, местные операции и различные средства также очень важны для сохранения и защиты зубов, альвеол и дёсен от тех последствий, к которым цинга уже привела или к которым может привести. Тот, чья полость рта поражена и изъязвлена цингой, должен накрепко усвоить, что следует тщательно полоскать рот коричной водой в смеси ячменя с овсом перед каждым приёмом пищи, будь то пища твёрдая или жидкая. Тем самым можно не только защитить дёсны и зубы от сильного воздействия цинготной слюны, но и предотвратить стекание цинготной сукровицы в желудок, сок которого она портит и ткань которого раздражает. Кроме того, можно избежать порчи, которую эта заражённая слюнная смесь может нанести поджелудочному соку, жёлчи, хилусу и общему объёму жидкостей тела. Проникнув же через хилус в кровеносные сосуды, эта смесь снова и снова заражает все телесные соки, что делает цингу ещё менее излечимой. Но, принимая все вышеуказанные меры предосторожности, этих нарушений можно избежать.

Если дёсны распухли и наполнены кровью или цинготной жидкостью, то необходимо произвести кровопускание путём достаточно многочисленных разрезов ланцетом или острым ланцетом для дёсен. Порядок надрезов соответствует порядку расположения зубов.

Когда дёсны распухли и разрослись больше своего естественного уровня, тогда всю ткань, что отделилась от зубов или дёсен, необходимо тут же удалить очень острыми прямыми или кривыми ножницами. В главе XVII описано, когда лучше использовать прямые ножницы, а когда – кривые.

Если дёсны покрыты язвами, но никаких наростов или распухания нет, единственными средствами остаются те, что указаны ниже; следует прицельно спринцевать раны или язвы и закрывать их тампонами, кусочками льняной ткани, накрученными на палочки льняными шариками, смоченными в лекарственных растворах. То же надо проделывать с теми местами на дёснах, которые были обнажены срезами в местах удалённых наростов или опухолей. Такие тампоны необходимо часто менять, регулярно полоскать рот, чтобы защитить ротовую полость от действия едких и жгучих солей, которого в этом случае следует бояться больше, чем всего остального. Мои рекомендации подтверждаются лечащими эту болезнь врачами. Например, на морских судах, в портах и больших больницах, а также в некоторых приморских и прибрежных городах, где эта заразная болезнь часто встречается и производит ужасные разрушения. Хотя в

Париже и многих других городах цинга не так распространена, она все равно поражает людей со слабой конституцией.

Кровотечение из дёсен, их распухание, болезненное раздражение, невозможность вылечить эти симптомы или их частый рецидив, – всё это определённо указывает на их причину, чаще всего цингу, которую, следовательно, нельзя запускать и которая требует как общего, так и местного лечения.

Для полоскания распухших дёсен сделайте такое средство: возьмите по маленькой горсти листьев иссопа, шалфея, ложечницы, розмарина, табака и лекарственной жерухи, полгорсти корней змеиного горца. Сварите всё в достаточном количестве жидкости, состоящей из равных частей белого вина и обычной воды. Добавьте к четверти пинты этого раствора полторы драхмы раствора ложечницы. Используйте для частого промывания и полоскания дёсен.

Как только опухоль спала, усилит и укрепит дёсны следующее средство: возьмите по 1 скрупулу серной кислоты и простой соли, 2 драхмы раствора ложечницы, смешайте с розовой водой и подорожником (каждого по 4 унции) и промывайте дёсны.

Если на дёснах присутствуют небольшие язвы, раны от операции или имеется потеря ткани из-за гангрены, то их надо часто протирать розовым мёдом, в который добавлено несколько капель соляной кислоты и несколько гранул купоросной соли. При применении этих средств нужно соблюдать осторожность и по возможности не касаться ими зубов, чтобы не повредить эмаль.

Следующее средство также подходит, причём для зубов оно безопасно: возьмите 1 драхму камфары, 2 унции сахарной карамели, 2 драхмы истолчённых горных квасцов, 1 унцию настоя мирры. Смешайте всё в половине пинты фруктовой водки. Используйте этот раствор для регулярного промывания частей дёсен, гангренозных от цинги или шанкроидных, или изъязвлённых (по той же причине). Такой раствор можно добавлять в промывания и полоскания, указанные выше, для их усиления, либо полоскать полость рта с цинготными проявлениями. Кроме этих средств, результат лечения которыми практически всегда гарантирован, если следовать данным мной указаниям, также допустимо воспользоваться осушающим перуанским бальзамом: рецепт этого великолепного средства был предложен ныне покойным г-ном Гельвецием[1] и приводится ниже.

1 *Врач Его Королевского Высочества принца Орлеанского, генеральный инспектор больниц Фландрии.*

Приготовление бальзама

Налейте во флакон с узким горлышком 2 парижские пинты крепкого раствора ложечницы, добавьте 2,5 унции сарсапарели, 6 драхм корня алканны и столько же корня ужовника виргинского. Перемелите всё до тонкого порошка. Поставьте на водяную баню (медленный огонь) настаиваться на 48 часов, не забыв заткнуть флакон пробкой. Когда он отстоится, осторожно слейте содержимое в другой флакон и добавьте 4 унции гваяковой смолы, тонко истолките, дайте отстояться на водяной бане ещё 48 часов, чтобы раствор ложечницы смешался с большей частью смолы, затем добавьте 1 унцию чёрного перуанского бальзама. Полученный состав отстаивается ещё 48 часов. Флакон надо хорошенько встряхивать 2–3 раза в день. Профильтруйте горячий раствор сквозь серую обёрточную бумагу и храните в тщательно закупоренной бутыли. Используйте по назначению.

Этот бальзам очищает и промывает, одного его достаточно, чтобы залечить большую часть незастарелых цинготных язв. Он останавливает кровотечение из цинготных и послеоперационных дёсен и снова делает эластичными их волокна, которые в дряблом состоянии тяготеют к ноздреватости. Также укрепляет дёсны в альвеолах. Наконец, смягчает едкость вещества, находящегося в язвах дёсен и способствует их рубцеванию настолько, что в несколько дней они возвращаются к своему природному состоянию.

Полоскание для цинготных повреждений рта того же автора

Возьмите по половине унции корней кирказона круглого и высушенных горьких апельсинных корок, 2 драхмы корицы, 1 драхму гвоздики, 6 драхм шеллака, 1 драхму камфары, по полдрахмы жжёных квасцов и прокалённого добела медного купороса (все ингредиенты должны быть в состоянии очень мелкого порошка) и 4 унции розового мёда. Добавьте парижскую пинту фруктовой водки и полпинты обычной воды. Дайте настояться на водяной бане 3 суток. Затем процедите раствор и храните в хорошо закупоренной бутылке. Пациент должен прополаскивать рот каждые четыре часа одной столовой ложкой раствора: сначала подержать жидкость во рту, потом полоскать несколько минут.

Последствия цинги в ротовой полости могут быть исцелены всеми вышеуказанными способами при условии, что пациент своевременно принимает прописанные ему внутренние лекарства и соблюдает режим, без чего излечение не может быть полным.

Поскольку тяжкие проявления цинги во рту – лишь симптомы истинной болезни, содержащейся в соках организма, совершенно

необходимо принимать сильные лекарства, которые предоставлены медициной, поскольку цинга – весьма стойкая, склонная к рецидивам болезнь. И только тогда можно надеяться на избавление от её печальных последствий.

Существует один из видов цинги, не упомянутый, как мне кажется, ни одним автором. Его особенность состоит в том, что он, нигде не проявляясь в теле, поражает лишь дёсны, альвеолы и зубы. При этом дёсны становятся мягкими, синюшными, увеличенными и распухшими, но у некоторых людей симптом может и не обнаружиться, что вовсе не означает, что они избавлены от болезни. Классический признак этого вида цинги – беловатый, слегка вязкий гной, который выдавливается из дёсен, если сильно нажать пальцем снизу вверх по нижней челюсти и сверху вниз – по верхней.

Гной образуется в дёснах, основании альвеол и иногда между альвеолой и корнем зуба. Процесс обычно локализуется на внешней части челюстей, чаще на резцах и клыках нижней челюсти, которые в свою очередь более подвержены, чем моляры.

Причина этого недуга, возможно, состоит в разрыве или разъединении малых кровеносных сосудов из-за порчи циркулирующих там жидкостей. Эти жидкости, проникая в межволоконное пространство или находясь рядом с теми сосудами, которые они разъели или прорвали, ферментируют и портятся, формируя маленькие более или менее свищеобразные язвы между десной и телом альвеолы или между альвеолой и корнем зуба. Именно оттуда и сочится эта гнойная масса, появляющаяся из промежутков между зубами и краями дёсен, когда на них надавливают пальцем.

Примечательным является факт (и я это наблюдал), что те, кого лечили от этого недуга внутренними средствами, антицинготными или иными, не излечивались. И это заставляет меня предположить, что в данном случае нет внутренней или более общей причины, а есть лишь местная или случайная, и кроется она в зубах. Пристально наблюдая за течением болезни, я заметил следующее: когда в результате цинги зубы выпадали, их альвеолы оказывались так хорошо соединёнными, зарубцевавшимися и сросшимися, что не было и следа гнойной жидкости.

Следовательно, как я только что сказал, болезнь можно вылечить, лишь избавив рот от поражённых ею зубов. Однако потери зубов можно избежать путём содержания в чистоте полости рта, при необходимости кровопускания дёсен, сильного и ежедневного массажа их пальцами, кончики которых смочены в одном из двух указанных осушающих, вяжущих и противоцинготных растворов, рецепт которых я

дал в главе V этого тома. Кроме того, следует полоскать рот после еды водой с небольшим количеством вина, а также каждый раз сильно жать пальцем на дёсны, чтобы выдавить гной, который, если этого не сделать, поразит и разрушит альвеолы, после чего зуб зашатается и, будучи лишён опоры , выпадет.

Рис. 5.

Три инструмента, применяемых при болезнях дёсен.

Часть 1. Прямой, тонкий бистури с очень острым кончиком в открытом положении; вид сбоку, во всю длину.

Часть 2. Прямые заострённые ножницы с очень узкими лезвиями в слегка открытом положении.

Часть 3. Ланцет, чья ручка и большая часть лезвия обмотаны бинтом.

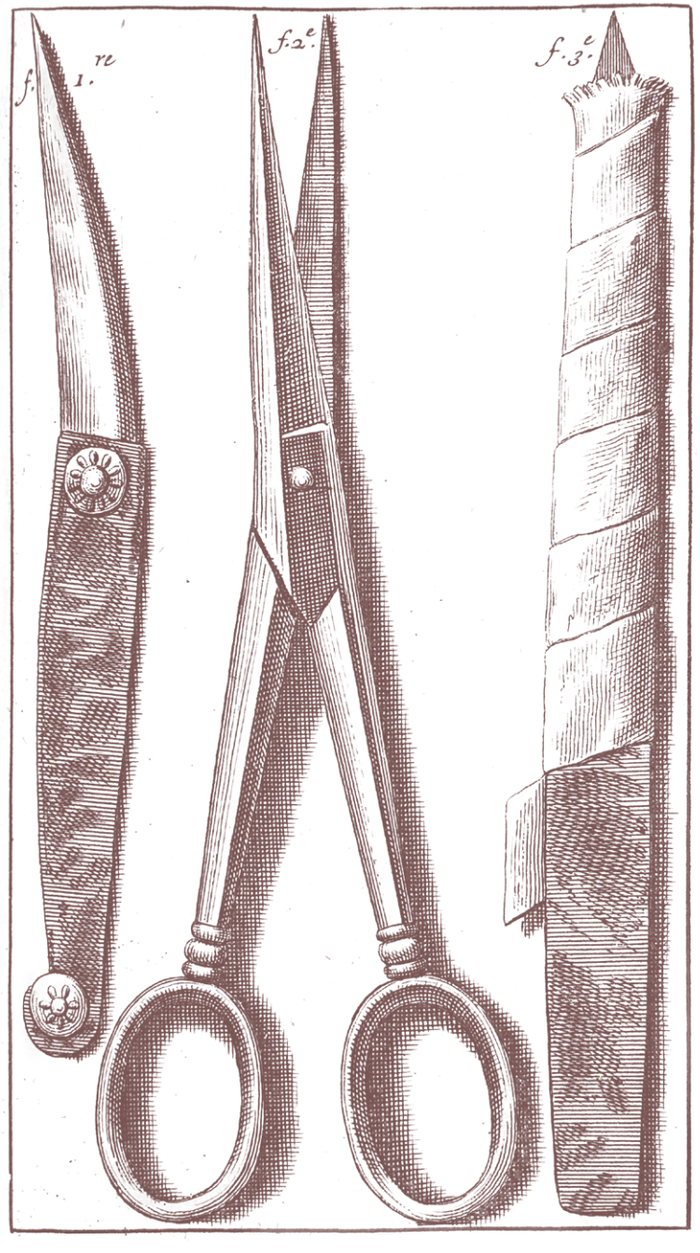

Рис. 5.

Рис. 6.

Три инструмента, применяемых при болезнях зубов, альвеол и дёсен.

Часть 1. Серебряный стилет (троакар) с круглым набалдашником с одной стороны и открытый – с другой.

Часть 2. Изогнутые (кривые) ножницы, один из кончиков которых оканчивается шариком, а второй – заострённый.

Часть 3. Зубной зонд, изогнутый вправо в верхней части и влево – в нижней.

A – Тело зонда (рукоятка).

B – Верхняя часть зонда, менее изогнутая и тонкая, чем нижняя.

C – Нижняя часть зонда, более изогнутая и толстая, чем верхняя.

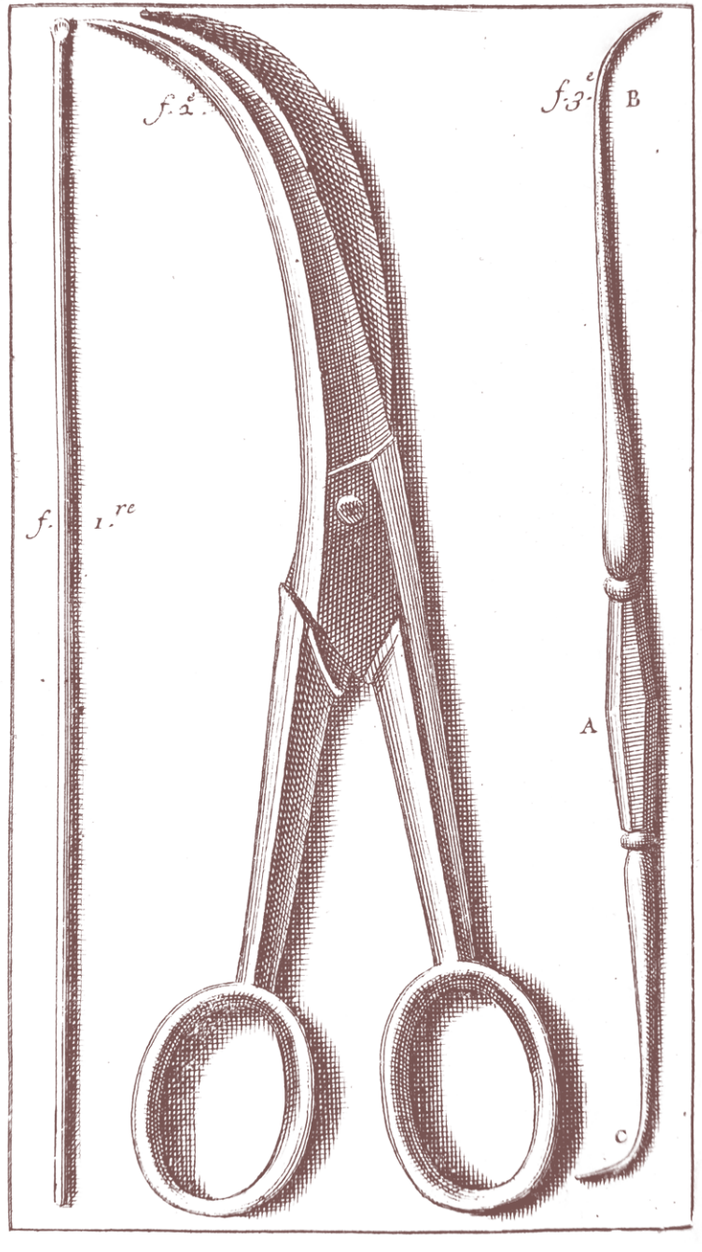

Рис. 6.

Рис. 7.

Три инструмента, применяемых при болезнях дёсен.

Часть 1. Скальпель.

A – Лезвие, заточенное с одной стороны, с острым кончиком.

B – Рукоятка.

Часть 2. Хирургический пинцет.

Часть 3. Крючок.

C – Стержень.

D – Верхняя изогнутая часть.

E – Рукоятка.

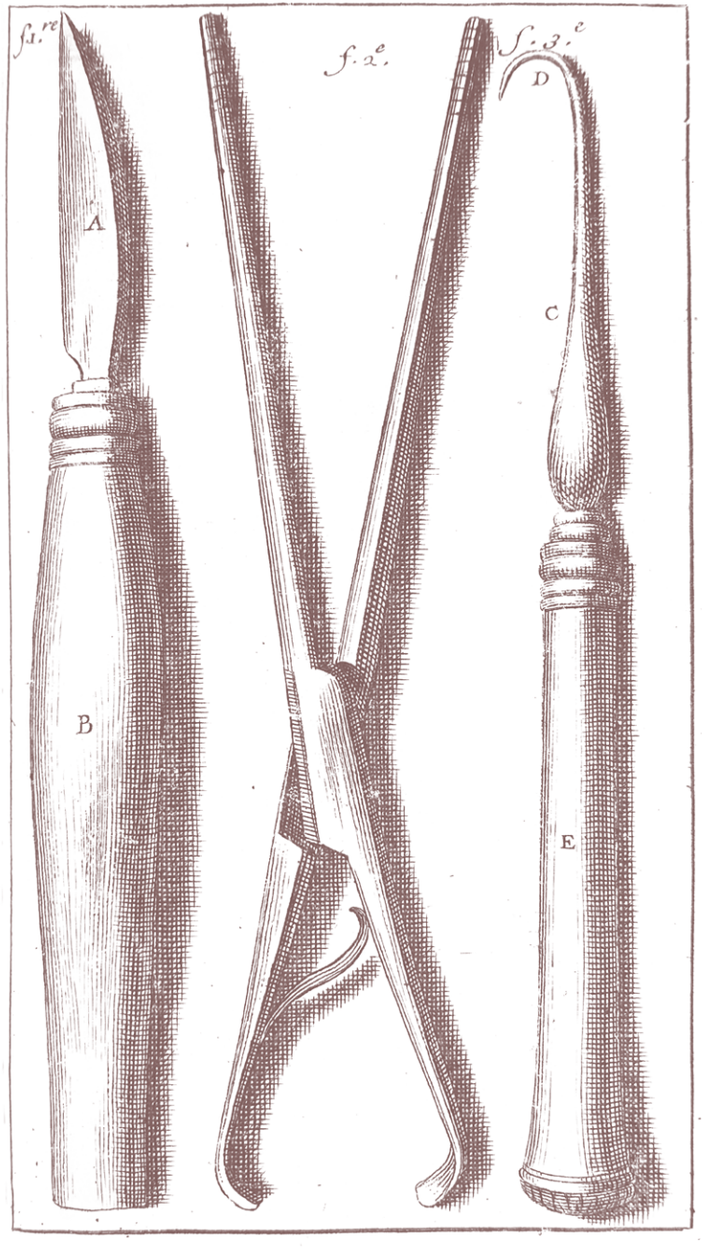

Рис. 7.

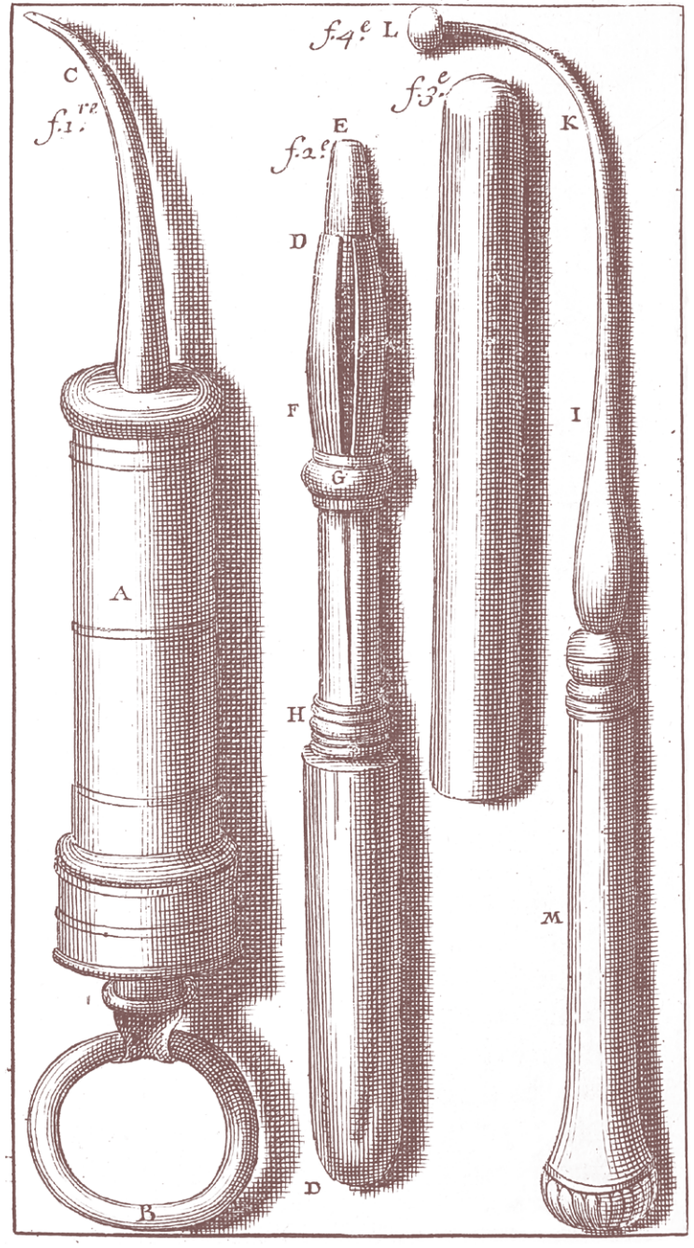

Рис. 8.

Рис. 8.

Четыре инструмента, применяемых при болезнях зубов, альвеол и дёсен.

Часть 1. Инструмент для спринцевания ротовой полости среднего размера, с изогнутым носиком достаточной длины.

A – Тело спринцовки.
B – Кольцо поршня.
C – Изогнутый носик.

Часть 2. [изображает следующие детали]

DD – Держатель адского камня.
E – Адский камень.
F – Удерживатель адского камня.
G – Колечко для затягивания удерживателя.
H – Винт держателя.

Часть 3. Чехол держателя адского камня, который закрывает адский камень, и его удерживатель.

Часть 4. Каутеризатор (инструмент для прижигания).

I – Стержень.
K – Изогнутая верхняя часть.
L – Шарик наверху.
M – Рукоятка.

ГЛАВА XXIII

О САМЫХ СЕРЬЁЗНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ,
которые происходят в результате кариеса зубов сначала в близлежащих частях, а затем и в более удалённых

Кариес зубов и их воспаление становятся причинами опухолей или абсцессов (если болезнь запущена), истечение гноя из которых происходит не только между дёснами и альвеолами, но даже между лицевыми мышцами и надкостницей, между надкостницей и костью. Иногда эти абсцессы располагаются вдоль одной из сторон нижней челюсти, иногда – верхней. Часто можно видеть абсцессы, а затем и свищи, сопровождающиеся кариесом, который захватывает всё пространство от альвеол до скуловой дуги и даже до верхнего угла верхней челюстной кости либо до слёзного протока, иногда даже до челюстной пазухи обеих челюстей.

Кариес нижних зубов вызывает не менее серьёзные проблемы. Не раз он становился причиной потери большой части этой челюсти. Хуже всего то, что в некоторых случаях он унёс жизни людей, которые погибли от этого и ему подобных недугов.

Кариес зубов может распространяться не только на вышеупомянутые органы. Когда он достигает альвеол верхней челюсти, часто происходит так, что кость верхней части ротовой полости, служащая ей сводом, разрушается, и кости нёба и сошника постигает та же судьба. Зачастую кариес производит настолько сильное опустошение и становится причиной такой потери костной ткани, что слюна вместе с частицами еды выходит через нос, а носовая слизь – через рот, и надежд на восстановление не остаётся. Заметно ухудшается артикуляция – пациент не может нормально произнести ни одного слова, лишь мычит через нос. При этом возможность дышать значительно снижается.

Я не утверждаю, что кариес зубов – единственная причина подобных осложнений, так как все они могут быть обычными симптомами сифилиса, цинги, золотухи или вредного действия ртути, но можно признать, что и кариес зубов, к сожалению, нередко бывает источником вышеупомянутых расстройств.

Ограничусь лишь тем, что в главах XX–XXIII второго тома опишу виды и способы использования нескольких обтураторов, которые я изобрёл и которые, как мне кажется, более удобны в применении для закрытия волчьей пасти, чем использовавшиеся до настоящего времени.

Когда часть нёбной кости потеряна, а из-за отслоения костной ткани нёбного свода или близлежащих верхнечелюстных костей в своде формируется дыра или щель, задача хирурга состоит в её желательно идеальном закрытии, однако до сих пор эта техника была весьма несовершенной. Именно поэтому я попытался разработать приспособление, использование которого предупреждало бы возникновение осложнений. Мне кажется, что я достиг этой цели, создав пять разных обтураторов, описание и изображение которых я приведу в вышеупомянутых главах.

ГЛАВА XXIV

ОДИННАДЦАТЬ НАБЛЮДЕНИЙ
на тему зубов

Наблюдение первое

О чрезмерном использовании зубного напильника, который неопытный дантист применяет неверно и небрежно

Примерно восемнадцать лет назад в городе жил весьма известный дантист; однажды он сточил два резца нижней челюсти девочке примерно 14 лет. В результате обнажилась внутренняя полость зуба, что привело к невыносимой, мучительной боли, и пациентка решилась на удаление. Она пришла ко мне, я осмотрел оба зуба и решил не лишать её их, надеясь облегчить её страдания, не прибегая к хирургическим методам. Я обнаружил флюктуацию в полости обоих зубов, из чего заключил, что внутри находится небольшой абсцесс и, если его опустошить, то девочка выздоровеет. С этой целью я ввёл кончик зонда в полость зуба и пронзил устилающую её оболочку. Оказалось, что под оболочкой находился гной, который после прокола мгновенно истек. Пациентке стало намного легче, а через несколько дней боль полностью исчезла. Через 2–3 месяца эти зубы стали причиной воспаления в десне, перешедшего в абсцесс. Мне пришлось вскрыть его. Спустя некоторое время, после того, как я убедился, что никаких осложнений нет, я запломбировал зубы, чтобы защитить их от воздействия воздуха, еды и слюны.

Мадемуазель не была единственной жертвой этого дантиста: один аббат, 48 лет, которого беспокоила чрезмерная длина резцов и клыков нижней челюсти, имел такой же печальный опыт. Этот врач также сточил ему зубы, что повлекло за собой сильную боль и последствия, очень похожие на описанные мною выше.

Вывод

Это наблюдение показывает, что зубы нельзя стачивать неумело и что особое внимание приходится уделять устранению того вреда, который был нанесён единственно по недосмотру или из-за чрезмерного самомнения неквалифицированного дантиста. Эти же наблюдения говорят нам, что зубы, насколько это возможно, надо сохранять и лечить, а не уничтожать. Таких случаев мало, и все они происходят из-за неопытности или неосторожности дантиста, поскольку зубы можно стачивать без вредных последствий, наоборот, эта мера может способствовать их сохранению или достижению большей красоты.

Наблюдение второе

О моляре, удалённом обычным пеликаном

В 1716 г. жена г-на Вьёжо, парижского булочника, находясь в Суассоне, ощутила приступ зубной боли от кариеса первого большого моляра с правой стороны нижней челюсти и кариеса первого большого моляра с левой. В городе среди его друзей как раз оказался человек, который предложил удалить оба зуба, хвастаясь тем, что удалил их уже более двух тысяч, и уверяя, что она может положиться на его умение. Его посулы и ужасная боль заставили женщину решиться на это. Знахарь весьма успешно удалил зуб справа, но с левым у него вышло затруднение. Он тщетно пытался вырвать его, сделав несколько попыток, пока наконец не справился с задачей. Однако при этом он разорвал лунку, десну и губную комиссуру, и лицо пациентки было сильно изуродовано. Затем последовал абсцесс, сопровождаемый ужасной болью, и она потеряла возможность принимать пищу, кроме той, которую её муж любезно пережёвывал для неё и подавал ей в рот через трубку, так как она была практически не в состоянии разжимать челюсти. Пациентка находилась в этом жалком состоянии 6 недель. Но, к счастью для неё, в этом городе практиковал довольно опытный хирург-итальянец, который смог соединить разорванные части.

Вывод

Данное наблюдение показывает, какими могут быть последствия удаления зуба. Очень важно доверять эту операцию, когда она необходима, лишь умелому и опытному врачу, который способен быстро и правильно помочь пациенту в сложных случаях, а также при угрозе осложнений.

Пациентка была обязана своей жизнью мужу, а излечением – умелому итальянцу, который прооперировал её и оказал совершенно необходимую помощь, соединив разошедшиеся части.

Наблюдение третье

О некоторых досадных происшествиях, случившихся после поломки зуба за едой

В декабре 1721 г. г-н Октавиан, художник Королевской академии художеств в Париже, ел фрикасе из грибов и внезапно ощутил между зубами маленькую кость, которую не замечал до этого и на которую случайно сильно надавил во время жевания. Эта косточка, сопротивляясь сильному давлению челюстей, сломала первый большой моляр правой части нижней челюсти. Часть зуба отвалилась, и скол протянулся от верхней поверхности зуба до шейки со стороны языка, обнажив внутреннюю полость. Сломанный зуб, не будучи кариозным, доставлял ему невыносимую боль от раскола и полученного шока. Пациент решил удалить зуб, надеясь облегчить мучившие его страдания. С этой целью он пришёл к одному из моих коллег, который, к сожалению, с ним не согласился. Врач объявил, что жаль было бы удалять некариозный зуб, и ограничился тем, что дал г-ну Октавиану средство, которое тот применял, но безуспешно. Нарыв и воспаление усилились, причём настолько, что ему вновь пришлось обратиться за помощью к медику. Он послал за мной, я явился и обнаружил его в весьма плохом состоянии. Его зубы были сжаты настолько, что пациенту стоило величайших усилий принимать даже самую жидкую пищу, которую он сосал из детской бутылочки. Лицо его было перекошено до неузнаваемости. Он был изнурён сильнейшей симптоматической лихорадкой, произошедшей от невыносимой боли. Я немедленно прописал кровопускание, компрессы на распухшие места 2 раза в день, утром и вечером, сделанные из молока, хлебных крошек, яичного желтка, шафрана, жасминового масла, а также промывания. Я высказал опасение, что, несмотря на все эти средства, воспаление может образовать нарыв, из которого произойдёт абсцесс. И действительно, состояние пациента не менялось несколько дней. Кровопускания и компрессы не приносили облегчения. Спустя какое-то время после моего визита к г-ну Октавиану я встретил г-на Жютона, хирурга из Оржера, который знал пациента и пошёл к нему со мной. Мы вместе осмотрели рот пациента и, не обнаружив улучшения его болезненного состояния, решили поменять компресс на другой, содержащий смягчающие травы. Эти компрессы имели больший успех, чем предыдущие, и опухоль прорвалась после нескольких их смен. Однако рану всё равно пришлось расширять ланцетом, и из неё вытек целый стакан гноя. Через некоторое время образовался новый нарыв, который снова пришлось вскрывать и из которого также изошло много гноя, а спустя несколько дней появился третий. К счастью, он истёк через отверстия двух первых. Пациент испытал

жесточайшие мучения в качестве последствий первоначального недуга, а всё по причине того, что ему не удалили сломанный зуб в тот момент, когда от него появилась боль. Пациент оставался в этом несчастном состоянии 2 месяца, не выходя из дома и не занимаясь своими делами. Когда болезненные симптомы достаточно стихли, я удалил зуб, который и был причиной всех несчастий, тем самым удачно закончив лечение болезни, так долго терзавшей пациента.

Вывод

В некоторых случаях происходят осложнения, которые нельзя ни предвидеть, ни предотвратить, какие бы меры предосторожности не принимались. Иногда пища может содержать фрагменты, инородные по качеству, форме или составу. Часто происходит так, что люди ломают зуб о камешек в пище, которую они пережевывали, либо разгрызая кости, орехи и т.д. Однако нельзя считать типичными случаи, подобные вышеописанному. Действительно, если бы пациенту была оказана своевременная помощь, осложнений можно было бы избежать, поскольку нужно было всего лишь удалить зуб, прежде чем боль реализовалась в нарывах. Единственная причина всех дальнейших неприятностей заключалась в контакте с воздухом и вредными элементами, которые проникли в зуб через место скола, вызвали воспаление и разрушили нервную ткань и ткань оболочки внутренней части зуба, тем самым породив сильнейшие растяжения. В свою очередь растяжения, все больше увеличивая воспаление и надавливая на нервы, сдавили кровеносные и лимфатические сосуды, тем самым преградив доступ жидкости к этим частям. В результате появились абсцессы, от которых пациент страдал так долго и которые так упорно сопротивлялись общему и местному лечению, что успешным оно стало спустя длительное время. Только тогда, когда нервы и оболочка были частично разрушены, а зуб и его близлежащие части стали менее чувствительными, представилась возможность удалить сколотый зуб и восстановить покой и сон пациента, находившегося уже на грани жизни и смерти от страданий, которым он подвергся по вине небрежности неопытного дантиста.

Наблюдение четвёртое

О нарушениях, вызванных последним моляром, который прорезался лишь на сороковой год, на левой стороне нижней челюсти

В 1716 г. г-н Мёнье, королевский прокурор в Туре, был сражён головной болью, сопровождавшейся настолько сильным воспалением, что оно затронуло глотательные мышцы и лишило возможности принимать

даже жидкую пищу. Врач и хирург, осмотревшие его, сделали всё, что могли, основываясь на собственном опыте и правилах медицины. Видя, что улучшений нет, они осмотрели рот пациента и, заметив, что воспаление дёсен распространилось до последнего моляра на левой стороне нижней челюсти, заключили, что этот зуб или содержащая его альвеола поражены кариесом, поэтому зуб необходимо удалить, и тогда пациенту станет легче. Для удаления пригласили меня. Осмотрев пациента, я убедился, что кариеса нет. Однако я был уверен, что причиной болезни мог быть этот последний зуб, хоть и без кариеса, который прорезался не полностью и совсем недавно, начав расти у сорокалетнего пациента. Поскольку рост нельзя было облегчить разрезом десны над зубом, я, нимало не колеблясь, решил удалить его. Поняв, что это, по описанным в данном трактате причинам, нельзя сделать с помощью пеликана, я использовал стамеску и слиток свинца, так как это были самые подходящие инструменты для такого случая. Операция была произведена тем способом, что я упоминал при описании удаления этим инструментом корней и зубов, которые сидят очень плотно и с которыми иначе не справиться. Когда зуб был удалён, он оказался абсолютно здоровым, как и сама челюстная кость. За удалением последовал абсцесс, однако пациент быстро излечился.

Вывод

Все вышеописанные болезненные состояния были вызваны давлением на нервы и оболочку между зубом и альвеолой. Эти части были сдавлены по причине роста зуба и сопротивления альвеолы. Подобные случаи нечастые. Если причиной зубной, головной и прочей боли является растущий зуб, который не может прорезаться, поскольку окружён альвеолой со слишком узкой лункой и негибкими стенками, то необходимо срочно удалить этот зуб, чтобы предотвратить возможные осложнения. Конечно, врач может применить другой способ, а именно ломать лунку путём резкого расшатывания зуба пеликаном или щипцами. Это может остановить боль при условии, что зуб не сломается. В расширенной альвеоле зуб может расти безболезненно, если он не сломан. В противном случае необходимо принять меры по удалению корней.

Наблюдение пятое

О неприятностях, доставленных здоровым некариозным зубом, причинявшим, однако, невыносимую боль, которая мгновенно прекратилась с его удалением

В 1722 г. г-н аббат де Ротелен попросил меня удалить ему последний моляр с левой стороны верхней челюсти, который причинял ему резкую,

практически невыносимую боль. Я осмотрел его рот и нашёл здоровыми все зубы, даже тот, на который он жаловался. Это заставило меня отказать в удалении, как бы сильно пациент этого ни желал. Несколько моих собратьев по профессии, к помощи которых он прибегнул, также отказались это делать. Восемь-десять дней он делал всё возможное, чтобы унять боль, но, видя, что она не уменьшается, послал за мной вторично и настоял, уже не допуская возражений, чтобы я удалил этот зуб. Он добавил даже, что если надо, я могу удалить ещё один зуб. Я поддался его уговорам. Зуб оказался совершенно здоровым, без кариеса. Боль же исчезла после удаления, и с того времени больше на той стороне не появлялась.

Вывод

Вышеописанный зуб, который был одним из тех, что режутся поздно, видимо, не имел достаточно места в альвеоле. Как мы знаем, природа предоставляет каждому зубу достаточно места, но иногда эти лунки бывают слишком узки, чтобы зубы сидели в них удобно. Такие зубы (как и все остальные) растут постепенно, и питательный сок увеличивает их, пока они не начинают давить на стенки альвеол. Их увеличившийся за счёт этого сока размер раздвигает стенки альвеол, тем самым раздражая и разрывая их, заставляя их давить на внешнюю часть корня зуба. Зубные нервы у корня тоже могут находиться под давлением, которого более чем достаточно, чтобы являться причиной более или менее сильной боли. Это наблюдение может объяснить, почему иногда зубы болят даже без кариеса. Есть и иные случаи, когда некариозные зубы могут доставлять боль, например, если они истёрлись или если дёсны настолько истончились и уничтожились, что зубы уже начали шататься и воздух стал проникать под свод коронки между корней. Это приводит к воспалению и весьма сильной боли, которая без всякого кариеса передается в близлежащие части, а вылечить её можно только путём удаления зуба. Я признаю, что мне не следовало бы колебаться, надо было сразу удалить зуб г-на аббата, но я решил подождать, поскольку опасался, что люди будут злословить, будто я удалил здоровый зуб у такого важного лица, не имея при этом никаких обоснований для своих действий.

Наблюдение шестое

О весьма неприятных последствиях, произошедших по причине зубного камня

Примерно восемнадцать лет назад г-н Эке[1] послал ко мне даму,

1 *Профессор Парижского медицинского факультета, бывший декан этого факультета.*

страдающую от сильной боли резцов нижней челюсти. Я осмотрел её рот, зубы и не обнаружил там кариеса. Однако я увидел слой зубного камня, который давил на сильно распухшую от этого десну. Я заключил, что именно это инородное тело и было причиной боли. Мне пришлось удалить зубной камень и те части дёсен, которые отслоились по его вине. Мои манипуляции вызвали небольшое кровотечение, которое я остановил с помощью мазей. На следующий день дама испытала большое облегчение, а через трое суток излечилась совсем. Ей следовало бы обратиться к врачу раньше, поскольку потом зубной камень так сильно разрушил дёсны, что зубы расшатались. Чтобы справиться с этой неприятностью, я укрепил их золотой нитью, о чем я напишу ниже.

Вывод

Подобные примеры должны привлечь всеобщее внимание к необходимости заботиться о зубах. Нарушения, которые могут произойти по причине зубного камня, ужасны для любого наблюдателя. Кроме того, от зубного камня исходит ужасный запах, он разрушает дёсны, обнажает корни, расшатывает зубы, которые часто от этого выпадают. Поэтому никакая забота не является чрезмерной, если речь идёт о чистке зубов, удалении зубного камня при его появлении и мерах профилактики.

Наблюдение седьмое

О зубах, чьи корни достигли огромного размера; об удалении такого зуба, приведшего к столь сильному кровотечению, что пациент чуть не расстался с жизнью.

Этим наблюдением со мной поделился г-н Анель. К этому хирургу, практикующему в Генуе с 1696 г., обратился местный банкир, который потерял много крови в результате сильнейшего кровотечения, вызванного удалением зуба, которое произвел некий Дюкло Перрюкье, в то время младший хирург. Данный зуб был одним из моляров верхней челюсти, с широко разведёнными концами корней. Он крепко засел в альвеоле, что привело к отрыву её части, а также большой части десны. Однако в этом нет вины г-на Перрюкье, так как удаление зуба, отличающегося вышеописанными особенностями формы и расположения, почти всегда сопровождается обильным кровотечением.

Как только г-н Анель прибыл, он принял меры по остановке кровотечения, применил сначала вяжущие, потом кровоостанавливающие средства, затем ватный шарик с серной кислотой, а далее прижигание. Дыру, образовавшуюся из-за потери мягких тканей, он закрыл компрессами и тампонами. Сверху наложил дозированные компрессы,

пропитанные соответствующими средствами. Поскольку слой тампонов и компрессов был выше уровня соседних зубов, г-н Анель сомкнул челюсти пациента и закрепил их в таком положении с помощью повязки вокруг челюсти (пращевидной). Увидев, что даже после нескольких попыток (с десяти часов утра до семи часов вечера) остановить кровотечение не удалось (оно усиливалось 5– 6 раз), врач решил, что неудача объясняется недостаточным давлением. Дело в том, что нижние зубы, давящие на компресс, нажимали лишь на его часть, поэтому другая часть раны не получала должного давления. Рана в верхней челюсти была более широкой, чем зубы на нижней челюсти, которые давили на неё. Тогда, наложив компресс, врач расплющил большую мушкетную пулю, сделав овальную пластину[1], достаточно толстую, чтобы не гнуться, и большую, чтобы прикрыть и надавить на весь компресс. Ещё раз наложив на рану все средства, он прикрыл компресс этой пластиной и загнул вверх её края. После чего вставил в эту пластину соответствующие зубы нижней челюсти. Таким образом, челюсти были сомкнуты, и компресс, будучи прижат равномерно, правильно распределился и мог оставаться в таком положении столько, сколько надо. Эта мера не могла не увенчаться успехом, так как хирург снова наложил на нижнюю челюсть пращевидную повязку, концы которой были привязаны к шапке пациента так, что тот был не в состоянии открыть рот. Когда последнее средство было применено, кровотечение сразу остановилось и более не возобновлялось.

Несколько дней спустя, пациент, который до этого находился в великой тревоге, терзаемый болью и слабостью от кровопотери, но помимо этого не болея ничем, снова обрёл доброе здравие.

А за несколько месяцев до этого г-н Анель рассказал мне, что в больнице Генуи он был свидетелем смерти домашнего слуги, который потерял много крови вследствие похожего удаления зуба, когда кровопотерю остановить не удалось.

Вывод

Из этих наблюдений, а также из моего собственного опыта можно понять, насколько важно в подобных случаях не только применять соответствующие кровоостанавливающие средства, но и равномерно распределять, удерживать и прижимать тампон. Это невозможно сделать только с помощью зубов нижней или, соответственно, верхней челюсти, без помощи пластины, которая была мной описана, или подобной ей.

Из всех способов остановки кровотечения самый действенный – это лигатура сосуда. Однако лигатура неудобна для кровотечений,

1 *См. рис. 25, часть 2, том второй.*

вызванных удалением зуба. Поэтому надо очень тщательно следить за малейшими обстоятельствами, которые могут привести к подобному эффекту, хотя кровотечение, сопутствующее удалению зуба, обычно столь незначительное, что останавливается само по себе после прижатия десны пальцем, а потом с помощью полоскания полости рта водой с уксусом. Тем не менее врачу следует быть внимательным, поскольку легко допустить ошибку, если не знаешь, как справиться с таким каверзным и тяжелым случаем, как описанный выше.

Наблюдение восьмое

О двух опухолях, или наростах, в ротовой полости

К 1727 г. у графа да Корнейяна, 49 лет, жившего в городе Вильфранш-де-Руэрг, уже давно была карциноматозная опухоль дёсен на внутренней стороне двух малых моляров с левой стороны нижней челюсти и опухоль с внешней стороны этих же зубов. Первая была размером с яйцо голубя, а вторая – с фасолину. Обе опухоли, хоть и не причиняющие боль, беспокоили его, потому что они увеличивались в размерах и уже какое-то время мешали жеванию. Это сильно ухудшало состояние ротовой полости по причине толстого слоя зубного камня. Опасаясь плохих последствий от этих опухолей, он решил приехать в Париж, чтобы вылечить их. Абсолютно (и с полным на то основанием) полагаясь на г-на де ла Пейрони, который в то время был первым хирургом короля, пациент прибыл в Версаль. 27 апреля того же года состоялся консилиум, участие в котором кроме меня приняли г-н Мель[1] и г-н де ла Пейрони. После осмотра пациента мы приняли совместное решение сначала убрать зубной камень, а потом срезать с дёсен их распухшие по причине камня части, выпустить из них кровь, которой они были переполнены. Затем мы решили, что надо вырвать второй малый моляр, хотя тот был здоров и некариозен, чтобы лучше видеть место присоединения опухолей и в то же время облегчить возможность их удаления.

Мы решили вытащить корень второго малого моляра с левой стороны верхней челюсти, потому что он был сильно поражён кариесом и был причиной грибовидного нароста на десне, который мешал процессу пережевывания пищи на этой стороне рта. Когда я проделал эти операции (которые другой дантист не осмелился провести), мы сочли нужным приступить к удалению опухоли позже, после полудня того же дня, чтобы не утомлять пациента.

В пять часов г-н де ля Пейрони явился к пациенту и с присущим ему

1 *Консультант, королевский врач, доктор медицины университета в Монпелье, а также профессор университета в Каоре.*

блеском удалил опухоли небольшим искривлённым бистури.

Несколько дней мы ограничивались тем, что накладывали на десну маленькие тампоны, пропитанные смесью из нарбоннского мёда и яичного желтка для образования доброкачественного гноя. А чтобы рана срослась, мы промывали её красным вином, настоенным на железе, розовым мёдом и смягчённой серной кислотой, смешанными в равных долях. Через несколько дней пациент полностью выздоровел.

Наблюдение девятое

О наросте изрядной величины, причиной которого были два кариозных зуба и который при удалении вызвал сильное кровотечение

У некоего Клода Кюссо, виноторговца в Сен-Бри, близ Осера, 46 лет, в 1725 г. был настолько сильный кариес на двух последних больших молярах с правой стороны нижней челюсти, что от зубов остались лишь несколько корней. Кариес также явился причиной значительного нароста на близлежащих дёснах, который менее чем за год вырос до размера куриного яйца. Опухоль была довольно твёрдая и не давала рту закрываться при пережёвывании пищи, потому что моляры верхней челюсти той же стороны натыкались и упирались в её часть. Пациент был в плохом состоянии и проконсультировался у своего хирурга, г-на да Лиля, который посоветовал ему обратиться к хирургам городской больницы в Осере. Эти господа, найдя опухоль значительной, предложили пациенту поехать в больницу Шарите в Париже. Монах, к которому он обратился, а также сиделки больницы нашли его недуг весьма серьёзным и, считая опухоль заразной и неизлечимой, отказались принять виноторговца. Один из больничных хирургов порекомендовал г-ну Кюссо удалить опухоль. Тогда пациент пришёл к г-ну Фремону, присяжному хирургу в Париже, который, почувствовав необходимость в помощи коллег, послал его в Сен-Ком, чтобы обследовать на консилиуме, вместе с несколькими своими собратьями по ремеслу. В конце концов эти господа решили направить пациента ко мне, а г-н Фремон любезно сообщил ему, что он может совершенно мне довериться. Я осмотрел виноторговца и нашёл, что случай действительно необычный, поэтому отнестись к нему надо со всей серьёзностью. Я объявил пациенту: раз уж лечение доверено мне, я постараюсь сделать всё, что в моих силах. На следующий день он явился в назначенное время, когда г-на Дюплесси, Сорэ и Вердье, хирурги, которых я пригласил, уже его ожидали. После осмотра пациента мы пришли к выводу, что вырост надо удалить. В начале операции больного посадили в кресло и велели прижать голову к спинке, после чего я взял в несколько раз сложенную вощёную нить, которой окружил опухоль сзади и с двух сторон, чтобы немного сдвинуть её кпереди. Держа оба конца нити

в левой руке и маленький изогнутый бистури в правой, я начал подрезать им нарост сзади и с боков. Затем я взял хирургический крючок и, удерживая им уже разрезанные части, продолжал срезать их изогнутыми ножницами. Действуя таким образом, я удалил большую часть этого карциноматозного нароста. Состояние пациента и кровопотеря заставили меня не доводить удаление до конца. Я остановил кровь обычными вяжущими средствами. Операция началась в десять часов утра, а в одиннадцать пациент вернулся в свою гостиницу в Сен-Луи. В четыре часа пополудни того же дня он вернулся, выпив пива и вина, поскольку был сильно напуган видом сильного кровотечения. Я успокоил и ободрил его, одновременно попытался остановить кровотечение.

В тот же день пришел хирург и дал мне несколько полезных советов. Я неоднократно пытался остановить кровь несколькими видами вяжущих средств и попеременно использовал тампоны, давление на рану и даже прижигание, однако кровотечение начиналось вновь. В восемь часов мы решили оставить пациента у меня дома. Я отвел ему комнату, где мы посадили его на кровать, подперев подушками, после чего занялись исключительно поисками более эффективных средств. Мы снова применили прижигания как с целью остановить кровотечение, так и желая уничтожить всё, что осталось от карциноматозной ткани. На эти ткани и сосуды, которые уже много раз подверглись прижиганию, мы плотно наложили тампоны и компрессы, пропитанные кровоостанавливающим средством моего изобретения, описанным в главе XII второго тома, прилагая все усилия, чтобы они не съезжали и были сильно прижаты. Таким образом, кровотечение было приостановлено. Но позже оно началось снова, с ещё большей силой, что заставило нас использовать медный купорос. Мы истолкли его в порошок и положили в ватные шарики, им же мы обсыпали тампоны и компрессы, после чего методично и осторожно наложили на рану несколько слоёв ещё одного компресса, смоченного моим кровоостанавливающим средством. Всё это удерживалось и придавливалось пальцами не менее четверти часа. Увидев, что кровотечение прекратилось, мы позволили компрессу удерживаться во рту единственно силой челюстей и посоветовали пациенту сильно сжать и не разжимать челюсти, чтобы достичь полного и достаточного давления на рану. Кровотечение остановилось полностью через час после полуночи. Мы оставались с пациентом до двух часов и не ложились спать, пока не убедились, что жизнь его вне опасности. Мы велели ему оставаться в сидячем положении всю ночь, ни в коем случае не спать и держать рот закрытым. Его жена и домашний слуга следили за тем, чтобы наши приказания были исполнены. В семь часов утра мы обнаружили его в том же состоянии, без кровотечения, жара или боли, лишь с сильной сонливостью. Мы осмотрели его, заставили

прополоскать рот, причём не было ни капли крови, а компресс выглядел так, словно его прожевали и пропитали мастикой. Затем дали ему молока – и в качестве еды, и для нейтрализации вредного действия, которое купорос, проглоченный со слюной, оказал на его ротовую полость и пищеварительный тракт. После того как мы приняли все эти меры предосторожности, наша тревога утихла, и мы велели пациенту сазу же идти спать, не волноваться и спокойно отдыхать. Я продержал его у себя два дня, а на третий он смог вернуться в гостиницу без всяких опасений. Я ожидал, что компресс отпадёт сам собой. Струпья, оставленные прижигающими средствами или собственно прижиганиями, исчезли на пятый день, не доставив беспокойства. Сохранившуюся небольшую часть нароста я удалил прижиганием.

Поскольку пациент не испытывал сильной боли при предшествующих прижиганиях, которые беспокоили его меньше, чем режущие инструменты, я решил удалить остаток опухоли несколькими прижиганиями.

Когда струпья сошли со шрамов, я удалил корни кариозных зубов, которые и были причиной этой болезни. Я в последний раз применил необходимое прижигание на нескольких оставшихся частях нароста, чтобы совершенно уничтожить его. Как только струпья спали, обнажилась челюстная кость без кариеса. Чтобы заживить её, понадобилось лишь несколько компрессов, смоченных в бальзаме Гаспара де Перна («бальзам для странствующих рыцарей»), и идеальный шрам образовался уже через три недели. После чего хирурги, присутствовавшие на операции, осмотрели пациента и нашли его полностью излечившимся. Во время лечения у больного был небольшой жар, ему делали кровопускание и давали слабительное; жар полностью прекратился. Выздоровевший пациент несколько раз приезжал в Париж по делам, я осматривал его рот и каждый раз находил в хорошем состоянии.

Вывод

Для кариеса нетипично проявляться в наростах, его симптомы различаются в зависимости от состояния крови и прилежащих к зубам частей. Если бы этот нарост был удалён или уничтожен при первом появлении, вместе с корнями кариозных зубов, то можно было бы избежать вышеописанной серьёзной болезни, которая привела к таким радикальным и опасным операциям.

Если бы пациент был в состоянии выдержать операцию в полном объёме, и я смог бы применить все средства и способы, рекомендуемые медицинской наукой для таких случаев, то я бы подготовил больного

к хирургическому вмешательству отдыхом, диетой, клизмами и слабительным. Я бы прописал ему постельный режим и удалил бы нарост сразу, как только это стало возможным. То, что не удалось удалить, я тут же уничтожил бы прижиганиями. Но если всего этого не хватило бы для остановки кровотечения, я бы применил медный купорос, что дало бы мне возможность завершить лечение быстрее и с бóльшими шансами на успех.

Наблюдение десятое, весьма редкий случай

О кровотечении из дёсен после того, как они были разрезаны, чтобы выпустить застоявшуюся кровь и тем самым укрепить их

Г-н Бретонье, адвокат-консультант парижского парламента, примерно 65 лет, в октябре 1725 г. почувствовал, что центральный резец верхней челюсти и боковой резец нижней расшатались так, что еле-еле удерживались альвеолой и были выше зубов по обеим сторонам. Когда эти расшатанные зубы соприкасались во время еды или разговора, возникало весьма неприятное ощущение. Он явился ко мне, чтобы спросить, возможно ли лечение без потери зубов. Я сказал ему, что могу сделать это, но сначала надо удалить зубной камень, который покрывал эти зубы и являлся причиной такого болезненного состояния. По моему мнению, зубы надо было укоротить, чтобы выровнять их длину по сравнению с другими зубами, а также прикрепить их к соседним зубам золотой нитью, подходящей для такого лечения больше, чем все другие. Кроме того, необходимо отрезать ножницами все те складки и возвышения его синюшных и опухших дёсен, которые уже отделились от зубов – это вновь сожмёт дёсны. Он согласился на эту процедуру. Сначала я очистил зубы и укоротил слишком длинные и расшатанные. Затем я отрезал ножницами все выступающие части дёсен. После чего прижал пальцем дёсны, чтобы выжать из них лишнюю кровь. Когда они достаточно опорожнились, прекратил давление. Я был уверен, что кровотечение остановится сразу или почти сразу, как это обычно и бывает при таких операциях, но я ошибся в своих предположениях, так как кровь продолжала идти из разрезанных дёсен. Тогда я сказал пациенту, что пока продолжается кровотечение, прикреплять золотую нить к расшатанным зубам нельзя, и что ему надо пойти домой, прополоскать рот водой с уксусом, чего, возможно, будет достаточно для остановки крови. Но кровотечение продолжилось и на следующий день. Пациент послал за мной. Я увидел, что кровь из дёсен текла необильно и непостоянно, и это заставило меня предположить, что кровотечение несерьёзное. Я успокоил пациента, порекомендовал ему покой и отдых, запретил принимать горячительное. Хотя он и соблюдал предписанный мной режим, использовал вяжущие средства, которые я прописал для полоскания, кровотечение продолжалось, более или

менее обильно, 4 дня и ночи. Кровь не унималась, пациент ослаб, за мной послали вновь. Я предложил прижечь кровоточащие дёсны. Г-н Жюссьё, присутствующий врач, был того же мнения. Когда эта операция была проведена, кровотечение остановилось и более не возвращалось.

Вывод

Наблюдение говорит о том, что иногда мы сталкиваемся с чем-то новым, и тогда надо действовать особым способом. Сначала я отнесся к кровотечению, как к чему-то второстепенному и не стал его останавливать, так как до этого провёл на многих людях значительное число подобного рода операций и не наблюдал такой реакции. Я убеждал пациента, что ему не стоит бояться операции, так как кровеносные сосуды в этих частях тела невелики, поэтому кровотечение случается крайне редко, однако оно возникло, продолжалось до полного ослабления пациента, который простился бы с жизнью, если бы мы промедлили с лечением. Можно сделать вывод, что кровотечение было вызвано как общей, так и местной причиной. Возможно, кровь была цинготной, слишком текучей и разжиженной или кровеносные сосуды дёсен, обычно небольшие, сделались варикозными. В любом случае иссечение разросшихся частей дёсен, которые приняли синюшный оттенок, распухли, потеряли твёрдость, значительно увеличились в размерах, практически совсем отделились от зубов и легко кровоточили (именно такие симптомы были у пациента), абсолютно необходимо. Вот почему те, кто знает, как остановить кровотечение, когда дёсны находятся в таком состоянии, должны срезать разросшиеся части и удалить скопившуюся кровь, поскольку это единственный способ для усиления дёсен и укрепления зубов.

Наблюдение одиннадцатое

Весьма похожее на предыдущее

Несколько лет назад г-н Б., с полостью рта в весьма плохом состоянии, пришел ко мне, но, не застав, обратился к моему подмастерью и доверился ему. Этот подмастерье, оказав первую помощь, которую он счёл необходимой, решил срезать распухшие части дёсен ножницами, чтобы выпустить кровь. Подобная операция обычно заканчивается успешно. Но не успел пациент прийти домой, как началось обильное кровотечение, которое продолжалось и на следующий день, из-за чего пациент вернулся к подмастерью, и тот совершил несколько прижиганий для остановки кровотечения, которое вскоре возобновилось. Пациент снова пришёл за помощью, и ему снова сделали прижигание; кроме того, подмастерье прописал пациенту кровопускание, диету и покой. Хотя лечение было

верным, применённых средств оказалось недостаточно для остановки кровотечения, которое ослабляло и изнуряло пациента три дня, после чего остановилось само по себе.

Вывод

Если бы этот подмастерье был моим учеником (о чем он хвастливо и совершенно неоправданно уверял пациентов), он, несомненно, гораздо лучше бы научился останавливать подобное кровотечение. И если бы он рассказал мне, что происходит с больным и спросил моего совета, я бы посоветовал ему использовать малые каутеризаторы, слегка заострённые и расплющенные на концах так, чтобы проходить между зубами. Таким образом, прооперированные дёсны, из которых шла кровь, можно было бы прижечь и остановить кровотечение.

А если бы и этого было мало, я бы велел ему сделать маленькие тампоны из корпии или ваты, пропитать их вяжущим средством, рецепт которого я дал в главе XII второго тома, прокатать их в симпатическом порошке или в обычном медном купоросе и равномерно распределить на зубы, откуда исходила кровь. А небольшие тампоны, смоченные в том же составе, наложить на дёсны снаружи и внутри, плотно прижать их там пальцами или ниткой, вдетой в иголку. То есть пропустить нитку между всеми зубами со всех сторон с помощью щипчиков часовщика, чтобы опутать тампоны и прижать их ко рту на достаточное время.

Я не понимаю, почему большинство зубных врачей так упорно отказываются от учеников. Сам я никогда не был против, однако всё же последовал их примеру, потому что мне неоднократно доставался подмастерье крайне скудного ума, беспринципный, без всякого таланта к зубному мастерству, который, естественно, долго у меня не задерживался.

Чтобы избежать этого неудобства и желая публично выразить свою благодарность, я сообщаю, что уже несколько лет прибегаю к помощи моего зятя Дюшмена. После изучения латыни он, по моему совету, обучался на курсах по анатомии и хирургии, после чего я дал ему всю необходимую выучку, чтобы он стал умелым зубным врачом. Он полностью оправдал возложенные на него надежды, и я убеждён, что общественность любезно согласится признать его единственным учеником моей школы и человеком, способным провести самые сложные операции.

ГЛАВА XXV

ШЕСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ
по поводу появления новых зубов

Наблюдение первое

О том, как зуб восстановился у человека в возрасте шестидесяти девяти лет

19 декабря 1723 г. я находился в доме г-на де Мантвиля, где г-н Алле, постоянный художник Его Величества и профессор Королевской академии художеств, в присутствии г-на Кюре из Сен-Андре-дез-Арк и нескольких других именитых господ уверял их, что у него в возрасте 69 лет вырос новый зуб в передней части рта. Я попросил позволения осмотреть его рот и увидел, что этим зубом являлся клык верхней челюсти. Зуб действительно был совсем недавним, судя по его белому цвету, что и убедило меня в правдивости этого события, надо сказать, довольно редкого, так как у человека в таком возрасте гораздо проще не найти во рту никаких зубов, чем увидеть появление нового.

Недавно мы встретились с г-ном Алле у г-на Тартансона, парижского присяжного хирурга. И он сообщил мне, что в возрасте 75 лет у него вырос ещё один зуб на передней правой стороне верхней челюсти. Я осмотрел зуб и нашёл, что он похож на предыдущий, который стал уже кариозным.

Вывод

Позднее появление новых коренных зубов объяснить сложно. Предположим, что они вырастают из зародышей, поэтому, как и эти зародыши, долго не дают о себе знать, более того, не затвердевают в альвеоле настолько, что потом уже не могут развиваться, как это происходит с обычными зубами, которые затвердевают после появления. Если же, напротив, эти зубы восстанавливаются без зародыша, то какая же ткань их формирует и каким путём она попадают в альвеолу? Мне кажется, что стоит подождать истинного объяснения, то есть пока не будут выяснены реальные причины такого восстановления, а это может стать возможным

при вскрытии челюстей пожилых людей. Тот, кому повезёт сделать такое открытие, без сомнения, будет счастлив сообщить о нём общественности.

Наблюдение второе

О восстановлении большого моляра

В 1708 г. мадемуазель Дезе, в настоящее время жене г-на де Сэва, живущего в Париже, на улице Бон, было 14 лет, и её первый большой моляр с правой стороны нижней челюсти был поражён кариесом. Боль, которую причинял зуб, заставила её решиться на удаление. С этим она пришла ко мне, и я вытащил больной зуб. На следующий год она пришла ко мне для чистки зубов, и я увидел, что этот зуб полностью восстановился.

Наблюдение третье

О восстановлении второго большого моляра.

В 1721 г. старший сын г-на Дюшмена, актёра королевской труппы, примерно 16 лет от роду, пришёл ко мне, чтобы удалить второй большой моляр на левой стороне нижней челюсти, так как он был весьма кариозный. Я удалил зуб, однако через полтора года зуб полностью восстановился.

Наблюдение четвёртое

О большом моляре, восстановившемся дважды

В 1723 г. г-н Ларшевек, весьма умелый руанский врач, находившийся в тот момент в Париже, послал ко мне студента из коллежа дю Плесси, у которого я удалил второй большой моляр на левой стороне нижней челюсти. Зуб был сломан у шейки дантистом, который пытался, но не смог удалить его, потому что коронка зуба, скорее всего, выскользнула из захватывающего её инструмента. Эта коронка так и осталась между десной и альвеолой, где и находилась несколько месяцев. Будучи инородным телом, она причиняла в ротовой полости юноши великое разрушение, портя его дыхание и не давая дёснам зажить, создав отверстие, полное остатков пищи и гнилого налёта. Когда это инородное тело было удалено, дёсны сомкнулись и запах исчез. Я не знаю, что произошло с корнями этого зуба, но свидетельствую – зарастание прошло успешно. Позже этот пациент, которому в то время было 40 лет, сказал нам, г-ну Ларшевеку и мне, что этот зуб восстановился уже вторично и что он и в первый раз удалял его.

Наблюдение пятое

О большом моляре, который очень поздно заменился на коренной

Г-н Фошар, в прошлом хирург, а сейчас торговец бельём с улицы

Дешаржер, недавно сказал мне, что один из его первых больших моляров нижней челюсти выпал очень поздно, и коренной зуб вырос у него в возрасте 27 лет.

Вывод

Хотя большинство анатомов утверждает, что на коренные сменяются только 20 зубов, то есть 8 резцов, 4 клыка и 8 малых моляров, четыре примера, представленные выше (как и некоторые другие), показывают, что эти господа не изучили предмет достаточно полно, поскольку большие моляры иногда сменяются не один, а два раза. Этот факт неопровержим. Я сам не раз был тому свидетелем и поражён, что некоторые анатомы не знакомы с фактом восстановления этих зубов. Я не утверждаю, что они восстанавливаются всегда, но заявляю, что иногда с большими молярами это происходит. Для этой смены (в отличие от других зубов) нет чётко установленных временных рамок. Большие моляры могут восстановиться в любое время. Иногда они появляются сразу же после выпадения своих предшественников либо вырастают несколько лет спустя. Если зубы всегда вырастают из зародышей, то тогда, вероятно, существуют зародыши, весьма медленные в развитии. Некоторые зародыши, несомненно, погибают, так и не образовав зуб, что и объясняет, почему некоторые зубы никогда не восстанавливаются.

Наблюдение шестое

О крупном абсцессе, возникшем внезапно и быстро вылеченном, после чего восстановился малый моляр, который быстро разрушился, а также о восстановлении большого резца

В 1721 г. у мадам Мартино, вдовы г-на Мариона Мартино, торговца драгоценностями в Париже, образовался сильный нарыв в правой десне нижней челюсти, в районе малых моляров. Этот флюс был настолько тяжёлым, что причинял невыносимую боль. Меньше чем за 12 часов он выродился в абсцесс, который распространился на часть, ставшую открытой после того, как по просьбе пациентки один из малых моляров был удалён монахом, братом Паскалем, из больницы Шарите в Париже. Боль была такой сильной, что женщине пришлось пойти к г-ну Бассюэлю[1], который, осмотрев абсцесс, решил, что его необходимо вскрыть, что он немедленно и произвёл с помощью ланцета. Более полстакана гноя истекло из нарыва, и пациентка почувствовала сильное облегчение. После того она несколько раз в день промывала рот горячим вином, часто нажимая на дёсны, чтобы выжать остаток гноя и соединить их.

1 *Присяжный хирург в Париже.*

Через 5 дней образовался шрам, прекрасно завершив процесс лечения. На следующий день в том месте, из которого брат Паскаль удалил вышеописанный зуб, прорезался новый. Даме в момент восстановления зуба было примерно 44 года. Вслед за этим замечательным событием, причём без всякой боли, прорезался ещё один зуб. Это был большой резец с левой стороны верхней челюсти, который отсутствовал в течение примерно двух лет. Оба этих зуба были вполне сформировавшимися. Остальные зубы пациентки отличались от последних двух только своим более тёмным цветом. Два восстановившихся зуба казались практически лишёнными эмали. Первый из них погиб менее чем через год, без боли и кариеса. Его тело и корни исчезли сами по себе, без всяких попыток удалить даже малую их часть, зуб растворился, и на десне образовался идеальный рубец.

Что касается второго восстановившегося зуба, то он прожил не больше года и, искрошившись, постепенно и безболезненно выпал. От зуба осталась лишь культя, которую я удалил в начале января 1724 г. Эта культя беспокоила пациентку лишь несколько дней, хотя до этого она была у нее 11 лет. В восстановлении этого зуба нет никаких сомнений, он никак не мог быть молочным, поскольку даме пришлось удалить предшествующий ему, и врач сломал его, оставив культю, которую удалил г-н Дюмон. И только после того как прошло какое-то время после удаления культи, этот зуб восстановился.

Вывод

Вероятно, абсцесс произошёл из-за давления на десну, которое произвел режущийся зуб. Несомненно, к нарыву и абсцессу косвенно привело частичное воспаление из-за переполненных сосудов. Эти два обстоятельства и предопределили такое быстрое формирование нарыва. Лечение не было бы таким успешным, если бы абсцесс не был вскрыт до того, как гной стал причиной кариеса кости. Скопление гноя не разрушило режущийся зуб, готовый восстановиться, потому что, перед тем, как начать оказывать давление на дёсны, он уже достаточно оформился и мог противостоять тлетворному воздействию гноя. Если бы абсцесс лечили лишь тампонами разной формы, если бы его лишь зондировали и спринцевали, то это не только задержало бы лечение, но и, возможно, разрушило бы зуб до того, как он появился. Второй зуб мог бы не прорезаться с такой же лёгкостью, если бы не удовлетворительное состояние дёсен и не успешное истечение гнойной массы абсцесса на месте первого зуба, которое расслабило сосуды и дало второму прорезаться без боли как до, так и во время процесса прорезывания. Эти два восстановившихся во второй раз зуба появились без эмали или с очень тонкой и недоброкачественной эмалью. Но поскольку процесс окостенения не завершился, разрушение новых

зубов было предопределено – стиранием, равно как и процессом жевания, контактом с воздухом и растворением в слюне, которая бывает более или менее активной, в зависимости от её различных состояний.

Краткая жизнь зубов, восстановившихся во второй раз и довольно поздно, даёт нам возможность понять, насколько важно для зубов иметь твёрдость и хорошее покрытие эмалью, поскольку при отсутствии этих условий такие зубы не выполняют своей роли и существуют недолго.

ГЛАВА XXVI

О ЗУБАХ, ВЫРАСТАЮЩИХ ПОЗДНО
или совсем не появляющихся

Мы часто видим рты без зубов, и это иногда происходит из-за того, что с опозданием вырастают коренные зубы или же они не вырастают вовсе. Я наблюдал несколько случаев, когда из-за рахита зубы появлялись довольно поздно. Также было несколько подобных случаев, когда зубов прорезалось лишь несколько. В Туре я наблюдал маленького мальчика, примерно 6 лет от роду, большая часть зубов которого не появилась вообще. У него их было лишь несколько в передней части рта.

Я несколько раз видел взрослых людей, у которых так и не выросли некоторые коренные резцы нижней челюсти. Кроме того, мне попадались взрослые без боковых резцов, так и не сменившихся на коренные. И наконец, были случаи, когда не прорезались коренные клыки и малые моляры, хотя молочные зубы и выпали естественным образом.

Вывод

Для 20 молочных зубов является обычной их смена коренными после того, как они выпадут сами, или после необходимого удаления, а иногда и без выпадения или удаления. Бывают случаи, когда коренные зубы режутся рядом с молочными, которым следовало бы выпасть, но этого не произошло. Но природа весьма редко совсем не растит коренные зубы; если же это происходит, то означает, что зародыш второго зуба по какой-то (не всегда известной) причине погиб или вообще не был сформирован, поэтому и не сменил в установленном порядке соответствующий молочный зуб. В таких случаях нет иного выхода, кроме исправления этого недостатка путём вставления в пропущенные места природных или искусственных зубов.

ГЛАВА XXVII

ПЯТЬ НАБЛЮДЕНИЙ О ЗУБАХ, *скреплённых между собой различными способами*

Наблюдение первое

О двух кариозных зубах, составляющих практически одно тело, удалённых одновременно

В 1705 г. преподобный отец Реколе из Люда, что в Анжу, обратился ко мне с просьбой удалить большой моляр, который причинял ему сильную боль. Я осмотрел его рот, увидел, что зуб сильно разрушен. Облегчить боль можно было, лишь избавившись от него. Но захватив инструментом тот зуб, который подлежал удалению, я неожиданно вытащил два. Сначала я подумал, что совершил серьёзную ошибку, но потом увидел, что второй зуб был так же разрушен, как и первый, и что они были скреплены корнями настолько сильно, что практически составляли одно целое. Г-н Реколе, думая, что я ошибся, решил посмотреть, сказал ли я правду. Для проверки мы взяли нож и приложили лезвие к этим двум зубам. После чего мы ударили по ним камнем, но разделить их нам удалось, лишь раздробив на куски. Этого оказалось достаточно, чтобы священник убедился – удалить один зуб без другого было невозможно. То, что я приложил столько усилий, чтобы продемонстрировать преподобному отцу интересный нам обоим феномен, дало нам возможность расстаться добрыми друзьями.

Вывод

То обстоятельство, что зубы соединены лишь корнями, становится очевидным только после их удаления. Совсем иной случай, когда зубы соединены телами, поскольку в этой ситуации врач должен ещё до операции предупредить пациента, что невозможно вытащить один зуб без другого. Когда факт скрепления зубов обнаруживается лишь после удаления, об этом следует сказать пациенту в тот самый момент, когда факт скрепления стал явным, чтобы оправдать удаление второго зуба,

виной чему явилась лишь природная причина. Таким образом, удастся избежать как обвинений в адрес зубоврачебного искусства, так и упреков в отсутствии опыта у врача.

Наблюдение второе

О двух скреплённых зубах, составляющих одно тело

Двадцатого декабря 1723 г. ко мне привели весьма страдающую от зубной боли мадмуазель Ле Муан, 8 лет, проживавшую в Париже, в коллеже Сен-Малюар. Осмотрев её рот, я увидел, что клык и боковой резец правой части нижней челюсти были настолько слиты, что составляли одно тело. Их разделяли лишь неглубокая канавка, которая шла по их телу, и небольшое разделение кончика. Этот двойной зуб, составленный из двух молочных, был всё ещё крепок. Я не удалил его, опасаясь повредить зародыши, из которых должны вырасти коренные зубы.

Наблюдение третье

Весьма похожее на предыдущее

Шестнадцатого января 1724 г. меня вызвали в семью г-на Оже, оптового торговца с улицы Веррери. Я осмотрел зубы его дочери, примерно 8 лет от роду. Я заметил, что её молочный боковой резец на правой стороне верхней челюсти соединён с ближайшим клыком, что весьма необычно. Я сообщил об этом её отцу и матери, а также г-ну Дандро, чиновнику Счётной палаты, и нескольким присутствовавшим там людям.

Вывод

Сложно сказать, происходит ли сращивание двух зубов от слияния их зародышей. Если межальвеолярная (межлуночная) перегородка не формируется, то две альвеолы сливаются в одну лунку и, соответственно, порождают двойной зуб или зубы-близнецы. Наличие таких зубов является большой помехой. Ведь если один из них разрушается под действием некоего недуга, то и второй зуб, скорее всего, ждёт подобная судьба.

Наблюдение четвёртое, весьма необычное

О здоровом зубе, который я едва не вытащил вместе с его кариозным соседом, так плотно оба были соединены с межлуночной перегородкой

В 1711 г. обувщик из Нанта обратился ко мне, чтобы удалить первый малый моляр правой стороны верхней челюсти. Зуб был кариозный и доставлял невыносимую боль. Я понимал, что удаление не обойдется без трудностей, однако не побоялся приняться за дело и довел его до

успешного конца. К счастью, во время операции я увидел, что вместе с удаляемым зубом второй малый моляр тоже выходит из лунки. Я немедленно ослабил давление. Было ясно, что внешняя часть и межлуночная стенка двух альвеол настолько крепко держатся за эти зубы, что мои усилия приведут к разрыву стенки и её отрыву от остальной части альвеолы. Поняв это, я вставил оба зуба обратно в лунки, вправив их, после чего подрезал напильником держащие их вместе части альвеолы. В результате удалось вытащить кариозный зуб, а его сосед, который вначале расшатался, сел в лунку так же крепко, как и раньше. Если бы я не пошёл на это, то проделал бы громадное отверстие в верхней челюсти на месте альвеол и части десны, и более того, вырвал здоровый зуб, поскольку он последовал бы за больным.

Вывод

Удаляя зубы, каждый день рискуешь столкнуться с чем-то, не виденным ранее. Избежать несчастного случая можно только одним, а именно осторожностью и неторопливостью при операции. Зажав зуб, его начинают постепенно вытаскивать, всё время наблюдая за сопротивлением, которое оказывает зуб первым попыткам, а особенно за тем, как себя ведут соседние зубы. Если последние шатаются, то напрашивается вывод, что они соприкасаются с какой-то частью того зуба, который вы удаляете. При явном шатании велика вероятность того, что зубы соединены друг с другом или с межлуночной стенкой (или иной частью) альвеол. В таком случае необходимая процедура – та, что описана в данном наблюдении или (более полно) в главе XIV. Если врач хорошо обучен, осторожен, опытен и искусен, то он сможет не только избежать многих неприятных моментов, но и придумает новые методы оперирования, из которых люди извлекут великую пользу.

Наблюдение пятое

О двух зубах, соединённых единым телом

В 1712 г. стрелок жандармерии Нанта обратился ко мне, чтобы удалить второй большой моляр на левой стороне верхней челюсти, который причинял ему сильнейшую боль. Осмотрев рот пациента, я увидел, что зуб разрушен, и решился на его удаление. Надо сказать, что я всегда очень осторожен и не допускаю спешки при удалении зуба, помня о том, что некоторые из них могут оказаться соединёнными друг с другом. В ходе процедуры я почувствовал, что соседний последний моляр движется следом за ним. Я прекратил удаление первого, решив, что смогу отделить второй напильником или иным инструментом, но расстояние до него не

позволяло сделать этого, поэтому мне пришлось удалить оба зуба. После того я увидел, что альвеола соединяла их так же крепко, как во всех иных описанных случаях.

Вывод

Из сказанного можно сделать вывод: при удалении зубов всегда надо соблюдать осторожность. Иногда из-за формы своих корней зубы плотно врастают в альвеолы, и если не обратить на это внимание, то могут наступить весьма неприятные последствия. Бывает, что зубы соединены корнями или телами, причём это может быть незаметно. Иногда два соседних зуба соединены частью альвеолы, с которой они оба сцеплены с разных сторон. Во всех подобных случаях, если факт соединения становится очевидным при первом движении зуба, но ещё до удаления, то осторожность и осмотрительность в ходе операции весьма способствуют её успешному завершению.

ГЛАВА XXVIII

ДВЕНАДЦАТЬ НАБЛЮДЕНИЙ
о кривых и неровно расположенных зубах

Наблюдение первое

О неровных, испорченных и кривых зубах, которые после тщательного лечения стали весьма красивыми и ровными

В 1723 г. г-н Фейдо, в то время около 14 лет от роду, имел кривые и неровные зубы, тонкие, заострённые, изборождённые и покрытые несчётным количеством оспин, чёрных пятнышек, а также многими бугристостями; внешняя сторона эмали казалась покрытой шипами, дёсны же были весьма распухшими. Рот его был настолько уродлив, что зубов как будто не было, а если и были, то только весьма дурные. Этот молодой человек учился в коллеже дю Плесси, куда меня пригласили к другим пациентам. Пациент был представлен мне священником, г-ном де Гааллоном, его наставником, после чего мне был задан вопрос, могу ли я привести в порядок рот юноши. Взглянув на зубы пациента, я был поражен их печальным состоянием и решил, что все они гнилые и не могут быть сохранены. Однако, посмотрев внимательнее, я рассудил, что могу оказать немалую помощь. Я сказал г-ну де Гааллону и всем присутствующим, что со временем смогу сделать зубы г-на Фейдо настолько великолепными, что это поразит всех, кто видел их вначале. Наставник передал мой прогноз родителям, и те приказали сыну явиться ко мне на лечение. Я начал с того, что удалил излишнюю часть десны и выпустил из дёсен скопившуюся там кровь, затем очистил зубы, отшлифовав весьма нуждающиеся в этом их поверхности. Я выправил те, что выходили из полукруглого ряда, ниткой и тонкой серебряной пластинкой. Причём настолько, что, работая над зубами г-на Фейдо раз в день или в два дня, я менее чем за 2 месяца привёл их в то состояние, которое обещал, и сегодня они настолько же красивы и здоровы, насколько раньше были неровными и уродливыми.

Вывод

Зубы этого юноши оказались в таком печальном состоянии только по причине небрежения и плохого ухода. Если бы их очистили ранее, то налёт и остатки пищи не изуродовали бы так их эмаль и губчатую ткань дёсен. При промедлении с лечением успех операции был бы вообще недостижим; сами дёсны были бы разъедены и разрушены настолько, что зубы расшатались бы, практически отделившись от дёсен и альвеол, после чего одни выпали бы сами, а другие разрушил кариес. Исправления, которые я сделал во рту этого юноши, хоть и были довольно запоздалыми, всё же счастливо предотвратили эти неприятные последствия и восстановили зубы настолько хорошо, что вы вряд ли заметили бы, что когда-то они были в плохом состоянии.

Наблюдение второе

О кривых зубах, кончики которых были наклонены в сторону нёба

В 1723 г. у 14-летней дочери г-на Роллана, чиновника Счётной палаты, живущего в Париже, боковые (средние) резцы верхней челюсти стояли весьма криво, будучи наклонёнными в сторону нёба. Я начал с того, что отделил их напильником от соседних зубов, чтобы при исправлении их ничто не мешало. Эта операция дала мне возможность повернуть зубы вперёд, то есть придать им нужные порядок и расположение, снова воспользовавшись нитью и серебряной пластинкой. Действуя таким образом, я восстановил их правильное положение менее чем за 3 недели.

Наблюдение третье

Весьма похожее на предыдущее

В тот же самый год два боковых (средних) резца юного г-на Датюара, примерно 12 лет, сына г-на маркиза де Мюра и внука г-на прево торговцев Парижа, стояли криво, с наклоном к нёбу. Я исправил их нитью и тонкой серебряной пластинкой. Удовлетворительного результата я добился за 5 недель

Наблюдение четвёртое

О нескольких резцах, искривлённых и наклонённых в разные стороны

В тот же самый (1723) год ко мне привели сына г-на де Вервиля, шталмейстера Малых королевских конюшен. Этому молодому человеку было около 10–12 лет. Два резца его нижней челюсти сильно выбивались из ряда и были наклонены в сторону языка, а третий резец той же челюсти был наклонён и немного загораживал один из двух первых

зубов. Неправильность его зубов не ограничивалась нижней челюстью: зубы верхней челюсти были в таком же беспорядке, что и зубы нижней. Крайний резец с правой стороны этой челюсти был наклонён к нёбу, одна из боковых сторон центрального резца была повернута немного вперёд, а другая – назад. Я восстановил идеальное положение всех этих зубов, сумев добиться успеха за 2 недели, применив 7 раз нить и ничего более.

Недавно я так же исправил зубы сына г-на де Плёра, советника парижского парламента. Все резцы молодого человека, примерно 12 лет от роду, были неровными и кривыми. Кончики одних были наклонены внутрь, других – наружу, что весьма уродовало рот и нарушало его функции. Очистив их, выпрямив и отделив друг от друга напильником, я исправил их положение нитью и полностью преуспел в этом менее чем за 6 недель.

Вскоре после этого мадам Жоли де Флёри, жена генерального прокурора парижского парламента, отправила меня в женский монастырь в Льес-Нотр-Дам, чтобы я осмотрел рот её дочери, примерно 14 лет, которая в то время воспитывалась в этой обители. Осмотр выявил беспорядок в расположении резцов и клыков, которые занимали неверное положение, были кривыми, не соответствовали друг другу по длине, покрылись бороздками и многими пятнышками; кончики одних были наклонены внутрь, других – сильно наружу. Я применил те же средства, что описал выше, тщательно разделив их, чтобы облегчить процесс исправления, чего я с великим успехом и добился за 12 применений шёлковой нити.

Наблюдение пятое

О сломе вершины большого резца и о полном переломе соседнего с ним среднего резца

В январе 1727 г. сын г-на президента Амело де Гурне, 13 лет, упал лицом на камень, сломав значительную часть кромки большого резца с левой стороны верхней челюсти и полностью сломав соседний с ним малый резец так, что остался лишь корень. Молодого человека привели ко мне. Я удалил корень и переместил клык и первый малый моляр на то обширное место, которое освободилось после удаления. Также я передвинул три оставшихся резца, и сегодня это место в зубном ряду настолько хорошо заполнено, что совершенно не видна потеря какого бы то ни было зуба. Я достиг этого применением нити, которую я надевал в течение 5 недель каждые два дня, после чего спилил слишком длинные зубы так, что зуб с обломанной вершиной казался почти неповреждённым.

Наблюдение шестое

О неровных и сильно искривлённых зубах и возможности их исправления до естественного положения пеликаном

В 1712 г. жена г-на Мазьера, в то время бывшего первым клерком г-на де ла Серра, главы налоговой службы в Анжере, проживающая в Париже на улице Ренар, отправила ко мне свою дочь, примерно 11 лет (сейчас она монахиня в обители Дочерей Божьих на улице Сен-Дени). Два передних зуба девушки на правой стороне верхней челюсти были весьма сдвинуты и наклонены внутрь, к нёбу. Для исправления этих зубов я воспользовался пеликаном. Операция позволила мне поставить их на места без особой боли для пациента. Я, как обычно, связал их нитью, чтобы они оставались там, иначе упругость альвеол и дёсен заставила бы их вернуться в прежнее положение. Я добился такого успеха, что казалось, будто у неё никогда не было проблем с зубами. Через 8 дней я снял нить, и зубы остались прямыми и ровными. Никто не советовал мадам Мазьер сделать дочери такую операцию, однако она всё же послала дочь ко мне, причём без ведома тех дам, что тогда гостили у неё. Они были приятно удивлены такой скорой и успешной переменой во внешнем виде девушки.

Вывод

Когда дантист умел, искусен и опытен, никакая иная хирургическая операция не увенчается таким скорым успехом. Если надо удалить инородные тела, крепко приставшие к зубам, очистить и отбелить зубы, то это лишь вопрос процедуры, после которой зубы обретут такое состояние, как будто они заново возродились. Если обработать зубы напильником, чтобы отделить их друг от друга или придать им правильную форму, то по окончании операции зубы невозможно узнать, ибо они выглядят гораздо более ровными и одинаковыми, чем ранее, не так ли? Сколько раз пациентов мгновенно излечивали от невыносимой боли быстрыми и умелыми операциями? Если зубы кривые, не уродуют ли они тем самым рот, да так, что на него невозможно взглянуть? А коли так, то при желании исправить это уродство, стоит лишь обратиться к умелому дантисту, довериться ему и дать ему провести операцию, и расположение зубов изменится так, что пациент будет иметь счастливую возможность поразить тех, кто не привык видеть эти небольшие чудеса врачебного искусства. Именно эта реакция и произошла в том обществе, к которому мадмуазель Мазьер присоединилась через 2 часа после того, как я закончил исправление её зубов.

Наблюдение седьмое

О кривых и неровных зубах, о том, что является причиной такого состояния, и мерах его исправления

Г-н Креспи де ла Мабильер, проживающий в Анжере, в юном возрасте отказался от удаления молочных зубов, которые препятствовали прорезыванию вторых резцов и клыков, и это нежелание привело к тому, что молочные зубы слишком долго не выпадали, поэтому вторые резцы и клыки появились за пределами зубной дуги, что весьма изуродовало рот. Его родственники и друзья обратили его внимание на неприятные последствия такого расположения зубов, после чего он решил удалить те, которые невозможно спасти, но окончательное решение было принято, когда ему было уже 22 года. Я имел честь быть знакомым с молодым человеком и его семьёй и пользоваться её расположением, поэтому в 1696 г. меня попросили прийти и привести его зубы в порядок. Я тщательно осмотрел их положение, которое было весьма неправильным и которое невозможно было исправить, не удалив некоторые зубы. Я начал с того, что удалил клыки верхней и нижней челюстей, мешавшие ряду остальных зубов. Я удалил три из них, которые были такого размера и длины, что сильно выпирали изо рта наружу, большинство резцов, находившихся за клыками, склонялись к языку и перекрывали один другой. Удалив эти 3 зуба, я использовал пеликан, чтобы расшатать неправильно стоящие резцы и по очереди подвинуть их вперёд, в то положение, которое было бы для них естественным. Затем я использовал соседние зубы, чтобы с помощью вощёной нити укрепить те, которые я подвинул; нить я оставил примерно на 2 недели. Когда я её снял, зубы оказались так крепко сидящими и в таком правильном порядке, что не осталось и намёка на то, что когда-то они стояли неправильно. Методы, посредством которых надо укреплять зубы, будут рассмотрены в главе IX второго тома.

Вывод

Никакая предосторожность не окажется излишней, когда необходимо предотвратить неверное расположение зубов, причиной которого почти всегда является невыпадение молочных зубов к тому моменту, когда режутся коренные. Если молочные зубы не выпадают, то коренным не остаётся места, и они, вместо того чтобы образовать ровную линию, режутся сбоку, появляются и с внутренней, и с внешней сторон десны, в то время как молочные зубы сохраняются. Именно в этот момент и следует удалить молочные зубы, чтобы дать место для роста коренных, которого иначе у них не будет. Если же этого не сделать, то коренной зуб вырастет под углом, общим результатом чего будет то, что какие-то зубы начнут

расти наружу, какие-то внутрь, что изуродует весь рот. Единственный способ поправить положение состоит в удалении некоторых зубов и в последующей перестановке и фиксации других. Чем дольше это откладывать, тем сложнее становится операция, увеличивая связанные с ней страдания и неудобства. Сейчас больше не должно оставаться сомнений в том, что эта операция возможна и что ей сопутствует успех.

Наблюдение восьмое

О двух неровно стоящих резцах

В 1719 г. мадам Оней, проживавшая в Сен-Жермен-ан-Ле, привела ко мне дочь 10–12 лет. У юной особы весьма неровно стояли два средних резца верхней челюсти. Я исправил их положение пеликаном и привёл в необходимое состояние в присутствии ее матери и жены г-на Дюваля, парижского присяжного хирурга. После операции я укрепил их нитью, сняв её через несколько дней. Зубы девочки стали настолько крепко сидящими и ровными, что не было сомнений в том, что когда-то их положение было иным. Если бы её молочные зубы были удалены вовремя, то коренные не выросли бы так неровно.

Наблюдение девятое

О зубе, который, казалось, рос на нёбе, и чьё положение было исправлено

В тот же (1719) год г-н де ла Барр, примерно 30 лет, обратился ко мне по поводу правого клыка верхней челюсти, повёрнутого к нёбу и выгляделшего из-за этого ущербным. Он попросил меня исправить зуб, что я и сделал с помощью пеликана, зафиксировав положение клыка нитью, причём преуспел в этом настолько быстро, что было сложно убедить пациента в том, что исправленный зуб был действительно тем, который ранее отклонялся к нёбу. Пациент утверждал, будто я заменил его зуб на искусственный, причём так упорствовал в своём заблуждении, что мы поссорились. Это был тот случай, когда я пожалел о столь удачном исходе операции. Лишь по прошествии 8 дней, когда я снял нить, пациент увидел, как хорошо зуб выправлен и как крепко сидит, после чего уже не мог отрицать, что этот зуб – его собственный.

Наблюдение десятое

Весьма похожее на предыдущее

В тот же год мадмуазель Мари-Анн Рено, племянница г-на Дюшмена, актера королевской труппы, обратилась ко мне с таким же зубом и в том же положении, что в предыдущем случае, желая исправить

его, что я мгновенно и произвёл с помощью пеликана. Я применил те же средства, что и у г-на де ла Барра, с тем же прекрасным результатом.

Вывод

Из этих наблюдений следует, что зачастую исправить зубы легко, но с непременным условием, что у врача есть необходимые для этого инструменты и что он умеет ими пользоваться, учитывает все обстоятельства, описанные в главе VIII второго тома. Из приведённых наблюдений следует, что есть зубы, исправить которые не так-то легко, а есть и такие, которые трогать вообще не следует из-за возникающих непреодолимых сложностей.

Наблюдение одиннадцатое

О неровных и весьма кривых зубах

В 1719 г. аббата Морена из Шартр-ан-Босс, примерно 22 лет, осмотрели несколько моих собратьев по профессии, чтобы понять, можно ли исправить его клыки и резцы, которые стояли весьма неровно и были очень искривлены. Некоторые из медиков нашли его случай таким сложным, что посоветовали вообще ничего не делать. Но судьба привела его ко мне, причём в тот момент, когда у меня находился один из моих коллег. Мы тщательно осмотрели его рот. Поскольку этот врач был старше и, как мне казалось, опытнее меня, я спросил его мнение о том, какому способу лечения надо следовать в этом случае. Он не дал мне ответа (на что я надеялся), то ли не желая давать совет, то ли не имея мнения вообще, поэтому мне пришлось сказать пациенту, что сам берусь выправить эти зубы за 3–4 дня. Мой коллега не знал, что это можно сделать так быстро. По прошествии этого времени любопытство заставило его вернуться, и он был поражён, увидев, что зубы аббата Морена приведены в полный порядок. С того момента он более не сомневался в правдивости моих слов.

Вывод

Простейшие операции кажутся невозможными для тех, кто недостаточно образован. Примеры этому мы видим каждый день. То, что кажется невероятным одному, с лёгкостью выполняется другим. Г-н аббат Морен имел счастливую возможность в этом убедиться на себе. Если бы он поверил мнению других врачей, то его зубы остались бы неровными, кривыми и неспособными выполнять свои функции.

Наблюдение двенадцатое

О неровно стоящем резце, положение которого было быстро исправлено пеликаном

Несколько лет назад жена г-на Госсе, корректора Счётной палаты, живущая на улице Бург-л'Аббе, пригласила меня осмотреть зубы её дочери, которой тогда было 12 лет. Я обнаружил, что левый средний резец верхней челюсти девочки стоял весьма неровно и был наклонён в сторону нёба. Мать спросила меня, возможно ли вернуть этот зуб в нормальное положение, исправив дефект, причиной которого он являлся. Я ответил, что могу легко это сделать за 8–10 дней с помощью нити, при условии, что мадмуазель будет приходить ко мне каждый день. Так как к девочке на дом каждый день в определённое время приходили учителя, а родители не хотели прерывать обучение, моё предложение не было принято. Это заставило меня предложить, если мать того желает, исправить зуб за несколько минут.

Удивлённая таким коротким сроком, необходимым для операции, она, не колеблясь, согласилась, предложив мне действовать. Я начал с того, что опилил искривлённый зуб, поскольку соседние стояли слишком близко, занимая необходимый для него промежуток. После этого я вытянул зуб вперед пеликаном и поставил его в его естественное положение, как и обещал. Это сильно поразило мать, её сестру и ещё нескольких присутствующих там людей, которые сказали мне, что они часто видели, как исправлял зубы покойный г-н Кармелин и иные врачи, но никогда не сталкивались с таким способом лечения и настолько коротким временем исправления дефекта. Как только зуб встал в ряд с другими, я присоединил его к рядом стоящим зубам обычной нитью и оставил её там на 8 дней, во время которых я велел девочке полоскать рот 4–5 раз в день вяжущей жидкостью (железной водой), смешанной пополам с травяной микстурой. Зуб встал и укрепился так хорошо, что не осталось и намёка на прошлую неровность его расположения.

ГЛАВА XXIX

НАБЛЮДЕНИЕ ОБ ИСТИННОМ ВЫВИХЕ ЗУБА

и о произошедшем по его вине сращении

Пятнадцатого января 1724 г. Жанна Варьян, жена Жана Юэ, по прозвищу «Гаренна», солдата гренадёрской роты г-на де Визе, живущая в предместье Сен-Жермен, на улице Корн, привела ко мне свою дочь Катрин Юэ, около 9 лет. Девочка страдала от боли во рту, причиной которой был полный вывих малого моляра на левой стороне нижней челюсти. Я осмотрел её рот и увидел, что зуб совершенно покинул лунку, будучи при этом повёрнут между соседними зубами таким образом, что его кончик касался языка, шейка и часть корня были покрыты десной, а конец корня пробил и пронзил десну и внутреннюю часть нижней губы около щеки. Удалить зуб было несложно, что я и сделал весьма аккуратно, обхватив его тело. После удаления я осмотрел место расположения зуба. Лунка оказалась осевшей, дёсны разорванными и покрытыми во многих местах язвами, причём внешняя десна настолько приросла к губе, что мне пришлось разрезать перемычку бистури. Я заставил пациентку прополоскать рот водой с уксусом, а чтобы помешать десне снова срастись с губой в том месте, где их касающиеся поверхности были покрыты язвами, положил между ними небольшой тампон, пропитанный розовым мёдом. Тампон сменялся по утрам и вечерам, и через несколько дней девочка была здорова. Смещение этого зуба могло быть вызвано лишь внутренней причиной. Если бы альвеола не исчезла, я бы попытался поставить зуб на место, так как он был не кариозный. Но поскольку альвеола закрылась, восстановление зуба было невозможно, если, конечно, он не был молочным.

Вывод

Сместить зуб могла только некая внутренняя причина. Соки, омывающие дёсны и зубную оболочку, сделались едкими и, можно сказать, иссушили десну, отделили зуб от альвеолы так, что зуб, покинув

своё место, наклонился к языку и пробил корнем внешнюю десну. Оставаясь в таком положении, зуб был закрыт десной и раздражал своим кончиком язык, а концом корня бередил щеку, что и привело к срастанию десны и щеки. Если бы с удалением зуба промедлили, то язвами покрылся бы и язык, ещё большими – дёсны, что привело бы к тому, что изъязвление и наросты, и так уже сформировавшиеся, стали бы ещё большими в размерах. Из этого можно сделать вывод: когда имеется вывих зуба такого рода, удаление должно быть скорым, то есть таким, которое я и осуществил. Только так можно полностью излечить пациента от подобного недуга.

ГЛАВА XXX

ПЯТЬ НАБЛЮДЕНИЙ О ЗУБАХ, УДАЛЁННЫХ *и вновь вставленных в лунку или же пересаженных в рот другого человека*

Наблюдение первое

О кариозном зубе, который удалили, а потом опять поместили в ту же лунку, причём зуб полностью прижился

В 1712 г. в Париже я удалил и вновь вставил резец нижней челюсти г-ну ле Фору, чьего титула и адреса я не знаю. Этот зуб пробыл у меня на столе почти четверть часа после удаления и до того, как я вставил его обратно, однако он так хорошо и крепко сел в лунку, что и сегодня так же устойчив, как и раньше, хотя и был кариозным. Я предложил поставить на него пломбу, но поскольку боли не было, пациент ко мне не вернулся. С тех пор я встречал его несколько раз, не преминув осмотреть при этом зуб. Я находил его в том же состоянии, что и до операции.

Наблюдение второе

Весьма похожее на предыдущее

Десятого апреля 1725 г. ко мне пришла старшая дочь г-на Трибюо, королевского органного мастера. Она страдала от сильной боли по причине кариеса первого малого моляра с правой стороны верхней челюсти. Девушка не знала, что делать, ей хотелось удалить зуб, чтобы избавиться от боли, но она не могла решиться из-за щербатости, которую причинила бы потеря зуба. Это и заставило её спросить меня, смогу ли я вставить зуб обратно после удаления, как я сделал у её младшей сестры.

Я сказал, что сделать это просто при условии, что зуб в процессе удаления не сломается, не треснет лунка, а разрыв десны будет небольшим. Услышав мои слова, она решилась. Я со всей осторожностью и так удачно вытащил зуб, что он не сломался, а альвеола и дёсны вовсе не были повреждены. Это дало мне возможность сразу же вставить его обратно в лунку,

и я посадил зуб на то же место, которое он до этого занимал.

После этого я на несколько дней привязал зуб к соседнему простой ниткой. Он сел так плотно, что, казалось, его никогда не удаляли. Зуб немного поболел (в течение 2 дней после операции), причиной чего, скорее всего, было небольшое раздражение оболочки лунки. Возможно, боль явилась результатом давления корня на полуоторванные частички или небольшой участок оболочки. Однако операция прошла без осложнений, и зуб исполнял присущие ему функции так же, как и все остальные. Он лишился чувствительности, и я запломбировал его кариозное дупло, чтобы зуб лучше сохранился.

Наблюдение третье

О кариозном зубе, удалённом и вновь вставленном в альвеолу

Двадцать девятого апреля 1727 г. мадмуазель де ла Рош, 30 лет, гувернантка детей г-на де Ламуаньона де Блан-Мениль, парламентского судьи, проживающего в Отель де Ламуаньон на улице Паве, квартал Маре, обратилась ко мне по поводу боли первого малого моляра с правой стороны верхней челюсти, покрытого кариесом с боковой и задней стороны. Осмотрев рот пациентки, я сказал, что иного способа лечения, кроме удаления, нет. Поскольку все остальные её зубы были красивы и здоровы, ей не хотелось терять этот из-за неизбежной щербатости после удаления, и я сказал ей, что, если мне удастся вытащить зуб, не сломав его и не причинив большого ущерба лунке и десне, то вставить обратно и укрепить его будет несложно. Согласие было получено, и я, вытащив кариозный зуб, тут же вставил его обратно в лунку, прикрепив к соседним зубам нитью. Я велел пациентке полоскать рот 5–6 раз в день смесью из половины пинты красного вина, настоянного на железе («стальное», или «железное», вино), смешанного с унцией розового мёда и полной столовой ложкой кровоостанавливающего вяжущего средства моего изобретения. На двенадцатый день я снял нить, которая удерживала зуб, и увидел, что он стоит крепко. Некоторое время спустя я вычистил кариес и поставил пломбу. Боли прекратились, и зуб исполняет свои функции не хуже остальных зубов.

Позже я провёл такую же операцию молодой даме около 23 лет, и успех оказался ещё большим.

Наблюдение четвёртое

О здоровом зубе, удалённом по вине пациента, но быстро и успешно вставленном обратно в лунку, чего пациент даже не заметил

В 1722 г. младшая дочь уже упомянутого г-на Трибюо, которой

тогда было 18 лет, обратилась ко мне с просьбой удалить второй малый моляр с правой стороны нижней челюсти. Кариозный зуб причинял невыносимую боль. Молодая особа испытывала столь сильный страх перед удалением, что ей потребовалось собрать в кулак всю свою храбрость и здравый смысл, чтобы решиться на это. Зуб был очень мал, заметно сплющен с боков и стоял между соседними зубами весьма плотно. Эти обстоятельства заставили меня использовать самую узкую часть пеликана, которая могла пройти между зубами справа и слева, чтобы не беспокоить их во время удаления зуба. Я предупредил молодую особу, что удалить зуб будет трудно, поэтому она должна сидеть спокойно, не двигать головой и не хватать меня за руки. Но как только я ввёл инструмент ей в рот, пациентка сразу же начала делать это. В такой ситуации я не смог бы зацепить нужный зуб или удалил бы не тот, поэтому предпочёл вообще ничего не предпринимать, чтобы избежать подобной неприятности. Дама пообещала вести себя так, как я её просил, но, когда я наложил инструмент на зуб и уже готовился тащить его, она со страху вцепилась мне в руку и завертела головой, что заставило инструмент, несмотря на все меры предосторожности, соскользнуть на соседний малый моляр, который и был вырван. Меня это не смутило, я удвоил усилия и удалил нужный зуб. Это заставило женщину решить, что в первый раз зуб просто выскользнул. Я быстро вставил находившийся у меня в руке здоровый зуб обратно, сказав ей, что он был не вырван, а просто расшатан. Затем прикрепил этот зуб к соседним зубам вощёной нитью и оставил в таком положении на 8–10 дней. Зуб сидел крепко, цвет его не поменялся, и сейчас он выглядит так, как будто его никогда не удаляли. Примерно через год пациентка снова пришла ко мне с целью подровнять зубы, и я подпилил их ей, включая и тот, что вставил, чтобы они были одной длины. Зуб был так же крепок и сохранял такую же чувствительность, что и до удаления. Тогда-то я и рассказал даме о произошедшем. Она ответила, что то же самое случилось на левой стороне той же челюсти, но удалявший зуб врач не сообразил вставить его обратно.

Когда случайно удалён здоровый зуб, его всегда следует поместить обратно в лунку, и весьма часто он приживается.

Наблюдение пятое, весьма необычное

О чувствительности зуба, пересаженного от другого человека, и сильной боли, которую он вызывал

В 1715 г. я был в Анжере, и ко мне обратился г-н Ромате, капитан второго пехотного батальона (в настоящее время королевский лейтенант в Байонне), чтобы я удалил ему клык на левой стороне верхней

челюсти. Этот зуб был основательно разрушен. Пациент спросил, смогу ли я заменить его зуб на другой, недавно удалённый у другого человека. Услышав, что это возможно, он тут же послал за предупреждённым заранее солдатом своей роты. Я осмотрел предлагаемый клык и нашёл его чересчур большим и со слишком толстой внутренней стороной. Однако выбора не оставалось, я решил использовать тот зуб, что был в моём распоряжении, уменьшив его напильником. Я удалил зуб у солдата и опилил его, уменьшив длину и обхват. Этого нельзя было сделать, не вскрыв полость зуба. Я предложил поставить свинцовую пломбу, как только зуб укрепится в той лунке, куда его пересадили. Через 12–15 дней я запломбировал его. Но как только я поставил пломбу, у пациента возникла невыносимая боль. Она продолжалась и на следующий день, и мне пришлось вынуть свинец. Я и представить себе не мог, что зуб, перемещённый от одного человека другому, может болеть, поскольку его нервы и оболочка были разделены. Тем не менее, когда я удалил пломбу, боль мгновенно прекратилась, как будто зуб был снова удалён. После этого пересаженный зуб служил пациенту, словно его собственный.

Г-н Ромате приехал в Париж в конце 1723 г. и рассказал мне в присутствии нескольких заслуживающих доверия людей, что пересаженный мною зуб продержался 6 лет. По его мнению, он служил бы и далее, если бы его тело не было источено и изъедено кариесом, случившимся из-за открытой полости. В Байонне он попросил г-на де Гран-Шана вырвать корень разрушенного зуба, причём врач смог сделать это, лишь вскрыв сначала десну и причинив пациенту сильнейшую боль.

Вывод

Как можно объяснить боль, вызванную зубом, который я пересадил г-ну Ромате, не предполагая, что какая-то часть нервных волокон лунки вошла в корень и дошла до полости, породив этим соединением чувствительность в зубе?

Известно, что корневые каналы и содержащиеся в них сосуды очень узки, а жидкости, истекающие из разорванных сосудов, быстро свёртываются под действием соприкасающегося с ними воздуха. По этой причине и то, и другое становится препятствием для циркуляции зубной жидкости. Я признаю, что оба обстоятельства действительно создают сложности для соединения, но когда временной промежуток небольшой, то нет оснований опасаться, что соединения не произойдет. Оно обеспечивается жидкостями, идущими из лунки, которые преодолевают это препятствие и проникают в зуб, а из зуба – обратно в альвеолу, так что создаётся впечатление, что эти части не разъединялись вообще. В таком воссоединении и распределении нервов пересаженного зуба

можно быть вполне уверенным. Опыт показывает: если зуб вытащить из лунки, а потом вставить обратно или пересадить другому человеку, то он, после того как укоренится и укрепится, продолжает быть таким же чувствительным к действию напильника, как и те зубы, которые никогда не покидали своего места.

Иногда, даже если пересаженный зуб не соединился с чувствительными частями лунки, свинцовая пломба, вставленная в полость, причиняет боль, весьма похожую на вышеописанную. А происходит это оттого, что запломбированная полость не даёт выхода жидкости, которая истекает из концов разорванных сосудов и, скопившись, становится инородным телом, оказывающим давление на близлежащие сосуды.

Кроме того, скопившаяся жидкость меняет свою природу, давя на нервные волокна, беспокоя их и вызывая растяжение нервных тканей, что и становится причиной боли. Однако, как только я удалил пломбу и тем самым дал выход как скопившейся жидкости из сосудов, с её собственными едкими и агрессивными фракциями, так и той, которая проникла с едой и слюной, боль должна была прекратиться. Полость же, оказавшись промытой и вычищенной от гноя, запертого там свинцом и беспокоящего пациента, действительно прекратила болеть. Но это не излечило кариес, потому-то и следует следить за всем, что происходит и может произойти в подобном случае, а также ловить подходящий момент для вычистки и нового пломбирования зуба, то есть действовать так же, как с кариозным зубом, который не удаляли и не пересаживали.

Раньше считалось (а некоторые так считают и до сих пор), что зубы второй раз не приживаются и не закрепляются в лунках, если их от неё отделить. Ещё труднее поверить, что зуб, пересаженный другому человеку, может прижиться и закрепиться.

Ряд авторов защищает этот метод, другие же резко выступают против него. Однако удачные случаи, свидетелем которых я являлся, полностью доказали, что он возможен.

Г-н Моке, сьер де ла Мотт, хирург из Валони, в своем обширном трактате о хирургии (первый том, наблюдение второе) говорит о зубах, которые удаляют и вставляют обратно в их альвеолы. Он сразу же даёт понять, что преждевременно удалять некариозный зуб, когда его боль явилась следствием раздражения корневой оболочки, и советует, если зуб всё же был удалён, немедленно поместить его обратно. Автор утверждает, что зуб с лёгкостью укореняется вновь при условии, что в первые дни прилагаются все усилия для удержания его в лунке. Он пишет, что таких случаев у него было несколько, в частности упоминает дворянина из Валони, у которого был удалён и сразу вставлен обратно здоровый

зуб, который прекрасно укоренился и прижился. Поскольку у пациента тонкий нерв, соединявший зуб с лункой, был порван, автор надеялся, что боль прекратится навсегда. Однако это ожидание было обмануто, и несколько лет спустя его пациента настигла такая мучительная боль, что ему пришлось удалять этот зуб во второй раз. Вырвать его удалось только после нескольких попыток, причём вместе с ним была удалена часть нижней челюсти, что привело к неописуемой боли. Это позволило г-ну де ла Мотту заключить, что удовольствия без боли не бывает, но он всё равно рекомендовал подобный метод, то есть возвращение случайно вырванного зуба на место, так как считал, что последствия не будут такими катастрофическими. Он также уверял, что такие случаи в его практике часто увенчивались успехом.

Автор так объясняет сложности, сопровождавшие вторичное удаление зуба у упомянутого пациента: «Мембрана была частично оторвана, и лунка была оголена, поэтому зуб сросся в одно целое с открытой костью, что и стало причиной невозможности удалить зуб, не вырвав часть челюсти. Такое всегда может произойти в подобном случае, однако, поскольку сращение произошло случайно, его не следует опасаться». Своими рассуждениями автор подводит нас к следующему заключению: если возвращаемый в лунку зуб сохраняет оболочку или сама лунка покрыта ею, то не стоит бояться, что кость зуба срастётся с костью альвеолы, так как срастутся лишь мембраны, а это даст возможность удалить его во второй раз, не опасаясь вырвать с зубом часть лунки.

Наблюдения г-на де ла Мотта подтверждают возможность успешной посадки зуба обратно и даже пересадки его другому человеку. Да, это не всегда увенчивается успехом, и не все зубы держатся долго из-за неточного совпадения размера их корней с размером и формой тех лунок, куда помещают зубы.

ГЛАВА XXXI

ДВА НАБЛЮДЕНИЯ О ЗУБАХ, *вбитых в правую пазуху и в лунку верхней челюсти при попытке их удаления*

Наблюдение первое

О зубе, который шарлатан вбил в пазуху правой верхней челюсти и о последствиях этого

Чтобы читатель понял, как важно не доверять лечение серьёзных недугов никому, кроме опытных хирургов, я опишу печальное состояние, к которому в 1720 г. привело обращение к неучу г-на Анри Амаритона, сына г-на Амаритона, дворянина на службе короля, хозяина поместья Борекёй в приходе Нонет <…> что рядом с городом Исуар в области Овернь. Его очень беспокоили размер и положение клыка, который располагался за первым малым моляром на правой стороне верхней челюсти и был сильно наклонён к нёбу. Неудобство и боль, причиняемые этим зубом, заставили г-на Амаритона решиться на удаление. Приняв это решение в начале Великого поста того года, он отдал себя в руки некоего знахаря по имени ла Рош. Тот сначала усадил пациента в самую правильную, по его мнению, позицию, а затем взял ключ с отверстием, приставил его к кромке зуба и ударил по нему несколько раз камнем. Этим действием он вбил зуб поперек в челюстную пазуху так, что тот почти не был виден. Когда зуб исчез таким образом, шарлатан уверил всех присутствующих, что пациент проглотил его. Это показалось весьма вероятным, поскольку зуб искали и не смогли найти. Спустя некоторое время пациент почувствовал в этом месте сильную боль и послал за г-ном Дюве, своим врачом, который заметил маленькую твердую опухоль без воспаления на щеке у носа. Осмотрев рот пациента, он увидел три очень маленьких свищеобразных отверстия, из которых выделялась гнойная и весьма зловонная жидкость. Некоторое время спустя два таких же отверстия появились и на опухоли. Пациента отвезли в Клермон, где он получил несколько консультаций по поводу опухоли от местных врачевателей, а затем и в

Париже, у хирургов Арно[1] и Пти. Эти двое, ознакомившись с историей болезни, признали, что положение слишком серьёзное, чтобы проводить лечение неофициально, поэтому составили формальное заключение и передали в Клермон. Однако хирурги этого города не приступили к лечению. То ли потому, что случай показался им слишком сложным, то ли потому, что пациент не питал к ним достаточного доверия. В результате в июле того же года г-н Амаритон вернулся в Париж, к хирургам Арно и Пти. Они вскоре вылечили пациента: накладывали на опухоль в течение 10–12 дней компрессы, после чего г-н Пти удачно удалил зуб через надрез, сделанный на опухоли, которая, по его мнению, образовалась из-за действия кончика корня зуба. Обнажив корень, он ухватил его прямыми щипцами и вытащил весь зуб. Спустя несколько дней пациент излечился с применением обычных средств, причём лицо его не пострадало. От надреза практически не осталось следа, так что не было и намёка на то, что он был вообще сделан. Эта история была рассказана мне г-ном Амаритоном дю Плезир, родственником г-на Амаритона де Борекёй, с которым это, собственно, и произошло, и подтверждена хирургом, г-ном Пти.

Наблюдение второе

О зубе, вбитом в соседнюю лунку

В 1717 г., когда я находился в Анжере, с чесальщиком шерсти того же города произошло несчастье, похожее на вышеописанное, с той лишь разницей, что его зуб был перемещён в соседнюю лунку, из которой до того был удалён зуб. На этот раз помощь пациенту пришла более своевременно. Он пришёл ко мне спустя неделю после происшествия. Я удалил зуб прямыми щипцами, хотя в том месте не было никаких признаков содержащегося внизу зуба, так как он был полностью скрыт под образовавшейся опухолью. После удаления пациент стал быстро поправляться, будто бы я вырвал ему обычный зуб.

Вывод

Чаще всего происходит так: чтобы удалить зуб, люди идут к ближайшему зубодёру, и их с трудом можно заставить понять, какие опасности их подстерегают во время операции, которая вначале кажется им довольно обычной и простой. Хотя примеры неприятных последствий недвусмысленно предупреждают нас о возможных рисках, особенно если обращаешься к неучам и обманщикам, которые бестрепетно возьмутся за что угодно, лишь бы заполучить клиента. Оба вышеописанных случая подтверждают горькую истину. С позволения сказать, хирурги,

1 *Присяжный хирург Парижа, бывший глава Парижской гильдии хирургов.*

передвинувшие зуб пациента в другое место, не сделали бы этого, если бы использовали предназначенные для подобных случаев инструменты. Эти мнимые врачи, не сумев удалить зуб и видя, что он исчез, убедили пациентов, что те просто проглотили свои зубы, а правда всплыла гораздо позже. Если бы хирурги, участвовавшие в первом консилиуме, были знакомы с описанием подобных случаев, лучше бы изучили структуру этих частей организма и серьёзно обсудили способ удаления зуба, то с лёгкостью поняли бы, что произошло с пациентом и как ему помочь ещё до того, как возникли осложнения. То есть облегчили бы страдания и совершенно вылечили пациента в самом их начале.

ГЛАВА XXXII

ТРИ НАБЛЮДЕНИЯ
об окаменевших наростах на зубах или рядом с ними

Наблюдение первое, весьма удивительное

Об окаменевшем наросте у моляров, который произошёл из абсцесса, и серии неприятных происшествий, случившихся один за другим на протяжении двадцати месяцев

Г-н Уссю, племянник г-на ле Куантра, музыканта и стипендиата Королевской академии музыки, живущий на улице Пуатвен, близ улицы Сен-Андре-дез-Ар, упал с лошади вместе с няней, будучи в тот момент всего 4 лет от роду. При падении он ушиб правую сторону нижней челюсти, где несколько дней спустя появился синяк, превратившийся в абсцесс. За 3–4 года нижняя часть щеки с этой стороны лица постепенно распухла, и жидкость, там содержащаяся, превратилась в твёрдую и безболезненную опухоль, что заставило посетивших пациента хирургов решить, что при падении челюсть была сломана. Они также предположили, что эта опухоль была всего лишь костной мозолью, образовавшейся на и вокруг челюсти, которая, по их мнению, была сломана при падении. Хирурги заключили, что необходимо удалить зубы, стоящие рядом (посчитав их кариозными), чтобы таким образом предотвратить последствия кариеса. Операция была проведена, но облегчения не наступило. Когда пациенту исполнилось 16 лет, у него прорезался последний моляр с правой стороны нижней челюсти, и это стало причиной второго абсцесса из-за раздражения дёсен и лунки. Второй абсцесс был больше первого, поскольку на него оказывал давление окаменевший нарост в десне.

Гной из этого абсцесса изливался на дно ротовой полости, но твёрдая и нечувствительная опухоль не спадала. Это заставило местного хирурга применить компрессы, чтобы её плотные отложения рассосались или нагноились. Лечение не имело успеха, и хирург решил проткнуть опухоль снаружи, но из раны пошла лишь кровь. Одно это должно было

принудить хирурга к большей осторожности, но он был так настойчив, что на третий день сделал надрез вторично. Как и в предыдущий раз, пошла лишь кровь, но и это не остановило врача, тот упорно продолжал мучить пациента. Через 6 недель состоялась новая операция. Однако сделанный в ходе вмешательства крестообразный надрез задел артериальное ответвление, что привело к кровотечению, остановить которое удалось с большим трудом. Из этих ненужных надрезов вытекала лишь кровь из сосудов, а опухоль не уменьшалась, хотя своими операциями хирург надеялся достичь именно этого.

На протяжении всего лечения, которое длилось 18 месяцев, несколько раз применялось прижигание, чтобы заставить опухоль рассосаться. Все это ни к чему не привело. В конце концов врач отказался от пациента, который пять лет оставался в печальном положении, не обретя ни помощи, ни облегчения своим страданиям. Опухоль за это время не только не уменьшилась, но значительно увеличилась в размере. Почти отчаявшиеся родственники молодого человека обратились к ныне покойному г-ну Кармелину, зубному хирургу, который установил, что опухоль прикреплялась к десне лишь небольшой ножкой. В связи с этим он заключил, что сможет без труда её вырезать. К тому же опухоль не была сращена со щекой. Врач сделал операцию через 2 недели после первого осмотра. После удаления щека вновь опустилась на десну. На рану, нанесённую в этом месте щеки предыдущими бессмысленными и неверными манипуляциями, был наложен лёгкий компресс, и процесс заживления начался. Рана на десне от удаления опухоли зажила так же быстро.

Так г-н Кармелин успешно излечил своей операцией (весьма отличающейся от всех предшествующих) недуг, который длился много лет, вызывая невыносимые страдания и угрожая опасными последствиями. Вырезанный нарост[1] сейчас весит 1 унцию и 5 драхм. Должно быть, сразу по удалении он имел больший вес и размер. Язва на щеке, которая образовалась после неоправданных операций, оставила уродливый и смущающий пациента шрам с отверстием, в которое можно было просунуть мизинец. Отверстие зарубцевалось по окружности и проходило через всю щеку; из него вываливалась пережёванная пища и вытекала слюна. Однако пациент нашёл остроумный способ справиться с этим дефектом. Он слепил тампон из воска и заткнул дыру в щеке изнутри, а снаружи залепил дыру мушкой. Окаменевший нарост находится в моей коллекции, так как г-н Уссю однажды обратился ко мне для устранения значительных проблем, связанных со своими зубами, и подарил его мне, перед тем как отправиться в длительное путешествие.

1 *См. рис. 4.*

Вывод

По составу камневидный нарост, описанный в этом наблюдении, не похож на зубной камень, скорее на костный сок, который вытек из кости по причине нарушения костных волокон, то есть почти так же, как происходит при образовании экзостоза. Причины образования такого странного и уникального тела мне недостаточно известны, потому что я не лечил этого пациента и не имел возможности проконсультироваться с врачами и хирургами, которые это делали. Поэтому вместо того, чтобы пускаться в длинные и туманные рассуждения на эту тему, я ограничиваюсь тем, что опишу общие и надёжно засвидетельствованные обстоятельства, которые, как мне кажется, позволят распознать похожий случай и приступить к его лечению, если он возникнет в чьей-либо практике.

Наблюдение второе

О нарасте, который отвердел и принял грибообразную форму

В 1721 г. жена г-на Бегона, банкира, проживающего на улице Клери в Париже, обратилась ко мне по поводу нароста на десне с правой стороны нижней челюсти. Нарост был примерно того же типа, что и описанный выше. Я заметил, что он был весьма твёрдый, а прикрепляющая его ножка в форме шейки – короткой. Его тело, величиной примерно с лесной орех, напоминало гриб. Я понял, что никакое лекарство не рассосёт это инородное тело и решил вырезать его. При этом я предпочёл лигатуре острый инструмент, тем более что наросты подобного типа, как правило, сильно не кровоточат. Дама не могла решиться на операцию даже после всех аргументов, которые я привёл, и отложила её до будущего года. Время шло, и она, увидев, что опухоль сильно увеличилась, снова обратилась ко мне, окончательно решившись на удаление, которое я тут же и произвёл, к великому удивлению пациентки, которая едва его почувствовала. После операции я на досуге осмотрел нарост; он оказался очень твёрдым, почти как кость или камень, плотностью напоминал тот, который удалил г-н Кармелин. Тот же, что вырезал я, хотя и весьма похожий по составу, вырос не таким объёмным, поскольку был удалён на более ранней стадии. Операция прошла весьма удачно, кровотечение было небольшим, а заживление – скорым. Никаких последующих осложнений у пациентки не возникло, равно как и намёков на рецидив.

Успех как этой операции, так и нескольких других похожего характера, которые мне довелось провести за свою практику, убеждает, что лучший метод для быстрого, полного и наименее болезненного излечения подобных костных наростов – это их удаление с помощью скальпеля с

одной режущей кромкой, как у бистури, или ножницами. Выбор зависит от местоположения, размера, формы и плотности данного вида наростов.

Вывод

Поскольку как камнеобразные тела, так и настоящие камни обнаруживаются во всех частях тела, то неудивительно, что они формируются и во рту. В зависимости от различных причин, они могут быть гипсо- или камнеобразными и появляются в разных частях тела. Причины их могут быть внутренние и внешние, а иногда и те, и другие одновременно.

Когда эти опухоли появляются во рту и сразу распознаются, надо сразу принять меры, заставив их рассосаться или нагноиться. Если же это не помогает, то их без всякого сомнения следует удалять хирургическим путём. Промедление обеспечит им дальнейший и быстрый рост. Чтобы избежать абсолютно нежелательных последствий, врачу зачастую недостаточно принять решение об операции. Перед этим необходимо заручиться согласием как самого пациента, так и тех, кому небезразлично его здоровье, так как нередко случается, что люди с большой неохотой идут на операцию, боясь неразрывно связанной с ней боли. Поэтому тем врачам, которым приходится иметь дело с робкими пациентами, надлежит сделать всё возможное, чтобы рассеять их страх, победить предубеждение и заставить понять опасность, которой они подвергаются, избегая операции, а она-то и является тем единственным средством, что приведёт к излечению.

Наблюдение третье, весьма необычное

О каменном образовании на одном из моляров

Покойный г-н Бассюэль, хирург, которого интересовало все области его профессии, показал мне однажды весьма редкий нарост из зубного камня или чего-то, его напоминающего. Нарост возник на моляре с правой стороны нижней челюсти и постепенно превратился в инородное тело, покрытое отвердевшим зубным камнем.

Г-н Бассюэль удалил этот камень, размером с куриное яйцо, много лет назад у весьма престарелой женщины. Камень с верхней стороны был выпуклой формы и довольно округлый, с несколькими выступами, снизу же – вогнутый, шероховатый и весьма неровный[1]. То место на теле камня, куда упирались противоположные зубы, было слегка вогнутым и чашевидным. Поверхность была очень ровной. Часть, касающаяся языка, была гладкой, без выступов, а часть, находящаяся в контакте с ротовой

1 *См. рис. 2.*

полостью со стороны жевательной мышцы и венечного отростка нижней челюсти, являлась немного вдавленной, без выступов: такую форму ей придал контакт с этими частями рта. Часть камня, обращённая к щеке, была самой выдающейся, самой выпуклой, неровной и самой округлой. При удалении за этим инородным телом последовал и сам зуб, поскольку его корни были совершенно открыты. Тело зуба, будучи окружённым этим камнем и скрытым в нём, было полностью и неразрывно прикреплено к его внутренней части. Сам зубной камень спускался к дёснам снаружи и внутри. Это инородное тело весит полных семь драхм. Без сомнения, сразу по удалении оно было больше, но усохло с того времени, как хирург удалил его изо рта пациентки. Что же касается размера и формы, то, возможно, удаление было неполным, и часть осталась в ротовой полости, а часть была разрушена инструментом, использованным для операции. До удаления камень заставлял щеку выпирать, производя впечатления опухоли. Любой, кто видел эту щеку, предполагал, что она поражена гуморальной опухолью значительного размера. Также образование препятствовало нормальному соединению кромок зубов обеих челюстей.

Вывод

Это инородное тело (окаменевшее или составленное из зубного камня) не достигло бы такой величины, если бы на него вовремя обратили внимание и сразу удалили. Врачи, с которыми консультировалась пациентка, не понимали природы этого образования и не знали способа его удаления. Поскольку лечения не производилось, тело достигло весьма большого размера. Люди каждодневно подвергаются подобным рискам, не понимая, что недуг становится застарелым единственно по причине небрежности или невежества тех шарлатанов, кому они так безрассудно препоручают себя. К тому же беспочвенный страх людей перед такого рода операциями заставляет их искать поддержки у тех, кто предпочитает избегать кардинальных мер. Пациенты идут на операцию лишь в самом крайнем случае, когда успех лечения зачастую сопряжен с большой опасностью или вообще проблематичен. Невозможно представить себе, как женщина с таким каменным межзубным образованием могла жевать, не вывихнув каким-либо образом челюсть. Тем бесспорнее тот факт, что г-ну Бассюэлю удалось блистательно провести крайне необходимую для пациентки операцию.

ГЛАВА XXXIII

ЧЕТЫРЕ НАБЛЮДЕНИЯ
о сильнейших головных и иных болях, причинённых зубными недугами

Наблюдение первое

О кариесе, который стал причиной сильной боли в ухе, не причиняя боли зубу; по удалении зуба боль пропала

Около лет назад мадмуазель да ла Жибоннэ, жившая в Нанте, приехала в Париж и обратилась ко мне с просьбой прийти и сделать ей чистку зубов. Осмотрев её рот, я увидел, что большой моляр на правой стороне нижней челюсти был кариозным. Я сказал ей об этом и спросил, причиняет ли зуб боль. Она ответила, что боли в зубе никогда не ощущала, но уже давно страдает от боли в ухе со стороны кариозного зуба, при этом никакие средства не приносят облегчения. Я не подумал, что зуб мог быть тому причиной, поэтому лишь запломбировал его, чтобы остановить дальнейшее разрушение. Однако боль не утихала, и девушка обратилась к г-ну Кутье[1], который предположил, что причиной боли в ухе может быть зуб и что начать надо с его удаления. Я последовал этому совету, и боль у девушки вскоре совершенно прекратилась.

Вывод

Данное наблюдение, как и многие другие, показывает, что зубной кариес может стать причиной других недугов. Иногда боль от кариозного зуба распространяется на всю голову. В иных случаях боль передается лишь в одну часть головы, причём настолько косвенно, что истинную причину практически невозможно выявить. Поэтому в более или менее похожих случаях необходимо тщательно осматривать зубы и при необходимости жертвовать ими, чтобы облегчать недуги, причиной которых они стали, предупреждая весьма неприятные последствия.

1 *Врач Парижского медицинского факультета.*

Наблюдение второе

О зубной боли, которая может являться причиной головной боли и излечивается удалением одного лишь зуба

В 1715 г. мадам де Мобрёй, жившая в Нанте, обратилась с головной болью к врачу и хирургу, которые прописали несколько средств. Даму несколько раз подвергли кровопусканию и очищению, но боль не утихала, и эти господа прописали воды и пиявки на голову. Пациентка скрупулезно выполнила предписанное лечение. Но ни одно из этих средств не принесло ей облегчения. У пациентки были два разрушенных зуба, которые давно болели и мешали во время еды. Это привело её к мысли о том, что эти зубы и являются виновниками страданий, которые она испытывала. Поскольку я имел честь быть знакомым с нею, она решила обратиться ко мне в Анжере, где я в то время жил. При осмотре её рта мною были обнаружены два весьма кариозных моляра – один на правой стороне нижней челюсти, другой – на левой. Я решил, что оба зуба и есть несомненная причина головной боли пациентки, и вознамерился их удалить. Как только это было сделано, дама полностью излечилась от головной боли, которая мучила её уже 6 месяцев. С тех пор, как я обосновался в Париже, я виделся с этой дамой несколько раз, и она уверила меня, что головная боль не возвращалась.

Вывод

Нет более распространённого недуга, чем головная боль, причины которой бесчисленны. Иногда она происходит от кариозных зубов, и в этом случае лечение лишь одно – их удаление. Следующее наблюдение дает тому дальнейшее подтверждение.

Наблюдение третье

О сильной головной боли, причиной которой были несколько кариозных зубов, что не диагностировалось в течение долгого времени

Маркиза де Тран, жившая в Бретани, долгое время страдала от боли всей головы. Она обратилась к нескольким опытным врачам и хирургам, которые уверили её, что причиной боли является ревматизм. Основываясь на этом диагнозе, они прописали ей множество средств, которые не принесли облегчения. Также четыре года назад по их совету маркиза съездила на воды в Бурбон, консультировалась в Париже с врачом, который поначалу согласился с диагнозом и начал лечить её от ревматизма. Но сильнейшая боль в голове и зубах не проходила, и врач в конце концов предположил, что она обусловлена болезнью зубов. Основываясь на этом, он посоветовал обратиться к зубному врачу. К тому

времени я уже несколько лет имел честь быть знакомым с маркизой, и она обратилась ко мне. Осмотрев её зубы, я обнаружил большой моляр на левой стороне нижней челюсти и два зуба на правой стороне верхней челюсти, которые были поражены кариесом. Дёсны вокруг этих трёх зубов распухли и воспалились. Прозондировав больные зубы, я сказал даме, что кариес распространился настолько, что сохранить их нельзя. Я также признался в том, что был уверен: именно кариес был единственной причиной её головной боли, и посоветовал немедленно удалить их. Сначала это предложение было отвергнуто, но затем, увидев, что оно совпадает с мнением её врача, женщина позволила мне удалить два зуба. После их удаления боль ушла не полностью, и через 5 дней она позвала меня удалить третий – последний большой моляр верхней челюсти. Болезненные ощущения исчезли мгновенно, и некоторое время эта дама не испытывала ни головной, ни зубной боли.

Вывод

Головная боль пациентки была симптоматической, вызванной единственно кариесом, и она ушла сразу же после удаления кариозных зубов. Все остальные применённые средства не оказали на головную боль никакого действия. Лечение заключалось в устранении не общей, но местной причины, которая состояла в кариесе этих трёх зубов. Не сделав подобных наблюдений ранее, я вряд ли бы смог предположить, что зубной кариес способен вызвать головную боль, источник которой долго оставался загадкой для нескольких опытных врачей и хирургов. Неоправданное лечение могло бы приговорить эту даму к жизни, полной страдания, если бы я не решился сделать операцию, которая совершенно излечила её от мнимого ревматизма, избавила от беспокойства и расходов, связанных с путешествием на воды. Кроме того, женщина, без сомнения, подверглась бы угрозе возникновения осложнений, подстерегающих тех, кто лечится на водах, не имея верного диагноза.

Наблюдение четвёртое

О сильной зубной боли, а также о боли в виске и ухе на левой стороне лица, подбородке, нёбе и горле, возникшей без явной причины

В 1727 г. мадмуазель Шабо, примерно 27 лет, жившая в Орлеане, испытала сильнейшую боль в вышеупомянутых местах. Пациентка обратилась к г-ну Юсташу, опытному врачу, и г-ну Ноэлю, местному хирургу. Эти господа пришли к выводу, что причиной боли мог быть ревматизм, поскольку мадмуазель сказала, что ни один из её зубов на этой стороне не болел больше остальных, и к тому же не было ни распухания, ни

воспаления каких-либо участков в полости рта. Врачи прописали кровопускание, клизмы, слабительное и компрессы. Ей дважды отворяли кровь на руках и дважды – на ногах, несколько раз ставили клизмы, дважды давали слабительное и постоянно применяли компрессы, но состояние не улучшалось. Во время этого лечения она почувствовала боль во втором малом моляре с левой стороны верхней челюсти. Пациентка показала его подмастерью г-на Ноэля, который и вытащил зуб. В тот момент посчитали, что причина недуга найдена и устранена, однако часом позже боль возобновилась с той же силой и продолжалась ещё несколько месяцев, после чего внезапно прекратилась. В начале февраля 1728 г. пациентка, приехавшая в Париж, почувствовала такую же боль, причём по абсолютно непонятной причине. Она обратилась за консультацией к г-ну Пти. Этот искусный хирург посоветовал пациентке обратиться ко мне, подозревая, что боли могли быть порождены и поддерживаемы кариозными зубами и что предписанные способы лечения скорее губительны, чем живительны для ёе здоровья. Пациентка вызвала меня к себе и описала своё состояние; я осмотрел её рот и увидел, что второй большой моляр с левой стороны нижней челюсти достаточно кариозный, чтобы стать причиной всех жалоб. Я понял: единственным способом избавить девушку от недугов будет удаление этого зуба. Пациентка согласилась, и как только зуб был удалён, все боли исчезли и более не возобновлялись.

Описанное мною в данном наблюдении может подтвердить шевалье де Лувиль, который присутствовал при операции.

Вывод

Подобные боли, причина которых неясна и осложнена, могут быть порождены кариесом зубов. Случаи такого рода довольно часты и столкнуться с ними может любой врач, если, конечно, не принять меры заранее. Представим себе, что пациентка препоручила себя опытному дантисту, тогда она наверняка избежала бы и жестоких болей, которые долго преследовали её, и прописанных средств лечения, которые были скорее пагубными, чем целебными. Из этого и нескольких других примеров, описанных в моих наблюдениях, мы можем заключить, что в профессиональном образовании нельзя пренебрегать ничем – будь то определение причин болезней, которые могут поразить нас, или их лечение. Не следует с презрением относиться ни к тому, чего мы не знаем, ни к тому, чего не можем сделать собственными руками. Потому что нет ни одной части тела, которая не была бы подвержена недугам, которые обычно обусловлены бесчисленными причинами, понять и вылечить которые может лишь внимательный врач с большим опытом.

ГЛАВА XXXIV

ДВА НАБЛЮДЕНИЯ О НЕДУГАХ, *произошедших вследствие цинги во рту*

Наблюдение первое

Об ужасных последствиях цинги у бедной женщины

В 1713 г. бедная женщина из Нанта, 55 лет от роду, будучи сильно поражена цингой во рту, пришла в больницу того же города, где пациентку лечили почти месяц. Полного выздоровления после этого лечения не произошло, что заставило её какое-то время спустя обратиться ко мне. Она жаловалась на сильнейшую боль во рту; это привлекло моё внимание и заставило тщательнейшим образом осмотреть ротовую полость. Там я увидел два свищевых отверстия значительного размера, которые, начинаясь во рту, выходили под подбородком. Я прозондировал их и обнаружил, что немалая часть альвеол была кариозная. Это заставило меня удалить у неё те несколько расшатавшихся моляров, что ещё оставались, а также три отслоившиеся части альвеол, самая большая из которых была размером с полтора больших пальца в длину и в половину большого пальца в ширину. Кроме того, мною была удалена вся омертвевшая ткань. Я пролечил эту бедную женщину осушающим перуанским бальзамом, который впрыскивал ей в свищи. Через 28 дней женщина полностью излечилась.

Вывод

Женщину выписали из больницы, не вылечив ни от цинги, ни от сопутствующих ей недугов в ротовой полости, поскольку пренебрегли выявлением местной причины и не противодействовали ей ни операциями, ни соответствующими средствами. Если бы я не сделал надрезы и тем самым не выявил кариес, чтобы потом выпустить гной и не дать ему собраться в пазухе, не удалил бы омертвевшую ткань и части кариозной кости, я никогда не смог бы ни принести пациентке облегчения, ни вылечить ёе. И лечение не было бы столь успешным, если бы я тщательно не обдумал каждый его этап.

Наблюдение второе

О наростах, кариесе, язвах и абсцессах, явившихся результатом цинги во рту молодого человека

В 1713 г. слуга г-на кюре из прихода Сен-Жермен в городе Ренн в Бретани был поражён цингой во рту. Он отдал себя в руки одного из самых опытных хирургов своего города, который лечил его довольно долго, но безрезультатно. Увидев, что болезнь не проходит, слуга обратился ко мне. Я начал с осмотра рта. Затем удалил несколько гнилых зубов и отслоившихся волокон и осколков кариозных альвеол, отсёк ножницами все распухшие части, которые омертвели и покрылись язвами, что вызывало невыносимый запах изо рта. Из дёсен я выпустил довольно много крови, после чего произвёл чистку всех остальных зубов. После того я сделал ему кровопускание и дал слабительное, велел ему время от времени полоскать рот самым крепким уксусом, в который подмешал, держа его на горячих углях, унцию давленого горчичного семени. Также пациент промывал рот несколько раз в день другой смесью, состоящей из половины пинты белого вина, половины пинты раствора подорожника, стакана экстракта жерухи, 2 унций раствора ложечницы, 2 унций розового мёда и 4 драхм обожжённых квасцов. После 3 недель такого лечения слуга кюре полностью исцелился.

Вывод

Подозреваю, что лечивший пациента хирург в своей практике с пренебрежением относился к знаниям о болезнях полости рта. Если бы его лечение состояло в производстве надрезов, иссечении наростов, отслоении кариозной кости, санировании язв и удалении гнилых зубов – то есть того, что любой хирург в такой ситуации с успехом совершает каждый день, – болезнь была бы успешно побеждена. Иными словами, бесполезность первоначального лечения шла лишь от незнания.

ГЛАВА XXXV

ДВЕНАДЦАТЬ НАБЛЮДЕНИЙ *о воспалениях, опухолях и абсцессах, произошедших по вине зубов*

Наблюдение первое

О воспалении, возникшем из-за того, что некариозный клык истёрся о противостоящий зуб

Девятнадцатого декабря 1723 г. г-н аббат Шерье, лиценциат Парижского факультета, обратился к доктору: его клык с левой стороны верхней челюсти, будучи абсолютно здоровым, крепким, без следа кариеса, был лишь сильно истёрт от трения о противоположный ему зуб и пищу. Однако клык причинял пациенту сильную боль, что и заставило его прийти к хирургу г-ну де Мантвилю. Тот, не найдя у аббата кариеса, направил его ко мне. Когда я осмотрел рот г-на Шерье, воспаление было настолько сильным, что уже формировался абсцесс. Я посоветовал аббату Шерье мелко нарезать корень алтея и 2–3 спелые фиги, сварить всё это в молоке и, дав молоку немного остыть, время от времени держать смесь во рту на больной стороне. Кроме того, предложил ему попеременно прикладывать кусочек фиги к распухшей десне, а также накладывать к распухшей щеке компресс из молока, хлебных крошек, желтка и шафрана. Ну и, конечно, избегать переохлаждения, держать тело в тепле. Всё это было проделано аббатом, и на десне у истёртого зуба быстро сформировался абсцесс, который вечером следующего дня хирург вскрыл. Он нажал на дёсны снаружи и изнутри по направлению ко рту, в результате чего вышло много гноя. Мы посоветовали пациенту сварить в воде ячмень и репейничек, добавить немного розового мёда и время от времени полоскать этим подогретым раствором рот. После этого пациент совершенно выздоровел.

Наблюдение второе

Об опухоли и свище, возникших из-за кариеса моляра

В 1720 г. у сына г-на Клезье, торговца в Париже, 25 лет, жившего

на улице Мове Гарсон, был сильный кариес второго большого моляра с правой стороны нижней челюсти, который породил опухоль размером примерно в половину куриного желтка, находящуюся на внешней стороне щеки с той же стороны лица. Опухоль превратилась в абсцесс, который самопроизвольно вскрылся, и нагноение периодически возобновлялось. Пациент сначала обратился к городскому хирургу, который решил, что для лечения достаточно вскрыть опухоль ланцетом и приложить к ней компресс, что он и сделал. Увы, надежды его не оправдались, так как после проведённого лечения на щеке образовался свищ, из которого каждый день истекал кровянистый гной. Наконец, по прошествии некоторого времени этот молодой человек обратился ко мне. Я осмотрел его рот и понял, что проблема могла таиться лишь в кариесе зуба. Без всяких сомнений я вырвал его, и как только зуб был удалён, пациент начал выздоравливать.

Наблюдение третье

Об абсцессе на скуле, порождённом тремя корнями (или обломками) кариозного большого моляра на левой стороне верхней челюсти

В 1722 г. у сына сьера Сен-Мишеля, барабанщика мушкетеров, образовался свищеобразный абсцесс на скуле левой щеки. Его мать пригласила городского хирурга. Тот осмотрел молодого человека и решил, что надо вскрыть абсцесс ножницами и применить некоторые средства, что он и сделал, хотя и совершенно безуспешно. Недуг не уходил, и мать поговорила с г-ном Тюрсаном, полковым хирургом жандармов, который посоветовал обратиться ко мне. Она привела своего сына, в тот момент 14–15 лет от роду, и я обнаружил, что на той же стороне, в его десне (весьма распухшей), оставались три корня моляра, довольно глубоко засевших. Всё это делало сложным их удаление, однако я успешно справился со своей задачей. Весьма скоро юноша поправился, оставшись лишь со шрамом, что обычно и происходит в подобных случаях, когда гной долго не имеет выхода, пожирает жировые клетки и уничтожает какую-либо часть тканей, если подобную болезнь запустить.

Наблюдение четвёртое

Об абсцессе под нижней челюстью, порождённом кариесом большого моляра и излеченном просто удалением этого зуба

В 1722 г. у дочери г-на Вернёя, обойщика, жившего в Отель де л'Альянс, неподалеку от театра Комеди Франсез, в тот момент 12 лет от роду, был сильно поражённый кариесом большой моляр с левой стороны нижней челюсти. Кариес вызвал небольшой абсцесс, который выродился

в свищ под нижней челюстью. Родители пациентки обратились ко мне с просьбой удалить кариозный зуб, что я немедленно и сделал. Этой незначительной операции оказалось достаточно, чтобы абсцесс быстро рассосался и болезнь полностью прошла.

Наблюдение пятое

О свище на десне нижней челюсти в передней части рта

Двенадцатого декабря 1723 г. г-н дю Руре, мушкетёр, обратился ко мне после неудачного движения, сделанного передними зубами. Результатом этого через некоторое время стал свищ между корнем малого резца и клыком на правой стороне нижней челюсти. Свищ был довольно глубок и при малейшем прикосновении исторгал зловонный гной. Я прозондировал свищ, надрезав его сверху вниз примерно на 7–9 миллиметров. Когда обнажилась альвеола, я увидел, что в ней было небольшое сквозное отверстие, которое начиналось в верхней средней части, а заканчивалось около боковой части кончика корня резца. Я тампонировал этот свищ утром и вечером на протяжении 8 дней очень маленькими конусообразными рулончиками из корпии, которые вводил в нижний выход свища, предварительно смочив их в смеси двух равных долей рутовой воды и белого вина, куда я добавил несколько капель купоросного масла. Затем я начал наносить на эти маленькие рулончики бальзам Гаспара де Перна («бальзам для странствующих рыцарей»), причём размер рулончиков я с каждым разом уменьшал. Так прошло ещё 8 дней. Пациент совершенно выздоровел.

Вывод

Подобные свищи проходят редко, то ли потому, что бóльшая часть людей, которых они поражают, не лечит их, то ли потому, что пациенты обращаются за помощью к тем, кто плохо осведомлён о правильной процедуре тампонирования. Однако сами по себе свищи вполне излечимы, если применить те средства, какие использовал я.

Наблюдение шестое

О том, как кариес двух корней зуба породил опухоль и абсцесс на левой стороне нижней челюсти

Шестого декабря 1723 г. жена г-на Бризара, консьержа и меблировщика в Отель-де-Конти, обратилась ко мне с большой опухолью, порождённой многолетним кариесом двух корней второго большого моляра на левой стороне нижней челюсти. Меня пригласили осмотреть

опухоль и удалить эти два корня, что я и сделал в присутствии г-на Фино[1] и г-на Дарманьяка[2]. Образовавшееся после удаления пространство позволило мне ввести в опухоль троакар. Этим я определил её глубину, которая длилась до основания челюстной кости. Я понял, что кость обнажена. Сделав надрез на верхней части десны, достаточный, чтобы выпустить гной и чтобы рана не закрылась раньше времени, я тампонировал отверстие конусообразными рулончиками из корпии, покрытыми сверху тонким слоем белого воска. Я менял их по утрам и вечерам, а перед каждым тампонированием спринцевал рану смесью, состоящей из 2 унций травяной микстуры, по 1 унции коричной воды с ячменём и овсом, бальзама Фиоравенти и розового мёда. На четвёртый день я прекратил использовать тампоны, но продолжил спринцевание до двадцать пятого дня, на который пациент совершенно выздоровел.

Вывод

Если бы я промедлил с удалением кариозного зуба и надрезом достаточного размера для вскрытия абсцесса, то скопление гноя сформировало бы новую пазуху и распространилось далее. В этом случае процесс излечения для пациента мог и не закончиться столь же успешно.

Наблюдение седьмое

О свищевом абсцессе, порождённом кариозным зубом и быстро вылеченном всего лишь удалением этого зуба

В 1712 г. у старшего сына г-на Пти, прокурора в Нанте, был кариозный большой моляр нижней челюсти, который часто порождал инфекции, последней из которых стал абсцесс на правой щеке, быстро выродившийся в свищ, откуда несколько раз в день исторгалась зловонная кровянисто-гнойная жидкость. Лечил пациента один из самых опытных хирургов города, который сделал на свище несколько надрезов и применял местнодействующие средства. Все эти процедуры оставили заметные шрамы, но успеха не имели, что заставило пациента обратиться ко мне. Я осмотрел его рот и понял, что свищ существовал лишь как порождение кариозного зуба, удалив который можно обеспечить быстрое и полное выздоровления пациента. Как я ни пытался убедить молодого человека, что эта простая операция принесёт ему выздоровление, он не соглашался со мной и продолжал консультироваться у других врачей, чьё мнение противоречило моему. Однако некоторое время спустя пациент

1 *Профессор Парижского медицинского факультета, врач Её Высочества вдовствующей принцессы де Конти.*

2 *Аптекарь Его Высочества принца де Конти.*

вернулся ко мне, умоляя провести консилиум вместе с г-ном Бутеном, весьма опытным городским хирургом. Осмотрев рот, мы заключили, что зуб должен быть обязательно удалён, что я тут же и сделал, а спустя несколько дней свищ был вылечен. Пациент сказал мне, что все предыдущие и полностью бессмысленные операции стоили ему дорого и не принесли никакого результата.

Вывод

В ряде случаев следует воздержаться от удаления кариозных зубов, но в данном случае, то есть при излечении свища, порождаемого такими зубами, все обстоятельства совершенно чётко указывали на то, что с удалением медлить нельзя. Более того, в данной ситуации не надо жалеть о потерянном зубе, поскольку это невысокая цена за избавление от недуга, который со временем может стать неизлечимым, страшно изуродовать свою жертву, принести долгие страдания и опустошить кошелёк.

Наблюдение восьмое

Об абсцессе, порождённом кариозным зубом

У сына г-на Галуа, бакалейщика с улицы Бушери в предместье Сен-Жермен, первый большой моляр с правой стороны верхней челюсти был кариозным, причём настолько, что породил опухоль, расположенную в центре внешней поверхности верхней челюсти и доходящую до орбиты глаза. Размером она была с желток куриного яйца. Опухоль не уходила уже долгое время, и это заставило отца и мать мальчика, которому было 12 лет, обратиться к хирургу, г-ну Пти, который осмотрел её и понял, что причиной опухоли стал кариозный зуб. Он посоветовал проконсультироваться со мной. Последовав совету г-на Пти, мадам Галуа привела сына ко мне пятого мая 1724 г. Я заметил, что опухоль выделяет гной, и решил, что воспаление вызвано кариесом зуба. Нисколько не сомневаясь, я стал уговаривать даму позволить удалить этот зуб, чтобы избежать печальных осложнений, которые почти всегда сопровождают подобные недуги. Уверял, что никакое иное лечение не потребуется, поскольку это единственный путь к быстрому и полному выздоровлению её сына. Дама охотно согласилась, тем более что моё мнение совпадало с мнением вышеупомянутого опытного хирурга. Как только зуб был удалён, из места, где находились его корни, исторглось значительное количество кровянисто-жёлтого гноя. Я ввёл троакар в лунку и обнаружил, что абсцесс распространился в верхнечелюстную пазуху. После чего нажал в этом месте во всех направлениях, тем самым добившись окончательного исхода кровянистого густого и тёмного гноя. Удаление зуба и полное освобождение от гноя привело

к исчезновению опухоли, и недуг был совершенно излечен через несколько дней.

Наблюдение девятое

О двух весьма кариозных молярах, ставших причиной воспаления, выродившегося в абсцесс, который привёл к серьёзным неприятностям

В 1719 г. у сьера Николя де Лувьера, переплётчика книг в Париже, два последних моляра на левой стороне нижней челюсти были поражены кариесом. Они породили сильнейшее воспаление и причинили такую боль, что пациент думал, что умрёт. Его лицо было ужасно перекошено, три узла под подбородком распухли до размера голубиного яйца, а горло и щёки раздулись настолько, что почти невозможно было открыть рот и проглотить даже самую жидкую пищу. Видя себя в таком жалком состоянии, он послал за г-ном Шове, парижским присяжным хирургом. Тот осмотрел его, счёл необходимым немедленно сделать кровопускание и наложил смягчающий компресс на самые распухшие места. Несмотря на все старания врача, рот и горло распухли так, что пациент больше не мог ни сглатывать, ни удерживать слюну, которая исходила таким потоком, как если бы он был поражен птиализмом, произошедшим от лечения ртутью.

Возвратившись к пациенту, г-н Шове был так изумлён его печальным положением, что сходу диагностировал ангину и посоветовал обратиться к врачу. Немедленно послали за г-ном де Жюссьё[1] . Вдвоем эти господа с большим трудом осмотрели рот пациента, потому что тот не мог достаточно широко открыть его, чтобы дать возможность определить причину недуга. Однако г-н де Жюссьё установил, что всё дело в кариозных зубах. Дёсны больной стороны так распухли, что возвышались над зубами; это навело медиков на мысль, что в этом месте сформировался абсцесс, который надо вскрыть, чтобы гной беспрепятственно вышел. Г-н Шове вскрыл абсцесс, но гноя было мало, поскольку бóльшая его часть скопилась в низу лунок и около челюстного угла, однако и этот исход гноя был полезен тем, что распухшие места немного опали, тем самым у пациента появилась возможность открывать рот немного шире.

Г-н де Жюссьё посоветовал пациенту послать за мной, чтобы вытащить зубы, являющиеся причиной его недуга, если, конечно, инструмент удастся ввести в полость рта. Я прибыл и, осмотрев рот больного, обнаружил, что кариозными были два моляра с левой стороны нижней челюсти; они-то и породили это чудовищное состояние, как совершенно

1 *Доктор медицины парижского факультета, член Королевской академии наук, профессор ботаники Королевского сада растений.*

правильно рассудил г-н де Жюссьё. Мне с громадным трудом удалось открыть рот пациента, чтобы ввести ножку пеликана. Я выбрал инструмент с коротким и широким крюком, чтобы суметь захватить внутреннюю часть обоих кариозных зубов и вытащить их одновременно, не повторяя заново усилия по расшатыванию и удалению, что мне вполне удалось. Как только эти два зуба были удалены, из лунок полилась струя гноя, причём его было настолько много, что наполнилось больше двух стаканов. Гной имел зеленоватый цвет и невыносимый запах. До удаления двух кариозных зубов пациент невыносимо страдал на протяжении 8–10 дней, но после операции испытал явное облегчение, так как истечение большого количества гноя быстро привело к излечению от этого опасного недуга.

Наблюдение десятое

О кариесе зуба, который, будучи в запущенном состоянии, привёл к катастрофическим последствиям и весьма обширным хирургическим операциям

Франсуа ле Блан, каменщик в городе Вильнёв-ле-Руа, близ Парижа, 57 лет от роду, в октябре 1725 г. почувствовал настолько сильную боль и ощутил такое обширное воспаление, что не осталось сомнений – последний большой моляр на правой стороне нижней челюсти был поражён кариесом. Он обратился к своему хирургу, который пустил ему кровь и прописал компрессы. Средства эти оказались бесполезными, воспаление не ушло, но породило абсцесс рядом с кариозным зубом. После этого боль и воспаление, казалось, уменьшились, но гной, не имевший выхода, проник в кровь и стал причиной сильного жара и бреда, в результате чего жизнь пациента оказалась в опасности. В этом состоянии ему опять пустили кровь 2–3 раза и дали слабительное.

Вскоре абсцесс вскрылся в ротовую полость, и непрерывно исходящий гной с невыносимым запахом был в основном серозный и жидкий.

Исход гноя уменьшил жар и бред, но щека оставалась очень опухшей, потому что большая часть густого гноя не была удалена. Врач прикладывал компрессы и примочки, чтобы опухоль рассосалась. Этим он безуспешно занимался в течение целого месяца.

Потом к пациенту пригласили г-на Монто, местного хирурга, который осмотрел щеку и нашёл её весьма твердой, размером с буханку хлеба и весом в один фунт. Нижняя челюсть потеряла всякую возможность двигаться, зубы были отделены от верхних примерно на ширину мизинца, а пациент практически не мог двигать губами, чтобы сплюнуть или проглотить бульон.

Г-н Монто заключил, что густая часть гноя осталась в очаге, так как беспрестанно выделялась лишь жидкая часть.

Постоянный же врач был иного мнения, утверждая, что гноя не осталось, поскольку отсутствует флюктуация. Но консультирующий хирург настаивал на том, что не было иного способа лечения, кроме как вскрыть опухоль изнутри, в ротовой полости, особенно если кость челюсти не поражена кариесом, потому что тогда излечение будет заключаться в простом разрезе.

Так как первый врач упорствовал и отказался делать операцию, г-н Монто взял ланцет и вскрыл очаг довольно широким горизонтальным разрезом, из которого истёк весьма густой гной, которого было, правда, немного. Тогда врач расширил надрез, сделанный ланцетом, с помощью бистури.

Затем он надавил левой рукой на щеку и выдавил остаток гноя, очень густого и комковатого, причём комки были размером с лесной орех.

После опустошения гнойного мешочка он наложил на щеку пациента изгоняющую повязку.

Вечером хирург, меняя повязку, ввёл троакар в разрез, сделанный в то утро; зонд прошёл ниже угла челюсти, и это заставило врача принять решение сделать контрнадрез.

На следующее утро врач ввёл в тот же надрез зонд, пройдя им до пространства под нижним углом нижней челюсти. После этого бритвой сделал надрез вдоль зонда, что позволило ему ввести ещё один зонд, после чего проделал с помощью бистури поперечный разрез наружного покрова и внутренних тканей, которые покрывали пазуху.

Обнажив таким образом челюсть, он обнаружил, что она кариозная. Кариес распространился до мыщелка и верхней суставной ямки височной кости, поэтому врач был вынужден продолжать делать надрезы, которые образовали форму перевернутой буквы Т.

Делая последний надрез, он случайно задел значительное ответвление внешней сонной артерии, вызвав сильное кровотечение, но сумел остановить его лигатурой и давящей повязкой.

Врач затампонировал рану, чтобы потом иметь возможность доступа к ней для лечения кариозной кости. При этом он воспользовался спиртовыми, осушающими и лечебными спринцеваниями, составленными в основном из винного спирта, в котором были растворены корица и гвоздика. Два раза в день он вводил в рану тампоны, смоченные в этой жидкости и смазанные сверху средством для образования доброкачественного гноя.

Через 2 недели после операции произошло отшелушивание, и врач извлёк четыре большие части кости, а именно: часть венечного отростка, весь челюстной мыщелок, среднюю часть угла челюсти и ещё одну, довольно большую, часть угла челюсти. Вместе с последней вышел и кариозный зуб, который был причиной всех несчастий.

После отшелушивания хирург мог хорошо рассмотреть, что происходит в нижней части височной кости, то есть в том месте, на которое пациент жаловался как на давно доставляющее ему сильную боль («как будто там камнедробилка»).

Достигнув этой болезненной и деликатной стадии лечения, хирург увидел, что кость была оголена, равно как и верхняя суставная ямка и даже скуловой и шиловидный отростки, причём до самого слухового прохода. Всё это он установил с помощью троакара; к тому же стало ясно, что височная кость поражена кариесом настолько, что троакар дошёл до твёрдой мозговой оболочки, пройдя под скуловой дугой до верхней глазничной щели. Поскольку даже в таких сложнейших случаях нельзя отчаиваться, он продолжил лечение путём спринцевания пазух, тампонируя их по возможности. Боясь отшелушивания височной кости и основной кости черепа, способного привести к летальному исходу, и не имея возможности доставить лекарство во все пазухи, впадины и каверны, врач делал всё, что мог, а именно, продолжил спринцевание ран 2 раза в день. Это настолько помогло пациенту, что «камнедробилка» в голове прекратилась и боль ушла.

После всех операций и 2 месяцев усиленного лечения все болезненные симптомы исчезли, но остался неизлечимый свищ – он являлся выходным каналом околоушной слюнной железы, которая была перерезана в середине. Жидкость из этой железы нашла выход наружу в том месте, где был сделан надрез. Это случайное происшествие и породило свищ – из тех, что обычно не залечиваются.

Из-за разрушения лицевой ветви V пары черепных нервов нижнее веко пациента осталось вывороченным и парализованным. Начала образовываться катаракта, судя по всему, по причине закупорки, которая повлияла на жировое тело и кровеносные сосуды, питающие глазное яблоко. Если не считать этих неприятностей, пациент на сегодняшний день полностью здоров.

Вывод

Наблюдение исчерпывающе описывает опасность, которой пациент подвергся из-за нерешительности своего постоянного хирурга. Это учит нас, что необходимо быстро браться за лечение даже тех

болезней, которые вначале кажутся незначительными, предвидя и предупреждая возможные осложнения. Часто случается, что те, кто подвержен недугу, льстят себя надеждой, что их болезни пройдут сами собой, либо неопытные хирурги, к которым эти пациенты обращаются, не предвидят последствий и не лечат как должно. Болезнь же, развиваясь, принимает угрожающие формы и ставит под угрозу саму жизнь пациента, как мы только что убедились.

Г-да Винслоу, де Мантвиль, Вердье, Сен-Ив[1] и я осматривали пациента после выздоровления и видели кусочки отшелушенной кости его челюсти.

Излечил пациента г-н Монто, который подробно описал мне этот случай.

Наблюдение одиннадцатое

О малом резце, который, не будучи кариозным, стал причиной нескольких воспалений, выродившихся в значительный абсцесс.

В 1724 г. у г-на Пьера Матьё из Нима в Лангедоке, 20 лет от роду, возникло сильное воспаление. Находясь в то время в Париже, он обратился к г-ну Жюссьё, но тот был занят, поэтому попросил меня осмотреть пациента и определить, что является причиной боли и воспаления. Осмотрев лицо и рот молодого человека, я заметил, что подбородок распух и был утыкан распухшими железами размером с горошину. Я очень тщательно осмотрел зубы пациента, но не нашёл кариеса ни на одном. При этом средний резец с правой стороны нижней челюсти был очень чувствителен к прикосновениям и даже немного шатался, что было вызвано притоком жидкостей, разделившим альвеолу и дёсны, окружающие зуб. Я спросил у г-на Матьё, не получал ли он удар по этому зубу и не производил ли им каких-либо резких действий. Ответ был отрицательным, но пациент добавил, что за 4 года до этого он ощутил в нём небольшую боль, а 8 месяцев спустя зуб воспалился и сильно болел в течение 3–4 дней, хотя боль очень отличалась от той, которую он испытывает в последнее время. Хотя этот зуб не был кариозным, меня не оставляла мысль о том, что именно он и был причиной всех проблем из-за жидкости, запертой в сосудах его полости или на оболочке лунки. Переполнение жидкостью причинило острую боль и воспаление, от которых значительно пострадал его подбородок и которые могли стать причиной абсцесса. По благоразумному совету его хирурга пациенту отворяли кровь. В качестве местного средства я посоветовал смесь из 2 спелых фиг с нарезанным корнем алтея, вскипяченную 2–3 раза в половине пинты молока, с маленькой горстью

1 *Хирург-окулист в Париже.*

листьев мальвы и чайной ложкой ячменя. Полученную смесь, предварительно немного охлаждённую, я велел ему часто закладывать в рот и держать там. Также я прописал компресс, сделанный из хлебных крошек, молока, яичного желтка и шафрана, который надо было прикладывать к распухшим частям утром и вечером. Пациент так и поступил, но на следующий день, когда г-н Жюссьё и я пришли к нему домой, мы увидели, что его губа распухла ещё сильнее, равно как и подбородок, который стал очень отвердевшим. Ко всему прочему добавилось покраснение в одном месте. Эти симптомы убедили нас: в глубине лунки образовался абсцесс, из-за чего гной, без сомнения, породит какой-нибудь недуг этой части и выведет его наружу, если не принять решительных мер. Мы решили не медлить и удалить зуб, чтобы дать выход гною. Всё произошло так, как мы и рассчитывали. Зуб стоял весьма неровно и был смещён к языку, так что два соседних зуба сдвинулись перед ним. Стоящий в таком положении зуб можно было удалить только зубилом. Мы усадили пациента на обычный стул, а я, удобно встав за ним и придерживая его голову, приставил зазубренный конец инструмента в центр внешней стороны больного зуба и один раз ударил по ручке инструмента фунтовым слитком свинца. Этого оказалось достаточно для удаления как зуба, так и большого количества гноя из корневой части лунки. Кроме того, мы сделали больному повторное кровопускание, велели продолжать использовать компресс и держать во рту ту же молочную смесь. Так продолжалось до следующего дня. Через несколько дней стало ясно, что наша операция привела к полному излечению и избавлению не только от мучившей пациента боли, но и от криво стоящего зуба, который был не только бесполезен, но и полон изъянов.

Когда зуб был удалён, мы осмотрели его и не нашли кариеса, но заметили, что внутри, от середины до кончика корня, он был синюшного оттенка. Чтобы не дать зубу высохнуть слишком быстро, я завернул его в мокрую бумагу и отнес домой, где сточил до полости в том месте, где была видна синева. Из полости изошел крайне зловонный запах, хотя не было ни кариеса, ни продуктов распада. Думаю, что эта вонь была результатом серных испарений некоей испорченной массы у кончиков корней этого зуба, которые просочились в полость через отверстие для сосудов и, оказавшись внутри, оставались там запертыми, пока я не вскрыл содержащую их полость, сточив зуб.

Наблюдение двенадцатое

Об абсцессе, причинённом малым маляром и превратившемся в свищ, которому предшествовало весьма болезненное воспаление

Двадцатого декабря 1723 г. ко мне обратился г-н Нэн, королевский

лейтенант в Дюнкерке и полковник пехоты, проживавший в Париже, на улице Сент-Андре-дез-Ар. Его второй малый моляр с правой стороны нижней челюсти был немного стёрт, из-за этого произошло воспаление, доставлявшее полковнику такую сильную боль, что щека этой стороны лица значительно распухла. Осмотрев его рот, я нашёл десну слегка отвердевшей и весьма воспалённой. Я заподозрил, что скоро там сформируется абсцесс. В качестве лечения прописал кровопускание, а также велел взять полгорсти ячменя, горсть репейничка или листьев мальвы, две спелые фиги и мелко нарезанный корень алтея, сварить всё это в пинте простой воды и (охладив до теплой температуры), часто закладывать полученное средство в рот. Также я рекомендовал ему сделать компресс из смеси хлебных крошек с другими ингредиентами (рецепт изготовления см. выше) и прикладывать его горячим на воспаленную щеку утром и вечером, на протяжении 24 часов. После чего хирург, г-н Соре, и я, придя к пациенту домой, обнаружили уже готовый к вскрытию абсцесс. Г-н хирург сделал надрез, откуда изошло много гноя. На следующий день пациенту опять отворили кровь.

В течение нескольких дней пациент продолжал время от времени держать вышеописанную смесь во рту. Это убрало воспаление и боль, но не спасло от образования свища с сопутствующим воспалением десны, откуда при малейшем нажатии (и даже без него) изливался гной. Спустя 2 недели свищ заставил г-на Нэна вновь обратиться ко мне с вопросом, что необходимо сделать для его исцеления. Я сказал ему, что поможет лишь удаление зуба, служившего причиной воспаления. Если он желает сохранить зуб, то всё равно придётся несколько раз надрезать свищ, а после этого регулярно тампонировать его. Вот тогда и произойдёт полное излечение недуга. Пациент предпочёл лечение потере зуба. Прозондировав свищ, я сделал на нём крестообразный надрез на полную глубину, чтобы он не закрылся слишком рано. После чего обрезал углы надреза ножницами, а для приготовления лекарства смешал равные части белого вина, рутовой воды и травяной микстуры, к которым добавил немного розового мёда и несколько капель купоросного масла. В этом снадобье я смочил маленький тампон из корпии, который ввёл в отверстие свища, меняя его на протяжении 5–6 дней подряд утром и вечером. Также прямо над свищом я увидел часть лунки, которая готовилась отслоиться, и это подвигло меня сделать ещё один простой надрез и продолжать тампонировать отверстие. Через 3–4 дня от лунки отслоились три небольшие её части. Ещё 9–10 дней я продолжал лечение, вводя в отверстие маленькие тампоны из корпии, смоченные бальзамом Гаспара де Перна («бальзам для странствующих рыцарей»), причём с каждым разом я делал тампоны всё меньше. С помощью этого метода пациент совершенно вылечился, и зуб был сохранён.

Вывод

Приведённые наблюдения показывают, что зубная боль и зубной кариес обычно приводят к опухолям, абсцессам и свищам – не только на дёснах, но и на многих других частях лица. Эти недуги происходят особенно часто. Видимо, из-за того, что люди не считают нужным лечить кариес или борьба с ним ведется неверными или бесполезными методами. А возможно, это случается потому, что зубы или корни были удалены слишком поздно, или потому, что пациента не подвергли нужному кровопусканию (очищению). Быть может, отвлекающие и опорожняющие лекарства не были применены до того, как образовалось нагноение, а когда оно уже образовалось, то не были приняты меры по его рассасыванию или своевременному вскрытию, вследствие чего обнажается и заболевает кость. Поэтому, если не лечить абсцессы подобного рода, причем систематически, то из них образуются свищи. Обычно эти свищи неизлечимы: во-первых, немногие врачи умеют избавлять от них, во-вторых, пациенты не всегда имеют счастье встретить достаточно опытных врачей. Из сказанного можно сделать следующий вывод: способы лечения некоторых недугов всё ещё малоизвестны, хотя для серьёзно настроенных врачей совсем нетрудно изучить опыт, перенять необходимые навыки, а также получить сведения о том, как и какими средствами можно лечить такие недуги. Без помощи умелых, знающих врачей пациенты с подобными хворями подвергаются большой опасности, так как оставленные без внимания, эти болезни развиваются, приводя к печальным результатам и заставляя прибегать к операциям, настолько долгим и болезненным, что это может привести к смерти пациентов, если они слабы и истощены.

ГЛАВА XXXVI

НАБЛЮДЕНИЕ ОБ ОМОЗОЛЕЛЫХ ОТСЛОЕНИЯХ НА ЯЗЫКЕ, ЩЕКАХ И ДЁСНАХ,

причиной которых было трение о культи, сломанные зубы и др.

Двенадцатого января 1724 г. г-н Гельвеций, священник, прислал ко мне бедную женщину, у которой одна сторона языка и внутренняя часть щеки у левой стороны нижней челюсти были омозолелыми и ободранными её кариозными и обломанными зубами. Культи зубов постоянно тёрлись об эти части, на которых в результате образовались омозолелые отслоения. Я сточил острые вершины зубов, и в скором времени женщина совершенно излечилась.

Тринадцатого января того же года, г-н Мерсье, издатель и книгопродавец с улицы Сен-Жак в Париже, обратился к врачу с весьма похожими отслоениями, причиной которых было трение последнего моляра на правой стороне нижней челюсти. Тот посоветовал ему обратиться ко мне. Книгопродавец так и сделал. Я осмотрел его рот и увидел, что последний моляр на правой стороне нижней челюсти был кариозный, с отломанной частью тела зуба. В результате образовалось несколько весьма острых вершин, которые и ободрали боковую часть языка, проделав в нём небольшое отверстие. Я сточил острые части, и это привело к полному выздоровлению пациента через несколько дней.

ГЛАВА XXXVII

ОБ ОТВЕРДЕВШИХ ЯЗВАХ НА ВНУТРЕННЕЙ СТОРОНЕ ЩЕКИ И НА ДЁСНАХ,

причиной которых было давление последнего моляра

Восемнадцатого марта 1724 г. мадмуазель де Нёф-Шез, дочь дворянина из Пуатье, обратилась ко мне с сильной болью, длящейся уже год, причиной которой был последний моляр на правой стороне верхней челюсти. Эта молодая особа уже месяц не могла открыть рот и питалась лишь жидкой пищей. При осмотре её рта я обнаружил, что этот зуб изъязвил дёсны и щеку, образовав твёрдые наросты рядом с приводящими мышцами, а также углубление, в которое проникла внешняя часть тела зуба, где и застряла. Я удалил зуб, который был слегка затронут кариесом на шейке и внешней верхней стороне. Через несколько дней после удаления, во время которых пациентка полоскала рот тёплым красным вином с небольшой добавкой розового мёда, она совершенно исцелилась.

Вывод

Эти замечания из врачебной практики свидетельствуют: случаются отслоения и твёрдые язвы на языке и внутренней стороне щёк и губ, вызванные исключительно трением мягких тканей об острые грани сломанных зубов или их культей. В то время как одного только удаления инородного тела было бы достаточно для излечения недуга. Если же этого не сделать, то трение мягких и нежных частей о твёрдые, острые или остроконечные тела всегда будет лишь усугублять проблему. Подобные случаи должны приучить нас внимательно осматривать язвы во рту, чтобы понять истинную причину их появления и незаживления, потому что в таких случаях весьма важно не совершить ошибки, спутав простые язвы с венерическими или цинготными. Такая ошибка может обернуться приёмом неверно прописанных лекарств, что принесёт пациенту больше вреда, чем пользы.

ГЛАВА XXXVIII

ОБ ОТВЕРДЕВШИХ ЯЗВАХ НА ВНУТРЕННЕЙ СТОРОНЕ ЩЕКИ И НА ДЁСНАХ, *причиной которых было давление последнего моляра*

ШЕСТЬ ОСОБЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Наблюдение первое

О грибообразном мясистом наросте в кариозной полости коронки большого моляра рядом с пучком сосудов

ятого апреля 1724 г. жена г-на Буре, генерал-лейтенанта в Жизоре, привела ко мне свою дочь 15 лет, чтобы я выправил ей зубы. Во время операции я заметил, что её первый большой моляр с левой стороны нижней челюсти был настолько кариозный на вершине коронки, что девушка уже давно не могла жевать этим зубом, а это привело к сильному скоплению зубного камня на зубах этой стороны. Я посоветовал пациентке удалить этот зуб, что дало бы ей возможность спокойно жевать на обеих сторонах. К тому времени я уже заметил в полости зуба мясистый грибообразный нарост размером с горошину, который был весьма чувствителен к малейшему прикосновению. Я решил, однако, что этот нарост был лишь продолжением разорванной десны, распухшим и проникшим в кариозную полость, что случается, когда кариозным зубом невозможно жевать. Позже, уже удалив зуб, я внимательно осмотрел его и увидел, что этот мясистый нарост мог произрасти из сосудистого пучка зуба, переполненного и распухшего до вышеописанной степени.

Вывод

Такие наросты случаются редко. Но для объяснения их происхождения достаточно лишь вспомнить, что любые мягкие ткани и оболочки, могут порождать грибообразные наросты, если они разорваны или изъязвлены под действием некоей едкой жидкости. Указанные причины

приводят к обычным наростам; нечто подобное произошло и в данном случае. Если зуб очень кариозный (а вышеописанный зуб таковым являлся) и сосуды зуба порождают нарост в кариозной полости, то в таких случаях тщетны будут все усилия по лечению этого недуга с сохранением зуба. Поэтому зуб надо незамедлительно удалить, чтобы предотвратить возможные печальные последствия.

Наблюдение второе

О зубе с сухим кариесом, который выродился в мягкий, проникнув в полость зуба незаметным путём

У г-на маркиза де Парабера, бригадира королевской армии, много лет был сухой безболезненный кариес на первом большом моляре левой стороны нижней челюсти. Постепенно характер кариеса стал меняться. Он стал мягким и гнилым в одной маленькой точке и проник настолько глубоко в тело зуба, что открыл его чувствительные части для прямого и резкого контакта с воздухом, что привело к сильной боли.

Восемнадцатого июля 1724 г. маркиз обратился ко мне, и я тщательно осмотрел его рот. Кариес был настолько малозаметен, что сначала вообще трудно было его разглядеть. Когда я наконец уверился в его наличии, то не мог поверить, что именно он стал причиной той резкой боли, что ощущал пациент. Кариес казался мне слишком незначительным, чтобы её вызвать, и мне было сложно решиться на удаление, так как этот зуб весьма важен для пережёвывания, хотя пациент весьма настаивал на этом, не желая испытывать столь нестерпимую боль.

Хорошенько обдумав необычность этого недуга, я решил: хотя кариес и малозаметен, он все равно мог попасть с поверхности в полость через некие пути, а за ним последовал воздух, проникший в нервную и оболочечную часть полости, раздражив и воспалив их нарушением состава циркулирующих там жидкостей и приведя к абсцессу.

Я подумал, что, вскрыв полость, смогу дать выход скопившемуся там гною, и таким образом вылечу пациента и сохраню ему зуб.

Для проверки своего замысла я взял один из своих маленьких изогнутых зондов и резко ввёл его заострённый кончик в кариозную часть. Зонд проник в кариес до полости зуба, и как только я его вытащил, оттуда, как я и предвидел, полились гной и кровь.

Я сказал пациенту и тем достойным господам, которые присутствовали при этом, что причина боли устранена и зуб будет сохранён. Они не могли мне поверить, повторяя, что мне следует немедленно удалить зуб. Чтобы их успокоить и убедить в правильности моего прогноза, я сообщил присутствовавшим, что таких случаев в моей практике было множество,

и я сильно удивлюсь, если моя попытка не увенчается успехом. К тому же, добавил я, удалить зуб можно в любой момент. Я попросил их подождать до вечера и дать мне знать, если боль возобновится. Это оказалось ненужным, так как боль ушла совсем. Я навестил маркиза несколько дней спустя и обнаружил его совершенно выздоровевшим. Повторения эпизода не было, и зуб использовался наравне с другими.

Наблюдение третье

О клыке с гноем в полости, который был удалён с помощью перфоративного трепана

Двенадцатого ноября 1724 г. г-н Тартансон, присяжный хирург Парижа и бывший глава Парижской гильдии хирургов, почувствовав жестокую боль в резцах и клыках нижней челюсти, послал за мной, чтобы узнать, откуда может взяться острая боль, если кариеса нет совсем, а зубы лишь слегка стёрты на кончиках. После осмотра и зондирования я понял причину и уверил коллегу, что боль обусловлена повышенной чувствительностью одного клыка справа, так как зуб сверху был стёрт более остальных, а его полостной нерв был более подвержен действию воздуха, чем другие. Я сказал пациенту, что в полости явно началось нагноение и зуб необходимо просверлить, чтобы от него освободиться, – это снимет боль и сохранит зуб. Получив от г-на Тартансона согласие на операцию, я взял зубной штихель, который использовал как дрель, приставил его кончик к коронке зуба сверху и, вращая его, наметил отверстие. Потом я взял бор и, также вращая его, углубил и расширил намеченное отверстие. Как только полость абсцедированного зуба вскрылась, из неё вытекло большое количество гноя и крови, что я и продемонстрировал пациенту с помощью зеркала в присутствии сьера Ларрейра[1], его ученика. Г-ну Тартансону это показалось весьма необычным, хотя он был весьма опытным врачом. Действительно, подобные случаи происходят нечасто. Другие авторы, возможно, описывали похожие случаи, но вряд ли они предлагали эффективные средства лечения и главное из них – трепанацию зуба, которую я и применил, чтобы дать выход запертому в полости гною.

У г-на ле Нэна, которого я уже упоминал, также был недуг подобного рода в нескольких зубах, сопровождаемый сильной болью, и я вылечил их тем же способом. Через несколько месяцев после лечения я запломбировал эти зубы, с тех пор они совершенно не болели и служили наравне с остальными.

Недавно мадам де Сен-Бенуа, монахиня из монастыря Шасс-Миди, обратилась ко мне с похожим случаем: у неё была сильная боль в первом

1 *Позже он стал врачом Его Высочества принца Конде.*

малом моляре с правой стороны верхней челюсти. Я применил тот же способ, причём настолько успешно, что боль прекратилась почти сразу; к тому же монахиня сохранила зуб.

В подобных случаях нельзя обойтись без трепанации зуба; эта операция похожа на трепанацию черепа и других костей, чтобы выпустить инородные жидкости, скопившиеся в них.

Наблюдение четвёртое

О канцероматозном экзостозе значительного размера, который привёл к потере нескольких зубов

Николя Батай, примерно 18 лет, сын винодела в Ножан-сюр-Марн, почувствовал сильнейшую зубную боль в молярах с левой стороны нижней челюсти. За болью последовало значительное воспаление, от которого у него распухла щека. Затем воспаление частично сошло, но осталось на дёснах в виде небольшой твёрдой и безболезненной опухоли, которая постепенно увеличивалась. Два последних моляра той же челюсти, где имелись воспаление и опухоль, тогда же стали кариозными. Кариес был настолько силён, что за год от зубов остались одни корни. Опухоль же увеличилась настолько, что стала размером с кулак и покрывала всё основание нижнечелюстной кости и всю левую щеку, не причиняя, однако, пациенту никаких неудобств, кроме одного: он не мог раскрывать рот как прежде.

Видя, что опухоль всё увеличивается, пациент обратился к отцу Гельвецию, однако занятость этого известного врача не позволила ему в тот момент осмотреть молодого человека. Но г-н Вердье, присяжный хирург Парижа, случайно оказавшийся там, осмотрел опухоль и, рассудив, что нужна немедленная помощь, посоветовал пациенту обратиться ко мне и удалить зуб, который посчитал причиной всех несчастий. Девятнадцатого августа 1724 г. пациент пришел ко мне на приём. Я осмотрел его рот, в который почти невозможно было ввести пеликан, так как он не открывался в нужной мере. Корни или осколки зуба, которые следовало удалить, были совершенно скрыты под распухшими дёснами. Однако, несмотря на эти препятствия, я произвёл удаление, что сопровождалось, как это обычно и бывает, совсем небольшим количеством крови. После чего ввёл изогнутый зонд в лунки, содержавшие до этого корни, чтобы посмотреть, не соединялись ли они с опухолью, подозревая в них кариес. Поскольку такой связи не имелось, я осмотрел остальные зубы и обнаружил на десне маленький свищ рядом со вторым малым моляром, хотя зуб был некариозный. Канал свища шёл к самой нижней части опухоли, которая достигала основания нижней челюсти.

Мне пришлось объяснить отцу пациента, что удаление корней лишь немногим поможет излечению его сына. Необходимо удалить не только второй малый моляр (хотя и некариозный), но и часть лунки, содержащую выход свища, с целью создать отверстие, которое даст возможность определить, что происходит в опухоли. Я попросил передать г-ну Вердье мои наблюдения и рекомендации. Г-да Соре и Вердье явились ко мне, осмотрели пациента и поддержали моё мнение.

После этого я удалил зуб, о котором шла речь, и часть альвеолы, откуда, как обычно, изошло совсем немного крови. Эта операция создала отверстие, в которое можно было просунуть палец, что дало возможность определить состояние опухоли: она оказалась весьма крупным истинным экзостозом. Отверстие, образованное на месте удалённого зуба и части альвеолы, было недостаточно широко для дальнейшего процесса лечения, который эти господа желали доверить мне. Тогда я сделал разрез от подбородочного шва до жевательной мышцы в том месте, где дёсны соединяются со щекой, используя бистури и очень острые изогнутые ножницы. Затем, введя палец в отверстие, я обнаружил большое количество ноздреватой и жёсткой ткани, содержащейся в карциноматозной экзостозной массе. Формой экзостоз напоминал гладкую шапочку. Со стороны дёсен он был вогнутым, а со стороны щеки выпуклым, толщиной примерно в лиар (монета диаметром примерно в 2,5 сантиметра. – Примеч. пер.). Он простирался от угла нижней челюсти до подбородочного шва и от основания челюсти до челюстной дуги на той же стороне. Я удалил часть ноздреватой ткани, которую отделил пальцем, а затем, сильно нажав большим пальцем левой руки на выпуклость щеки, тем самым отъединив экзостоз от полости рта, ввёл внутрь и правой рукой приставил к опухоли рабочий конец небольшого долота. Аккуратно долбя экзостоз, я в конце концов преуспел и раздробил его. Далее удалил части как экзостоза, так и твёрдой ткани, которые пристали к его вогнутой части.

После чего я закрыл отверстие несколькими конусообразными тампонами большого размера, смоченными в смеси нарбоннского мёда и яичного желтка, для образования доброкачественного гноя. Это лечение продолжалось 8–10 дней, со сменой тампонов раз в сутки, причём каждый раз нагноение давало мне возможность удалять части ноздреватой или твёрдой ткани, а также кусочки кости. Делал я это либо пальцем, либо прямым («клюв журавля») или изогнутым («клюв ворона») пинцетом. Когда я в несколько приёмов удалил самые большие фрагменты опухоли и карциноматозного нароста, я сменил лечебное средство и начал смачивать тампоны в смеси смирны и алоэ. Так продолжилось ещё примерно 2 недели. Каждый раз, когда это было возможно, я удалял фрагменты инородных тел экзостозного или карциноматозного характера.

Как только отслоения и нагноения прошли, а удаления закончились, я стал лечить пациента тампонами, смоченными бальзамом Гаспара де Перна («бальзам для странствующих рыцарей»), размер и количество которых я уменьшал по мере того, как сокращалась опухоль. Это длилось около 2 недель, но, видя, что бальзам лишь иссушает мягкие ткани, которые от этого немного роговеют, я стал вводить в самую дальнюю часть опухоли не более одного или двух тампонов, смоченных этим бальзамом, а сверху вводил другие тампоны, пропитанные смесью вина, вскипячённого с нарбоннским мёдом.

Такое лечение продолжалось ещё 2 недели, и по его окончании, то есть практически за 2 месяца, экзостоз полностью прошёл. Щека и дёсны стали прежними, а челюсть приобрела обычную возможность двигаться. От болезни не осталось никаких следов, кроме небольшого бугорка на внешней стороне основания нижней челюсти, то есть в том месте, где экзостоз, скорее всего, и начал образовываться. Кроме того, лицо пациента снова приобрело свой натуральный цвет и форму. Молодой человек пополнел и уже не чувствовал никакой боли, работая как и прежде и наслаждаясь прекрасным здоровьем.

Однако я считаю лечение лишь паллиативным, поскольку не было проведено полного курса из-за того, что виноградарь был не в состоянии оплатить необходимое питание, сиделку, самые лучшие лекарства и всё необходимое для более обширных операций и очистки крови, болезнь которой и была, без сомнения, причиной опухоли. Хотя виноградарь и не смог заплатить за полное и всестороннее лечение, результаты той бесплатной помощи, которую я ему предоставил, превзошли все ожидания.

Пациент полностью выздоровел, но некоторое время спустя скончался от острой болезни, которая, казалось, не имела ничего общего с той, что лечил я, однако можно предположить, что возбудители рака могли стать причиной его последней болезни и смерти.

Наблюдение пятое

О большом абсцессе, порождённом запущенным кариесом зуба; случай из практики г-на Жютона, хирурга в Оржерё, описанный им в письме ко мне

Письмо г-на Жютона

Сударь,

Насколько я понимаю, Вы очень заинтересованы в фактах, имеющих отношение к Вашей профессии, поэтому я уверен, что Вам доставит удовольствие описание лечения абсцесса, который последовал за зубной болью.

Двадцать второго августа 1724 г. меня пригласили к г-ну Луи Анжорану, жившему в деревне Мутьер. У пациента был лёгкий жар, причиной которого являлась опухоль, по величине значительно превышающая яйцо индейки, с правой стороны нижней челюсти. Всё его лицо опухло, особенно глазные веки. Он мог открыть рот только на ширину кончика мизинца, посредством чего можно было определить, что внутренняя часть ротовой полости распухла и стала твёрже внешней щеки. Острой боли он не чувствовал, и это заставило меня подозревать, что опухоль порождена некоей болезнью зубов. Мои подозрения подтвердились, когда пациент сообщил мне, что до образования опухоли он страдал от зубной боли. Я коснулся вершины внешней части опухоли и, почувствовав флюктуацию, понял, что пора дать выход накопившемуся внутри гною. Я предложил вскрыть опухоль с помощью надреза, на что пациент не согласился. Однако на следующий день он и его близкие пожалели об этом, поскольку, к их большому удивлению, гной внезапно переместился, опустившись вниз, к шее, между наружным покровом и мышцами, где и образовал опухоль, превышавшую по размерам вчерашнюю в шесть раз. И эта новая опухоль, в силу своего положения и количества гноя, начала душить пациента. Когда дело приняло такой оборот, быстро послали за мной. Прибыв к больному, я вскрыл абсцесс и был весьма удивлён тем, что вырвавшийся гной был почти лимфатическим по составу, имел невыносимый запах, а его объём составлял примерно парижскую пинту. Я использовал необходимые средства лечения, в ходе которого имел возможность убедиться, что гной истекал обильно, не теряя неприятного запаха и не уменьшаясь в количестве, на протяжении 4 дней кряду. Исторжение гноя и применяемые мной компрессы, однако, не расслабляли и не смягчали ни мышцы, ни кожу, которые были настолько распухшими, что я целый месяц после операции не мог раскрыть рот пациента и понять, где находится тот зуб, который, по моему мнению, являлся причиной недуга. Но мало-помалу мышцы и кожа пришли в первоначальное состояние, и я, осмотрев рот, увидел, что, начиная с первого моляра и далее, на нижней челюсти со стороны абсцесса остались лишь корни 4 моляров, а также что корень последнего зуба держался слабо и лунка его была кариозной. Я удалил корень этого зуба, не тронув остальные. После этого заметил, что жидкость для промывания, которую я впрыскивал в первый надрез, вытекала из другого отверстия, образовавшегося на месте только что удалённого корня. Вскоре отверстие на месте удалённых корней зарубцевалось и полностью зажило, равно как и закрылось отверстие абсцесса. Такое излечение показалось мне довольно удивительным, так как я опасался, что на месте столь сложного абсцесса образуется свищ. Тем более что огромное количество гноя и

иной жидкости, вытекшее в разные моменты во время лечения и между ними, частично исходило из нескольких открытых слюнных желёз.

Я надеюсь, сударь, что Вы уделите этому случаю Ваше внимание и прокомментируете его, а также не устанете публично сообщать о тех опасностях, которые подстерегают людей, когда они запускают болезни, связанные с зубами.

Засим остаюсь, и т. д.

Написано в Оржерё

27 марта 1727 г.

Мой ответ г-ну Жютону

Сударь,

Я весьма благодарен Вам за Ваше внимание и благодарю Вас за лестное мнение о моей персоне. То усердие, которое я отдаю разделу хирургии, в котором специализируюсь, вовлекло меня в занятие, требующее от меня больше сил, чем я мог бы себе представить. Уже много лет я работаю над трактатом по зубным болезням. С тех пор как я имел честь видеть Вас, мои записки увеличились больше чем на три четверти. Я очень тщательно стараюсь не пропустить ничего из тех сведений, которые должен внести как в вопрос сохранения зубов, так и в темы, касающиеся огромного числа заболеваний ротовой полости, почти всегда связанных с зубами. Вначале я хотел ограничиться более краткой версией, но тщетно: чем больше я старался сокращать, тем больше новых наблюдений собиралось ввиду обширности темы исследования. Наконец, не желая быть слишком многословным, я ограничил объём моей книги двумя томами в двенадцатую долю листа. Я закончил первый том собранием наблюдений о зубных болезнях, к которым я с большим удовольствием добавляю и Ваше. Оно появится в сопровождении некоторых других, с которыми тематически связано. Вы совершенно правы, сударь, когда советуете мне привлечь внимание публики к серьёзным последствиям, которые могут причинить болезни зубов, если их запустить. Метод, использованный мною в написании этой книги, покажет Вам, что именно это я и сделал, ведь речь идёт о тех ужасных последствиях, что могут возникнуть, если люди вовремя не позаботятся об их предотвращении. Ничего не скрывая, я описал все методы их профилактики, тем самым доказывая, что я так же ревностен в вопросе общественной пользы, как и Вы.

Наблюдение, которое Вы прислали мне, безусловно, стоит внимания, учитывая тяжелейшие последствия недуга, сложности, с которыми Вы столкнулись, чтобы преодолеть их, равно как и тот полный успех, который почти превысил Ваши ожидания. Кариес зубов привёл к кариесу

альвеолы, и гной, без сомнения, начал накапливаться между десной и лункой, затем пробил ткани десны, сформировал абсцесс. Гной начал распространяться, а его объём увеличиваться за счёт постоянного воспаления под действием едкой и болезнетворной лимфы, ставшей таковой из-за переполнения и разрушения слюнных протоков.

Приток лимфы до определённого момента увеличивался, что выразилось в опухоли внутри рта и на внешней стороне щеки. Вы не смогли достичь полного излечения путём выпуска гноя, предпринятого Вами сразу после определения наличия абсцесса. Состав, вес и количество гноя заставили его изменить место распространения, проникнуть в щели между мышечными волокнами, и, спускаясь все ниже, надавить на дыхательное горло, а также мышцы гортани, почти задушив пациента (что и случилось бы, не вскрой Вы вовремя этот значительный по размеру абсцесс). Дальнейшее предпринятое Вами лечение расслабило все затронутые части, в результате чего мышцы рта приобрели свой естественный тонус, тем самым позволив Вам осмотреть ротовую полость, определить очаг кариеса и уничтожить причину всех осложнений. Этим Вы дали организму возможность быстро привести заболевшие органы в их первоначальное состояние. Так я трактую этот случай, излечение которого стало результатом прекрасно проведенных Вами процедур.

Я желаю, чтобы во всех Ваших начинаниях, сударь, Вам сопутствовал тот же успех, и я прошу Вас продолжать посылать мне наблюдения, которые встречаются Вам в ходе Вашей практики.

Засим остаюсь, и т.д.

Написано в Париже

15 апреля 1727 г.

Наблюдение шестое

О диагнозе, составленном после осмотра зубов

В этом трактате было бы недостаточно описать, как зубы зарождаются, развиваются, сменяются, из чего состоят, что их уничтожает, каковы лучшие способы их сохранения, как можно исправить их недостатки и вылечить болезни. Надо также рассмотреть и те обстоятельства, которые относятся к диагнозу и прогнозу, следующими за их осмотром, что даёт более полное знание некоторых болезней иных частей тела.

Гиппократ, Гален, Авиценна, Аэций <…> и ряд других известных авторов, фиксируя признаки некоторых острых заболеваний, обращали внимание не только на симптомы, проявляющиеся в глазах, на висках, ушах, носу, языке и губах, но и на изменении цвета зубов.

Зачастую в таком изменении содержится информация как о серьёзности болезни, так и о простоте или сложности её излечения.

Г-н Гордон утверждает, что люди, страдающие от постоянной лихорадки и имеющие зубы синюшного оттенка или чёрного цвета, находятся в опасности. Если у пациента зубы чёрного цвета и в то же время сухие как дерево, то это знак смерти[1].

Определить, насколько застарелой является цинга, можно при осмотре дёсен и зубов.

Также подобный осмотр позволяет понять, к какому типу темперамента принадлежит пациент.

Люди, у которых зубы сохраняются дольше всего, обычно самые здоровые, сильные, наименее подверженные хворям и наиболее долгоживущие. Г-н Эмар подтверждает это положение, говоря, что хорошее состояние и белизна зубов – признак здоровья основных органов, головы и желудка[2].

Тот же автор повторяет за Аристотелем: если зубы ровные, стоят вместе и имеют средний размер, то это знак здоровья и долголетия[3].

Осмотр зубов также служит для определения возраста некоторых животных.

Я должен процитировать фразу Аристотеля, которую приводит г-н Эмар, а именно: белизна зубов с возрастом утрачивается у всех животных, за исключением лошадей, чьи зубы с возрастом белеют[4].

Если за зубами не следить, то подобные признаки уже не являются симптомами. Небрежение зачастую приводит к разрушению зубов, которые могли бы прослужить долго, если бы не отсутствие необходимой заботы.

Если зубы неухоженные, то в случае серьёзной болезни их цвет не является диагностическим признаком, и можно совершить ошибку, приняв нездоровый цвет зубов за некий симптом, хотя на самом деле это всего лишь результат длительного плохого ухода, приведшего к появлению налёта или зубного камня, который долгое время копился и распространялся на зубах, меняя их цвет.

Очень важно расспросить пациента о состоянии его зубов до болезни, узнать, лечили ли его ртутью, не полоскал или не промывал ли он недавно рот чем-то, способным изменить цвет зубов. К такому

1 *Гордон. Практика. Часть 3, глава 25.*

2 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов… С. 10, строка 9.*

3 *Аристотель. О частях животных. Книга 2, глава 2.*

4 *Там же. Главы 2, 3.*

эффекту приводят, например, приём препаратов из свинца или многих иных средств, употребление некоторых продуктов питания. Этим можно избежать ошибки в прогнозе.

Поскольку осмотр хорошо сохранившихся зубов помогает лучшему пониманию многих серьёзных болезней, не следует ли постоянно сохранять их здоровыми и чистыми?

Я подумал, что заинтересовать равнодушных людей в сохранении зубов можно, добавив и этот мотив ко многим другим, упомянутым в моем трактате, тем самым заставив этих людей понять, что нельзя ничего упускать из того, что касается заботы как о зубах, так и об окружающих их частях.

Те, кто не заботится о чистоте рта, наверняка не пренебрегают заботой о продолжении своей жизни. Прочтя этот трактат, они увидят, какую роль играют зубы в сохранении или восстановлении здоровья и как важно окружать их особой заботой.

Я мог бы увеличить объём трактата, если бы включил в него все байки, которые многие авторы рассказывают о зубах.

Есть, например, люди, которые утверждают, что, умея прочесть определённые знаки, видимые на зубах, они могут предсказать будущее и определить судьбу их обладателя. Удивительно, но некоторые верят в такие предрассудки, успешно опровергаемые опытом.

Но я приложил все усилия, чтобы не включать в мой трактат сведений, не проверенных на собственной практике. По этой причине я воздержался от описания большого числа весьма любопытных фактов о зубах и их болезнях, потому что такое обсуждение заставило бы меня строить туманные гипотезы о вещах, недостаточно хорошо известных. Это стало причиной чёткого тематического ограничения. Однако мне кажется, что я и так собрал достаточно обширный материал, учитывая, что к настоящему тому я добавляю второй, в котором собираюсь описать со всей доступной мне ясностью и точностью несколько видов операций для придания зубам красивого вида, их сохранения и лечения. Также я опишу во втором томе как уже давно используемые инструменты и приспособления, так и другие, более удобные и полезные – из тех, что я изобрёл сам.

В заключение я желаю всем, кто продолжит моё дело, работать в этой профессии с ещё большим успехом.

ХИРУРГ-ДАНТИСТ,

или

ТРАКТАТ О ЗУБАХ

ТОМ II

ГЛАВА I

ОПРОВЕРЖЕНИЕ ЛОЖНОГО УТВЕРЖДЕНИЯ О ТОМ, *что железные или стальные инструменты вредят зубам*

Перед тем как начать говорить об очистке, стачивании и пломбировании зубов, я хочу опровергнуть мнение тех, кто считает, что эти операции опасны и что проводить их не следует, ибо от них якобы обнажаются корни, расшатываются и портятся зубы, истирается эмаль и что в общем и целом они бесполезны.

Дабы опровергнуть это полностью ошибочное мнение, необходимо просто обратиться к опыту. Каждый день мы имеем возможность наблюдать, как после очистки зубов и устранения причины заболевания боль уходит почти сразу. То же происходит, когда зубы хорошо запломбированы, обточены, достаточно отделены один от другого и когда процесс разрушения остановлен. Кроме того, дав себе труд заглянуть в предыдущий том, в главы про кариес (глава IX) и зубной камень (глава XI), можно найти там опровержения вышеупомянутых заблуждений, чтобы устранить безосновательный страх тех пациентов, которые не могут видеть без отвращения приближающийся к их рту инструмент.

Эти неверные и странные представления вводят воспалённые умы пациентов в заблуждение. Люди начинают бояться, что инструмент лишит их зубы эмали, хотя штихель даже при большом усилии практически не оставляет на эмали следов, да и наилучшим напильником это можно сделать лишь с большим трудом. Действительно, слишком частое применение железных и стальных инструментов может повредить зубам, но бояться этого не стоит, если вверить себя заботам опытного дантиста.

Можно возразить, что есть пациенты, которым не помогли ни лечение, ни чистка, а их состояние даже ухудшилось. На это я могу ответить так: проблема была не в операции, а в небрежности пациентов, которые запустили болезнь.

Мало что пугает людей больше, чем операции на зубах. Именно

это заставляет их пренебрегать лечением. Оттого люди часто замечают процесс разрушения, только тогда, когда он уже зашёл слишком далеко, а болезнь настолько поразила чувствительные части, что пациент не позволяет даже дотронуться до них. При этом он не допускает и мысли о том, что недуг стал практически неизлечимым.

Если же вы внимательно следите за сохранностью зубов и не желаете пасть жертвой вышеописанных ошибок или небрежности, то необходимо приходить на осмотр к опытному дантисту один или два раза в год.

Я хорошо знаю, что, несмотря на меры предосторожности, всё равно будут пациенты, которые подвержены зубным болезням или потере зубов. Но эти случаи можно отнести к конкретным недугам или, например, к общему заболеванию крови. Главное – не обращаться за помощью к неучу, чтобы тот не совершил непоправимых ошибок и не навредил доверившемуся ему человеку.

ГЛАВА II

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ
для удаления зубного камня

Подробно описав зубной камень в главе XI первого тома, я перехожу к тем способам, которыми от него можно избавиться. Я писал, что для предотвращения появления камня нужно вести здоровый образ жизни, зубы поддерживать в хорошем состоянии, чистя их по необходимости и принимая меры по их сохранению либо соответствующими средствами, либо выбором правильного питания.

Прежде чем перейти непосредственно к применению инструментов для очистки зубов, надо убедиться, что они сделаны из хорошей стали и прекрасно заточены для подрезания и скобления. Золото и серебро ранее никогда не рассматривались как материалы, которые можно достаточно заточить для удаления зубного камня и иных приставших к зубам субстанций. Когда г-н Дионис сказал, что инструменты для чистки зубов королей и принцев делаются из золота[1], мне кажется, он говорил о рукоятке, а не о рабочей части.

Те, кто занимается чисткой, обычно имеют целый набор всевозможных инструментов и пытаются убедить пациентов, что зубы невозможно очистить без применения всех этих приспособлений, которые бесполезны в практическом смысле, но необходимы, чтобы впечатлить пациента. Я же использую лишь пять видов инструментов для чистки зубов[2]:

1. Стамеска
2. Долото в виде клюва попугая
3. Трёхгранный штихель
4. Небольшой нож с выпуклой режущей кромкой
5. Z-образный крючок

Эти пять инструментов хорошо заточены и используются как напильники или шаберы. Мне достаточно их для удаления зубного

1 *Дионис П. Курс хирургических операций… С. 5.*

2 *См. рис. 9.*

камня, где бы он ни образовался. Поскольку большая часть инструментов для чистки зубов кажутся мне неудобными и просто неподходящими, пришлось изобрести более простые приспособления и изменить форму наиболее употребимых из них.

Стамеска

Стамеска похожа на одноимённый инструмент, используемый столярами для вырезания желобков. Длина её должна быть значительной, в 2 дюйма, не считая длины хвостовика[1]. Стамеска имеет 4 грани: нижнюю, две боковые и косой срез, формирующий остриё. Боковые грани примерно в 1 линию[2] шириной, а верхняя и нижняя – в два раза тоньше. Верхняя служит обухом и заканчивается косым срезом, формирующим остриё примерно в 5 линий длиной. Нижняя доходит до острой кромки, ширина которой равна ширине нижней и верхней граней. Все грани среза должны быть острыми, чтобы ими можно было резать и скрести во всех направлениях, но грани остальной части лезвия должны быть притупленными.

«Клюв попугая»

Этот инструмент в верхней части изогнут и походит на кончик птичьего клюва, откуда и происходит название инструмента. В сечении он круглый, длина его – 2,5 дюйма, не считая хвостовика и верхней изогнутой части. Длина изогнутой части (кончика) – 10 линий. Эта часть – трёхгранная, две верхние боковые грани выпуклые, а нижняя – вогнутая, в 2 линии шириной в самой широкой части. Ширина двух верхних выпуклых граней – примерно 1 линия. Верхний угол соединения граней – притупленный, а два нижних – заострённые. Эти три угла сходятся в отрую точку. Толщиной этот инструмент не превосходит перо для письма, причём к рукоятке он слегка утолщается, а к рабочей изогнутой части – сужается.

Трёхгранный штихель

Иструмент похож на штихель, используемый гравёрами, но с более длинным кончиком. Длина его примерно 2,5 дюйма, исключая хвостовик и кончик. Ширина двух боковых граней – примерно 2 линии, они идут от ручки до кончика острия. Верхняя же грань является обухом, под которым находится тупое схождение, идущее от рукоятки острого окончания.

1 *Хвостовик – это часть инструмента, которая вставляется в ручку и там закрепляется.*

2 *Линия (ligne) – 1/12 французского дюйма (pouce), или 2,256 мм. Дюйм во времена Фошара равнялся во Франции 2,707 см. – Примеч. пер.*

Эта грань имеет ширину в 1 линию и идёт от рукоятки до скошенного кончика. Острый скошенный кончик имеет в длину примерно 4 линии. Таким образом, инструмент имеет три режущие кромки: нижнюю, созданную соединением двух боковых граней, и два верхних пересечения этих же граней с косым срезом. Он более удобен для счищения зубного камня, образовавшегося между зубами, чем напильники, которые обычно используются для этой цели.

Нож

У этого инструмента с изогнутой кромкой нет шейки. Его лезвие примерно в 2 раза длиннее лезвия обычного ножа такого типа, но с гораздо менее толстым обухом. Оно слегка выгнуто наружу и не должно быть сильно закалено. Граней у ножа три: они идут от рукоятки до плоского и тонкого кончика. Две боковые грани имеют около 2 линий в самой широкой части. Третья грань – примерно пол-линии в ширину. Эти грани, постепенно уменьшаясь, сходятся вместе, формируя кончик. Две кромки меньшей грани, служащей обухом, должны быть скруглены по всей длине. Режущая кромка, противоположная обуху, должна быть затупленной от рукоятки до середины лезвия, а далее – острой и изогнутой до кончика, то есть до окончания обуха. Я начал применять этот инструмент, когда понял, что предыдущего недостаточно для полного удаления всего зубного камня с поверхности зубов и пространства между ними.

Z-образный крюк

Шейка инструмента – изогнутая и квадратная в поперечном сечении, длина его составляет 2 дюйма, не считая хвостовика и верхней изогнутой части. Используется он только для очистки пространства между нижними зубами. Его 4 грани, образующие 4 кромки, простираются от рукоятки до изогнутой части и в ширину имеют примерно 1,5 линии каждая. Четыре кромки немного скруглены, изогнутая часть имеет в длину 6 линий, в ширину – 1,5 линии в той части, где «клюв» отходит от шейки, и около 1 линии у острого кончика. У изогнутой части – 3 грани, одна внутренняя и две внешние. Внутренняя, самая широкая, равна по ширине самому «клюву». Две внешние боковые грани встречаются под углом и заканчиваются косым срезом, заостряющим внутреннюю грань.

Те, кто пользуется этим инструментом, обычно делают шейку прямой до самого крюка, но я в этом вижу недостаток: при применении этого варианта пациенту приходится очень сильно раскрывать рот, и все равно врачу сложно избежать касания им зубов, противоположных тем, что подвергаются чистке. Чтобы устранить этот довольно значительный, по моему мнению, недостаток, я сделал инструмент изогнутым, как показано на рисунке[1]. Хотя шейка инструмента квадратная, её можно сделать и круглой, эта деталь не важна.

Пять вышеописанных инструментов должны иметь хорошую закалку. Их надо надежно посадить на рукояти, сделанные из серебра, слоновой кости или иного материала, который удобен в удержании и легко чистится. Рукоятки должны быть круглыми, так как именно эта форма является наиболее удобной для их поворачивания во все стороны. Если же вы хотите придать им иную форму, то следует сделать их гранёными, примерно 3 дюйма в длину. Окружность их должна быть примерно в 1,5 дюйма в нижней части и уменьшаться до 1 дюйма в верхней, то есть в той, куда входит хвостовик инструмента. Туда же необходимо запрессовать кольцо для усиления и укрепления рукоятки, если она не сделана из серебра. Противоположный конец рукоятки по желанию можно украсить скруглённым набалдашником, покрытым узором, для придания инструменту элегантности. Сам инструмент вставляется в рукоятку квадратным в сечении хвостовиком и, как правило, укрепляется там мастикой.

Удобно иметь несколько инструментов каждого вида, сменяя их по мере надобности. Они могут варьироваться по размеру, длине и ширине, в зависимости от нужд дантиста.

Хотя 5 инструментов вполне достаточно для очистки зубов, также необходимо иметь небольшой зонд[2], посредством которого точно устанавливается, кариозны ли зубы. Этот зонд изогнут с обоих концов в противоположных направлениях. Один из его изгибов – тонкий и плоский в своей вогнутой и выпуклой части, тем самым напоминает часовую пружину. В ширину он не превышает 1 линию, причём к концу ширина уменьшается. Второй изогнутый конец – круглый в сечении, тонкий, а его кончик похож на кончик портновской иглы среднего размера. Он слегка затуплен, чтобы не поранить мягкие части. Что касается рукоятки зонда, то её размер должен быть пропорционален рабочим частям, а форма иметь гранёный вид.

До и после каждого применения инструменты следует хорошо вымыть и высушить, это важно как для содержания их в чистоте, так и для предотвращения появления ржавчины. Их нельзя использовать, не направив на турецком или лотарингском точильном камне, на который надо нанести немного оливкового масла для лучшей заточки.

1 *См. рис. 9, часть 5.*

2 *См. рис. 6, часть 3 (том первый).*

Также следует иметь в виду, что рукоятки этих инструментов не должны быть слишком тяжёлыми, так как это является недостатком, из-за которого рука становится менее лёгкой и уверенной, что весьма важно при проведении операций.

Рис. 9.

Инструменты для удаления зубного камня.

Часть 1. Стамеска.

A – Стержень.
B – Фаска.
C – Острие.
D – Ручка.

Часть 2. «Клюв попугая».

E – Стержень.
F – Изогнутая часть, сходящаяся в острую точку.
G – Ручка.

Часть 3. Трёхгранный штихель.

H – Стержень.
I – Фаска и кончик.
K – Ручка.

Часть 4. Нож с выпуклой режущей кромкой.

L – Режущая кромка.
M – Ручка.

Часть 5. Z-образный крючок.

N – Стержень.
O – Самая изогнутая часть.
P – Ручка.

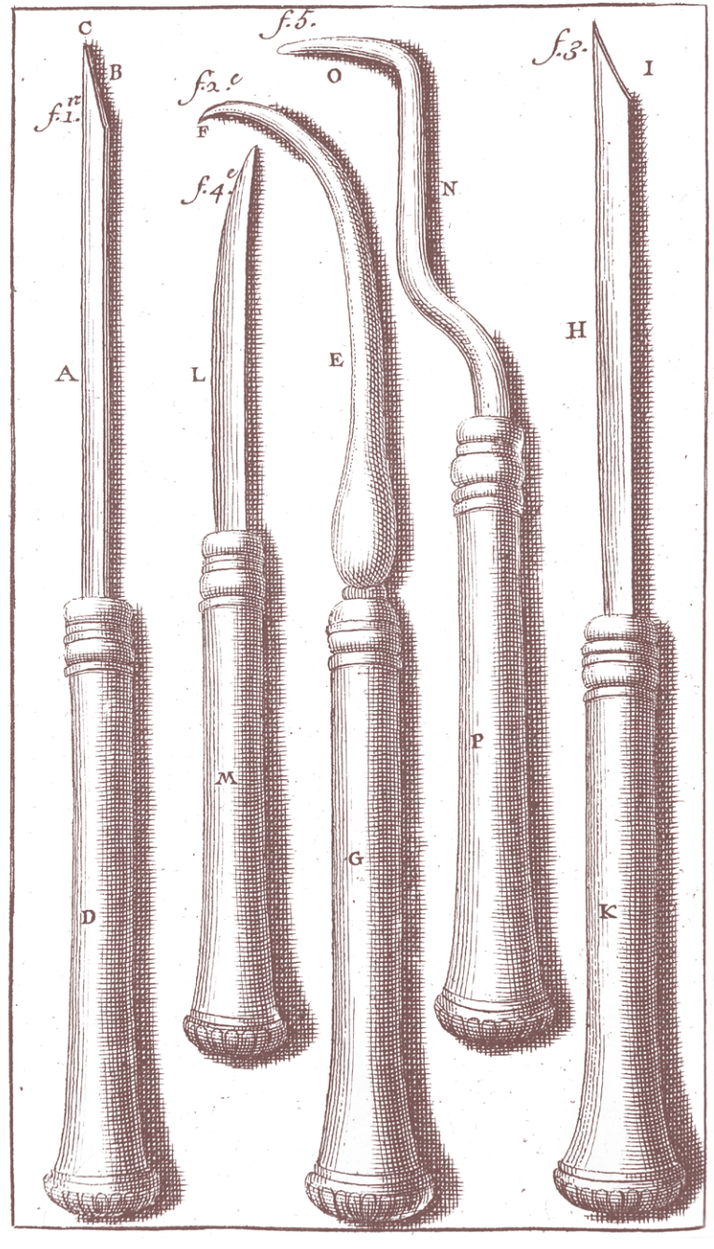

Рис. 9.

ГЛАВА III

МЕТОД ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО ОЧИЩЕНИЯ ЗУБОВ
путём отделения и удаления зубного камня без повреждения эмали

Когда пациент просит привести рот в порядок, то первое, что мы видим в полости его рта, это зубной камень. Сначала зубы надо исследовать зондом на наличие кариеса (которым следует заняться сразу после чистки), затем удалить зубной камень, а потом, если зубы нуждаются в опиливании, прижигании или пломбировании, то не откладывать и эти операции.

Для удобства операции пациента надо посадить на стул или в устойчивое кресло, не слишком высокое и не слишком низкое, а голову прислонить к спинке. Сначала следует удалить зубной камень с помощью стамески, которую надо держать, как перо во время письма, то есть большим, указательным и средним пальцами, используя попеременно его кончик и боковые заточенные края.

Затем дантист встаёт справа, протянув левую руку за головой пациента. Большой палец левой руки покоится на нижних резцах, указательный отводит вниз губу, а остальные охватывают и поддерживают подбородок.

Начинайте с резцов нижней челюсти, поскольку зубной камень образуется чаще всего именно на них. Во время операции верхняя часть инструмента (противоположная рабочей кромке) упирается в указательный палец левой руки. Зубной камень с лёгкостью удаляется заточенными частями инструмента; движения должны быть аккуратными, повторяющимися, без большого давления, направленными снизу вверх. Этот метод применяется без изменения положения тела и пальцев во время всей операции. Не следует передвигаться или вставать перед пациентом, за исключением тех случаев, когда надо очистить правую сторону рта. В этом случае указательный палец левой руки помещают на губную комиссуру справа, чтобы отодвинуть от зубов щеку. После этого рабочую часть инструмента подводят к тем зубам, которые надо очистить в первую

очередь, и зубной камень удаляется очень лёгкими движениями снизу вверх. Шатающиеся зубы надо поддерживать ближайшим к ним пальцем, а зубной камень с них удаляют сверху вниз или боковыми движениями.

После удаления камня с внешней стороны переходят к внутренней, причём положение врача остаётся прежним. Опустив губу пациента указательным пальцем, придавливают резцы большим пальцем (если они неплотно сидят), а затем, держа инструмент соответствующим образом, используют соседние зубы как точку опоры, облегчающую движения. Действуя таким образом, очищают все зубы с левой стороны, а затем меняют своё положение, переместившись на место слева от пациента. Далее следует приблизить указательный палец к тем зубам, которые предполагается очистить в первую очередь, и очищают их один за другим. Производимые на этой стороне рта действия – такие же, как на другой, с единственным отличием: кончик указательного пальца левой руки заходит на последний моляр по мере того, как инструмент переходит от одного зуба к другому.

Когда с помощью стамески удалено всё, что возможно, следует взять «клюв попугая», встать перед пациентом и указательным пальцем левой руки опустить вниз нижнюю губу. После этого кончик инструмента вводят между зубами с внутренней стороны. Этот инструмент надо держать так же, как и предыдущий, помня, что выемка его кончика должна быть развёрнута к держащей руке, а рукоятка во время удаления зубного камня приподнята. Переходя от одного зуба к другому, продолжают поддерживать соседние зубы указательным пальцем левой руки.

Когда внутреннее межзубное пространство очищено «клювом попугая», дантист трёхгранным штихелем вычищает внешние части межзубных щелей. Стоять надо справа от пациента. Опустив его нижнюю губу, вводят между зубами кончик инструмента, который надо держать так же, как и первые два. Помните, что фаска на его кончике должна быть повёрнута вверх, что облегчает удаление зубного камня. Операция производится одинаково на всех межзубных пространствах, причём губы и щёки пациента надо при необходимости отодвигать, сохраняя наиболее удобное для себя положение.

Закончив работу со штихелем, берут нож с выпуклым лезвием, удерживая его, как и предыдущие инструменты. Далее поворачивают его острой гранью вверх и, стоя справа от пациента, вводят попеременно между зубами, чтобы удалить то, что не удалось достать предыдущими инструментами.

После окончания этой процедуры, если есть необходимость, врач может взять Z-образный крючок и удалить с внутренней поверхности

зубов всё, что на них ещё осталось. При этом дантист стоит справа от пациента или перед ним, держа инструмент в правой руке. Затем он опускает остриё, повернутое в сторону руки, и вводит его в полость рта, за зубы, сгибая в сторону руки, чтобы отделить приставший к зубам камень.

После того как закончена работа этим инструментом на внутренней стороне зубов, его можно использовать для удаления инородных частиц с коронок. В этом случае необходимо отодвигать щёки и губы указательным пальцем левой руки, а инструмент держать в правой руке, очищая им коронки зубов.

Для очистки зубов верхней челюсти применяют те же инструменты, так как они подходят для работы и с верхней, и с нижней челюстью.

При очистке зубов верхней челюсти пациента надо посадить в положение, описанное выше. Левую руку дантист протягивает над головой пациента, большим пальцем этой руки приподнимает губу, а указательный кладёт на кончики очищаемых зубов, чтобы удерживать их в устойчивом положении. Затем, держа первый инструмент, как описано выше, удаляют крепко приставшие бляшки зубного камня движениями сверху вниз. Если же камень держится некрепко, то его надо удалять движениями снизу вверх, постоянно придерживая зуб, чтобы он не расшатался ещё более. Таким образом, мягкими движениями очищают все зубы с левой стороны. Далее переходят к правой стороне, начав с зуба, соседнего с тем, с которого начата очистка. Руку, лежащую над головой пациента, врач может убрать только тогда, когда приступит к очистке последних зубов этой стороны. Для этого надо встать перед пациентом, отодвинув щёку большим и указательным пальцами.

Прежде всего очищают внешнюю сторону зубов, а затем внутреннюю. Встать надо справа от пациента, протянуть левую руку над его головой и пропустить средний палец левой руки между нижней губой и десной, отодвигая губу вниз. Указательный палец проделывает то же с верхней губой, отодвигая её вверх. Для поддержки дантист упирает инструмент в зубы, находящиеся перед теми, которые надо очистить. Таким образом обрабатывают все зубы на левой стороне, при этом счищенная движениями сверху вниз субстанция опадает. То же самое делают на правой стороне, причём дантист должен перейти на левую от пациента сторону, поменяв положение пальцев между десной и губой.

«Клюв попугая» обычно не используется для очистки зубов верхней челюсти, за исключением пространства между молярами. Эту процедуру дантист может сделать, оставаясь справа от пациента и отодвигая щеку на оперируемой стороне.

Трёхгранным штихелем можно удалить всё, что пристало между зубами с внешней стороны, оставаясь справа от пациента. Губы и щёки надо отодвигать, переходя от одной стороны к другой, двигая инструмент снизу вверх.

Способы использования ножа с выпуклым лезвием и Z-образного крючка одинаковы для верхней и нижней челюсти.

Хотя вышеуказанные положения являются самыми удобными для этих операций, я должен добавить, что они не являются единственно правильными, и если в некоторых случаях есть более удобные положения, то их и надо принимать.

Часто после очистки зубов и удаления всей массы зубного камня выясняется, что камень настолько проник между зубами и дёснами, что последние воспалились, размягчились и в некоторых межзубных щелях поднимаются выше тела (коронки) зуба. В таких случаях необходимо удалить ту часть десны, которая отошла от зубов и увеличилась в размере, что я подробно описал в главе, касающейся болезней дёсен и их разрастания (главы XVII–XVIII первого тома). Если удалять эти разрастания у детей, то исходящей при этом крови будет достаточно для излечения. При операциях у взрослых пациентов иногда надо использовать мази для укрепления дёсен, что описано в тех же главах.

ГЛАВА IV

МЕТОД ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАПИЛЬНИКА. *Необходимые предосторожности и выбор нужного инструмента*

Считается установленным, что зубы среднего и малого размера больше способствуют украшению рта, чем крупные. Немногие знают преимущество такого вида зубов, однако каждодневный опыт показывает, что живут они дольше, так как длинные зубы расшатываются чаще, чем короткие, из-за меньшего соотношения их длины к основанию. В результате этого они оказывают меньшее, чем нужно, сопротивление приходящемуся на них давлению. Зубы же среднего и малого размера, наоборот, ровные и правильно расположенные, что является более выгодным с точки зрения сопротивления давлению.

Следовательно, если зуб слишком большой, его надо укоротить напильником. Также напильник надо использовать для отделения друг от друга зубов, стоящих слишком близко или склонных к кариесу. При отсутствии кариеса от операции надо воздержаться, особенно, если пищу, застрявшую между таких зубов, легко удалить зубочисткой.

Перед тем как говорить собственно об операции, необходимо упомянуть о возрасте пациента и природе зубов, которые нужно стачивать. Это довольно важные вещи, и ими нельзя пренебрегать, иначе могут произойти большие неприятности.

Я уже говорил, что зубы молодых людей имеют внутреннюю полость, а изгиб костных волокон формирует над ней свод. Я также указывал, что эмаль покрывает всё тело зуба, кроме шейки, и что эмаль некоторых людей, особенно детей, настолько тонкая, что в ряде случаев невозможно обточить зуб, не затронув ткань волокон и проходящих в них сосудов. Поэтому зубы детей надо обтачивать с большой осторожностью, особенно это касается коренных зубов. В этом случае надо тщательным образом проверить, приобрёл ли зуб достаточную прочность, иначе очень легко совершить ошибку.

Если эти обстоятельства учтены, то можно обтачивать зубы ребёнка, даже когда он ещё питается молоком матери. В моей практике были случаи, когда у детей спустя всего несколько дней после родов уже наличествовали такие большие зубы, что мне приходилось стачивать их кончики, чтобы они не ранили соски кормилицы.

Многие мальчики и девочки нуждаются в стачивании зубов именно в возрасте 10–12, а не 15–18 лет. Поэтому операцию стачивания надо предпринимать лишь с осознанием её серьезности и с большой осторожностью. Если сделать её грубо, то результаты будут плачевными и могут привести к полному разрушению зуба. Тогда любое лечение будет тщетным.

Подобные неприятности происходят, увы, слишком часто. Примеры их даны в первом наблюдении главы XXIV первого тома.

При обтачивании зубов у людей старшего возраста такое случается реже, чем у детей, так как полость зуба у них уменьшена за счёт роста слоёв костяных волокон, а эмаль более толстая. Поэтому зубы людей среднего или преклонного возраста не такие чувствительные, как зубы людей молодых. И хотя эмаль молодых зубов твердая, они менее крепко сидят, более хрупкие и, соответственно, более сложные для обработки напильником.

Однако это правило не абсолютно, так как встречаются люди преклонного возраста, чьи зубы настолько чувствительные, что обтачивать их практически невозможно. А есть люди молодые с низкой чувствительностью, обтачивать зубы которых легко. Чувствительность зуба напрямую зависит от того, насколько близко к стачиваемой части подходят нервные окончания.

Совершенно необходимо обтачивать зубы с кариесом боковых граней, тем самым отделяя их друг от друга, чтобы остановить его распространение. Когда кариозные зубы находятся в передней части рта, их надо разделять, стачивая внутренние части больше, чем внешние, чтобы избежать слишком больших и некрасивых межзубных щелей.

Также надо отметить, что с очень большой осторожностью надо отделять друг от друга нижние резцы, поскольку они могут расшататься. Зубной камень, накапливающийся там больше, чем в других местах, разрушает дёсны и приводит к потере этих зубов, а вероятность этого ещё больше увеличивается, если зубы разделены. Но при наличии кариеса разделять их надо обязательно (хорошо, что эти зубы подвержены кариесу меньше, чем все другие). Иными словами, эти зубы не следует разделять, если к этому не принуждает их гниение, потому что близкое расположение и, соответственно, взаимная поддержка играют большую роль в

сохранении и прочности, а следовательно, и долговечности зубов.

В отношении разделения зубов многие дантисты придерживаются мнения, что кариес можно удалить лишь напильником, поэтому они используют его до тех пор, пока кариес полностью не сточен. Однако это невозможно сделать, не нанеся вред здоровой части зуба и не ослабив её чрезмерным истончением.

Другие же, желая сохранить внешний вид зубов, разделяют их лишь слегка, не сточив большую часть кариеса, который, постепенно увеличиваясь, в конце концов (если его не вылечить) приводит к потере зуба, несмотря на его отделение. По этой причине недостаточное отделение, при котором не удалена вся больная часть, столь же опасно, как чересчур глубокое, при котором зуб слишком сточен.

Чтобы избежать этих крайностей, следует разделять зубы в соответствии с их размером и внешним распространением (глубиной) кариеса. Кариозную часть можно также удалить слегка изогнутым и очень острым распатором, описание которого следует далее. Этим способом вся кариозная ткань удаляется безопасно для здоровой части.

После нескольких попыток я создал изогнутый напильник[1], которым с лёгкостью можно разделять зубы в задней части рта. Он весьма удобен, если правильно изготовлен. Необходимо, чтобы были соблюдены несколько условий:

- его изогнутая часть, одновременно служащая стержнем, должна быть прочной, уменьшаясь в размере от рукоятки до рабочей (пилящей) части;
- все грани должны быть немного скруглены;
- хвостовик должен быть прочным, надёжно утопленным в рукоятку и хорошо закреплённым в ней.
- Если вы отделяете зубы пациента по причине кариеса, по возможности стачивайте только кариозный зуб. Тот, чья рука движется неуверенно из-за недостатка опыта, должен использовать не двухсторонние, а односторонние напильники.

Разделённые зубы имеют тенденцию сдвигаться заново, и иногда необходимо обтачивать их снова. Отделять их надо так, чтобы на уровне дёсен осталась незатронутая часть зуба – таким образом, зубы могут продолжать поддерживать друг друга, а разделение будет равномерным. Щель между зубами, близко расположенными друг к другу на уровне дёсен, делают более широкой.

1 *См. рис. 11, часть 2.*

Если моляры сгнили до середины их ширины, а кариес проник в полость зуба, сделав его очень чувствительными, не надо стачивать весь кариес, так как можно обнажить нервы, тем самым навредив лечением больше, чем сама болезнь.

У клыков и резцов ситуация иная. С них кариес можно стачивать целиком, даже если он проник в полость и в результате операции обнажаются сосуды. Дело в том, что у этих зубов есть лишь одна полость, или канал, а это значит, что изливающаяся жидкость легко находит выход после операции, тем самым не причиняя боли.

Если зубы повёрнуты в альвеолах, наклонены и перекрывают один другого, то их необходимо обточить с боков, чтобы добиться наиболее правильного расположения и придать им более красивый вид, что само по себе уже является большим достижением.

Зубы, имеющие шипообразные выпуклости, прожилки, щербинки, эмаль которых покрывают тёмные пятна (это зачастую происходит с теми, кто в детстве не отличался хорошим здоровьем), можно исправить, отшлифовав зубы напильником.

Пятна на эмали бывают разного цвета и происхождения. Синеватые или чёрные пятна зачастую появляются из-за кариеса. Другие могут быть жёлтыми или белыми, но не естественного белого цвета самих зубов. Эти пятна часто имеют вид углублений, проникающих в зуб до самой полости, причём субстанция, из которой они состоят, мягкая и рыхлая. Такие пятна надо удалять не колеблясь, потому что иначе придётся вскрывать зуб до полости для полной очистки.

Одни дантисты укорачивают зуб напильником, другие – острыми щипцами (кусачками), режущие части которых расположены сверху или сбоку. Однако зачастую действиям врача не хватает осторожности, в результате чего эмаль трескается. Поэтому я предупреждаю: сначала надо наметить подходящим напильником место среза, чтобы кусачки не взломали эмаль. Эта небольшая операция практически безболезненна. Такого рода кусачки используются лишь для операций на зубах, слишком чувствительных для напильника, или на зубах чрезмерной длины.

Надо добавить, что после удаления излишней части длинных зубов, их надо обточить и отшлифовать напильником, чтобы привести в соответствие с остальными зубами.

Зубы, которые приходится укорачивать, – резцы, клыки и малые моляры. Делают это, горизонтально сточив напильником кончики их

коронок[1]. Если они не слишком превышают остальные зубы по длине, то для их укорачивания и шлифовки достаточно плоского напильника.

Большие моляры можно укоротить лишь ненамного, потому что под бугорками их коронок находятся маленькие полости, соединяющиеся с большой полостью зуба. Если эту малую полость обнажить, то возникает опасность кариеса или зубной боли. Однако длину малых моляров вполне можно уменьшить, так как бугорки их коронок острее, а малые полости – меньше по размеру.

Если кромки клыков и резцов выступают за зубной ряд спереди или сзади, то эти зубы обычно длиннее остальных, так как у них нет противоположного зуба, следовательно, ничто не сдерживает их рост. При необходимости их подровнять по длине, обычно используют плоский напильник, а опиливают с внутренней стороны под наклоном, то есть косой гранью: так уменьшается как их длина, так и толщина, а немного притупленная режущая кромка снаружи сохраняется. Если зуб выбивается из ряда вперёд, то спиливать надо с внешней стороны, чтобы его режущая кромка сместилась внутрь.

Клыки и резцы следует укорачивать, если у них нет противоположного зуба-антагониста, который уменьшал бы их длину трением и давлением. Длину таких зубов надо уменьшать насколько возможно, так как они имеют тенденцию расти и превосходить по длине соседние зубы. Слишком длинный зуб расшатывается гораздо чаще, чем зуб обычной длины. Кроме того, если слишком длинный зуб трётся о свой антагонист, то последний может также расшататься. Г-н Дионис считает, что стачивать такие зубы бессмысленно, так как они продолжают расти, и эту операцию приходится повторять слишком часто[2]. Однако на самом деле это небольшое вмешательство может понадобиться не более 2–3 раз за всю жизнь. Поскольку это немного, то лучше всё же стачивать зуб, чем доводить рот до щербатости, которая обязательно возникнет, когда этот зуб расшатается и выпадет.

При уменьшении размера зуба необходимо учитывать длину его антагониста и всех зубов в ряду. Слишком длинный зуб во рту неизменно будет упираться в свой антагонист, тереться об него, и это может расшатать оба зуба, ухудшая таким образом процесс жевания для остальных зубов.

И наконец, зубы, мешающие языку, губам и щекам и ранящие их,

1 *В данном переводе используются различные слова для описания рабочей части зуба: кончик, остриё, апекс, рабочая часть, кромка и др. Все они обозначают часть зуба, которая активно входит в контакт с пищей, пронзая, разрывая и перемалывая её. Для зубов нижней челюсти это самая верхняя часть зуба, для зубов верхней, соответственно, самая нижняя. – Примеч. пер.*

2 *Дионис П. Курс хирургических операций... С. 511.*

тоже нуждаются в обтачивании. Подобная операция необходима, если какая-то часть зуба обломана. Цель обтачивания в этом случае – скруглить и сточить острые неровности обломанного (или кариозного) зуба. Иногда приходится обтачивать даже моляры.

Я не раз наблюдал язвы на щеках, губах или языке, порождённые неровностями на зубах. Когда отслоения мягких тканей происходят по вине неровностей зубов, которые мешают язвам зарасти, острые грани зубов надо сгладить напильником.

Однажды ко мне обратилась пациентка, половина языка которой была съедена язвой подобного типа, произошедшей по вине кариозного и обломанного зуба. Я убрал неровности напильником, но не могу сказать, вылечилась ли она, поскольку состояние было сильно запущено, к тому же ей было 72 года.

Подобные случаи дают нам понять, насколько важно установить истинную причину язв на щеках, губах и языке, которые могут образоваться вследствие неправильной формы коронки моляров или иных зубов, из-за обломка кариозного зуба. Если же истинная причина появления подобных язв точно не установлена, существует опасность спутать их с язвами, произошедшими от цинги или сифилиса, что опасно для пациента и подрывает доверие к врачебному искусству (см. три наблюдения в главах XXXVI–XXXVII первого тома).

Существует **8 видов зубных напильников**[1]. У некоторых из них рабочая часть имеет тонкую насечку, у других – более грубую. Самые тонкие напильники имеют мелкую насечку для мягкого обтачивания. Толстые, крупные напильники отличаются более грубой и глубокой насечкой и стачивают сильнее. Оружейники и часовщики используют напильники первого типа, которые обычно делают сами, у жестянщиков же можно купить инструменты второго вида. Однако в их лавках довольно трудно найти напильники, которые подходили бы именно для спиливания зубов. Поэтому разумнее всего обратиться непосредственно к производителям инструментов, заказав напильник из качественной, закалённой стали, хорошо обработанный, с равномерной и правильной насечкой (не слишком грубой и не слишком мелкой), чтобы им можно было с успехом пользоваться.

Первый напильник имеет мелкие перекрёстные насечки, он – тонкий и плоский, длиной (не считая рукоятки) примерно в 4 дюйма и толщиной около 1/3 линии. Этот инструмент используется только для разделения зубов.

1 *См. рис. 10, 11.*

Второй напильник имеет более грубую насечку, он плоский и немного больше первого по размеру и толщине. Используется для укорачивания зубов.

Третий напильник называется «ножовочным» и применяется лишь для того, чтобы наметить место приложения другого напильника, например при разделении зубов.

Четвертый напильник – плоский, с острым кончиком. Необходим для ещё большего увеличения уже расточенного расстояния между кариозными плоскостями.

Напильник номер пять называется «лист шалфея» и используется для выпиливания впадин на кариозных участках.

Шестой напильник – изогнутый. Применяется для отделения друг от друга зубов в задней части рта на каждой челюсти.

Седьмой напильник – полукруглый. Используется для расширения отверстий, сделанных пятым напильником.

Восьмой напильник – круглый, сужающийся к концу, называется «крысиный хвост». Применяется для обтачивания и увеличения разделения зубов у десны.

Все эти напильники имеют перекрёстную и более грубую насечку, хотя у маленьких напильников насечка может быть мелкой. Их длина и ширина практически та же, что представлена на рисунке.

Необходимый набор напильников включает большой, маленький, широкий, толстый и тонкий, причём желательно иметь несколько штук каждого вида, используя их по мере необходимости. Во время прикосновения к зубам они не должны быть слишком холодными, поэтому (а также для того, чтобы к ним не приставали сточенные крошки) их во время использования надо время от времени окунать в тёплую воду. Чистят их небольшой щёточкой.

Невозможно описать все способы использования напильников, так как их очень много, а обстоятельства применения не всегда одни и те же.

Для успешной работы надо не оказывать на инструмент слишком большого давления, если обтачивание зубов доставляет боль. Держать и двигать напильник надо прямо как внутрь, так и наружу.

При разделении резцов нижней челюсти дантист стоит перед пациентом, который сидит в устойчивом кресле, прислонив голову к спинке. Напильник держат в правой руке, а указательный палец левой руки помещают между губой и обтачиваемым зубом. Так можно без труда придерживать зуб и опустить вниз губу. Затем помещают средний палец

в губную комиссуру с левой стороны и отодвигают щеку, тем самым открывая себе обзор во время операции.

Когда необходимо обработать клыки, малые или большие моляры на правой стороне этой же (нижней) челюсти, встают там же, протянув левую руку над головой пациента, чтобы придерживать большим и указательным пальцами этой руки соседние зубы, а остальными – подбородок. Чтобы напильник не поранил губную комиссуру, её прикрывают тонкой льняной салфеткой, сложенной в несколько слоёв. Инструмент держат в правой руке и опиливают им ту часть зуба, которая в этом нуждается.

При разъединении тех же зубов с левой стороны, стоят слева от пациента, опуская его губу и придерживая резцы указательным и средним пальцами левой руки, а остальными пальцами – подбородок. Губу сначала прикрывают льняной салфеткой, а напильник держат в правой руке и опиливают им зуб.

Чтобы разъединить резцы верхней челюсти, дантист должен встать слева от пациента, протянув у него над головой правую руку, в которой находится напильник. Большой и указательный пальцы левой руки кладут на кромки тех двух зубов, которые надо разъединить. Таким образом, зубы и голова пациента удерживаются в нужном положении. Затем, пропустив напильник между большим и указательным пальцами, действуют, как описано выше. Также можно, не меняя положения, разъединить клыки, малые и большие моляры с левой стороны, но в этом случае надо придерживать средним пальцем левой руки зуб, находящийся перед обрабатываемым зубом, а указательным пальцем левой руки надавливать на губную комиссуру, чтобы отодвинуть щеку. Переходя к молярам, комиссуру прикрывают льняной тканью, а уж потом надавливают на неё пальцем.

Разъединяя клыки, малые и большие моляры справа, встают справа от пациента, протянув левую руку над его головой, помещают указательный палец левой руки между нижней губой и десной, большой – на кромки резцов верхней челюсти справа. Остальными пальцами поддерживают подбородок. Затем, прикрыв губную комиссуру, берут напильник в правую руку, отодвигают губную комиссуру напильником и кончиком указательного пальца.

Во время укорачивания резцов, клыков и малых моляров нижней челюсти используют плоский грубый напильник таким же образом. Стоят с правой стороны или перед пациентом, напильник держат в правой руке, поместив указательный палец левой руки между губами и десной, чтобы поддерживать спиливаемый зуб. Подбородок пациента поддерживают большим пальцем. Напильник при этом ходит вперёд и назад по кромке

зуба небольшими повторяющимися движениями, над указательным пальцем. Так происходит укорачивание этого зуба.

Если надо укоротить большие моляры с правой стороны, то стоят справа, держа напильник в правой руке, прикрыв губную комиссуру с этой стороны льняной тканью и отодвигая её так, чтобы напильник мог пройти мимо ткани к выступающей части зуба, которую надо опилить. То же проделывают и с левой стороны, с соответствующим изменением положения самого врача, его левой руки и пальцев на этой руке.

При укорачивании резцов и клыков верхней челюсти дантист встаёт справа, держит напильник в правой руке и протягивает левую руку над головой пациента, раздвигая губы указательным пальцем левой руки и поддерживая зуб средним пальцем. В этой позиции также можно стачивать бугорки и наросты на телах малых и больших моляров с правой и левой стороны при условии, что левая рука дантиста протянута над головой пациента, указательный палец левой руки помещён на обрабатываемый зуб, а средний – на губную комиссуру.

Если зуб шатается и превосходит по длине другие, укорачивать его совершенно необходимо, поскольку контакт с зубом-антагонистом будет способствовать его дальнейшему расшатыванию и ещё большему сдвижению. Поскольку укорачивать подобные зубы достаточно сложно в силу свойственного им неустойчивого состояния, их надо прикреплять к соседним зубам вощёной нитью, сложенной в несколько раз и обмотанной «восьмёркой» вокруг самого зуба и его соседей. Слоёв должно быть столько, сколько необходимо для полного укрепления зуба.

После скрепления два конца нити наматывают на палец и натягивают в сторону здорового зуба, к которому примотан шатающийся, тем самым укрепляя его. Но и этого недостаточно: всё время, пока вы спиливаете зуб, нитку надо придерживать и натягивать кончиком пальца.

Если расстояние между шатающимся и крепко сидящим зубом большое, то используют небольшой клин с внешними пазами[1] из дерева или свинца для заполнения этого пространства. Таким образом, зубы принимают устойчивое положение, и напильником проще пользоваться. Подобные зубы следует стачивать ниже уровня всех остальных, так как они будут продолжать выходить из альвеол из-за недостаточного закрепления в них.

Укорачивать подобные шатающиеся зубы надо поочерёдно, водя напильник горизонтально от края к краю, одновременно придерживая спереди и сзади. Это делает операцию более быстрой и не расшатывает зуб ещё сильнее.

1 *См. рис. 11, часть 5.*

Я также должен сказать, что те, кто стачивает зубы до равной длины, делают это так, что их окончание становится совершенно ровным и квадратным, будто оструганным рубанком. Это свидетельствует о дурном вкусе дантиста, потому что тогда зубы выглядят шире, чем до выравнивания. Таким образом, после укорачивания и выравнивания зубов надо загладить углы их кромок и закруглить коронку, от этого зуб выглядит более коротким, узким и естественным – теперь сложно заметить, что он был опилен. В этом и во всех остальных подобных манипуляциях следует насколько возможно подражать природе.

Существует 2 типа щипцов (кусачек) для среза и укорачивания зубов, плохо поддающихся обработке напильником из-за того, что в них возникает непереносимая боль, которую пациент должен терпеть при обработке напильником в течение продолжительного времени. Это щипцы с режущей (рабочей) частью сбоку и щипцы с рабочей частью сверху[1]. Первый тип используют тогда, когда не подходит второй, будь то укорачивание зубов или подравнивание осколков. Щипцы второго типа удобно употреблять в тех случаях, когда надо срезать часть очень кариозного зуба или небольшую часть зуба, не касаясь его соседа и не повредив корень. Если использовать эти инструменты правильно, то зубы или их культи уменьшаются насколько это необходимо, в соответствии с конкретным случаем и обстоятельствами, из которых должен исходить дантист.

Также можно использовать второй тип щипцов, очень похожий на клещи и отличающийся от них лишь тем, что его рабочие поверхности являются режущими. Эти кромки смыкаются сразу на всём протяжении. В некоторых случаях удобны именно они. Особенно, если надо срезать часть кариозного или обломанного зуба, находящегося сбоку.

Хотя эти инструменты, если знать, как их использовать, можно с успехом применять для укорачивания зубов, я не могу не отозваться отрицательно об одном парижском дантисте, который использует их постоянно и неосторожно. Я видел множество людей, у которых, из-за его небрежности, зубы треснули, причём иногда настолько, что обнажилась полость, поскольку он срезал слишком много. Вероятно, этот дантист не знаком с внутренней структурой зуба и не озаботился прочесть первое издание этой книги.

1 *См. рис. 13.*

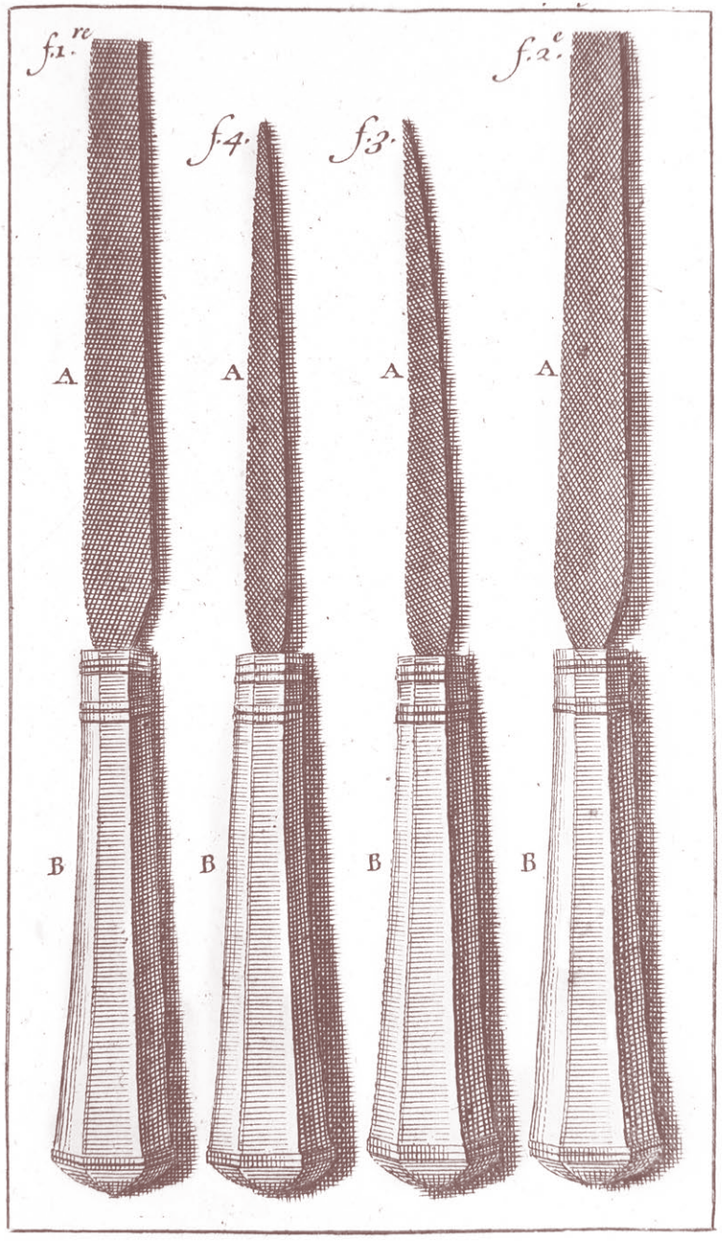

Рис. 10.

Рис. 10.

Четыре инструмента для обтачивания зубов.

Часть 1. Напильник с мелкой насечкой для разделения зубов, вид сбоку.

Часть 2. Напильник с более грубой насечкой для выравнивания зубов, вид сбоку.

Часть 3. Ножевой напильник с острой режущей кромкой слева и обухом справа; используется, чтобы наметить путь для других напильников.

Часть 4. Плоский, сходящийся к концу напильник, вид в длину со стороны плоской части; используется для расширения межзубных интервалов у слишком близко стоящих зубов.

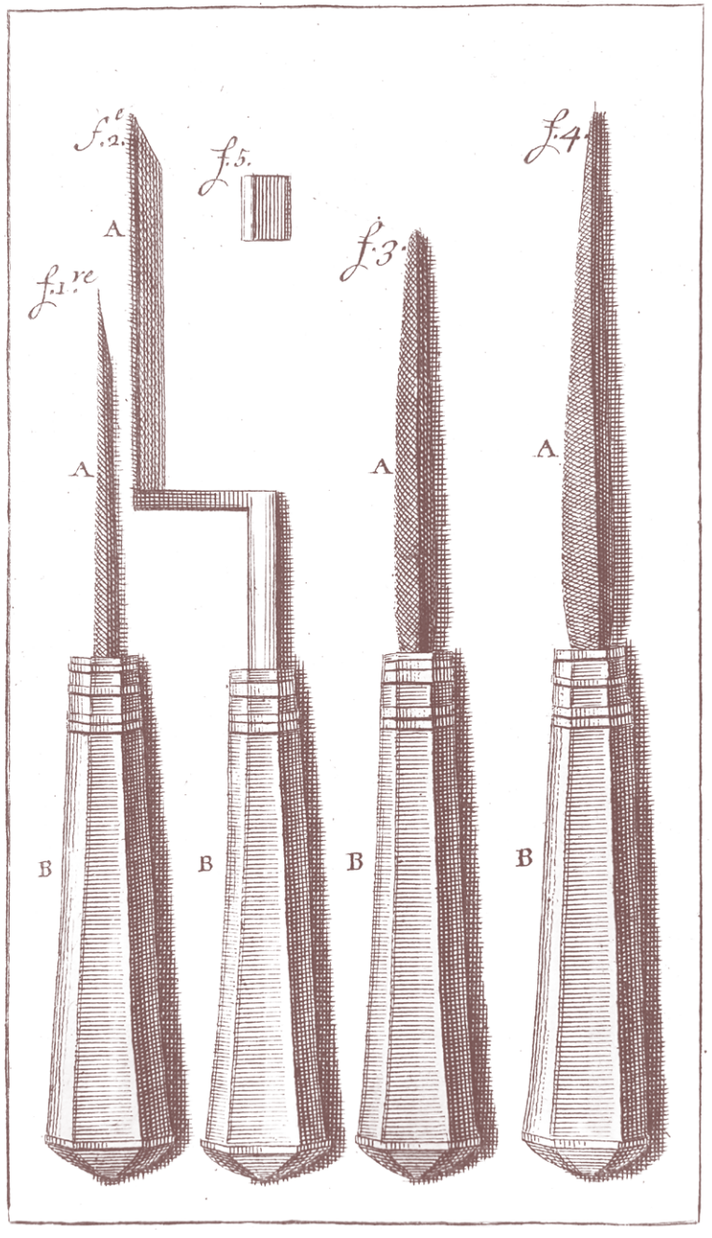

Рис. 11.

Рис. 11.

Пять инструментов, также используемых для обтачивания зубов.

Часть 1. Круглый напильник («хвост крысы») для выпиливания полукруглых выемок в кариозных зубах.

Часть 2. Изогнутый напильник для обтачивания дальних зубов на обеих сторонах обеих челюстей.

Часть 3. Линзообразный в сечении напильник («лист шалфея») для выпиливания полукруглых выемок, вид со стороны выпуклой грани (которых у него две).

Часть 4. Полукруглый напильник для увеличения полукруглых выемок, вид со стороны выпуклой грани.

AAAA – Рабочая часть.

BBBB – Ручка.

Часть 5. Клинышек с внешними пазами для укрепления зубов во время обтачивания.

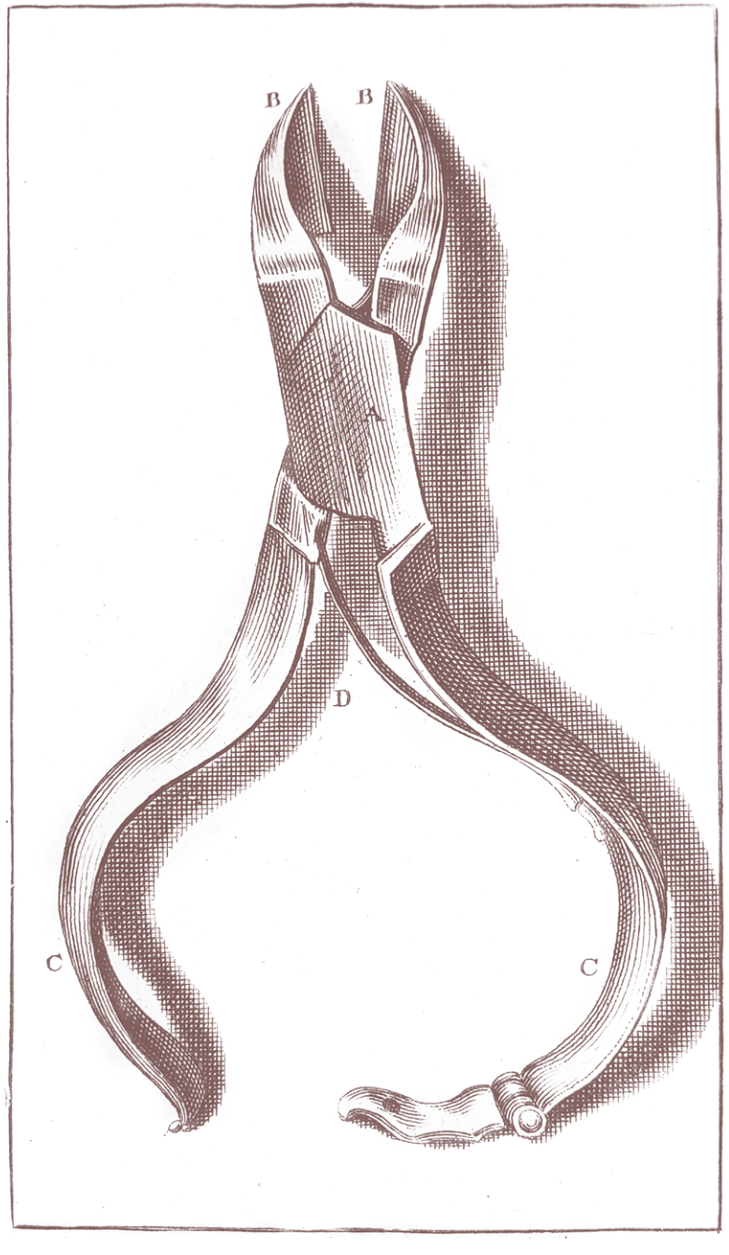

Рис. 12.

Рис. 12.

Щипцы с режущими кромками (кусачки), вид сверху; используются для различных целей, в том числе для укорачивания зубов (щипцы-1).

A – Замок.

BB – Передние кромки щёчек, полые, заточенные, с острыми кончиками.

CC – Ручки, расположенные на задней части.

D – Пружина, присоединенная изнутри для удержания щёчек в открытом положении. К задней (нижней) части одной ручки присоединён шарнирный рычаг со сквозным отверстием, который может цепляться за крючок на второй ручке для удержания щёчек в закрытом положении.

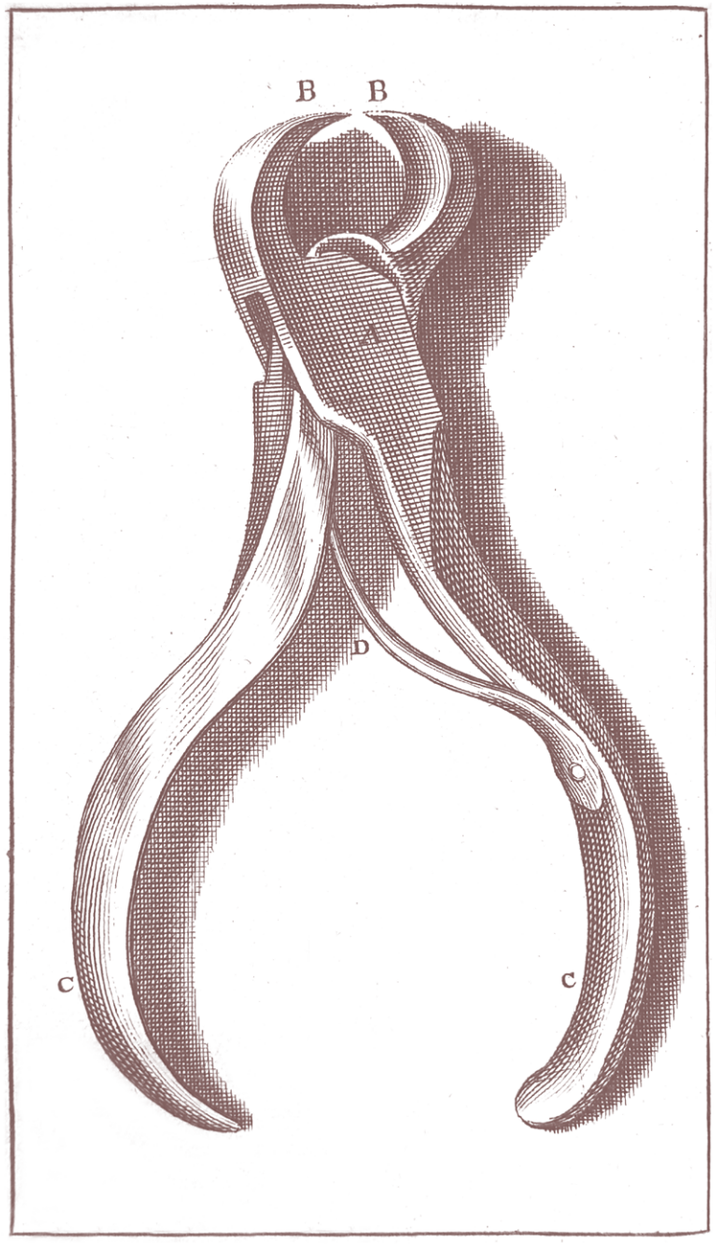

Рис. 13.

Рис. 13.

Щипцы (острые кусачки), похожие на предыдущий инструмент, вид сбоку; используются для укорачивания зубов (щипцы-2)

A – Замок.

BB – Режущие кромки, расположенные на передней части.

CC – Ручки, или задняя часть.

D – Пружина, которая удерживает инструмент в открытом положении.

ГЛАВА V

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ, *подходящих для выскабливания кариозных зубов*

Существует 4 вида инструментов для удаления содержимого кариозных дупел, а также и самого кариеса. Я подразделяю их, исходя из формы заострённого кончика. К первому типу относятся те, чей острый кончик образует 4 косые фаски, и я называю их коническими буравами. Второй тип – это инструменты с острым кончиком из трёх фасок, и я называю их скребками «клюв попугая». Третий тип – это «клюв попугая» с тупым кончиком, а четвертый – инструменты с острым кончиком, сформированным двумя гранями, и я называю их шилообразный скребок, или шило.

Первый тип используется часовщиками и называется ими «коническое сверло» или «бурав». Стержень моего инструмента круглый, длиной примерно в 2,5 дюйма от ручки до фаски, длина которой – 2 линии.

Второй тип – это изогнутый скребок, острый кончик которого сформирован двумя маленькими прямыми фасками, усиленными верхней, формирующей наружный угол изогнутой части. Этот инструмент похож на уже описанный «клюв попугая» для чистки зубов, и его стержень имеет ту же длину и форму.

Третий тип похож на второй, но с тупым кончиком.

Четвёртый тип – это небольшое шило со срезанным кончиком. После срезания его вновь нагревают и отпускают, убирая закалку. На вогнутой части шило скруглено, на выпуклой же оно плоское, с острой фаской на кончике. Шило должно быть средней закалки и заточено на точильном камне. Длина инструмента, без хвостовика и рукоятки, должна быть не менее 8 линий, но не более 1,5 дюйма.

Форму этих инструментов можно видеть на рис. 14, после которого идёт их подробное описание.

В некоторых случаях необходимы инструменты с кончиками того или иного размера, остроты, длины или скругления для лучшего совпадения с формой и размером кариозного дупла, которое может быть большим или маленьким, поверхностным или глубоким, широким или узким. Все эти инструменты должны быть насажены на такие же рукоятки, что и инструменты для чистки зубов.

Если кариозное отверстие слишком мало, чтобы туда ввести инструменты для удаления кариозной массы и пломбирования, то его надо расширить буром или сверлом подходящего размера.

Когда используется сверло или любой другой инструмент, описанный в начале этой главы, для увеличения, выскабливания и очистки кариозного дупла на поверхности зуба, пациента усаживают в удобное кресло, прислонив его голову к спинке. Дантист должен стоять справа или (если необходимо) перед пациентом.

Как будет показано ниже, из этого положения дантисту удобно обрабатывать все стороны ротовой полости пациента (менять положение которого тоже не придётся). Причём кариес может быть поверхностным, на апексе, боковых, внешних или внутренних поверхностях зуба, за исключением внутренней поверхности зубов с правой стороны рта и внешней поверхности зубов с левой стороны, для обработки которых дантисту придётся встать слева.

Если вы используете сверло для расширения кариозного отверстия на поверхности, коронке или сбоку на зубе нижней челюсти, то стоять надо справа, протянув левую руку над головой пациента. При обработке этих частей зуба губную комиссуру прикрывают тонкой льняной тканью. Указательным пальцем левой руки от зубов отодвигают нижнюю губу или щеку, а большим пальцем – верхнюю губу. Затем, держа инструмент в правой руке, его приставляют к кариозному пятну и начинают вращать между большим и указательным пальцами справа налево и слева направо. Таким образом, кариозное дупло расширяется.

Чтобы расширить кариозное дупло на внешней поверхности зубов с правой стороны нижней челюсти, встают справа, протягивают левую руку над головой пациента, помещают большой палец на резцы этой челюсти, а указательный – на десну, отодвинув нижнюю губу вниз. Остальные пальцы поддерживают подбородок. Оперировать же надо инструментом в правой руке.

Для расширения кариозного дупла на внешней поверхности зубов с левой стороны нижней челюсти дантист переходит на левую сторону, придерживает нижнюю губу указательным и большим пальцами левой руки и, держа инструмент в правой руке, приставляет его к кариозному пятну.

Стоя в таком положении, можно расширять кариозные дупла на внутренней поверхности зубов с правой стороны нижней челюсти.

Когда необходимо расширить кариозное дупло на поверхности или верхней части зубов верхней челюсти, стоять надо справа или перед пациентом, опираясь коленом в пол. Затем следует приподнять верхнюю губу пациента средним пальцем левой руки и опустить нижнюю указательным, держа инструмент в правой руке. При необходимости губные комиссуры прикрывают тканью.

В случае расширения кариозного дупла на внешней стороне зубов с правой стороны встают, справа от пациента, держат инструмент в правой руке, отодвигают верхнюю губу большим пальцем левой руки, и нижнюю – указательным.

Во время расширения кариозного дупла на внешней поверхности зубов с левой стороны дантисту удобнее встать слева от пациента, отодвинуть его верхнюю губу средним пальцем левой руки, а нижнюю – указательным. Губную комиссуру прикрывают тонкой льняной тканью, а инструмент держат в правой руке. Сама операция производится так же, как и на внутренней стороне зубов с правой стороны той же челюсти.

Шило можно использовать для расширения кариозного дупла, просверливая его на нужную глубину. Этот инструмент применяют и для удаления субстанции, находящейся в кариозном дупле. «Клюв попугая» (как заострённого, так и затупленного типа) также используют для подобного выскабливания и удаления. Необходимость их применения диктует конкретная ситуация. Стоять во время этой процедуры можно справа, слева или перед пациентом.

Если для расширения дупла зуба нижней челюсти или удаления из него кариозной субстанции применяется один из этих инструментов, то начинать надо с самых дальних зубов или с боковых сторон правых моляров, стоя справа и раздвигая губную комиссуру средним и указательным пальцами левой руки. Инструмент приставляют к кариозной точке, держа его в правой руке.

Кариес, находящийся в труднодоступном месте, нельзя прооперировать вышеописанным способом. В этом случае врач должен протянуть левую руку над головой пациента и зажать стоящие по соседству зубы между большим и указательным пальцами левой руки, придерживая подбородок остальными. Такое расположение даёт возможность удалить этот вид кариеса.

Когда необходимо удалить кариозную массу из полости зуба на внешней стороне тех же моляров, указательный палец левой руки просовывают за щёку, а большой – помещают на внешнюю сторону щеки, чтобы

отодвинуть её от зубов. После этого инструмент, который находится в правой руке, приставляют к месту кариозного поражения.

Если из такого положения не удаётся удалить кариозный участок, следует просто поместить руку над головой пациента, как это уже было описано.

Для удаления кариеса на кончиках, боковых и внутренних поверхностях резцов и клыков, левую руку надо протянуть над головой пациента, опустив губу средним пальцем левой руки. Большой палец (при необходимости) даёт опору оперируемому зубу, а остальные пальцы поддерживают подбородок.

Если необходимо удалить кариозную массу с верхних частей, боковых граней или внутренней стороны левых моляров, то врач протягивает правую руку над головой пациента, помещает указательный палец правой руки на десну нижней челюсти, опустив тем самым губу, а большой палец – на верхнюю десну, приподняв верхнюю губу. Губную комиссуру можно прикрыть тканью. Инструмент приставляют к кариозной точке правой рукой.

При лечении кариеса, находящегося на внешней стороне левых моляров, дантист переходит на левую сторону пациента, помещает указательный палец левой руки на губную комиссуру, отводя щеку назад, а остальные пальцы поддерживают подбородок снизу. Инструмент подводят к кариозной точке, держа его в правой руке, прикрыв перед этим губную комиссуру тканью.

Стоя в том же положении, можно удалить кариес с внутренней стороны правых зубов той же челюсти.

Если надо вычистить кариозные полости на нижних, передних или задних поверхностях всех зубов верхней челюсти, а также на боковых гранях больших моляров той же челюсти, встают справа от пациента, опустившись на одно колено. После чего отодвигают нижнюю губу указательным пальцем правой руки вниз, а верхнюю средним пальцем вверх, держа при этом инструмент в правой руке.

Для обработки внешней поверхности всех зубов верхней челюсти, а также боковых граней малых моляров, клыков и резцов, дантист встаёт справа, протягивает руку над головой пациента, берет инструмент в правую руку, указательным пальцем левой руки приподнимает верхнюю губу, а средний помещает на верхушку оперируемого зуба.

Таким образом, не меняя позы, можно обрабатывать всю левую сторону, при необходимости прикрывая губные комиссуры и отодвигая их от зубов.

Из этого положения можно удалять кариес с внутренней поверхности зубов с правой стороны верхней челюсти.

Выскоблив вышеописанными способами кариозную полость, перед пломбированием в неё вводят подходящим инструментом ватный шарик для осушения и удаления отскобленных остатков, которые невозможно до конца удалить иным способом.

Некоторые кариозные полости – поверхностные и настолько широкие, что ватный шарик, пропитанный гвоздичным маслом, там не удерживается, а также невозможно пломбирование. В этом случае полость следует выскоблить или обработать напильником, а при сильной чувствительности – прижечь.

Рис. 14.

Четыре инструмента для удаления зубного кариеса.

Часть 1. Бурав, вид сбоку.

Часть 2. «Клюв попугая» с острым кончиком, вид сбоку.

Часть 3. «Клюв попугая» с тупым кончиком, вид сбоку.

Часть 4. Шило, вид сбоку.

AAAA – Стержень.
BBBB – Ручка.
CCCC – Изогнутый кончик.
D – Кончик бурава, образованный фасками.

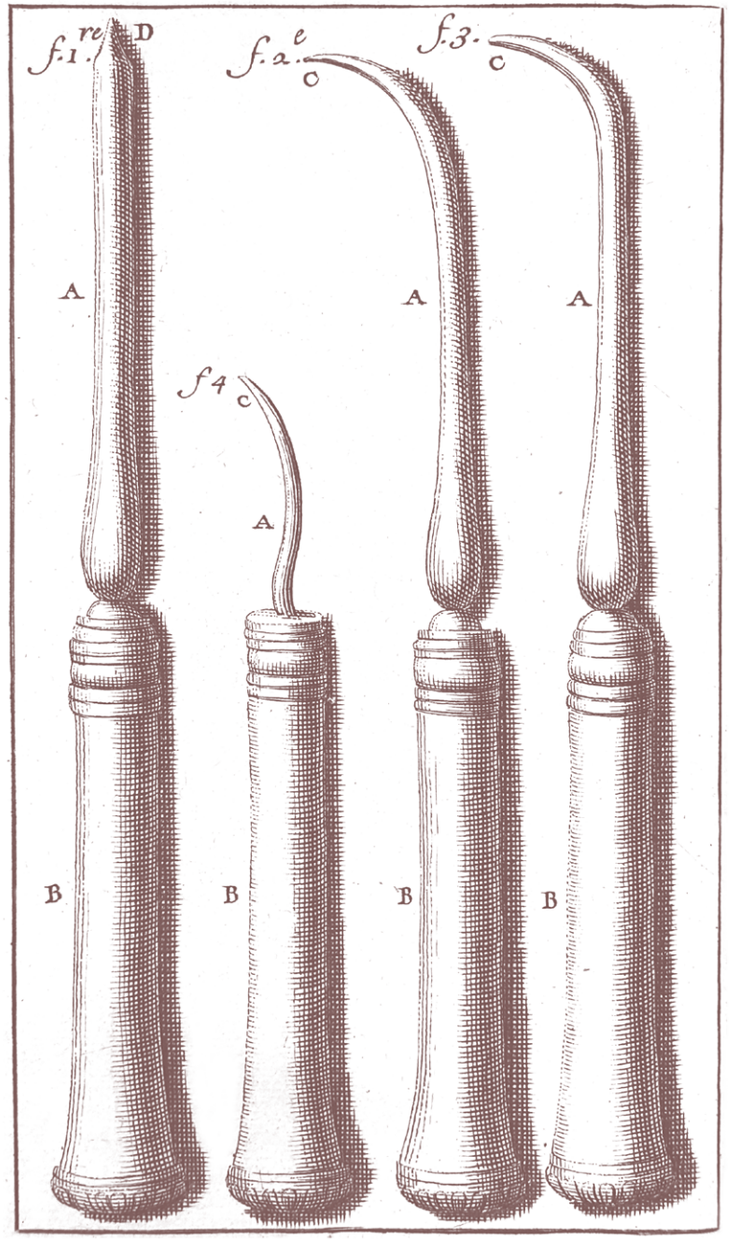

Рис. 14.

ГЛАВА VI

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ, *а также условия для их успешного использования и меры предосторожности*

Важно знать, что пломбировать надо как глубокие, так и менее выраженные кариозные дупла. Пломба даёт зубу дополнительную поддержку, не даёт проникать внутрь воздуху и частицам пищи, которые могут забиться в дупло.

Существуют 3 типа инструментов для введения пломбы в кариозную полость[1].

Первый тип – инструмент с круглым сужающимся стержнем в форме пирамиды и с изогнутым и довольно острым окончанием.

Второй тип – инструмент с таким же стержнем, но с более затупленным изогнутым окончанием. Среди приспособлений, относящихся к двум названным типам, встречаются инструменты с более или менее шарообразным или округлым окончанием – в зависимости от величины инструмента.

Третий тип – уголковый штопфер, окончание которого круглое и согнутое под прямым углом. Этот инструмент бывает разных размеров.

Инструменты первого и второго типа называются вводящими штопферами, а инструменты третьего типа – изогнутыми штопферами. Их рукоятки такие же, как у напильников. Хвостовик этих инструментов должен быть прочным, с утолщением между рукояткой и стержнем[2], достаточно длинным для прочного насаживания инструмента на рукоятку.

Хвостовик в рукоятке закрепляют, хорошо смазав его мастикой. Перечисленные условия очень важны, так как из всех инструментов для

1 *См. рис. 15.*

2 *Это утолщение имеет форму шишечки или пуговицы и располагается между стержнем и хвостовиком, чтобы определить границу, до которой хвостовик входит в рукоятку.*

работы во рту ни один не испытывает такого давления, как те, что используются для пломбирования. Им необходимо противостоять разнонаправленным усилиям во время введения и уплотнения материала. По этой причине они должны быть очень туго насажены на рукоятку и плотно закреплены кольцами-шайбами. Подобные инструменты весьма полезны для дантиста, однако в подробном описании не нуждаются.

Вводящие штопферы используют для введения, распределения и уплотнения материала пломбы в полости небольшого размера. Если полость слишком велика, то эти инструменты подходят только для распределения пломбировочной массы. Чтобы иметь возможность решать разные задачи, необходимо иметь остроконечные и тупоконечные инструменты.

Изогнутый штопфер применяют с целью уплотнения материала пломбы, за исключением тех случаев, когда полость настолько велика, что в неё без труда можно ввести пломбировочный материал и распределить его. Стержень изогнутого штопфера имеет четыре грани, верхняя из которых используется, чтобы упереть инструмент в зуб, противоположный оперируемому. Когда кариесом поражена кромка коронки зуба, зубы противоположной челюсти могут служить опорой для этого инструмента при вдавливании пломбы.

Некоторые предпочитают вставлять в кариозную полость пломбу из золотой фольги, а не из свинцовой или оловянной. Я ничего не имею против золота, но чистое олово и свинец в данном случае имеют те же характеристики, что и золото, поэтому я оставляю выбор материала за пациентами, которые несут соответствующие расходы. Чистое олово предпочтительнее свинца, потому что свинец сильнее чернеет и имеет меньший срок службы. Но для пломбирования и олово, и свинец предпочтительнее золота, так как оба имеют меньший вес, весьма пластичны и лучше принимают форму кариозной полости, которая в результате становится менее подверженной дальнейшему разрушению. Кроме того, золото недёшево, и не все могут позволить себе такой расход. Однако те, кому кружит голову мысль, что у золота имеются большие достоинства, легко находят дантистов для воплощения своих желаний. В результате часто оказывается, что они заплатили за то, что не стоит почти ничего. Золото, которое им якобы поставили, представляет собой обычную пластину из олова или свинца, позолоченную специальным составом, сделанным из смеси шафрана, куркумы, аннато и гуммигута, настоянной на фруктовой водке или на спирту на горячих углях. Поскольку такая подделка не может долго продержаться, шарлатаны наклеивают сусальное золото на обе стороны фольги из олова или свинца, вынуждая пациентов платить как за чистое золото.

Ни свинец, ни олово нельзя использовать для пломбирования, если сначала не превратить их в тонкую фольгу. Существует три варианта такой фольги: первый имеет толщину бумаги, второй – более тонкий и третий – ещё тоньше.

Хотя я использую слово «свинец», когда говорю о пломбировании[1] кариозных, или пустых, зубов, предпочесть следует тонко раскатанное олово. Зеркальщики используют его для производства амальгамы и цветного стекла. Выбирать следует наиболее тонко раскатанную фольгу.

Перед пломбированием фольгу нарезают на тонкие полоски различной длины и ширины, в соответствии с размером полости. Необходимо избегать использования большого количества кусочков, поскольку одна лента непрерывной длины и одинакового состава держится крепче и служит дольше.

Если кариозный зуб очень чувствителен или его тело настолько хрупко, что не сможет удержать пломбу, то следует использовать фольгу самой малой или средней толщины. Наиболее толстую фольгу используют, когда боли нет (или почти нет) или когда зубы очень крепкие. Если её правильно поставить, она продержится дольше, а вероятность того, что её выдавят кусочки твёрдой пищи, не так велика. Это подтверждается тем фактом, что можно увидеть зубы, на которых такая пломба продержалась 30–40 лет, а процесс разрушения зубов был полностью остановлен.

Когда требуется запломбировать кончик, внешнюю или внутреннюю поверхность клыков и резцов нижней челюсти, стоять надо справа или перед пациентом, отодвигая губы или их комиссуру от зубов указательным пальцем левой руки. Этот палец помещают на зуб, подготовленный к пломбированию. Один конец ленты из фольги должен находиться между этим пальцем и кариозной полостью. Ленту вводят в полость наиболее подходящим инструментом, который врач держит в правой руке. При введении фольги надо позаботиться, чтобы части её время от времени перекрывали внешний край полости. Инструментом надо как можно сильнее вдавливать пломбу внутрь. Но если полость слишком чувствительна, то пломбу вдавливают очень лёгкими движениями, чтобы она продержалась там хотя бы день или два, и полностью запрессовывают её по прошествии указанного времени. Это продолжают делать до тех пор, пока вся масса не примет надлежащую твёрдость и не распределится полностью, при условии, что боль не увеличивается. Если удаётся избегать боли или вызывать её в минимальном размере, то чувствительным частям зуба дают возможность привыкнуть к давлению пломбы.

1 *Слова plomber (пломбировать) и plomb (пломба) во французском языке прямо связаны со словом plomb, то есть «свинец». – Примеч. пер.*

После того как пломба введена и полость запломбирована, дантист берет в правую руку наиболее острый инструмент, проделывает им в пломбе отверстия, чтобы при дальнейшем усаживании тупым инструментом она стала единым целым, приняв формы всех внутренних бугров и впадин кариозной полости. Этого добиваются путем вдавливания в центр частей фольги, которые остались снаружи полости. Затем внешнюю часть пломбы разглаживают и полируют соответствующим штопфером, не оставляя никаких неровностей. Надо следить, чтобы пломба не выходила за край заполненной ею кариозной полости.

При пломбировании кромок коронок моляров на обеих сторонах нижней челюсти, а также её внешней правой стороны встают справа от пациента или перед ним. Правила оперирования – те же, что описаны выше; при необходимости протягивают руку над головой пациента. Пломбируя зуб внешней левой стороны, фольгу вводят указательным пальцем левой руки или держат её за конец, выходящий изо рта, между указательным и большим пальцами, если пломбируемый зуб находится в глубине рта.

Часто кариозная часть последних левых моляров расположена настолько глубоко во рту, что приходится протягивать левую руку над головой пациента, чтобы отодвинуть губную комиссуру и крепче удерживать фольгу на пломбируемой полости. Эти действия выполняет указательный палец левой руки, то есть придерживает ленту из фольги и одновременно отодвигает губную комиссуру. Остальные пальцы левой руки поддерживают подбородок.

Для пломбирования кончиков резцов и клыков верхней челюсти встать надо справа от пациента, левую руку протянуть над его головой и поместить средний палец левой руки на зубы слева от оперируемого зуба. Указательный палец левой руки приподнимает губу, а в правой руке зажат инструмент для пломбирования, которое проводится вышеописанным способом. Если кариес находится на боковой или внешней грани этих зубов, то нижнюю губу надо отводить вниз большим пальцем левой руки, а зуб поддерживать указательным пальцем левой руки, оперируя как описано выше.

При лечении кариеса, находящегося на нижней поверхности этих зубов, надо встать справа, на колено, приподнять верхнюю губу указательным пальцем левой руки, поместить большой палец левой руки на зубы справа и начать вводить пломбу. Поскольку эта позиция не всегда удобна для давления на фольгу и её уплотнение, можно встать, протянув левую руку над головой пациента, и ввести пломбу в этом положении.

Чтобы запломбировать впадины или бугорки рабочей поверхности

коронок моляров на обеих сторонах верхней челюсти, надо встать на одно колено справа от пациента или перед ним.

Пломбируя зубы с правой стороны верхней челюсти, средним пальцем левой руки приподнимают губу, а губную комиссуру отодвигают указательным пальцем. Когда фольга уже помещена в полость, для её уплотнения дантист встаёт, протягивает руку над головой пациента, помещает средний палец левой руки на зуб рядом с оперируемым, приподнимает губу указательным пальцем, держа инструмент для пломбирования в правой руке. Вышеописанное положение подходит также для пломбирования боковых сторон зуба с правой стороны.

Чтобы запломбировать кончики коронок зубов с левой стороны верхней челюсти, надо встать на одно колено, поместить большой палец левой руки на резцы, указательным пальцем отодвинуть верхнюю губу. Фольгу вдавливают вводящим штопфером, зажатым в правой руке. Затем протягивают руку над головой пациента, приподнимают его верхнюю губу указательным пальцем левой руки, опускают нижнюю губу и отодвигают губную комиссуру средним пальцем той же руки. В аналогичных позициях следует пломбировать внутренние и внешние поверхности тех же зубов.

Хотя вышеуказанные способы – самые эффективные для прекращения развития зубного кариеса, а также для защиты зуба от контакта с внешними объектами, иногда пломбу приходится удалять, поскольку боль не утихает. После этого болезненные ощущения, как правило, быстро прекращаются.

Если надо удалить или вынуть пломбу, это делают одним из малых скребков для удаления кариеса. Позиции те же самые, что и для пломбирования. Пальцы левой руки исполняют те же действия, в соответствии с расположением кариеса.

В случае, когда сделано всё, что предписывает врачебное искусство для лечения кариеса, но боль снова появляется или не утихает, а глубина кариозной полости значительная, нет иного выхода, кроме удаления зуба, в соответствии с обстоятельствами, описанными в главе XIV первого тома и инструкциями в главе X этого тома.

В заключение можно добавить, что при удалении зубного кариеса и пломбировании вычищенной полости не всегда можно избежать обнажения нерва и касания его инструментом, что легко понять по боли, которую испытывает пациент, а ещё явственнее – по крови, которая вытекает из сосудов зуба. Это становится очевидным, когда в полость для её осушения помещают ватный шарик и кровь оставляет на нем следы. В таком случае пломбирование надо произвести без промедления. Если

истекающая жидкость получит долговременный канал для выхода, то остановить её будет невозможно. Начнут образовываться припухлость или весьма болезненный абсцесс, и тогда придётся вытаскивать пломбу либо даже удалять зуб, чего можно избежать, если следовать вышеупомянутым инструкциям.

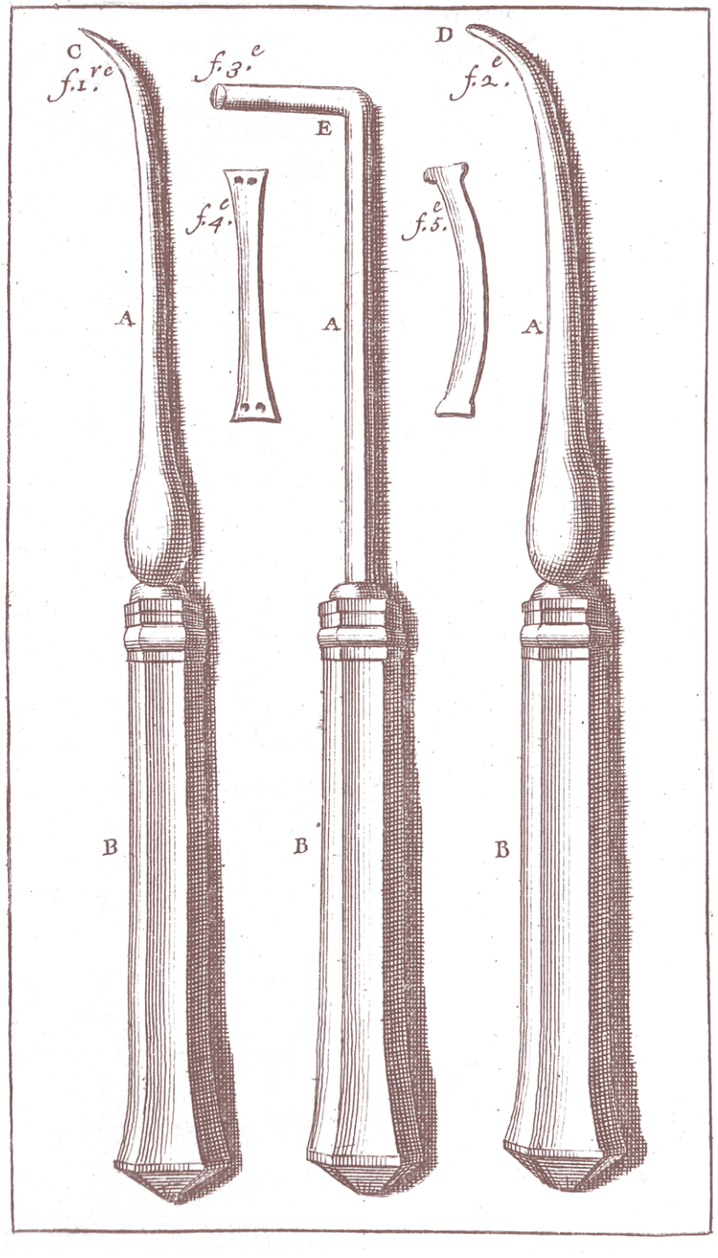

Рис. 15.

Рис. 15.

Пять инструментов для пломбирования зубов и исправления их положения.

Часть 1. Вводящий штопфер заострённого типа для введения, распределения и уплотнения пломбы в дупле небольшого размера, вид сбоку.

Часть 2. Вводящий штопфер с тупой головкой, служащий практически той же цели, что и предыдущий, вид сбоку.

Часть 3. Уголковый штопфер, используемый в основном для распределения и уплотнения пломбы в кариозном дупле, вид сбоку.

AAA – Стержень.
BBB – Ручка.
C – Заострённый кончик вводящего штопфера.
D – Тупой кончик вводящего штопфера.
E – Изогнутая часть уголкового штопфера.

Часть 4. Серебряная пластина с двумя отверстиями на обоих кончиках, предназначенная для исправления положения зубов.

Часть 5. Серебряная пластина, изогнутая полукругом, используемая в тех же целях.

ГЛАВА VII

О ПРИЖИГАНИИ ЗУБОВ

В ситуации, когда пациент испытывает очень сильную зубную боль, а перечисленные выше средства оказались бесполезными, кариес необходимо подвергнуть прижиганию. Сначала из дупла удаляют кариозную массу, а потом выскребают все, что отделилось в результате прижигания. Затем в полость помещают ватный шарик, смоченный в гвоздичном масле. Далее осуществляют пломбирование, как описано в предыдущей главе.

Что касается инструментов, которые я использую для прижигания кариеса (каутеры), то их существует 3 вида[1]. Не буду критиковать инструменты предыдущих эпох, но сразу скажу, что латунные вязальные спицы различного размера, острые или затупленные, слегка загнутые на концах, гораздо удобнее для прижигания, чем инструменты, изобретённые до настоящего времени. Все перечисленные инструменты разнообразных размеров и форм служат для обработки кариозных полостей различного размера.

Обширный и глубокий кариес следует прижигать по всей его поверхности 3–5 прижиганиями.

Неглубокому кариесу достаточно 1–2 прижиганий. Когда кариес настолько глубок, что доставляет сильную боль и его невозможно полностью удалить так, чтобы боль не возобновилась или не усилилась, прижигание следует сделать ещё раз, после чего попытаться удалить оставшуюся кариозную массу. Если после этого боль не утихнет в течение нескольких дней, то иного выхода, кроме удаления зуба, нет.

Если прижечь надо резцы, клыки или малые моляры нижней челюсти, будь то их вершины, внешние или боковые грани, то дантисту удобнее встать справа или перед пациентом, отодвинуть губу и щёки указательным и (если необходимо) средним пальцами левой руки, держа каутер в правой руке.

1 *См. рис. 16.*

Для прижигания вершины коронки или внешней грани больших моляров с правой стороны нижней челюсти, занимают ту же позицию, при этом губную комиссуру отодвигают в сторону небольшой пластиной[1], помещённой между щекой и оперируемым зубом. Такая предосторожность необходима, чтобы не обжечь мягкие ткани. Пластина должна быть немного вогнутой с внутренней стороны и выпуклой с внешней. К ней должна быть прикреплена небольшая ручка, а сама она должна быть сделана из серебра или олова. Формой пластина напоминает ложку.

Если кариес находится на вершине коронки или на внешней стороне больших моляров левой стороны нижней челюсти, то, протянув левую руку над головой пациента, отодвигают губную комиссуру и щёку пластиной, которая крепко удерживают указательным пальцем левой руки. Сам инструмент должен находиться в правой руке, а подносить его к прижигаемому кариозному дуплу надо сверху вниз.

Кариес, расположенный на боковых гранях зубов обеих челюстей, не следует прижигать слишком часто, по крайней мере, если зубы не были разъединены напильником.

По моим наблюдениям, после прижигания боль в резцах и клыках зачастую прекращается полностью или большей частью, даже если кариес уже проник в полость зуба.

При прижигании кончика резцов и клыков, малых и больших моляров с правой стороны верхней челюсти надо стоять на колене справа или перед пациентом. Губную комиссуру отодвигают от зубов пластиной, придерживая её указательным пальцем левой руки, в то время как правой рукой наискосок прижимают инструмент для прижигания к кариозному дуплу.

Для прижигания внутренних поверхностей зубов верхней челюсти также следует опуститься на колено и использовать пластину.

Во время прижигания внешних поверхностей правых моляров губы и внутреннюю сторону щеки следует защищать пластиной, которую удерживает указательный палец левой руки.

Если надо прижечь внешнюю поверхность резцов и клыков, то левую руку протягивают над головой пациента, отодвигают нижнюю губу средним или указательным пальцем левой руки, а верхнюю – указательным или большим пальцем.

Когда идёт прижигание внешних поверхностей левых моляров, кончиков их коронок, дантист занимает ту же позицию и защищает

1 *См. рис. 16, часть 4.*

губную комиссуру и щеку пластиной, поднося инструмент для прижигания к кариозному дуплу правой рукой.

При необходимости прижечь моляры на обеих сторонах использование пластины предохраняет от ожогов как язык, так и щёки. Если пластины нет, вместо неё можно воспользоваться кофейной ложечкой.

Прижиганием не всегда удаётся вылечить зубной кариес и остановить его распространение. Так как воздух, контактируя с полостью зуба, расширяет её, а едкая слюна, смешанная с частицами пищи, по-прежнему служит причиной кариеса, необходимым является пломбирование описанным выше способом. Если же зуб слишком чувствительный, а боль очень сильная, то перед пломбированием можно (хотя бы на некоторое время) закрыть полость ватным шариком.

Рис. 16.

Четыре инструмента для прижигания зубов.

Часть 1. Изогнутый каутер с острыми кончиками.

A – Средняя часть.

BB – Заострённые окончания с противоположным изгибом.

Часть 2. Прямой каутер с очень острыми кончиками.

C – Средняя часть.

DD – Кончики.

Часть 3. Изогнутый каутер с закруглёнными кончиками.

E – Средняя часть.

FF – Изогнутые кончики.

Часть 4. Серебряная пластина ложкообразной формы для предохранения от ожога ближайших к зубам частей во время процесса прижигания.

G – Вогнутая часть пластины, общий вид.

H – Плоская ручка пластины.

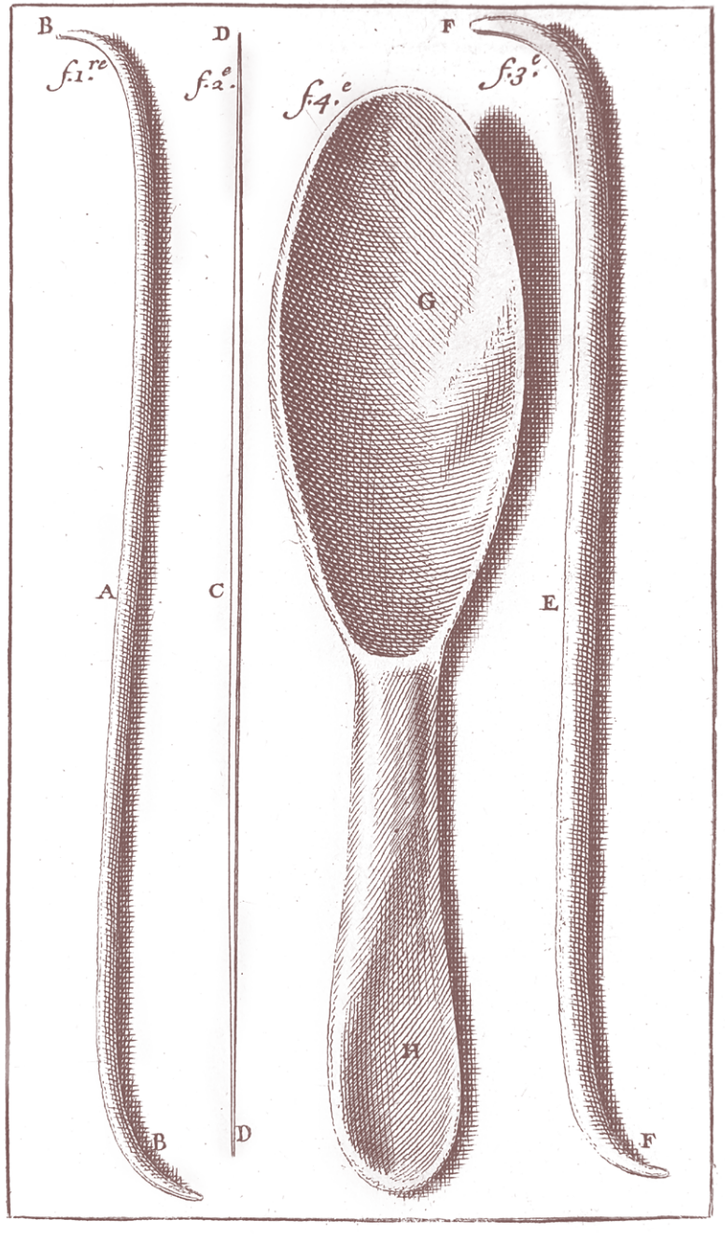

Рис. 16.

ГЛАВА VIII

О КРИВЫХ, НЕРОВНО РАСПОЛОЖЕННЫХ И ВЫВИХНУТЫХ ЗУБАХ,

а также об инструментах и средствах, используемых для операций по приведению их в ровное и крепкое положение

Если молочные зубы вовремя не удалить, то по их вине постоянные зубы принимают неправильную форму, искривляются, наклоняются вперёд, назад или в сторону. Может случиться, что одна из их боковых граней будет повёрнута вперёд или назад, что уродует рот в большей или меньшей степени.

Удары и травмы также могут быть причиной подобных искривлений как у взрослых, так и у детей. Средства, которые надо использовать для предотвращения или устранения возникших недугов, описаны в настоящей главе.

Зубы, которые подвержены вышеописанным искривлениям, – резцы и клыки. Молярам это свойственно в меньшей степени, так как они прочнее сидят в альвеолах, а также из-за их размера; они лишь могут немного наклониться внутрь или наружу.

Автор книги, о которой я уже говорил в главах I и II первого тома, заявляет, что «зубы, выбивающиеся из ряда или поворачивающиеся под воздействием молочных зубов, обычно являются вросшими в альвеолы; их довольно сложно удалить, не оторвав при этом часть губчатого вещества или даже альвеолы и десны, что приведёт к опасному кровотечению. Иногда возможно удалить лишь коронку, так как корни ломаются и остаются в альвеоле»[1].

Также он добавляет: «Из этого следует естественный вывод, что виной всему… лишь недостаток места, а также необычная форма корней».

1 *Эмар У. Исследования истинной анатомии зубов… С. 96, строка 18 и далее.*

Я практикую более сорока лет и ещё ни разу не замечал, чтобы зубы, выбивающиеся из ряда или повёрнутые под действием молочных зубов, сидели бы в альвеолах прочнее других зубов. Напротив, у зубов, наклонившихся вперёд или назад и выбившихся из ряда, альвеолы гораздо тоньше. Соответственно, корни охвачены менее плотно и сидят не так прочно, как правильно расположенные зубы.

К тому же, неправильность расположения отмечается, как правило, в зоне резцов и клыков, редко – малых моляров, а ещё реже – больших моляров. Когда приходится удалять первые из перечисленных зубов, то, хотя они и искривлены, мы не наблюдаем, что их корни имеют необычную форму, а при удалении не происходит тех ужасных несчастий, в которых автор так хочет нас убедить.

Неприятности подобного рода гораздо чаще случаются при удалении больших моляров, поскольку у них есть два или три корня (а иногда и более). Они сидят гораздо крепче и зачастую имеют необычную форму, из чего можно сделать вывод, что недостаток места, неправильная форма корней и их спайки совсем не всегда являются следствием воздействия молочных зубов. Ведь у больших моляров на пути их прорезывания вообще нет молочных зубов, а именно моляры и доставляют сложности при удалении, которые автор так подробно описывает.

Также он ошибочно заявляет: «Как только становится видно, что челюсти ребёнка недостаточного размера, следует удалять последние молочные моляры рано, особенно если первые большие моляры большого размера».

Я не понимаю, что хорошего может дать эта операция. Ведь если последние малые молочные моляры удалить, то рядом с соседними зубами образуются пустые пространства, которые они не замедлят заполнить полностью или частично.

От этого может произойти ещё одна неприятность: когда молочные моляры сменятся постоянными (которые вскоре появятся), не станет ли это причиной большей неправильности в их росте, чем неудаление молочных зубов? Эти зубы не найдут свободного пространства и вырастут снаружи или внутри, как раз формируя неправильную форму зубного ряда, которой так опасается автор и которую я только что описал.

«При удалении не должно быть никаких сомнений или опасений, – продолжает автор тему удаления молочных зубов, – что это повредит коренному зубу, так как я никогда не наблюдал, что удаление молочного зуба может помешать своевременному появлению постоянного».

Сказав это, автор заставляет нас поверить в то, что он ни разу не видел, как после преждевременного удаления молочных зубов (когда

они ещё не готовы выпасть, побуждаемые к тому давлением нового зуба), за ними следуют постоянные. До этого момента они сидят крепко, поскольку их корни достаточно длинные и зачастую крепко сидят в альвеоле и десне, поэтому при удалении молочных зубов есть риск удалить и часть этих тканей, включая зародыш постоянного зуба или его сосуды. Поэтому, если молочный зуб сидит крепко, а постоянный ещё недостаточно сформировался и затвердел, то последний может среагировать на досрочное удаление молочного зуба и уже никогда не вырастет. Такое случается очень часто, и убедиться в этом можно, всего лишь осмотрев рты тех людей, детские молочные зубы которых были удалены слишком рано, как я не раз имел возможность наблюдать.

Если же зуб вырос некрасивым, кривым, уродующим зубной ряд или ранящим язык и щёки, а выпрямить и поставить его в ряд с остальными зубами нельзя, то, конечно, удаления не избежать. Но если криво выросший зуб можно выпрямить, создав для него место, то это следует сделать, обточив и по возможности исправив его форму напильником. В случае, когда простого опиливания недостаточно, чтобы зуб встал на своё место в ряду, этого добиваются при помощи надавливания пальцами, используя суровую или шёлковую нитку, пластину из золота, серебра или иного подходящего материала, а также пеликан либо прямые щипцы[1]. Если же и это не приведет к успеху, то зуб надо удалять без всякого сомнения для предотвращения возможных неприятностей.

Я несколько раз наблюдал, как кривые или неверно выросшие зубы постепенно проникают в губы и щёки, порождая более или менее уродливые и опасные язвы.

Перед тем как начать исправлять зубы, пациента усаживают в удобное кресло, а затем решают, куда лучше переместить зубы. Для этого пациент несколько раз должен открыть и закрыть рот. Сначала убедитесь, что наклонённые или криво выросшие зубы не длиннее или шире своих соседей в зубном ряду. Если же зуб длиннее или шире, чем следует, то его надо сточить соответствующим образом до того, как менять положение. Антагониста на противоположной челюсти также надо сточить, если он больше нужного размера, чтобы при движении челюсти он не беспокоил оперируемый зуб. Подобная предосторожность не даст антагонисту «выжить» оперируемый зуб опять на то же место, которое тот занимал до операции.

При необходимости обработать напильником зубы ребёнка в возрасте от младенчества до 10–12 и даже 15 лет, делать это надо

1 *См. рис. 20, часть 1.*

осторожно, поскольку детские зубы весьма хрупкие. Об этом говорится в главе IV настоящего тома, посвящённой обтачиванию зубов.

Зубы детей гораздо легче исправлять, чем зубы взрослых. Во-первых, из-за небольшого размера корней в этом возрасте, во-вторых – по причине мягкости обволакивающих их тканей. Следовательно, сначала надо пытаться исправить их положение пальцами, что делают в несколько приемов за один день.

Если зуб наклонён вперёд или назад и пальцами положения не исправить, надо взять обычную или вощёную шёлковую нить, сложить её несколько раз и выровнять по центру между двумя соседними зубами, которые сидят ровно и крепко. Затем оба конца нити следует пропустить (один внутрь и снаружи, а второй снаружи и внутрь), перекрестив их «восьмёркой», между соседним нормальным и кривым зубом. Далее нить идёт вокруг кривого зуба и переходит ко второму соседнему, охватывая его так же (снаружи внутрь и изнутри наружу), как и первый зуб. Манипуляцию необходимо повторить, наложив необходимое число слоев нити. Также следует помнить, что каждый раз, когда нить ложится на кривой зуб, её давление должно быть направлено в сторону его исправления. Это достигается тугим обматыванием конкретной точки, причём нить в этом месте следует намотать несколько раз, а её концы могут быть направлены как в одну сторону, так и в противоположные. Нить необходимо менять 2–3 раза в неделю или чаще, по мере необходимости.

При выправлении зубов, настолько кривых, что нить не держится, надо использовать золотую или серебряную пластину[1], чья длина не должна превышать расстояния между двумя прямыми зубами, стоящими по обеим сторонам кривого зуба. Ширина пластины не может превышать длину зуба, к которому она прикрепляется. Пластина не должна быть ни слишком толстой, ни слишком гибкой. На ней надо просверлить 4 отверстия, по 2 с каждой стороны, одно над другим. В 2 отверстия одной стороны продевается одна нить, а в отверстия другой – вторая. В середине каждой нити делают петлю. Если зуб наклонён внутрь, то пластину помещают внутри ротовой полости, если наружу – пластина помещается снаружи. Затем стоящий рядом прямой зуб надо обмотать двумя концами ближайшей к нему нити. Если пластина расположена снаружи, то нить идёт извне внутрь, а если она внутри ротовой полости, то наоборот. Нити наматывают «восьмёркой» в несколько слоёв и завязывают.

Сначала привязывают один конец пластины, затем второй конец пластины мягко подтягивают к кривому зубу или зубам так, чтобы её давление со временем исправило их положение.

1 *См. рис. 15, части 4, 5.*

На обоих концах пластины вместо отверстий можно сделать выемки, потому что с ними привязанная нитью пластина держится лучше. Если выемки есть, середину нити нужно намотать внутрь, потом поместить пластину на зуб, а нити «восьмёркой» намотать на ближайший прямой зуб с каждой стороны.

Если у пациента имеются два зуба, искривлённых внутрь, с двумя прямыми зубами между ними, то пластина помещается снаружи, а нить обматывает искривлённые зубы, переходя затем на оба конца пластины. Это заставит зубы, отклонённые внутрь, начать двигаться наружу. В ситуации, при которой один зуб наклонён внутрь, а другой – наружу, на зубы помещают две пластины, снаружи и внутри, причём концы пластин соединяет нить, пропущенная сквозь два первых промежутка двух нормальных зубов, стоящих по обе стороны кривых, тем самым выпрямляя последние. Зубы, расположенные таким образом, можно выпрямить и одной пластиной, но в таком случае она должна быть длиннее совокупной ширины этих зубов, поскольку её помещают снаружи зубного ряда и прикрепляют одним из своих концов к нескольким прямым и крепко сидящим зубам, стоящим со стороны зуба, наклонённого вперёд. Когда пластина прикреплена, её упирают в зуб, заставляя его двигаться внутрь. Затем второй конец пластины прикрепляют к зубу, наклонённому внутрь, заставляя его двигаться наружу.

Хотя я и указал, что пластину надо помещать на искривлённый зуб, всё же следует избегать нахождения пластины на внутренней стороне рта, так как она может нарушить артикуляцию, поранить язык.

Золотая или серебряная пластина, помещённая снаружи, помогает исправить зуб, наклонённый внутрь, если сначала один из её концов прикрепить к двум-трем ровно стоящим зубам, а второй конец прямо перед наклонённым зубом, после чего исправление производится по уже описанному методу. Разницы между этой и предыдущей пластиной нет, и техника привязывания нитью – та же. Разница состоит лишь в том, куда помещают пластину и нить.

Зубы, наклонённые в сторону и немного перекрывающие соседей, можно поправить, не прибегая к пластине, то есть одной лишь нитью. Центр нити помещают на наклонённую вниз сторону зуба, а оба конца перекрещивают в промежутке между наклонённым зубом и тем, в сторону которого его надо выпрямить. Последний обматывают обоими концами нити, каждый раз перекрещивая их в промежутке между зубами и обхватывая также наклонённый зуб, после чего концы связывают.

Если же прямой зуб, стоящий рядом с кривым, не может противостоять усилию нити или пластины, то следует использовать несколько

прямых зубов, поскольку сопротивление нескольких зубов превосходит сопротивление одного из них.

Также существуют зубы, наклонённые в сторону, но не перекрывающие плоскость их прямостоящих соседей. В этом случае кромка наклонённого зуба отодвинута от вершины одного из его прямых соседей больше, чем его тело или корень. Выправить их можно нитью, применяя следующий способ.

Центр нити помещают на боковую грань зуба, на которую он наклонился. Затем концы нити перекрещивают между прямыми зубами, к которым нужно подвинуть наклонившийся зуб. Нить надо тянуть за концы в противоположные стороны, обматывая её «восьмёркой» между боковыми гранями здоровых зубов, к которым надо подвинуть наклонившийся зуб. Потом оба конца нити пропускают ещё раз между здоровым и наклонившимся зубами. Надо наложить 3–4 слоя нити вокруг наклонившегося зуба, натянуть её и снова попеременно обматывать наклонившийся и прямой зубы в одной точке. Таким образом, давление на наклонившийся зуб заставит его быстрее выпрямиться. Наложив последний слой нити, концы связывают.

Если есть другие искривлённые зубы, их положение исправляют таким же образом, при этом надо следить, чтобы нить была туго натянута со стороны прямого зуба. Если при наложении на зуб нить соскользнула, её надо закрепить, прежде чем накладывать на второй зуб. Закрепляют нить так: одним из её концов обматывают весь зуб по окружности над первым оборотом нити.

Если со стороны неровно стоящего зуба или зубов есть ещё один, наклонившийся наружу либо внутрь, исправлять его следует с помощью той же самой нити. Также можно воспользоваться золотой или серебряной пластиной, как описано выше, для приведения зуба (зубов) в нужное положение.

Если криво выросли два центральных резца и один из них наклонён в одну сторону, а другой – в другую, если один или несколько их соседей также растут криво на верхней или нижней челюсти, то их сводят друг с другом с помощью нити, сокращая таким образом расстояние между ними. Нить помещают на середину боковой грани одного из наклонившихся зубов, а потом она переходит на боковую грань другого. Нить продолжают наматывать, стараясь держать её как можно ближе к кромке зубов. Когда нить натянута так, чтобы её давление притягивало зубы друг к другу, и наложена «восьмёркой», её наматывают в 4–5 слоёв и завязывают, как описано выше.

Иногда образуются большие щели между резцами или между

резцами и клыками. Эти промежутки часто являются результатом того, что один зуб отодвинулся от другого. Подобные промежутки могут быть значительными, особенно между кончиками зубов. Порой пустые пространства образуются из-за отсутствия зуба, который должен был занять это место, но оказался преждевременно утрачен либо просто сломан. В этом случае необходимо удалить корень, прежде чем притягивать друг к другу соседние зубы нитью, как описано выше. Если следовать такой методике, щербатость, возникшая по причине щелей данного типа, будет устранена.

Кроме того, существуют криво выросшие зубы, положение которых нельзя исправить, потому что для них недостаточно места. В такой ситуации надо удалить один из кривых зубов, чтобы дать место остальным, соблюдая упомянутые мною условия.

При лечении пациента зрелого возраста на выполнение вышеописанного вмешательства затрачивается значительное количество времени. Именно факт чрезмерной длительности процесса заставил меня искать другой, более быстрый и удобный способ. И такой способ, суть которого заключается в использовании пеликана и прямых щипцов, был найден. С помощью этих двух инструментов, если применять их правильно, можно за несколько секунд сделать то, на что нити и пластине нужно гораздо больше времени.

Пеликан не подходит для зубов, наклонённых или выдвинутых наружу, либо тех, что всё ещё находятся на одном уровне с соседями, но наклонены при этом в сторону. В этих случаях надо применять нить или пластину, пеликан же подходит лишь для зубов, наклонённых внутрь.

При наличии нескольких таких (наклоненных внутрь) зубов, растущих рядом, положение можно исправить при помощи пеликана. Для этого необходимо поместить полукруглое навершие инструмента на зубы, соседние с теми, которые надо исправить. Важно помнить, что первым выпрямляют зуб, ближайший к точке опоры пеликана. Выпрямив его, можно переходить ко второму, третьему и т.д. Если во время операции ножка пеликана повернута вправо и цепляется крюком за внутреннюю поверхность исправляемого зуба, то точка опоры полукруглого навершия должна находиться на челюсти слева, упираясь во внешнюю часть соседних зубов. При исправлении нескольких зубов операция повторяется, а инструмент перемещают справа налево: таким образом, зуб, исправленный вторым, сначала служит точкой опоры навершию пеликана. По исправлении второго зуба можно переходить к третьему и т.д. Операцию невозможно провести, если начинать с центральных зубов, потому что тогда пеликан придётся опереть на зуб, который только что выпрямлен, а значит, расшатан и сидит непрочно.

Если же идти слева направо, то ножка пеликана повёрнута влево, его крюк зацеплен за оперируемый зуб, а навершие инструмента находится справа, опираясь на внешнюю поверхность соседнего зуба. Как только зуб слева исправлен, инструмент переходит на один зуб вправо. То есть каждый следующий оперируемый зуб сначала служит точкой опоры для пеликана. Этот порядок нарушать нельзя. После исправления первого зуба последовательность перехода инструмента остаётся неизменной.

Коротко говоря, последний наклонённый зуб должен служить точкой опоры инструмента для исправления положения предыдущих.

Малые моляры редко искривляются сами по себе. Ещё реже это происходит с большими молярами. Когда же это случается, весьма сложно найти способ исправления, так как у них несколько корней, а альвеолы каждого корня имеют сложные формы и невертикальное направление. Учитывая всё это, даже если исправление возможно, моляры в результате всегда окажутся выше своих соседей, а поскольку стачивание их напильником невозможно по уже приведённым выше причинам, их длина будет мешать процессу пережёвывания. Иное дело, если один из больших моляров искривлён или перемещён в результате падения или сильного удара. В этом случае его можно исправлять, как другие зубы, не боясь, что в результате он окажется выше соседей.

Что касается малых моляров, то им подходит операция, которая применяется для клыков и резцов. За исключением того, что для удобства движений врачу следует стоять за пациентом. Важный момент: при оперировании зубов на правой стороне ножка пеликана должна быть повёрнута в правую сторону, а точка опоры располагаться на внешней поверхности соседнего моляра, находящегося ближе к передней части рта или на правом клыке. При операции на малых молярах с левой стороны ножка пеликана должна быть повёрнута влево, а точка опоры располагаться на внешней поверхности соседнего моляра, находящегося ближе к передней части рта или на левом клыке. Это даёт самую надёжную точку опоры, иначе навершие пеликана сложно разместить на внешней стороне зуба в углу рта и ещё сложнее у щеки. Для успеха операции надо тщательно следить за выполнением этих инструкций.

При действиях пеликаном на нижних правых зубах, наклонённых внутрь и вбок, то есть заходящих за внутреннюю грань соседнего зуба, пациента надо усадить в удобное кресло и прислонить его голову к спинке (где в этом положении её должен удерживать стоящий сзади ассистент). Дантист стоит перед пациентом, и, если кривой зуб наклонен вправо, держит инструмент в правой руке. Если же наоборот, то в левой руке.

Этому правилу надо следовать, оперируя подобный зуб на любой

челюсти. При этом навершие пеликана помещают на уровень десны зуба, соседнего с оперируемым. Большой палец располагают вдоль наружной части ножки пеликана, чтобы остриё крюка охватывало исправляемый зуб сбоку за внутреннюю сторону. Крюк должен касаться внутренней стороны тела оперируемого зуба, а прижимать его надо большим и указательным пальцами той руки, которая не держит инструмент.

Затем зуб тянут на себя, в сторону, противоположную его наклону. То есть направо, если он наклонён налево, и налево, если он наклонён направо. Причём давление всегда направлено изнутри наружу, пока зуб не встанет на место.

Когда малые моляры наклонены внутрь или вбок, их выпрямляют так же, как клыки. После операции зубы укрепляют в новом положении обычной или вощёной шёлковой нитью, намотанной «восьмёркой», как описано выше.

Иногда зубы, прямые или кривые, повёрнуты так, что одна боковая грань смотрит внутрь, а другая наружу. Если их положение невозможно исправить пальцами, нитью, пластиной из золота или серебра, то это делают пеликаном или прямыми щипцами, если позволяет место.

Пациента усаживают в обычное кресло, дантист берёт пеликан в правую руку и встаёт справа или перед пациентом, помещает инструмент на зубы. Пальцы при этом принимают вышеописанное положение. После этого дантист мягко расшатывает зуб, который надо повернуть и за который зацеплен крюк пеликана, либо исправляя его искривленное положение, либо просто раскачивая его в лунке. Раскачав зуб, дантист переходит на левую сторону и помещает большой и указательный пальцы левой руки на два зуба, стоящие с рядом, поддерживая остальными пальцами подбородок пациента. Затем он протягивает правую руку над его головой и захватывает зуб прямыми щипцами, находящимися в правой руке. Лёгким движением кисти он поворачивает зуб насколько нужно. Когда зуб приведён таким образом в естественное положение, он закрепляется вощёной нитью, как описано выше.

Если операция проводится на верхней челюсти, пациента надо посадить в очень низкое кресло с низкой спинкой. Дантист встаёт сзади, склонившись над головой пациента. Если зуб наклонён внутрь и находится справа, врач должен держать инструмент в правой руке, а если слева – то в левой. При этом важно учитывать всё, что говорилось выше об операциях на нижней челюсти.

Когда зубы верхней челюсти развёрнуты одной из боковых граней внутрь, а другой наружу, надо встать за пациентом и расшатать зуб пеликаном. Проделав это, сразу же встать перед пациентом и исправить

положение зубов, повернув их щипцами, опустившись, если требуется, на одно колено. Большой палец левой руки помещают на соседний зуб, указательный – между губой и десной, а остальные упирают в щеку, чтобы зафиксировать голову. Прямыми щипцами, которые дантист держит в правой руке, он охватывает зуб и поворачивает в нужном направлении.

При совершении всех этих операций надо помнить, что слишком отделять зуб от альвеолы нельзя, иначе он никогда уже не встанет прочно и может выпасть. Если это произошло, зуб рекомендуется вставить обратно в лунку и укрепить нитью, как описано выше.

Исправлять положение зуба пеликаном тоже следует весьма аккуратно, иначе зуб может сломаться, как это случилось у моего коллеги семь лет назад. В то время он был моим подмастерьем, тем самым, о котором я упомянул в наблюдении 11 первого тома. Желая без консультации со мной исправить положение левого крайнего резца верхней челюсти молодой и красивой девушки, он опять совершил грубую оплошность и сломал его. То ли потому что не озаботился вначале разделить слишком близко стоящие соседние зубы, то ли просто из-за неумения. Исправить ничего уже было нельзя, и пришлось вставлять пациентке искусственный зуб.

При исправлении зубов я неуклонно следую вышеописанному методу, даже если пациенту тридцать или сорок лет, и, как я уже сказал, я всегда успешно выполнял эти операции с помощью лишь пеликана и прямых щипцов, не сломав ни одного зуба и не слишком отделяя их от лунок.

Насколько я знаю, ни один дантист до меня не использовал пеликан для исправления зубов. Мне известно, что для исправления некоторых зубов врачи применяют специальные щипцы с деревянными губками. В дереве проделаны борозды, но они всё равно не препятствуют скольжению инструмента по эмали зубов, а это часто повреждает мягкие ткани рядом с оперируемым зубом. Я прикрывал зуб льняной тканью, и это защищало близлежащие ткани лучше, чем деревянные губки. Однако весьма затруднительно, а зачастую невозможно исправить все случаи искривления зубов только этим инструментом, поэтому я добавил инструкции по применению пеликана в этих целях. Описание обоих инструментов можно найти в главах X–XI этого тома.

Крюки пеликана, используемого для подобных операций, малы по размеру и соответствуют тем зубам, которые надо расшатать и выправить. После использования пеликана зуб закрепляют нитью, а дёсны крепко прижимают к зубу пальцем.

При этом пациент должен полоскать рот следующим средством для упрочения дёсен. Возьмите по 2 унции розовой воды и настоя

подорожника, 4 унции белого вина или 1 унцию фруктовой водки, 1 унцию нарбоннского мёда, смешайте всё и полощите рот 5–6 раз в день в течение примерно 2 недель.

Я также заметил, что причиной искривлений могут служить удары и чрезмерные усилия, производимые зубами. Если зубы от удара лишь слегка покосились, исправить положение можно пальцами, а также прямыми или изогнутыми щипцами. После этого зубы укрепляют перекрещённой нитью, которая соединяет их с соседними зубами. Если по какой-то причине зубы вышли из лунки, то их надо немедленно снова поместить туда, а если лунка и десна разорваны, можно воспользоваться свинцовыми пластинами[1], которые устанавливают на внешнюю и внутреннюю сторону зубов. Перед этим пластины обматывают льняной тканью или корпией, чтобы они не соскальзывали и не ранили близлежащие мягкие части. Пластины соединяют друг с другом нитью, которая с помощью иголки продевается между зубами в отверстия на пластинах. Нить идёт снаружи внутрь, изнутри наружу – и таким образом пластины сжимаются, укрепляя зубы. Пластины могут быть разной длины и ширины, в зависимости от количества и длины укрепляемых ими зубов. В случае, когда из альвеолы вышел лишь один зуб, а при этом лунка и дёсны не повреждены и не разорваны, используется намотанная крест-накрест («восьмёркой») нить. Если же из альвеол вышли несколько зубов, укреплять их надо вышеописанными пластинами, следя за тем, чтобы они не касались дёсен.

При наличии опасения, что вновь помещённые в лунку зубы могут выпасть, надо взять узкую полоску льняной ткани, привязать каждый из концов к пластине, пропустив его между пластиной и зубом так, чтобы средняя часть полоски ткани лежала на вершинах зубов, не давая им выпасть. Также следует воспользоваться полосканием из 4 унций вина, смешанного с унцией розового мёда. Этот раствор надо время от времени держать во рту.

Я не видел описания способа исправления зубов, смещённых по причине нескольких падений или сильных ударов, ни у одного автора, пишущего на подобные темы, в то время как некоторые из них в своих хирургических трактатах подробно описывали гораздо менее важные вопросы. Поэтому я не знаком ни с каким другим методом исправления, кроме вышеописанного.

1 *См. рис. 28, части 4, 5.*

ГЛАВА IX

СПОСОБЫ УКРЕПЛЕНИЯ ШАТАЮЩИХСЯ ЗУБОВ

Некоторые люди, затесавшиеся в профессию зубоврачевания, настойчиво распространяют рекламу своих «чудесных» паст, которые, по их уверениям, заставляют дёсны расти, укрепляют шатающиеся зубы и противостоят их разрушению. Другие же предлагают для этой цели некие жидкости, рецепт которых – «великая тайна».

Честь профессии и общественное благо требуют разоблачения как самих мошенников, так и совершённых ими ошибок. Важно публично изобличить этих шарлатанов и их заверения. Ведь их пасты и настойки действительно укрепляют зубы лишь у отдельных пациентов, однако в большинстве случаев возникает необходимость нормального оперативного лечения.

В главе V первого тома можно найти рецепты паст и жидкостей, которые я считаю наилучшими для укрепления зубов. В данной главе я лишь опишу способы механического укрепления зубов, которые настолько расшатались, что все остальные способы для их лечения не подходят.

Основные причины расшатывания – это зубной камень, удары, чрезмерная нагрузка на зубы или же некий серьёзный недуг крови. Если установлено, что причиной является заболевание крови, то необходим курс общего лечения вкупе с местным укреплением зубов.

Зубы можно укрепить золотой нитью разной толщины – в зависимости от толщины и длины зубов, а также пространства между ними.

Например, если зубы расшатанные, дёсны дряблые, а межзубные щели широкие, то нить должна быть толще. Если же зубы короткие, менее широкие и расшатанные, с узкими щелями, то нить может быть потоньше[1]. Когда один зуб расшатан более, чем другой, на него надо наложить несколько витков нити. Наилучшая золотая нить должна быть очень гибкой и податливой: для этого её следует обжечь, а потом опустить

1 *См. рис. 28, части 2, 3.*

в уксус, чтобы восстановить цвет потемневшего металла. Если этого недостаточно, нить сначала помещают в очень горячую разбавленную азотную кислоту, разведённую уксусом, затем вынимают. Разбавленная азотная кислота – это обычная вода с небольшой добавкой азотной кислоты.

Для укрепления зубов я обычно использую очень тонкую и мягкую золотую нить, потому что она более податливая, меньше ломается и всегда сохраняет свой цвет.

Перед операцией пациента усаживают в кресло нужной высоты, прислоняют его голову к спинке. Встав сбоку или перед пациентом, среднюю часть проволоки помещают между самыми крепкими зубами, стоящими рядом с укрепляемым зубом. Оба конца нити, постоянно натягивая, пропускают крест-накрест между зубами, охватывая кольцами здоровый и шатающийся зубы. Один раз скрестив нить между ними, её продолжают скрещивать при каждом обороте в каждом межзубном промежутке до тех пор, пока нить не дойдёт до здоровых зубов с другой стороны. Если щель между зубами слишком узкая у десны, то её расширяют напильником до уровня десны, так как абсолютно необходимо, чтобы нить могла войти в каждую щель. Далее нить продолжают наматывать, снова охватывая ею все зубы, что уже были охвачены. При необходимости процедуру повторяют 3–4 раза. Самый расшатанный зуб укрепляют добавочным витком одного из концов нити каждый раз, когда нить до него доходит. Как только нить охватила последний расшатанный зуб и обмотка завершилась, оба конца дважды обматывают вокруг этого зуба. После того концы закручивают, обрезают примерно на 1 линию от зуба, с помощью пинцета часовщика закручивают снова насколько нужно[1], затем узел заправляют в межзубный промежуток, напротив которого его закрутили. Иногда при слишком сильной закрутке нить может порваться, тогда надо размотать последнюю петлю и снова скрутить концы.

Золотая нить должна обматывать зубы практически на уровне дёсен, сдвинутая туда с помощью тупого зонда или одного из малых штопферов для пломбирования.

При этом надо следить, чтобы проволока не сильно приближалась к дёснам, если они сильно истончены или повреждены, вследствие чего зубы оголились.

В случае, когда проволока не касается дёсен, она укрепляет зубы гораздо лучше, чем намотанная до уровня оголившихся десен (чересчур низко). Если щель между зубами слишком мала у кромки зубов и нить невозможно продеть описанным способом, советую воспользоваться

1 *См. рис. 17, часть 1.*

приемом, с помощью которого вставляют нитку в иголку, то есть продевая кончик нити в каждый межзубный промежуток. До начала наложения золотой проволоки надо сделать напильником небольшую зарубку, пропил или насечку на внешней стороне каждого зуба, который требуется укрепить, куда и ляжет нить. Это не даст нити соскользнуть к десне и ослабиться, освободив, таким образом, от нагрузки зуб. Не стоит опасаться, что зуб может разрушиться от этих зарубок, так как в этом месте зубы не гниют.

Когда зубы шатаются настолько, что практически выпадают сами или могут быть легко извлечены, но лунка исчезла не полностью, их можно вставить туда вновь, если в каждом зубе сбоку просверлить два сквозных отверстия на уровне десны.

Если зубы, просверлённые подобным образом, находятся на нижней челюсти, то зарубку для нити делают вокруг всего зуба, немного выше этих отверстий[1]. Она должна иметь достаточную ширину и глубину, соответствующие толщине зуба. На зубах, находящихся на верхней челюсти, зарубка находится под отверстиями[2].

Перед тем как снова вставить зуб в альвеолу, середину нити помещают между двумя здоровыми соседними зубами. Когда концы нити пересечены в щели у первого просверлённого зуба, каждый из них продевают в одно отверстие, после чего зуб помещают в лунку, куда его надо вдавить как можно сильнее.

Если нить надо продеть в отверстия нескольких подряд идущих зубов, то это делают до того, как вставить их в лунки. Затем проволоку сначала наматывают вокруг первого крепко стоящего зуба для наименьшего интервала, переходят на ближайший к интервалу зуб, прикрепляясь к нему несколькими пересечениями нити, затем нить идёт далее, охватывая каждый вставляемый зуб, достигнув в конце концов крепкого зуба противоположной стороны, который служит второй точкой опоры. После этого нить, затягиваясь с помощью пересечений крест-накрест между зубами, опять возвращается к тому зубу, откуда начали. Этот процесс повторяется до полного прикрепления зубов, причём чем больше шатается зуб, тем больше надо на нём сделать оборотов нити в заранее сделанных напильником зарубках. Закрепляется нить способом, описанным выше, в разделе о закреплении непросверлённых зубов.

Если лунка потеряла глубину и зуб стал длиннее нужного размера, то корень стачивают напильником или спиливают для уменьшения длины

1 *См. рис. 17, часть 2.*
2 *См. рис. 17, часть 3.*

зуба и совпадения уровня его кромки с кромками соседних. Поскольку при этом (как бы мало ни был спилен корень) обычно обнажается корневой канал, его надо запломбировать свинцом.

В случае, когда расстояния между подвижными зубами слишком велики и перекрещённой между ними нити недостаточно для их закрепления, в каждую слишком широкую щель надо вставить по клинышку с внешними пазами[1], выточенному из зуба моржа. Длина каждого клинышка не должна превышать толщину зуба, быть не больше 1 линии в высоту. Клинышки должны соответствовать интервалам, в которых они помещены.

В каждом из них сбоку просверливают два отверстия и делают два желобка. Именно в эти желобки и входят боковые грани далеко отстоящих зубов для заполнения слишком широких щелей. Два отверстия в клинышках просверливают рядом с кончиками, и в них пропускают два конца золотой нити, когда они доходят до этого места.

Эти клинышки поддерживают устойчивость зубов; вставлять их надо как можно ближе к десне, чтобы, во-первых, их скрывала губа, а во-вторых, чтобы золотая нить проходила недалеко от дёсен. Если промежутки между зубами слишком велики, их можно заполнить искусственными зубами, а если промежуток увеличивается ещё сильнее за счёт потери зуба, то искусственные зубы[2] должны быть соединены около шейки, то есть той части, которая касается десны, но разделены у коронок. Также промежуток можно заполнить двумя пропорциональными по размеру человеческими зубами.

Клинышки используют лишь тогда, когда нет возможности вставить в промежутки человеческие или искусственные зубы. Они, как и было описано, не заполняют весь промежуток и служат лишь для придания устойчивости зубам в виде боковой поддержки.

При укреплении зубов верхней челюсти надо следовать только что описанному способу для нижней челюсти. Таким образом можно укрепить не только резцы и клыки, но и моляры.

Если бы г-н Дионис[3] знал этот способ укрепления подвижных зубов, то, я уверен, он не настаивал бы на их удалении, а наоборот, вместо того, чтобы возводить удаление в ранг непреложного закона, предпочел бы метод, который я только что подробно изложил. Следуя ему, можно сохранить зубы на всю жизнь, причём они будут по-прежнему выполнять те же функции, что и до расшатывания. Большой успех этого метода

1 *См. рис. 17, части 5, 6.*

2 *См. рис. 17, часть 4.*

3 *Дионис Р. Курс хирургических операций... С. 512*

даёт нам возможность усомниться в совете г-на Дионисa. Приходится признать, что мнение знаменитого врача для многих людей стало причиной потери зубов, которые можно было бы сохранить. Однако, совершенно не желая опровергать мнение специалиста, известного и своими знаниями, и громадным опытом, память которого чтят коллеги, я всего лишь хочу обосновать пользу предлагаемого мною метода, который основывается на личном опыте. Для меня особенно важно в подробностях осветить мой метод, так как, насколько мне известно, никто ещё не пробовал ни описываемый мной способ укрепления зубов, ни метод помещения удалённых или выпавших зубов обратно в лунки.

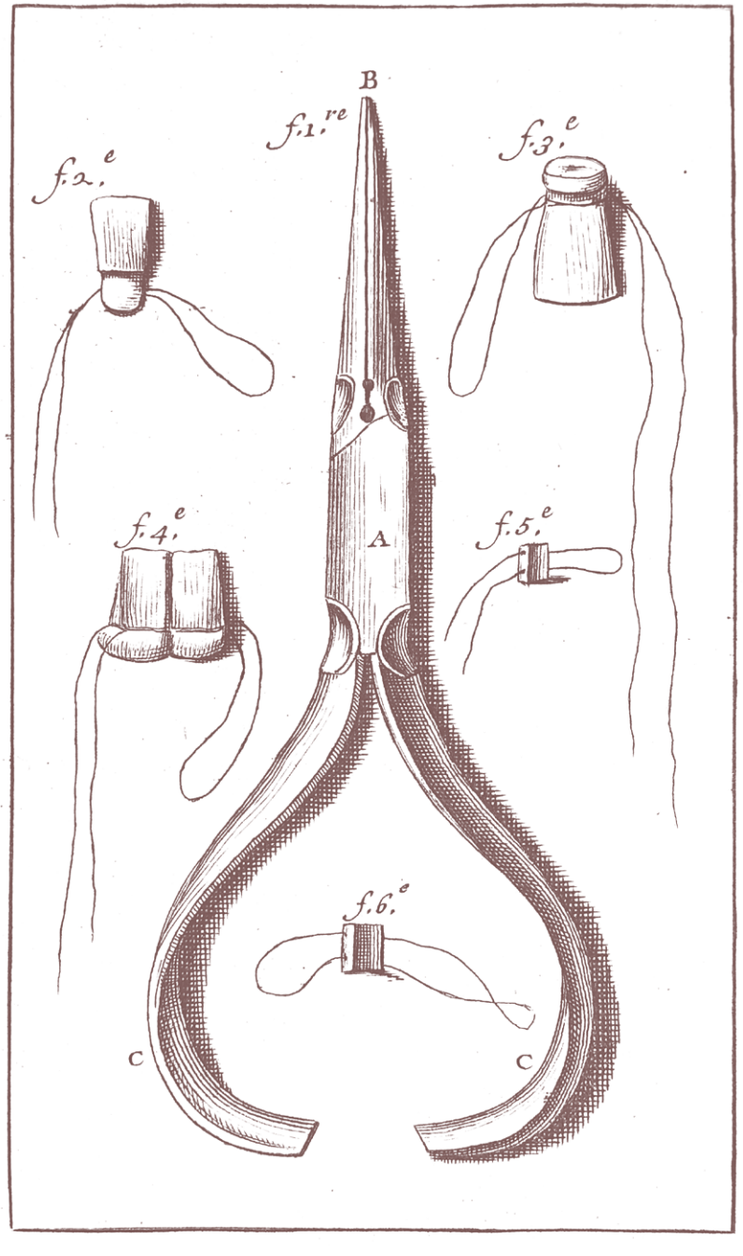

Рис. 17.

Рис. 17.

Некоторые инструменты для укрепления зубов.

Часть 1. Пинцет часовщика для закручивания кончиков золотой нити, используемой при укреплении зубов.

A – Замок.

B – Передняя часть.

CC – Ручки, изогнутые сначала наружу, а потом внутрь.

Часть 2. Один из резцов нижней челюсти, просверлённый под шейкой, с продетой золотой нитью, которой этот зуб будет прикреплён к сохранившимся природным зубам.

Часть 3. Резец верхней челюсти, просверлённый над шейкой, с продетой золотой нитью, служащей той же цели.

Часть 4. Два искусственных резца нижней челюсти с продетой золотой нитью, закрепляющей их на месте отсутствующих природных зубов.

Части 5, 6. Два клинышка с внешними пазами для укрепления шатающихся зубов, щель между которыми достаточно широка для их использования. В клинышки продета золотая нить для прикрепления к соседним зубам.

ГЛАВА X

ОПИСАНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ: *ланцет для дёсен, элеватор, клещи (щипцы) и элеватор с винтом*

Существует 5 видов инструментов для удаления зубов и их корней, а именно: ланцет для дёсен, элеватор, клещи (щипцы), элеватор с винтом и пеликан.

Первый инструмент называется «ланцет для дёсен»[1], поскольку он используется для отделения дёсен от тела зуба или его корней перед удалением. Режущая часть этого инструмента имеет форму полумесяца, она плоская и к концу утончается. Ширина лезвия – 2 линии в самой широкой части, в длину – около 10 линий, заточенная часть проходит по всей вогнутой стороне. Выпуклая часть является обухом, который, подходя к вершине лезвия, становится весьма острым. Стержень инструмента – круглый, сужающийся к лезвию, у ручки он заканчивается хвостовиком квадратного сечения для лучшего удержания его в ручке. Несмотря на возражения некоторых авторов, я небезосновательно утверждаю, что при приближении к кончику этот инструмент должен быть заточен с обеих сторон, чтобы причинять меньше боли при отделении десны от зуба. Если одна сторона не заточена или заточена недостаточно, такая операция гораздо более болезненная: при удалении зуба возникает сильная боль, десна рвётся, а потом её гораздо сложнее соединить. Чтобы избежать подобных неприятностей, я использую инструмент, заточенный с обеих сторон. Однако, поскольку этот же инструмент подходит и для вскрытия абсцессов во рту, а при контакте с костью он может притупиться, необходимо иметь второй, предназначенный только для абсцессов или опухолей ротовой полости. Я подробно говорю об этом, чтобы не тратить времени на описание простого и всем известного инструмента.

1 *См. рис. 18, часть 1.*

Второй инструмент – элеватор[1]. Он используется для удаления зубов, корней или культей зуба, производя давление снаружи внутрь. У него есть стержень и два кончика. Стержень может быть круглым или гранёным. Длина стержня – примерно 2 дюйма, причём выпуклая часть длиннее вогнутой. Вогнутая часть при приближении к раздвоенному концу становится плоской, а выпуклая часть скруглена. На кончике имеется щель, разделяющая вогнутую и выпуклую части на две половинки, правую и левую; щель прорезана в середине кончика. Ширина кончика в конце – примерно 2 линии. На противоположном конце стержня находится ободок, полукруглый со стороны стержня и плоский с другой. Ободок служит как для красоты, так и для прикрепления ручки к довольно длинному квадратному хвостовику, который закрепляется в отверстии ручки мастикой. Ручка имеет пирамидальную форму, причём ей следует быть гораздо шире на стороне, противоположной ободку. Длина её составляет примерно 2 дюйма, форма – круглая или гранёная. Больший конец имеет форму груши. Самый распространённый материал для ручки – слоновая кость, чёрное дерево или иная подходящая древесина.

При использовании инструмент берут в руку так, чтобы ручка легла в середину ладони. Её охватывают большим и всеми остальными пальцами. Большой или указательный палец лежит на стержне. Раздвоенный кончик инструмента надо приложить к зубу или культе зуба, подлежащих удалению. Зуб или культи зуба выдавливаются снаружи внутрь движением кисти руки вниз. При удалении зубов нижней челюсти кисть руки поднимается вверх движением, похожим на движение при пускании крови, а именно: прокол и следующий за ним вертикальный разрез.

Во время удаления зубов верхней челюсти инструмент держат и применяют так же, но с подъёмом кисти руки, что даёт тот же эффект. При желании к выпуклой части инструмента можно присоединить крюк, изогнутый в противоположную сторону и похожий на раздвоенный кончик элеватора. Этот крюк служит для вытаскивания наружу корней, которые нельзя удалить давлением внутрь.

Существует ещё один инструмент – простой крюк или крючок[2], размеры которого практически такие же, как и у предыдущего инструмента. Он весьма похож на него, с той лишь разницей, что его передняя часть представляет собой резко скошенную фаску с продольной канавкой, которая начинается от изгиба стержня с внешней стороны и идёт до раздвоенного кончика. Простой крюк (с прямой или изогнутой внешней

1 *См. рис. 18, часть 2.*
2 *См. рис. 18, часть 3.*

гранью) лучше двойного, описанного выше, поскольку двойным инструментом сложнее работать и его нельзя использовать у пациентов, которые не могут широко открыть рот по причине спаек или иных препятствий.

Крюк с рабочей частью, расположенной под острым углом, предназначен для удаления зубов изнутри наружу. Намного лучше иметь два отдельных инструмента (элеватор и крюк) на отдельных рукоятках, чем один, выполняющий функции двух. Таким образом, под рукой должны быть оба: один (как описано выше) – только для удаления давлением внутрь и второй – для вытаскивания наружу.

Оба инструмента должны быть сделаны из хорошей стали средней закалки, остро заточены на концах, поскольку во время операции им приходится так или иначе проникать в ткани и крепко цепляться за шейку, корень или обломок удаляемого зуба. На этих частях эмаль отсутствует, поэтому кончики инструментов входят достаточно глубоко, что делает удаление зуба или культи более лёгким и надёжным.

Когда требуется удалить корни моляров с правой стороны нижней челюсти, слишком скрытые дёснами, пеликан может не подойти. В этом случае следует посадить пациента в кресло, кончиком подрезки для дёсен сделать разрез вдоль десны или крестообразно до самого корня, тем самым обнажив его. При этом может обнаружиться, что внутренний край корней полностью разрушен, тогда надо применить элеватор. Если корни не слишком срослись с лункой, пациента сажают в низкое кресло, дантист встаёт справа, держа инструмент в правой руке и поместив большой и указательный пальцы вдоль его выпуклой части. Кончик инструмента помещается на внешнюю часть удаляемого корня. Левая рука располагается над головой пациента, большой палец левой руки находится между корнями и языком, чтобы не повредить язык инструментом. Указательный палец лежит на внешней поверхности зубов, между резцами и удаляемыми корнями, а остальные пальцы поддерживают подбородок. После этого дантист толкает инструмент в сторону языка с силой, достаточной для удаления корней.

Когда оперируют левую сторону, дантист переходит налево, убирая левую руку с головы пациента и укладывая на неё правую руку. При желании операцию можно произвести, не меняя положения, для этого надо быть амбидекстром. Инструмент при этом надо взять в другую руку.

Удаляя элеватором резцы и клыки, врач принимает наиболее удобное положение, а голову пациента плотно прижимает к спинке кресла. Элеватор движется снаружи внутрь, как и было описано. Когда зубы или их корни извлечены, надо дать возможность десне немного покровоточить, после чего пациент может прополоскать рот смесью

тёплой воды и уксуса. Затем стенки дёсен надо сжать большим и указательным пальцами, причём неважно, разошлись они или нет. Таким образом, оставшееся после зуба отверстие уменьшается.

Слабо держащиеся корни, которые торчат из десны со стороны языка, или те, что не были удалены элеватором, надо извлекать наружу приспособленным именно для этого загнутым крюком. Дантист при этом занимает позицию перед пациентом, справа или слева от него.

Корни или культи зубов на верхней челюсти удаляют так же, как на нижней, элеватором, с помощью тех же действий, что были описаны выше.

Если корни удаляются с трудом, дантист может встать за пациентом, упереть его голову себе в живот, после чего проводить операцию на любой челюсти соответственно указанным методам.

Иногда после использования элеватора (или иного инструмента) корень всё ещё остаётся соединённым с какой-либо точкой в нижней части лунки, и его не видно. Чтобы удалить такой корень применяют щипцы типа «клюв журавля» или «клюв ворона».

Если корни или зубы слишком срослись с лункой и, на первый взгляд, не могут быть удалены элеватором либо иным описанным инструментом и способом, я советую всё же использовать элеватор при условии соблюдения ряда условий. Пациента сажают в очень низкое кресло, дантист становится сзади, упирает голову пациента себе в грудь и помещает долото на корень или зуб с внешней стороны, причём линия долота должна совпадать с осью, идущей к точке опоры головы. Инструмент держат в левой руке, а в правой – фунтовый свинцовый слиток[1]. Внешняя сторона слитка должна быть немного вогнутой и покрытой тканью. Этим слитком надо по возможности только один раз ударить по ручке долота и выбить корень или зуб по направлению к языку. Очень важно крепко держать инструмент, чтобы не повредить пациенту рот. Этот способ удаления зуба или его корней одинаков для обеих челюстей.

Зубы, вырастающие впереди или позади других зубов, являются сверхкомплектными. Если они мешают жеванию или поражены кариесом, болят или уродуют рот, и положение нельзя исправить иным способом, их необходимо удалить. Зубы, расположенные позади зубного ряда, удаляют элеватором или прямыми щипцами, но если обнаруживается кариес на внешней их части, то есть в том месте, куда надо приставить инструмент, то долото заменяют на пеликан. Сначала опиливают напильником боковые грани двух соседних зубов, чтобы расширить промежуток между ними и облегчить удаление кариозного и кривого зуба изнутри наружу.

1 *См. рис. 28, часть 1*

Для удаления зуба (или его культи), стоящего снаружи, используют пеликан или (если есть, за что ухватить) прямые щипцы.

Для удаления элеватором зуба, выросшего внутри зубного ряда и держащегося не очень крепко, применяют свинцовый слиток. Дантист встаёт перед пациентом или справа от него, если надо оперировать нижнюю челюсть, и сзади – если верхнюю.

Когда зуб сидит настолько крепко, что без свинцового слитка не обойтись, стоять надо позади пациента, соблюдая все вышеописанные правила.

Зуб, будь он спереди или сзади ряда, можно вытащить прямыми щипцами при условии, что его есть за что ухватить и он не слишком уверенно сидит на своём месте.

При использовании прямых щипцов для удаления зубов справа или спереди на нижней челюсти дантист стоит позади пациента, держа инструмент в правой руке. Он захватывает зуб инструментом, а затем поднимает его вверх, одновременно придавая ему вращательное движение кистью, тем самым вытаскивая его. Если же зуб с левой стороны, инструмент перекладывают в левую руку. При операциях на верхней челюсти надо стоять справа или перед пациентом, опустившись на колено (если необходимо). Зубы, выросшие с внешней части зубного ряда и держащиеся очень крепко, можно вытащить лишь пеликаном. Способ их удаления описан ниже.

При удалении зубов, стоящих вне зубного ряда (спереди или сзади), указанным выше методом, можно ничего не опасаться.

Третий тип инструментов – это щипцы (клещи), поскольку их рабочая часть захватывает и сжимает тело удаляемого зуба. Одни щипцы – изогнутые, другие прямые; третьи повторяют форму клюва попугая – у них верхняя щёчка длиннее нижней и загнута вниз; нижняя же, более короткая, загнута вверх. Также есть щипцы, чьи щёчки расположены бок о бок и изогнуты сначала вниз, а потом внутрь.

Среди изогнутых щипцов выделяются щипцы типа «клюв журавля» или «клюв ворона». Обычные щипцы имеют форму клюва попугая, оба кончика щёчек которых раздвоены. На вогнутой части нижней щёчки этого инструмента желательно сделать дополнительное углубление, чтобы он мог принять в себя и захватить выпуклую часть тела зуба. Сделав углубление зазубренным или рифлёным, можно не опасаться, что зуб выскользнет. Все эти типы инструментов, изогнутые и прямые, должны иметь неразборный замок с центральной осью, утопленной внутрь с обеих сторон, достаточно толстой, чтобы выдерживать рабочее усилие.

Эта ось служит также точкой опоры при сопротивлении зуба, когда его охватывают щёчки, а сила должна быть приложена к противоположной стороне, то есть к ручкам.

Щипцы, или клещи, чьи щёчки изогнуты вниз и внутрь, раздвоены на кончиках. Между раздвоенными кончиками пролегает канавка, их внутренняя часть – рифлёная на 2–3 линии до самых кончиков. У прямых щипцов внутренняя часть щёчек тоже должна быть рифлёной.

Желобок на внутренней части щёчек «клюва журавля» («клюва ворона») – более широкий, чем у остальных видов щипцов.

Эти два вида щипцов служат для удаления разных зубов. Прямые более всего подходят для резцов и клыков. «Клюв журавля» («клюв ворона») используют для извлечения глубоко засевших, но уже расшатанных корней, которые нельзя удалить другим инструментом.

Щипцы, или клещи, о которых идёт речь, настолько хорошо всем знакомы, что мне кажется излишним уделять много времени их описанию. Если бы я хотел, я мог бы с лёгкостью описать все эти инструменты[1] и их части, но не вижу в этом смысла. Однако считаю уместным объяснить, по какой причине я отвергаю пружины, которые обычно добавляются к этим инструментам, чтобы облегчить их раскрытие. Мало того, что эта пружина постоянно мешает, её действие к тому же противостоит давлению руки, которая держит инструмент во время операции.

Четвёртый тип инструментов для удаления зубов называется «элеватор с винтом»[2]. Он напоминает натяжные клещи, которые бондари используют, чтобы набивать обручи на бочку, и состоит из 4 частей: стержня, гайки в форме маслины, изогнутой ножки с крюком на конце и соединительного болта. Стержень подразделяется на гладкую круглую часть ближе к концу, а также часть с винтовой нарезкой, на которую надета шайба, разделяющая винтовую часть и хвостовик. Хвостовик вставлен в рукоятку на уровне разделительной шайбы. Рукоятка имеет грушеобразную форму. Стержень – цилиндрический, на конце срезанный немного наискосок. В центре среза и вдоль него проходит канавка с зазубренными краями. Гайка в форме маслины накручена на винтовую нарезку по длине и, таким образом, двигается вдоль стрежня. На внешней стороне гайки есть возвышение с круглым отверстием посередине. Ножка изогнута ближе к концу, а от начала изгиба до соединения – прямая. Её нижняя (внутренняя) грань – плоская по всей длине, от изогнутой части до соединения. Противоположная ей сторона может быть скруглённой или гранёной. Кончик внутренней части ножки разделён на два

1 *См. рис. 19, 20.*

2 *См. рис. 21, часть 1.*

острых зубчика и имеет рифлёную поверхность. Часть ножки, ближайшая к соединению, шире и толще, чем вся остальная её часть. Она плоская с боков, скруглённая сверху и у крюка. Снизу в центре у неё имеется жёлоб, в который входит возвышение над гайкой. Стенки по обе стороны жёлоба просверлены так, что соединительный болт проходит через оба отверстия стенок и через отверстие в возвышении над гайкой. Собранная конструкция представляет собой шарнирное соединение изогнутой ножки и возвышения над гайкой. Для присоединения ножки к стержню достаточно лишь ввести стержень в гайку, вращая его по часовой стрелке, поднимая и опуская её по мере вращения, а вместе с гайкой вверх-вниз будет двигаться и ножка, удаляясь или приближаясь к кончику стержня.

Размеры инструмента таковы: длина стержня (включая хвостовик) примерно 4 дюйма, расстояние от верхнего кончика до начала резьбы – не менее 1 дюйма, сама резьба – 1 дюйм, хвостовик – примерно 2 дюйма, рукоятка тоже около 2 дюймов. Длина гайки – примерно 6 линий, длина изогнутой ножки – около 2 дюймов 4 линий (включая изогнутую часть).

Некоторые дантисты постоянно пользуются этим инструментом, но точка опоры в нем слишком далека от точки приложения силы. Когда кончик стержня прикладывают к внешней части удаляемого зуба, а крюк ножки – к внутренней, стержень и ножка становятся противоположными друг другу в горизонтальной плоскости, и это увеличивает вероятность не столько удаления зуба, сколько его слома. Я знаю, что г-н Дионис весьма восхваляет этот инструмент и говорит, что он был изобретен при его жизни. Он также добавляет, что видел, как этим инструментом пользовался лишь один человек, а именно покойный г-н Дюбуа, хирург-дантист Людовика XIV. Я же пользуюсь им крайне редко и только для удаления шатающихся или слабо сидящих зубов, так как именно это можно проделать с большей надёжностью данным инструментом.

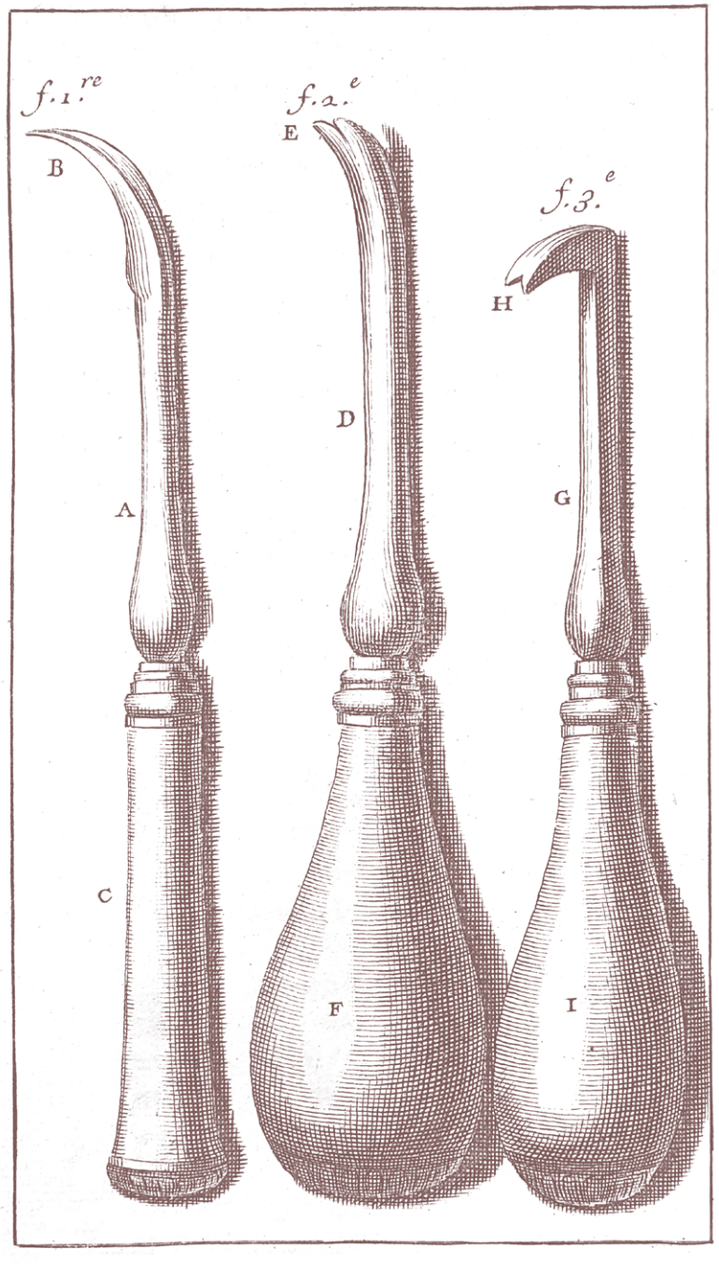

Рис. 18.

Рис. 18.

Три инструмента для удаления зубов.

Часть 1. Ланцет для дёсен, предназначенный для отделения дёсен от зубов, вид сбоку.

A – Стержень.

B – Заточенная изогнутая часть с острым кончиком.

C – Ручка.

Часть 2. Элеватор для удаления зубов давлением внутрь, вид с изображением изогнутой части и зубцов инструмента.

D – Стержень.

E – Изогнутая передняя часть с двумя зубцами, разделёнными жёлобом.

F – Грушевидная ручка.

Часть 3. Наиболее изогнутый крюк для удаления зубов (или культей) давлением изнутри наружу, вид сбоку.

G – Стержень.

H – Изогнутая часть с двумя острыми зубцами, разделенными жёлобом (щелью).

J – Ручка.

Рис. 19.

Два инструмента для удаления зубов.

Часть 1. Щипцы, вид с изображением изгиба щёчек и ручек.

A – Замок.

B – Зазубренные и изогнутые кончики щёчек.

CC – Наиболее длинная часть бранши (ручки).

Часть 2. Щипцы с щёчками, изогнутыми вниз, справа налево и слева направо, для удаления некоторых видов зубов в особых случаях, вид с изображением изгиба щёчек и четырёх зубцов.

D – Замок.

E – Изогнутая передняя часть с двумя зубцами.

F – Бранша (ручка).

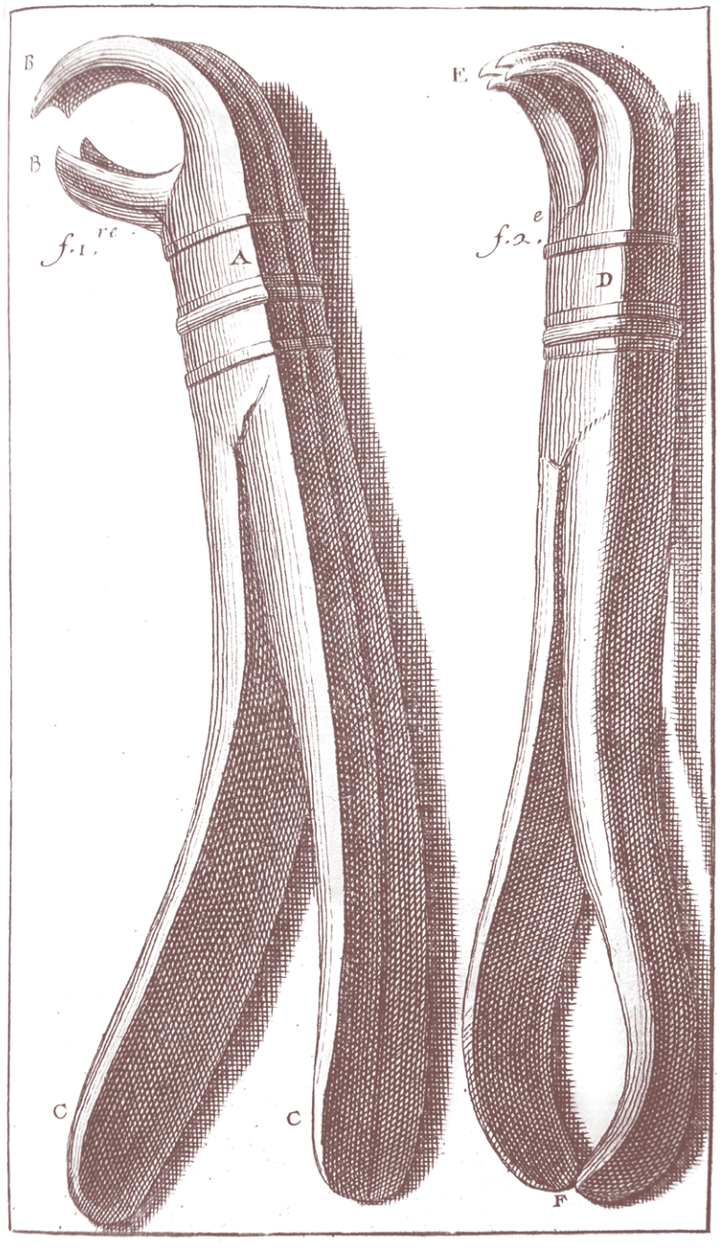

Рис. 19.

Рис. 20.

Два инструмента для удаления зубов.

Часть 1. Щипцы для удаления некоторых видов зубов, вид сбоку.

A – Замок.

B – Передняя часть: изогнутые и зазубренные внутри щёчки.

CC – Задняя часть: бранша (ручка).

Часть 2. Щипцы типа «клюв аиста» («клюв ворона») для удаления корней и культей зубов, вид сбоку.

D – Замок.

E – Изогнутые щечки в закрытом положении, с сужением к концу и зазубренной рабочей частью.

FF – Бранша (ручка).

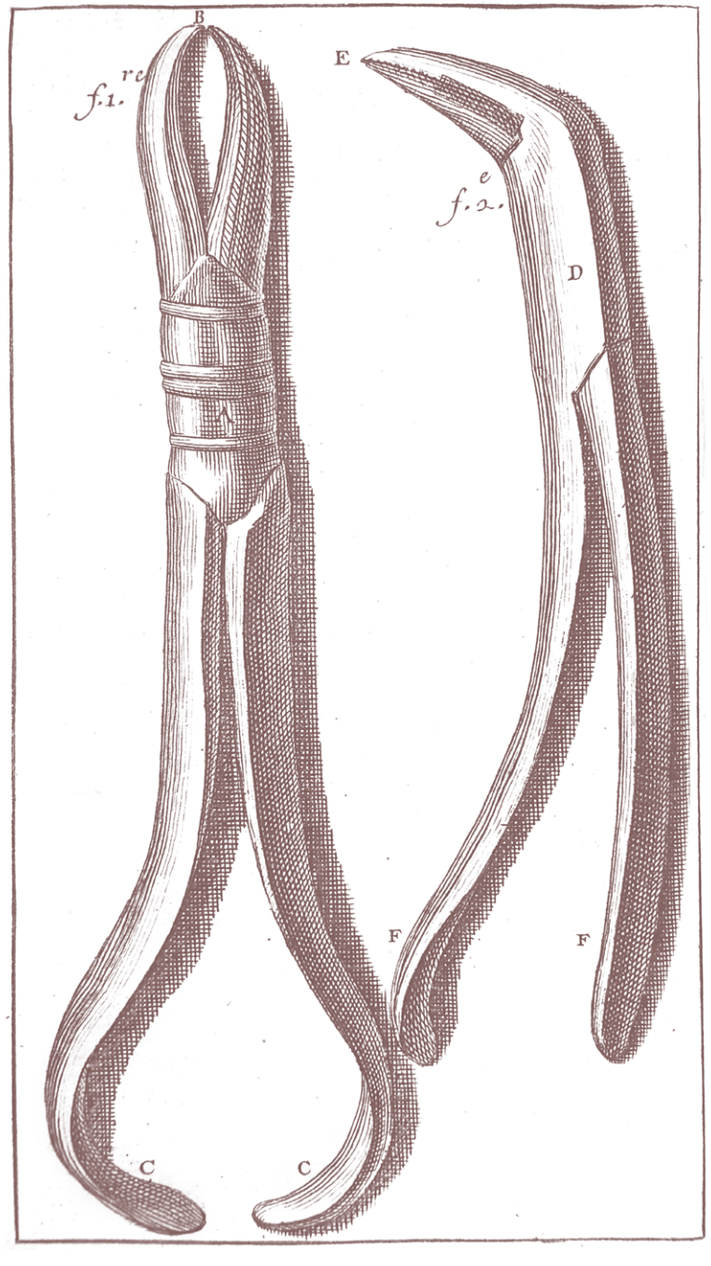

Рис. 20.

ГЛАВА XI

ОПИСАНИЕ НОВОГО ВИДА ПЕЛИКАНА
и несовершенств его предшественников

Пятый и последний вид инструментов называется «пеликан». Он используется для удаления зубов и культей зубов. Пеликаны бывают разных видов. Конструкция инструмента, который описываю я, никогда раньше не применялась, и, осмелюсь сказать, он гораздо более надёжен и прост в употреблении, чем все, существовавшие до него.

Описание этого инструмента включает в себя несколько аспектов, связанных с его использованием в зависимости от расположения зубов на обеих челюстях.

Простым называют пеликан, применяющийся при удалении зубов большого размера в глубине рта на правой стороне нижней челюсти, а также на левой стороне верхней челюсти, у которого для этой цели есть лишь одна изогнутая ножка. Если им можно удалять те же зубы, но у него имеется вторая ножка, изогнутая как и первая, но направленная в противоположную сторону, то такой пеликан считается сдвоенным, или двойным, на одной рукоятке.

Сдвоенный пеликан, с точки зрения его применения к левой части нижней челюсти и к правой части верхней челюсти, весьма близок к описанному выше, однако с той разницей, что изгибы двух его ножек и обоих овальных наверший направлены в противоположные стороны, хотя их форма в принципе одинакова. Поэтому второй пеликан является двойником первого. В результате мы получаем четыре пеликана: то есть четыре ножки, присоединённые к двум ручкам, разница между которыми состоит лишь в направлении изгибов ножек и овальных наверший и в их применении к тем или иным зубам одной или другой челюсти, а также в зависимости от руки, в которой их держат (в левой для левой стороны, в правой – для правой). Сходство между этими пеликанами и их назначением таково, что достаточно описать один, чтобы стали понятны форма и способы использования всех остальных.

У простого пеликана[1] лишь одна изогнутая ножка и одно овальное навершие. Ручка сделана из дерева, а ось, штифт, ножка, плоский подковообразный держатель и винт – из стали.

Ручка[2] должна быть выполнена из весьма крепкой древесины (например, самшита, рябины и др.), иметь около 5 дюймов в длину, 10 линий в толщину и примерно 1 дюйм в самой широкой части.

Говоря о размерах инструмента, мы должны учесть множество деталей. Ручка считается центром пеликана, её средняя часть берётся за длину. Левая боковая грань – выпуклая. Она, во-первых, помогает удобно фиксировать инструмент в руке, во-вторых – усиливает его в месте просверлённого отверстия, довольно значительного по ширине, в который вставляется и которым удерживается ось. Также для упрочения ручки к ней прикреплены две довольно широкие и толстые металлические или латунные пластины. Эти полосы идут сверху и снизу вдоль ручки, нигде не выходя за её поверхность, прикреплены четырьмя заклёпками с утопленной головкой, проходящими через всю ручку. Передняя часть инструмента должна рассматриваться как точка опоры, помещающаяся при операции на зубах и дёснах, а задняя часть – как собственно ручка.

На переднем конце инструмента расположено продолжающее его полуовальное навершие – плоское с боков, шириной примерно в 2 линии, выступающее над ручкой на 5–6 линий, около 2 линий толщиной. Это навершие находится на конце ручки или тела инструмента. Оно расположено немного под наклоном внутрь и вниз. Его левый край выступает за левую грань ручки на 2 линии, а правый находится практически на уровне поверхности внешней грани ручки. Нижняя плоская часть навершия утоплена примерно на 1 линию около скошенной грани нижней стороны ручки.

Как я уже сказал, эта же часть навершия выступает над боковой внутренней гранью рукоятки инструмента. Форма и расположение подводят навершие близко к крюку на изогнутой ножке, в то время как сама ножка отделена от него своими изгибами. Также изгибы позволяют приставлять навершие, окружность которого имеет лишь небольшую выпуклость, сразу к нескольким зубам, приближаясь к дёснам или даже опираясь на них.

Всё навершие в его изогнутой части должно быть прикрыто одним или двумя слоями буйволовой кожи, в зависимости от её толщины. Кожу крепят к навершию прочным клеем, а для дополнительного усиления действия навершия на его плоские стороны наклеивают один или два

1 *См. рис. 23.*
2 *См. рис. 21, часть 2.*

слоя тафты либо тонкого холста. Сверху же накладывают слой льняной ткани, который удерживает шов рядом с местом соединения рукоятки и навершия. Для поддержания чистоты слой льняной ткани надо время от времени менять.

На верхней грани рукоятки сбоку прорезана полуканавка, или паз. Постепенно расширяясь, паз переходит в полукруг около центра верхней грани рукоятки.

Паз имеет около 2 линий в глубину, причём она уменьшается в районе навершия, чтобы расстояние между верхней поверхностью полукруга и внутренней гранью ножки с крючком было больше. Эти поверхности ещё более отделены друг от друга с разницей примерно в 2 линии между поверхностью паза и верхней поверхностью навершия. В центре инструмента – сквозное отверстие диаметром около 5 линий. В него вставляется ось[1], которая закрепляется штифтом[2], входящим в щель, что идёт вдоль нижней поверхности паза, и проходящим в поперечное отверстие оси. Надо помнить, что ось, чей диаметр должен соответствовать диаметру отверстия в рукоятке, у́же на концах и шире в центре, а отверстие для штифта находится в узкой части.

На выступающую над пазом часть оси надевается изогнутая ножка, образуя шарнирное соединение. Также в нее вставляется плоский подковообразный держатель, который удерживает ножку в отверстии головки. Полная длина оси, на которую насаживаются ножки – примерно 1 дюйм, длина средней внутренней части – приблизительно 5,5 линии, высота обеих внешних частей (а их две, по ножке двойного пеликана на каждую) – примерно 2 линии, диаметр – около 3 линий. В части оси, которая возвышается над каждой ножкой, проделаны две боковые щели для головки держателя. Глубина каждой щели – примерно пол-линии и такова же длина.

Изогнутая ножка[3] разделяется на три части: стержень, окончание, то есть передняя часть (крюк) и задняя, или кольцевая, часть. Стержень – квадратный в сечении, на верхней грани есть отверстие для винта, который прикрепляет к ножке подковообразный держатель[4]. Также имеются две боковые и одна нижняя грань. Толщина стержня сначала 3 линии (у кольца), а затем 2 линии (до первого изгиба). Обычная длина ножки от кольца до первого изгиба – примерно 1 дюйм и 10 линий. Остальную длину ножки составляют изгибы в разные стороны и крюк на

1 *См. рис. 22, часть 1.*
2 *См. рис. 22, часть 2*
3 *См. рис. 22, части 3, 4.*
4 *См. рис. 22, части 5, 6.*

конце. Первый изгиб идёт справа налево, второй – изнутри наружу и слева направо, а третий – сверху вниз, формируя крюк.

Первый изгиб имеет примерно 7 линий в длину, второй – столько же, а третий – примерно 6 линий.

На внутренней грани крюка прорезана щель во всю его длину. Грани щели до самого кончика крюка зазубрены в виде желобков, или канавок, сделанных напильником. Кончик крюка разделён на два острия, или зубца. Задняя часть ножки (кольцо) – плоская и круглая, со сквозным отверстием в середине диаметром около 3 линий. Толщина задней части составляет примерно 2 линии как у кольца, так и в плоской части.

Если на ручку одного пеликана насаживается вторая ножка, её изгибы будут повторять изгибы первой, но прикреплена она будет на противоположной стороне оси и ручки. Соответствующим же образом будет располагаться и щель, то есть паз для ножки.

Изгибы ножки пеликана для удаления зубов на левой стороне нижней челюсти и правой стороне верхней такие же, но в другую сторону, то есть слева направо, а потом справа налево, но крюк (то есть передняя часть) на конце и тех и других всегда будет образован изгибом сверху вниз.

Изогнутая ножка надета на ось кольцом и удерживается там подковообразным держателем, входящим в боковые щели оси, которая служит центром вращения. У держателя есть плоский хвостовик в виде узкой пластины с отверстием на конце, в который вставляют небольшой винт[1], вкрученный в нарезное отверстие на верхней грани ножки. Длина этого хвостовика примерно 10 линий, толщина пол-линии. Такую же толщину имеет и подковообразная часть, которая входит в щели верхней части оси между её окончанием и кольцом задней части ножки, таким образом фиксируя самую широкую часть ножки в прорезанном в теле ручки полукруглом желобке. Оставшаяся часть ножки входит в длинную часть желобка. Таков законченный рабочий вид инструмента. Его задняя часть является ручкой, которая становится в свою очередь рабочей частью при использовании противоположной изогнутой ножки, так что рабочая и задняя части пеликана меняются ролями.

Таким образом, на ручку можно надевать многие типы ножек, не забывая закреплять каждую из них подковообразным держателем с хвостовиком, а также следя за тем, чтобы кольцо на конце ножки соответствовало диаметру оси, а его диаметр совпадал с диаметром вырезанного для неё полукруглого отверстия (желобка) в ручке, чтобы верхняя грань ножки не выходила за уровень поверхности ручки, а подковообразный

1 *См. рис. 22, части 7, 8.*

держатель подходил к вырезанным в оси щелям.

Следуя вышеуказанным инструкциям, можно получить четыре пеликана (то есть два двойных), умещающихся на двух ручках. Этих инструментов достаточно, чтобы выполнять всё, для чего предназначен любой пеликан, причём делать это гораздо лучше, чем теми пеликанами, которые были изобретены ранее.

Все изогнутые ножки инструмента должны быть изготовлены из хорошей стали, отполированы и ровны. Украшения недопустимы. Пересечения граней должны иметь округлую форму, а углы, образованные изгибами, – быть тупыми, чтобы не ранить губы и щёки.

Ножки имеют такую длину, которая позволяет соразмерно сочетаться изгибам и стержню, в результате чего крюк на конце больших по размеру ножек – больший, а у меньших – меньший. Все части стержня – равные размеры по ширине и толщине, уменьшающиеся лишь к передней части (крюку).

Из вышесказанного следует, что на одну и ту же ось можно надевать много типов ножек, которые будут вращаться на ней и входить в боковой паз. Также, используя ножки с разными типами изгибов и, соответственно, крюков, дантист получает в своё распоряжение инструмент для удаления зубов и корней разного типа и размера. Короче говоря, чтобы инструмент отвечал всем запросам в этой области хирургии, дантист может делать его ножки длиннее или короче в изогнутой части, в зависимости от необходимости приблизить или, наоборот, удалить крюк от навершия.

Что каса ется закалки ножек, то она не должна быть чрезмерной во избежание хрупкости. Кончики могут быть закалены немного сильнее, при этом сохранять достаточную прочность, чтобы не сгибаться от приложенного усилия и чтобы зубцы на конце крюка не сминались и не деформировались.

Хотя описанный мною пеликан кажется довольно похожим на повсеместно используемые, отличия в конструкции при пристальном взгляде заметны сразу, становясь ещё более явными при рассмотрении преимуществ его применения.

В моём пеликане желобки, прорезанные для ножек, дают им дополнительную точку опоры при использовании. Подобный плюс конструкции никогда ранее не использовался в пеликанах: дантистам приходилось обёртывать ножку льняной или иной тканью, чтобы стабилизировать её на ручке, чего, тем не менее, никогда не удавалось достигнуть в полной мере, и это приводило к неточностям в работе.

Полукруглые навершия расположены немного ниже кончиков крюков, это даёт инструменту возможность частично опираться и на дёсны, тем самым сильно уменьшая давление на зубы. Обычные пеликаны опираются только на зубы. Отсюда возникает риск расшатать или сломать их, поскольку опора не распространяется на дёсны, как это позволяет сделать мой инструмент.

Выпуклая внешняя часть навершия повторяет по форме внутренний изгиб крюка, чтобы лучше распределить давление. Мягкое тканевое покрытие наверший предотвращает появление ссадин и кровоподтёков на дёснах. Когда же навершие опирается и на десну, губа оказывается у нижней части навершия, на стороне, противоположной стороне с желобком.

Существуют пеликаны, у которых вместо твёрдо закреплённого полукруглого навершия есть подвижное, в форме полумесяца, примерно в 1 дюйм длиной и в 2 линии шириной. Деталь вогнута в передней своей части, которая при использовании прижимается сразу к нескольким зубам, служащим точкой опоры для инструмента во время операции. Этой детали надлежит сидеть жёстко, но на одной точке опоры так происходит не всегда: ручка инструмента, к которой прикреплено навершие, может двигаться справа налево и наоборот, а его окончание с навершием-полумесяцем на шарнире не может не двигать навершие, что приводит к отрицательным результатам. Подобные движения передаются оси ножки, заставляя ножку перемещаться назад или вперед. Это весьма неудобно, поскольку в свою очередь приводит к тому, что подвижное навершие, прикреплённое к передней части ручки, сдвигается, когда ручка инструмента описывает наклонную линию, перемещаясь слева направо и наоборот. В результате навершие, сдвинувшись, теряет точку опоры, и давление ослабевает. К тому же этот инструмент нельзя использовать в некоторых достаточно распространённых случаях. Так, вогнутым навершием в форме полумесяца (в отличие от моего пеликана) невозможно работать, опираясь на зубной ряд с отсутствующим зубом, то есть если рядом с зубом, который надо удалить, нет двух-трёх соседних. Другой пример: при необходимости удалить последний или предпоследний зуб либо зуб, стоящий сам по себе, поскольку соседние зубы с обеих сторон отсутствуют, навершию надо опереться о дёсны, а это для данного типа инструмента невозможно. Значит, в этих двух (как и во многих других) случаях он бесполезен.

Сконструировав навершие своего пеликана изогнутым вниз и смещённым в сторону, я создал инструмент, унифицированный для всех случаев, включая вышеописанные. Лишь после нескольких успешно завершившихся экспериментов я отдал ему предпочтение перед всеми другими

типами пеликанов с их недостатками, о которых речь шла выше.

Изгибы ножек моего пеликана весьма облегчают удаление зубов, поскольку это вмешательство происходит одновременно в горизонтальной и вертикальной плоскостях, изнутри наружу, даже если зубы находятся глубоко во рту (конечно, при условии, что соблюдается правильная техника работы инструментом). Если у пеликана прямая ножка, идеального удаления зуба из лунки не получится, так как риску подвергаются зубы, стоящие рядом, а также губная комиссура.

Один из серьёзных недостатков прямой ножки – это то, что она сильно оттягивает губную комиссуру, если крюк отходит от навершия. У моего пеликана первый изгиб ножки позволяет легко обойти губную комиссуру, хотя сам крюк при этом отдаляется от навершия. К тому же прямые ножки часто расшатывают или выламывают зубы, чего не произошло бы, если бы удаляемый зуб давил на соседние лишь косвенно.

Чтобы полностью воспользоваться преимуществами моего пеликана, надо иметь оба инструмента, каждый с двумя изогнутыми ножками, различие в которых (как и различия в форме наверший) заключается лишь в направлении изгибов, что позволяет удалять зубы на обеих сторонах верхней и нижней челюсти. Один пеликан нужен для правой стороны нижней челюсти и для левой стороны верхней, а второй – для левой стороны нижней и правой стороны верхней челюсти. Длинные ножки используются для удаления дальних зубов, а короткие – для расположенных ближе к резцам.

Также надо отметить, что пеликан для правой стороны нижней челюсти не может применяться к левой стороне верхней без смены держащей руки. Пеликан для левой стороны нижней челюсти применяется на правой стороне верхней с тем же условием, то есть со сменой рук.

Можно также сделать двойной пеликан[1], который способен удалять зубы, расположенные в любом месте обеих челюстей. Его ножки и навершия должны быть изогнуты в противоположные стороны: если на одном конце они повернуты налево, то на другом – направо. Этот инструмент может показаться удобным, но при операции крюк нерабочей ножки будет впиваться в руку, мешая удалению. Поэтому я предпочитаю отдельные инструменты.

Я советую иметь два пеликана, с двумя ножками на каждом. Одна ножка из пары должна быть изогнута справа налево[2], а вторая – слева направо[3], как я уже описывал, поскольку иногда возникает необходимость

1 См. рис. 24.

2 См. рис. 25.

3 См. рис. 26.

удалить у одного пациента сразу два или три зуба, стоящих на разных сторонах челюсти. И это удаётся сделать моим инструментом.

Если дантист держит в обеих руках по пеликану с ножками, правильно выбранными с точки зрения их изгибов и применения к конкретным зубам, то он легко сможет удалить сразу несколько зубов, не вынимая инструмент изо рта пациента. Однако вышеописанные пеликаны непригодны для удаления зубов, находящихся на разных сторонах одной челюсти (по крайней мере, это невозможно сделать одновременно), поскольку надо сменить ножку, а это вызывает нетерпение и неудобство как дантиста, так и пациента, которому приходится терпеть эту необходимую, но неприятную операцию.

ГЛАВА XII

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕЛИКАНА
при удалении зубов, которые сложно удалить любым другим инструментом

Из всех инструментов, которые используют для удаления зубов, самым удобным мне кажется пеликан вышеописанной конструкции. Операция проходит быстрее, результат более надёжный, чем при применении других инструментов, при условии, разумеется, что дантист умеет им пользоваться. Если же этого умения нет, то пеликан становится самым опасным орудием удаления. С соблюдением всех предосторожностей я удалил бесчисленное множество зубов и корней при помощи этого инструмента, что было бы невозможно сделать, если бы я не усовершенствовал его.

При удалении зубов с использованием пеликана пациент должен быть усажен подобающим образом, далее надо соблюдать следующие условия.

Открывая пациенту рот, следите за тем, чтобы нижняя челюсть не отвисала слишком сильно, иначе может произойти её вывих. Так случилось в Анжере с монахиней обители Св. Екатерины, по рассказу самой послушницы и других монахинь того же монастыря. Хирург был настолько испуган, что не знал, как вправить челюсть обратно, и пациентке пришлось обратиться к более опытному врачу.

Крепко засевшие корни зубов, которые держатся внутренней поверхностью, надо вытаскивать пеликаном. Способ удаления корней тот же, что и целых зубов. Надо помнить, что позиция навершия и крюка одинакова для обеих сторон обеих челюстей: навершие и крюк расходятся и сходятся лишь в той мере, в какой оперируемый зуб удалён от резцов, а резцы – от моляров.

Чтобы закрепить ножку относительно ручки, крюк отодвигают от навершия и кусочек свёрнутой бумаги помещают между ножкой и щелью на рукоятке. Если ножка отодвигается, то её надо зафиксировать лентой, которую обвязывают вокруг инструмента.

Последние моляры нижней челюсти иногда очень сложно удалить, так как они расположены в глубине рта, из-за толщины челюстной кости в этом месте. Случается даже, что их невозможно достать пеликаном, особенно если зубов полное число, то есть тридцать два, потому что крюк не может достаточно прочно зацепиться за коронку. Однако появление этих зубов («зубов мудрости») зачастую сопровождается осложнениями, которые делают обязательным их удаление любым способом.

Также большие моляры сложно удалять, когда у них несколько корней, которые крепко сидят, расходятся или изгибаются сначала наружу, а потом внутрь. Когда корни широко расходятся, они ломают или растягивают лунку, поскольку шейка зуба у́же, чем тело, а кончики корней находятся слишком далеко друг от друга.

Чтобы избежать повреждения лунки при удалении подобного зуба, надо сжать дёсны пациента большим и указательным пальцами. Разошедшиеся или сломанные части соединятся и вскоре срастутся, потому что костные волокна этой альвеолы не очень плотные.

Если какая-то часть костной стенки лунки отделилась или оторвалась полностью, её надо удалить из альвеолы без всяких сомнений, поскольку вновь она никогда не прирастет. Эту часть ткани следует считать инородным и вредным телом. Что же касается отслоившихся костных осколков, которые частично всё ещё присоединены к альвеоле, их вправляют в надлежащее место в лунке зондом или иным подходящим инструментом. Восстановив таким образом альвеолу, дёсны тесно сжимают друг с другом .

Зубы, корни которых изгибаются наружу, а потом внутрь, удалить сложнее, чем зубы с разведёнными корнями, так как губчатое вещество, о котором я уже писал, оказывается неразрывно связанным с корнями, а это делает невозможным извлечение зубов без удаления этой ткани или без поломки корней. Подобные случаи породили ложное, но распространённое мнение, что такие зубы соединены костной полоской, идущей от корня к корню.

Если зубы с загнутыми корнями при удалении отрывают часть альвеолы, то это происходит лишь потому, что зубы оказываются более крепкими, чем костная ткань, которая их удерживает. И наоборот, зубы менее крепкие, чем альвеола, при удалении ломаются, и их корни остаются «запертыми» в лунке.

Удалять сложно не только зубы с разошедшимися и снова сошедшимися корнями. Существуют также зубы с искривлёнными в разные стороны корнями, удалению которых сопутствуют те же неприятности,

как бы ни был совершенен инструмент и осторожен даже самый опытный дантист.

Зубы, которые крепко сидят в альвеолах, плотно приросли и соединились с их стенками, можно удалить лишь с частью челюстной кости и даже альвеолярной перегородки, если, конечно, зуб не сломается. Самый неприятный момент такой операции – это то, что до самого её начала нет никаких признаков подобного развития событий. Более того, даже из правильного прогноза невозможно извлечь никакой выгоды, кроме сообщения пациенту неприятной информации, которая способна его испугать. В такой ситуации неизбежную жёсткость операции можно объяснить пациенту, лишь указав на необходимость последней и дав ему понять, что такие зубы удалялись и раньше, что иначе вырвать зуб невозможно и что лишь стечение неприятных и неудачных обстоятельств делает операцию столь трудоёмкой.

Для того чтобы удалить пеликаном корни, моляры и клыки на правой стороне нижней челюсти, пациента надо усадить в низкое кресло. Дантист встаёт сзади и крепко прижимает голову пациента к груди, держа указательный палец левой руки на внешней стороне зубов этой челюсти, средний палец на подбородке, а безымянный и мизинец – между симфизом подбородка и правым углом нижней челюсти. Инструмент он держит в правой руке. Далее навершие помещают на десну и зубы, ближайшие к тем корням или к тому зубу, которые надо удалить. После этого крюк пеликана помещают на среднюю часть внутренней поверхности удаляемого зуба или сдвигают ниже. Если крюк не удаётся зацепить достаточно крепко и надёжно, то дантист помещает левый большой палец сверху, указательный сбоку либо использует указательный палец, чтобы отодвинуть вниз губу, а потом, осторожно двигая инструмент и пальцы справа налево и вверх, вынимает корни или зуб из альвеолы. Те же зубы на левой стороне нижней челюсти удаляют так же, но инструмент держат в левой руке, а правая рука выполняет все действия левой на другой стороне челюсти.

Чтобы удалить нижние резцы, дантист должен встать перед пациентом, держа инструмент в правой или (по необходимости) левой руке. Затем он помещает пеликан на зубы, как описано выше, поддерживая соседние зубы указательным и большим пальцами другой руки, чтобы обездвижить нижнюю челюсть во время удаления зуба.

Что касается корней, клыков и моляров на правой и левой сторонах верхней челюсти, то процедура их удаления та же, что и для зубов нижней челюсти, так как (независимо от того, какая челюсть) инструмент надо держать в руке, ближайшей к той стороне, из которой удаляют корень

или зуб. Большой палец другой руки помещают на нижнюю внешнюю поверхность крюка, а указательный – на верхнюю внешнюю его поверхность, таким образом, эти два пальца направляют крюк и давят на него во время операции. Если удаляемый зуб находится не слишком далеко от передних зубов, то остальные пальцы поддерживают подбородок, но если зубы расположены в глубине рта, то на нижнюю часть крюка помещают только большой палец.

Для удаления верхних резцов надо посадить пациента в низкое кресло и встать сзади, зафиксировав его голову вышеописанным способом. При извлечении зубов справа инструмент держат в правой руке, поместив большой и указательный пальцы левой руки на крюк, чтобы способствовать процессу экстракции, остальные же пальцы располагают над и под подбородком для его удержания. При удалении зубов слева – процедура та же, но со сменой функций рук.

Если инструмент ломает зуб, то надо приложить все усилия, чтобы удалить оставшийся обломок. В случае невозможности это сделать, операцию следует отложить в ожидании более благоприятных условий, если, конечно, из артерии, находящейся в канале каждого корня зуба, нет сильного кровотечения, которое не удаётся остановить способом, описанным в конце данной главы. Также к этой операции может принудить сильная боль. Тем не менее, если указанных симптомов нет, то лучше отложить удаление, потому что со временем корни постепенно выходят наружу сами, отделяясь от кости, выдавливающей их альвеолы, что облегчает процесс удаления и снижает риск серьёзных повреждений.

Признаю, если бы действительно существовал секрет лёгкого удаления зубов, владением которого бахвалятся рыночные зубодёры, то никакая цена не была бы слишком высокой для тех несчастных, которые измучены зубной болью. Однако мои знания о зубах и поражающих их болезнях убеждают меня, что эти шарлатаны владеют лишь одним секретом, а именно, секретом пускания пыли в глаза. Взяв на себя труд раскрыть сущность этих врачей-самозванцев, я в полной мере уяснил их способ обмана людей. Всё их умение состоит лишь в найме мнимых больных, которые находятся в толпе, внимающей обещаниям знахаря. Эти якобы страдающие от зубной боли люди время от времени подходят к ловкачам-шарлатанам, которые держат в руке уже готовый зуб, обмазанный кровью цыпленка или иного животного. Шарлатан незаметно закладывает в рот «пациента» этот зуб, скрытый до того в ладони. А затем всё, что ему надо сделать, – это опылить (или сделать вид, что опыляешь) зуб неким порошком, коснуться (или сделать вид, что касаешься) соломинкой или кончиком шпаги, да хоть даже и просто позвенеть у уха колокольчиком – и человек выплёвывает зуб, который был помещён в его

рот. Публика же видит, как с кровью выплёвывается «выдернутый» зуб, который есть не что иное, как фальшивый зуб, заранее положенный в рот шарлатаном или самим «пациентом». Если в толпе находится человек, обманутый этой уловкой и желающий на самом деле удалить зуб, то порошок и соломинка уже не срабатывают. Тогда врач-самозванец быстро находит какую-либо причину, чтобы не проводить операцию. То он заявляет, что у зуба чрезмерный вывих и надо несколько дней подождать, то внезапно обнаруживает, что это – глазной зуб, не подлежащий удалению, поскольку, как уверяют эти шарлатаны, он связан с глазом, который будет потерян вместе с зубом. Если бы эти самозванцы обучились тому разделу хирургии, который они унижают своей беззастенчивой деятельностью и абсолютным невежеством, если бы приобрели знания по анатомии, то они бы поняли, что подходящие к клыкам нервы идут от той же ветви, что и нервы остальных зубов. А самое главное, что глаз не более связан с так называемыми глазными зубами, чем все остальные зубы.

Для этих «дантистов» любой зуб может оказаться глазным. Стоит им натолкнуться на зуб, который сложно удалить, как шпага, кончиком которой они якобы проделывают эту умелую операцию, мгновенно оказывается в ножнах – а с ней исчезают и все их показные чудеса врачевания, которыми они похваляются в провинции и в Париже, на Новом мосту, где нашло приют их братство. Сначала напугав своих пациентов диагнозом «глазной зуб», они говорят затем, что могут помочь лишь за определённое вознаграждение, необходимое для оплаты вернейшего и чудодейственного средства, секретом которого владеют лишь они одни. Несчастные страдальцы оказываются достаточно легковерными и легко попадаются на удочку как самих этих наглецов, так и их псевдотеорий.

Желая уверить широкую публику в ложности идеи глазного зуба, я должен сообщить, что удалил их множество, причём ничего плохого из того, чем пугают людей, не последовало. Я совершенно не заметил, что при удалении глазных зубов происходит больше осложнений, чем при удалении иных других. Дантисты и заслуживающие доверия авторы говорят о том же.

Чтобы избежать выломанной лунки при удалении зубов с длинными вросшими корнями, их сначала надо раскачать пеликаном, производя те же движения, что и при удалении. Раскачав зуб в верхней челюсти, его потом удаляют щипцами, стоя в том же положении. Если щипцов недостаточно, то, стоя перед пациентом, берут прямые клещи и вытаскивают зуб движением сверху вниз.

Раскачанный пеликаном зуб на нижней челюсти удаляют щипцами, движением снизу вверх. Если щипцы не сработают с резцами, надо

использовать прямые клещи, встав слева от пациента и протянув правую руку над его головой.

Также следует помнить, что удалённый из лунки зуб может вновь прижиться, если его сразу поместить обратно, даже если зуб кариозный (при условии, что кариес невелик). Надо лишь, после помещения его обратно в лунку, сточить весь кариес и запломбировать зуб. При необходимости можно пересаживать даже зубы от другого человека, и они приживутся так же легко, как и свои здоровые. Для такой пересадки всегда следует выбирать совершенно здоровый зуб.

Пересадка зуба от одного человека другому не должна считаться чем-то удивительным не только потому, что многие специалисты прошлого (Амбруаз Паре и др.) уже предлагали её. В своей практике мы каждодневно можем видеть, как пересаженный таким образом в лунку другого человека зуб сохраняется в течение многих лет. Более того, он сидит крепко, не меняется, исполняет все присущие зубам функции и даже сопротивляется губительному действию ртути, вызывающему птиализм. В то время как его соседи, то есть зубы, данные природой, расшатываются. Следовательно, природные зубы, удалённые и вновь помещённые в лунку, должны ещё лучше держаться и сохраняться долгое время – точно так же, как нормальные здоровые зубы, которые никогда не удаляли (если, конечно, не произойдет несчастного случая). Поэтому, если зуб не слишком сгнил, был удалён по ошибке или из-за причиняемой им сильной боли, его всегда можно вновь поместить в лунку, что даёт возможность вылечить пациента и сохранить зуб. Этот способ с успехом применяется к резцам и клыкам и зачастую к малым молярам, если расхождение корней не слишком сильное.

Подобная практика настолько часто увенчивалась успехом, что я поражён: почему до сих пор некоторые авторы, в том числе хирурги, считают ее невозможной? В главе XXX первого тома описано, с каким успехом я проводил подобные операции. Это полностью противоречит убеждению уважаемого г-на Диониса, который, поддерживая мнение г-на Вердюка[1], считает, что подобные описания недостоверны, и невозможно вновь заставить удалённый зуб (или зуб другого человека) снова прижиться в лунке. Ещё более я удивлён тем, что два этих автора совершенно не верят случаю, описанному г-ном Кармелином, который удалил и тут же с успехом вновь вставил в лунку зуб, хотя этот эпизод был описан и подтверждён самим г-ном Кармелином. Подобные операции происходят так часто, что в будущем, я надеюсь, поверить в них не составит труда.

Вновь помещённые в лунку зубы – это, как правило, резцы, клыки

1 *Знаменитый анатом, автор нескольких книг по хирургии, работал в Париже.*

и малые моляры, ведь именно они необходимы для ясной речи и оформления рта. Не следует забывать, что для успеха операции пациент должен быть здоров, альвеола и дёсны, куда снова поместят зуб, были не слишком повреждены при его удалении. Обычно под эти критерии подходят лица молодого и среднего возраста, у которых дёсны и лунка находятся в хорошем состоянии.

К тому же, когда пациенту пересаживают не его зуб, надо убедиться, что по функции и форме он совпадает с тем, который сгнил и был удалён. Соответствие формы и размера играют большую роль для корня и лунки. Если говорить коротко, то пропорции этих двух частей должны более или менее совпадать, чтобы подходящие туда жидкости и питательные сосуды могли соединиться, усилить и укрепить зуб так же, как это случается при немедленном помещении в лунку вырванного оттуда природного зуба пациента.

Если пациенту вставляют чужой резец или клык, то важно, чтобы у него в зубном ряду пока оставался тот же зуб или хотя бы его корень для определения как места пересадки, так и размера, длины и формы тела зуба, необходимого для операции. Тщательно изучив указанные параметры, сначала удаляют тот зуб, который должен стать заменой. Если же первым удалить больной зуб, то кровь в лунке свернется, и это помешает процессу укоренения второго зуба. Случается, что после удаления больного зуба дантист видит, что замена не подходит и надо искать другой зуб. Тогда необходимо собрать и удалить мягким шариком из корпии всю кровь, свернувшуюся в лунке, куда будет вставлен новый зуб. Зубы следует удалять очень осторожно, чтобы не сломать их, поэтому при подозрении, что они срослись с лункой, вытаскивать их надо постепенно. Когда они достаточно раскачаны пеликаном, их удаляют прямыми клещами или щипцами. Чтобы меньше тревожить десну рядом с гнилым зубом (или его корнем), который нуждается в замене, сначала отделяют десну от зуба (или корня) заточенной подрезкой для дёсен.

Зуб, требующий замены, удаляют не ранее момента замены. Зуб, служащий заменой, удаляют первым. После помещения в лунку его надо прикрепить к соседним зубам нитью примерно на 2 недели или дольше, если необходимо. Перед тем как удалять зубы на замену, нужно тщательно измерить их циркулем. Если зуб оказывается слишком широким или длинным, то его надо уменьшить напильником до того, как он будет удалён у одного человека и помещён в лунку другого.

Есть ещё один способ замены природных зубов на природные, который я наблюдал лишь у одного провинциального дантиста, чьего имени не знаю. Это довольно оригинальный метод, и он вполне может быть успешным, особенно если пациенты молоды, находятся в идеальном

здравии, то есть их альвеолы и дёсны ещё не ослаблены, а удаляемый больной зуб имеет достаточно длинный корень для лучшего укрепления и долговременного функционирования пересаживаемого зуба.

При удалении резца или клыка, кариозного до такой степени, что зуб причиняет сильную боль, почернел или вообще сломан, надо действовать с большой осторожностью, чтобы не слишком повредить лунку и дёсны. Иными словами, эти части не должны быть сильно разрушены. Затем выбирают подходящий здоровый зуб, причём неважно, когда он был удалён, недавно или давно. Этот зуб по возможности подгоняют под все размеры первого, после чего на его корень в двух или трёх местах наносят бороздки или пропилы, не менее 1 линии шириной и в пол-линии глубиной. Далее зуб помещают в лунку, откуда был удалён гнилой, закрепляют там несколькими оборотами шёлковой нити на нём и на соседних ему зубах, перекрещённой в межзубных промежутках, при этом не слишком травмируя дёсны. В таком состоянии зуб оставляют на 25–30 дней, потом нить снимают, а зуб оказывается плотно сидящим в лунке, окружённый со всех сторон тканью, которая вросла в бороздки на корне. Вследствие этого зуб будет сидеть крепко и продержится в лунке длительное время.

Чтобы укрепить его ещё лучше и продлить срок службы, перед помещением в лунку зуб надо просверлить сквозь боковые грани у самых дёсен и продеть в отверстие золотую нить соответствующей толщины. Нить пройдет между одним или двумя соседними зубами, где её концы надо скрепить, обмотав друг о друга пинцетом часовщика. Эти рекомендации мне кажутся самыми полезными, и я убеждён, что именно мой способ закрепления зуба в лунке – самый лучший.

После удаления зуба или корня из сосудов зуба или альвеолы происходит кровотечение, которое, хотя и небольшое по объёму, может продолжаться некоторое время, пугая пациента и находящихся рядом зрителей, что унизительно для дантиста, если тот не знает, как остановить кровь.

Если причина кровотечения – в корне, сломанном при попытке удаления зуба, и кровь идёт от ответвления артерии, которая ранее снабжала зуб питательными веществами, то следует найти место истечения и применить вяжущее средство или прижигание. Если же оборванную часть артерии невозможно обнаружить, то надо удалить корни зуба, иначе кровотечение продолжится. Подходящие вяжущие средства для такого случая – раствор квасцов, рабелева вода или же не менее эффективные средства, рецепт которых я привожу ниже.

Возьмите 1 фунт лучшего английского или зелёного купороса, 1 пинту фруктовой водки, поместите купорос в большой ковш или глиняную кастрюлю, закройте черепицей, если нет кастрюли – то в

глиняную тарелку среднего размера, не покрытую глазурью, которую сверху прикройте такой же тарелкой. Затем поставьте всё на угольный огонь, до краев покрыв сосуд углем на 5–6 часов, пока купорос не пройдет процесс дефлегмации (конденсации) и не станет кроваво-красным. После этого снимите с огня, охладите и истолките всё в порошок.

Затем поместите порошок в большую колбу с длинным горлом и залейте фруктовой водкой не более чем до половины сосуда, чтобы оставить место для брожения. Плотно заткнув горлышко пробкой, поставьте колбу на сутки на горячие уголья, которые распределены по большому тазу, находящемуся на очаге или в печке с ровным и средним огнём. Время от времени встряхивайте колбу. Когда снимете её с огня, дайте ей постоять, чтобы осела взвесь, а затем разлейте прозрачную часть по бутылкам, которые надо держать плотно закупоренными. Используют средство так: берут несколько шариков ваты, смачивают в этом растворе и вкладывают один за другим в лунку, из которой идёт кровь. Сверху прижимают тампоном, также пропитанным приготовленным средством. Если лунка и десны были разорваны в процессе операции, то дёсны надо соединить и сжать вместе большим и указательным пальцами на четверть часа. Если же разрывов нет, то один или два компресса кладут сверху на тампон, чтобы пациент, сомкнув челюсти, прижимал всё зубами другой челюсти или дёснами, если зубов-антагонистов нет.

При сильном кровотечении шарики и тампоны, смоченные в этом средстве, надо сверху ещё и обвалять в порошке обожжённой губки и ввести в лунку, где и оставить, пока всё не выпадет само собой. Пациенту разрешено принимать пищу лишь спустя несколько часов после применения этого средства, а также ему следует избегать любых действий, способных привести к выпадению ваты или её перегреву.

Я всегда предпочитал это вяжущее средство всем другим, поскольку обычно хватает его однократного применения. Кроме того, полезно воспользоваться весьма неплохим составом, который рекомендует г-н Лемери[1].

Приведём этот рецепт. Возьмите 5 драхм хлорного железа или красного купороса, который остаётся на дне пробирки после выпаривания спирта или масла, по половине унции римских квасцов и леденца, по 4 унции мочи молодого человека и розовой воды, 16 унций настоя подорожника.

Соедините всё это и хорошенько потрясите довольно долгое время в колбе, затем перелейте в бутыль. Наливайте раствор по мере необходимости, немного наклоняя бутыль.

1 *Лемери Н. Курс химии. 1675. С. 504.*

В некоторых случаях (по правде говоря, не столь уж частых) причиной кровотечения бывает либо удаление зуба с очень большими или чрезмерно раздвинутыми корнями, либо такое плотное сращение лунки с корнями, что она становится с ними единым телом. В этом случае извлечение зуба чревато сильным повреждением и разрывами не только альвеолы, но и десны, зачастую кровотечением, даже обильным, поскольку распределение сосудов разное у различных людей. Бывало, что такие кровотечения приводили к летальному исходу, поэтому надо знать все средства, используемые для остановки кровотечения и все случаи, в которых применение вяжущих и кровоостанавливающих средств, ваты с купоросом и даже разных видов прижигания иногда бессмысленно.

Эффективность этих средств зависит от того, было ли сжатие повреждённых частей пальцами, а если было, то достаточно ли долго оно длилось. Без сжатия все вышеописанные средства приносят лишь минимальную пользу, поскольку ритмичная и постоянная пульсация в артериях, движущая с каждым своим сокращением кровяной столб и происходящая как в сердце, так и в самих артериях, отторгает и исторгает всё, что оказывает недостаточное сопротивление. Это объясняет как слабое действие вяжущих средств в некоторых случаях, так и необходимость сжатия разорванных частей при применении любого кровоостанавливающего средства. Поэтому надо очень внимательно относиться к наблюдениям, касающимся подобных ситуаций, равно как и помнить все условия лечения, чтобы применять свои знания на практике в различных, порой неожиданных обстоятельствах.

У некоторых больных на дёснах и щеках после удаления зуба появляются нарывы. Такое может произойти в результате уже имевшегося заболевания или из-за повреждения и разрыва альвеолы при удалении. Лечение состоит в соответствующих прохладительных напитках и кровопускании, если нарыв значителен. Также надо применять местнодействующие средства, уже описанные мной для подобных случаев.

Если регулярно использовать все средства, рекомендуемые мною для сохранения зубов, неприятной необходимости в удалении последних можно избежать.

Решаясь на удаление, я каждый раз испытываю сожаление не из-за болезненности операции (которая никогда не превышает саму зубную боль) и не из-за возможных неприятных последствий. Я сомневаюсь, откладываю операцию и не тороплюсь удалять зубы, поскольку прекрасно понимаю важность их функции. И если бы каждый относился к своим зубам с подобным уважением, то люди сохранили бы те зубы, которые сегодня бессмысленно удаляют, и с гораздо меньшим презрением относились бы к так называемым «зубодёрам». Некоторым из них

действительно пристало такое название, но все другие имеют право называться скорее «хранителями зубов», поскольку стремятся сохранить зубы пациента, насколько это позволяет врачебное искусство. Более того, их гений позволяет им помогать природе, исправляя те её недостатки в ротовой полости, которые самой природой оставлены незамеченными. Именно эти специалисты заслуживают титула «хирург-дантист», потому что в полной мере овладели той сферой хирургии, которая достойна уважения сама по себе и которая никогда не сделалась бы в глазах публики презренным занятием, если бы не злоупотребления затесавшихся в неё людей, практикующих без должных знаний, обманывающих пациентов и отбивающих у них охоту лечиться.

В результате простые люди, не всегда способные распознать истинное достоинство, путают честных людей с мошенниками, специалистов с невеждами. Всё это ведёт к пренебрежению по отношению к профессионалам и к профессии, которая, не будь всего вышеуказанного, считалась бы не менее полезной и важной для сохранения здоровья людей, чем другие разделы хирургии.

Рис. 21.

Элеватор с винтом и ручки пеликана – инструменты, служащие для удаления зубов.

Часть 1. Элеватор с винтом, вид сбоку.

A – Стержень.
B – Желобок на передней грани стержня.
CC – Винт на стержне.
D – Ручка.
E – Гайка, навинченная на винт стержня.
F – Ручка.
G – Изогнутая ножка с желобком, формирующим два зубчика
H – Осевой винт, на который посажена ножка.

Часть 2. Ручка пеликана с отсоединёнными ножками и двумя полукруглыми навершиями, вид сбоку и сверху.

I – Самая широкая и выпуклая часть ручки.
KK – Жёлоб, или паз.
L – Отверстие для оси.
M – Узкий паз для штифта.
NNN – Круглая часть паза.
OO – Навершия, покрытые льняной тканью.
PP – Нить, которая присоединяет ткань, покрывающую навершия.

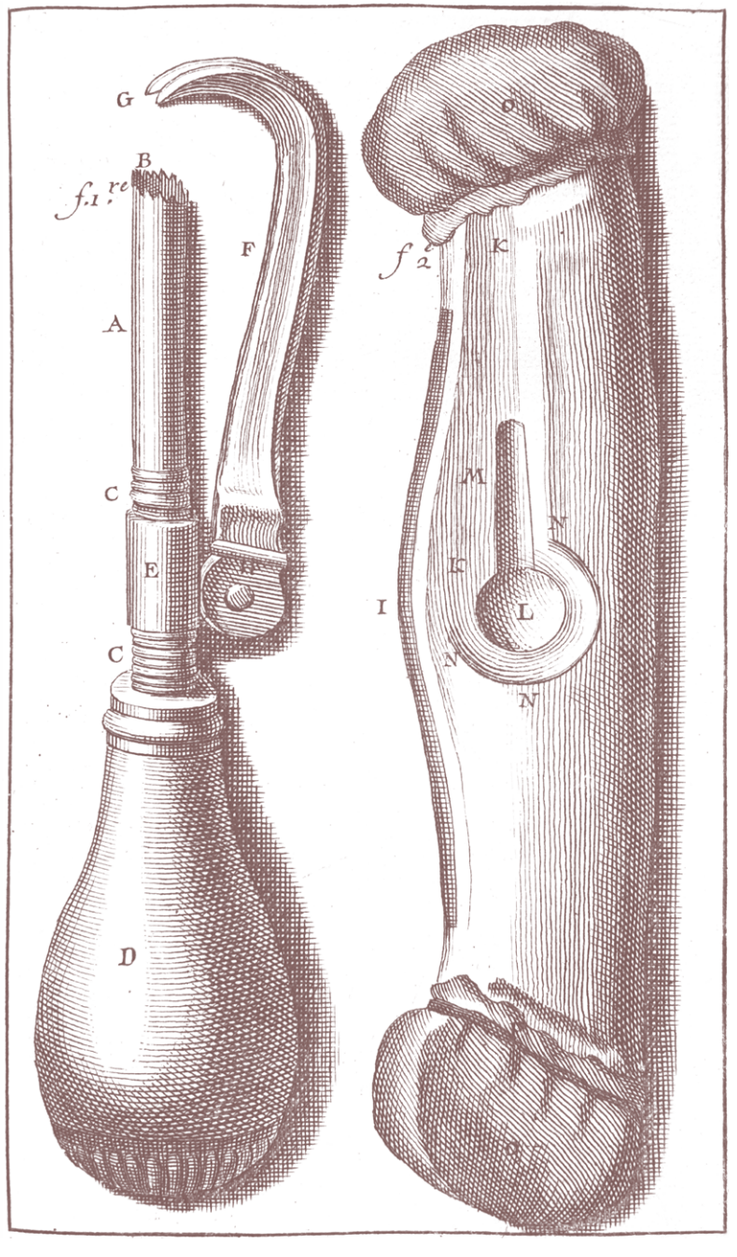

Рис. 21.

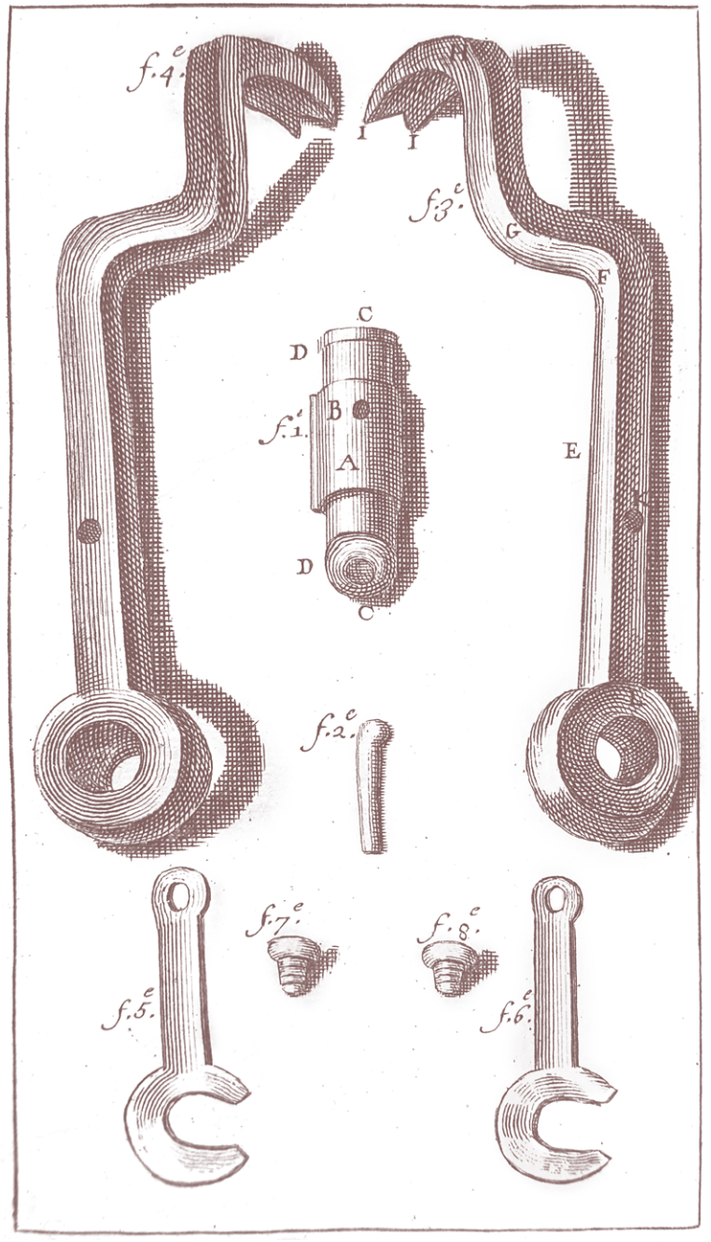

Рис. 22.

Рис. 22.

Части нового пеликана в разобранном состоянии.

Часть 1. Ось, вставляемая в рукоятку пеликана; её внешние части служат шарнирами. На изображении чётко видны отверстие, щели и остальные детали.

A – Самая широкая часть оси.

B – Отверстие для фиксирующего штифта.

CC – Две боковые части, служащие шарнирами.

DD – Прорезь для подковообразного держателя, надевающегося поверх ножек.

Часть 2. Штифт для фиксации оси.

Часть 3. Ножка, изогнутая справа налево, вид сверху и сбоку.

E – Правая и наиболее длинная часть ножки.

F – Первый изгиб.

G – Второй изгиб.

H – Третий изгиб.

II – Зубчики, желобок и зазубренная часть внутренней грани изгиба, формирующего крюк.

K – Отверстие для винта на верхней поверхности ножки.

L – Кольцеобразное окончание ножки, которая закрепляется и вращается на оси.

Часть 4. Ножка, изогнутая слева направо, абсолютно схожая с предыдущей, кроме направления изгибов.

Части 5, 6. Два идентичных подковообразных держателя.

Части 7, 8. Винты, соединяющие подковообразные держатели с ножками; держатели таким образом фиксируют ножки на шарнирах.

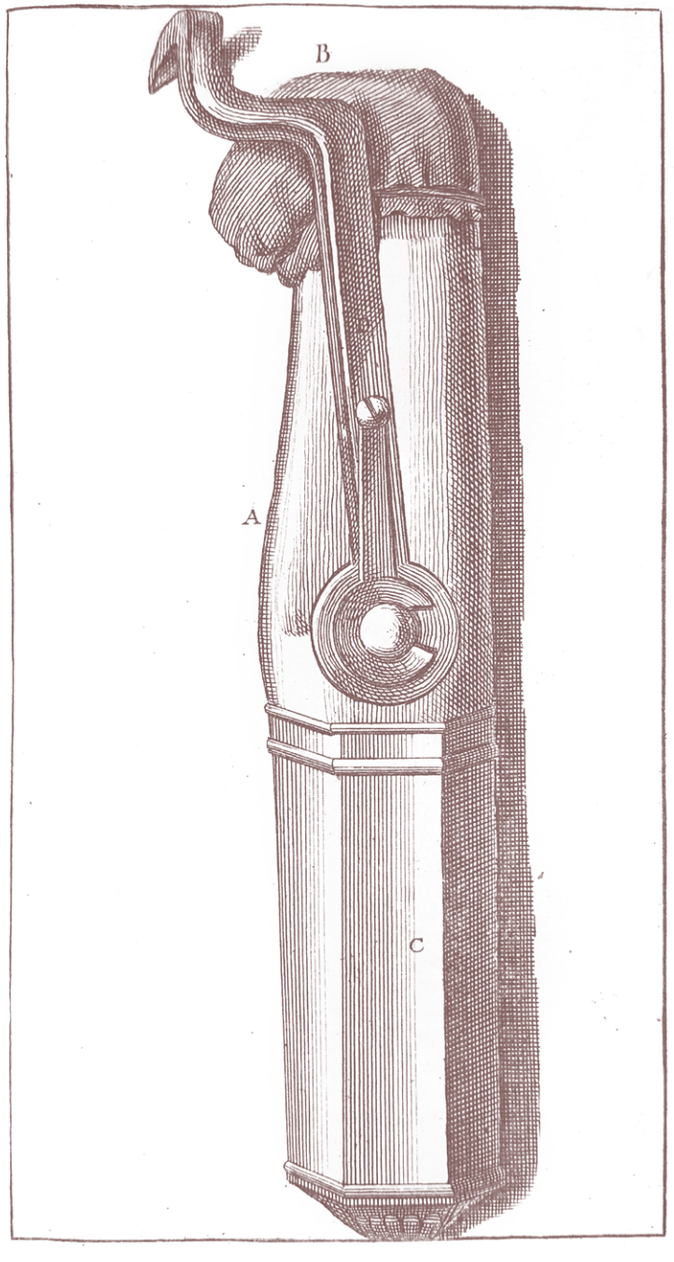

Рис. 23.

Рис. 23.

Простой пеликан с одной ножкой,изогнутой справа налево частью, противоположной навершию (ручкой), вид спереди.

A – Средняя передняя часть простого пеликана.
B – Полукруглое навершие.
C – Ручка.
D – Ножка, насаженная на ось, присоединённая к ней подковообразным держателем и лежащая в пазу ручки.

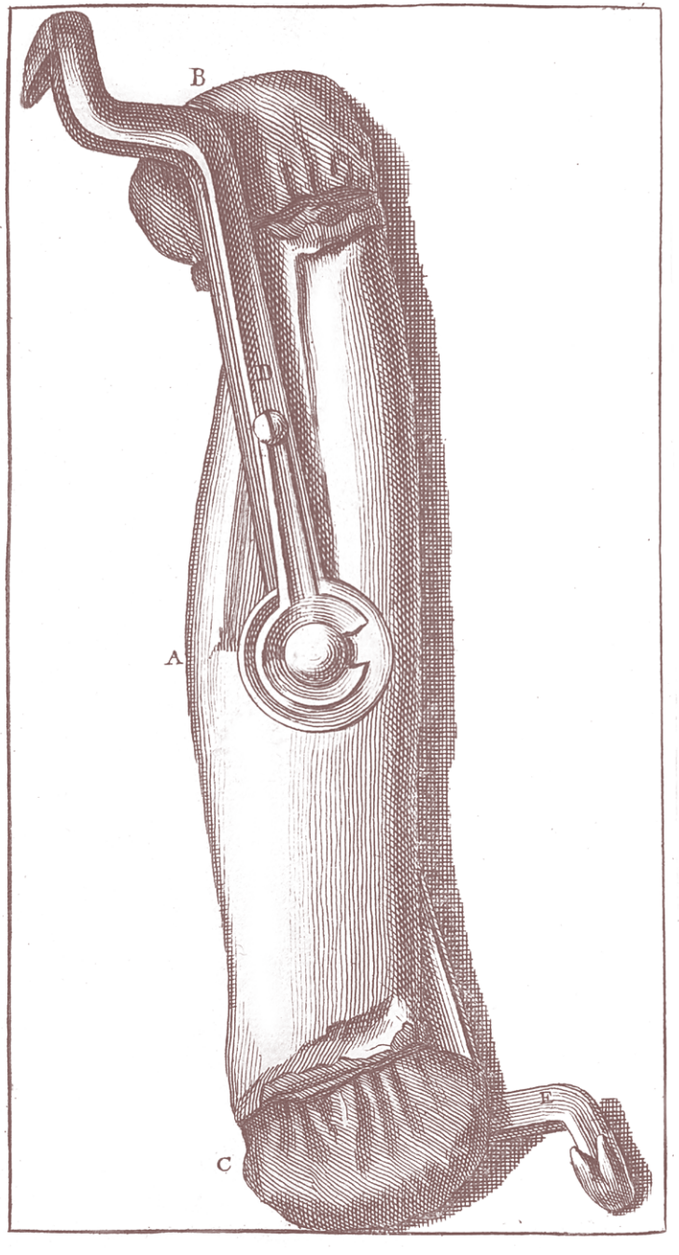

Рис. 24.

Рис. 24.

Пеликан с двумя ножками, изогнутыми в противоположных направлениях, вид в длину.

A – Ручка пеликана.
B – Полукруглое навершие, повёрнутое справа налево.
C – Полукруглое навершие, повёрнутое слева напрво.
D – Правосторонняя ножка, изогнутая справа налево.
E – Левосторонняя ножка, изогнутая слева направо.

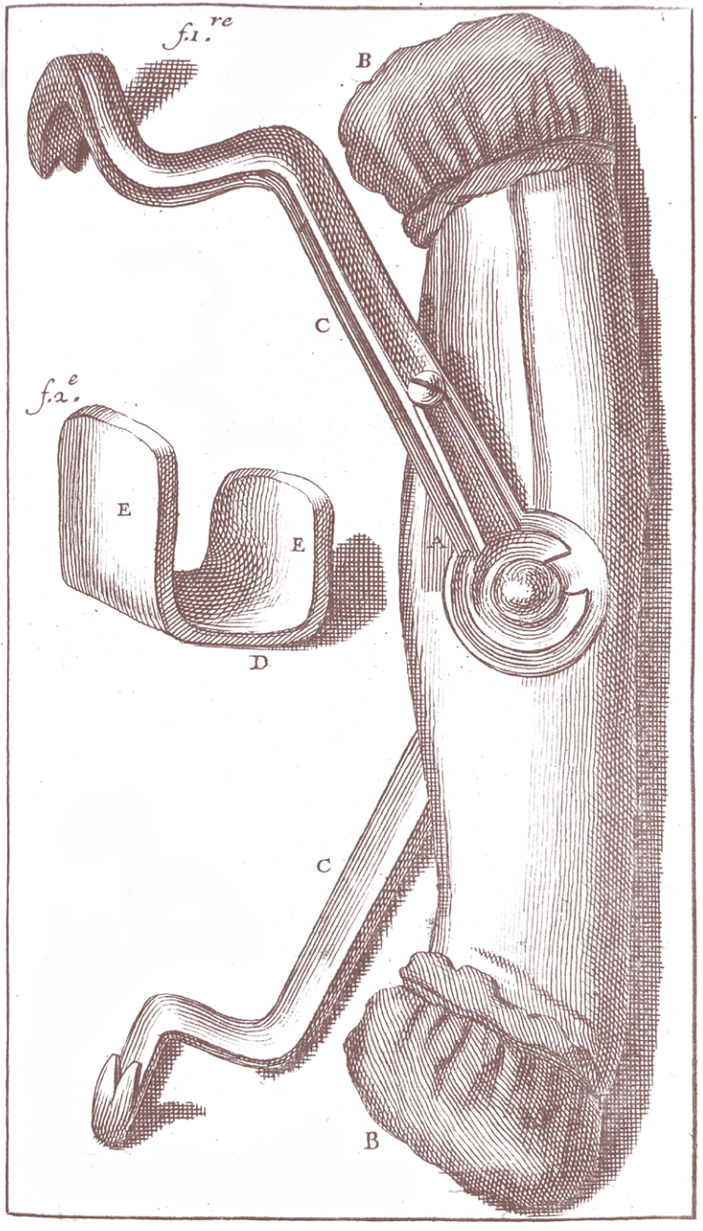

Рис. 25.

Рис. 25.

Двойной пеликан с двумя ножками, использующийся на правой стороне нижней челюсти и левой стороне верхней челюсти. Свинцовая пластина для остановки кровотечения при удалении зубов.

Часть 1. Пеликан с двумя ножками и навершиями, повернутыми справа налево, вид в длину.

A – Ручка пеликана.

BB – Полукруглые навершия.

CC – Две ножки, изогнутые справа налево.

Часть 2. Свинцовая пластина, прижимающая и удерживающая ватные шарики для остановки кровотечения при удалении моляров, особенно тех, чьи корни очень расходятся или срастаются с лункой и при удалении выламывают лунку и разрывают дёсны.

D – Часть пластины, которая опирается на коронки прижимающих зубов-антагонистов.

EE – Боковые части пластины, охватывающие наложенные ватные шарики.

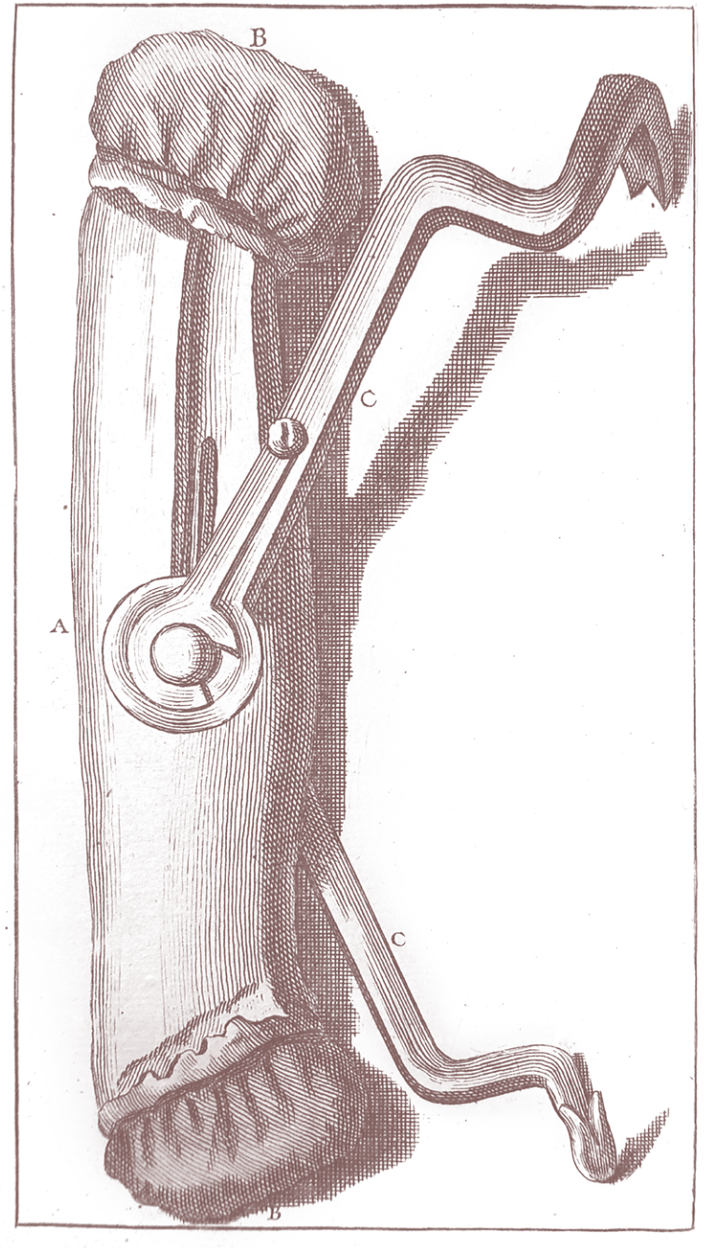

Рис. 26.

Рис. 26.

Двойной пеликан с двумя ножками, использующийся на левой стороне нижней челюсти и правой стороне верхней челюсти, вид с одной стороны.

A – Ручка пеликана.
BB – Полукруглые навершия, изогнутые слева направо.
CC – Две ножки, изогнутые слева направо.

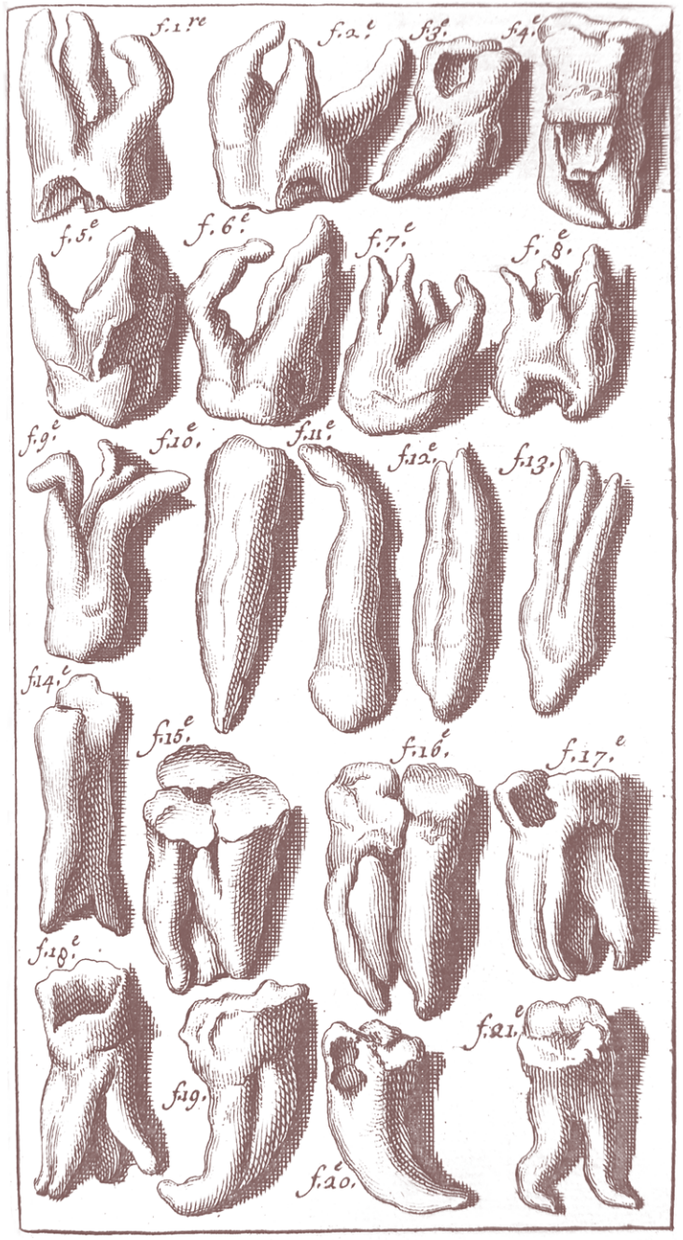

Рис. 27.

Рис. 27.

Изображения необычных зубов.

Часть 1. Большой верхний моляр с узкой шейкой, чьи корни изогнуты в двух направлениях; такой зуб можно удалить только с разрывом альвеолы.

Часть 2. Верхний моляр с ещё более разведёнными от шейки корнями; такой зуб можно удалить только с разломом альвеолы.

Часть 3. Последний моляр нижней челюсти, чьи корни загнуты один за другой и практически соединены, образуя в результате больший объём, чем тело зуба; такие зубы очень сложно удалить без разрыва альвеолы.

Часть 4. Большой моляр нижней челюсти, чьи корни загибаются друг к другу и приросли к средней перегородке альвеолы; такой зуб невозможно удалить без удаления перегородки.

Часть 5. Большой моляр верхней челюсти, чьи корни не только разведены, но и приросли к стенке альвеолы, став с ней одним целым; такой зуб невозможно удалить, не удалив при этом часть альвеолы, которая последует за зубом.

Часть 6. Большой верхний моляр с одним из корней в форме арки, практически соединяется с остальными корнями кончиком и охватывает перегородки альвеолы; такие зубы при удалении разрушают альвеолу или ломаются сами.

Часть 7. Большой верхний моляр с четырьмя корнями, что необычно для этого типа зубов.

Часть 8. Один из последних больших моляров верхней челюсти с пятью корнями, что является практически уникальным явлением.

Часть 9. Малый моляр верхней челюсти с тремя корнями, изогнутыми наружу в разный стороны в виде крюков; такой зуб нельзя удалить, не разорвав альвеолу.

Часть 10. Клык нижней челюсти поразительной длины и толщины, удалённый у молодого человека двадцати пяти лет.

Часть 11. Клык верхней челюсти, весьма длинный по отношению к обычной длине подобных зубов, с изогнутым корнем.

Часть 12. Клык верхней челюсти с двумя корнями, тогда как у клыков обычно бывает лишь один корень.

Часть 13. Клык верхней челюсти с тремя корнями, что встречается ещё реже.

Часть 14. Малый моляр нижней челюсти, что встречается достаточно редко.

Часть 15. Большой моляр с тремя коронками, что встречается крайне редко и является весьма любопытным.

Часть 16. Моляр с двумя коронками, в корневом своде которого находится ещё один зуб, что является редчайшим, практически уникальным случаем.

Часть 17. Большой моляр нижней челюсти с тремя большими корнями, хотя у моляров нижней челюсти обычно бывает два корня.

Часть 18. Большой моляр нижней челюсти с четырьмя корнями, что случается крайне редко.

Часть 19. Один их последних моляров нижней челюсти с изогнутыми и загнутыми корнями; такой зуб сложно удалить.

Часть 20. Последний моляр нижней челюсти, у которого один весьма изогнутый корень.

Часть 21. Один из моляров нижней челюсти с двумя корнями, изогнутыми в противоположных направлениях.

Рис. 28.

Свинцовый слиток, золотая нить и две свинцовые пластины.

Часть 1. Слиток свинца, которым ударяют по элеватору при удалении снаружи внутрь некоторых зубов или культей.

A – Выпуклая часть.
BB – Вогнутая часть.

Часть 2. Довольно толстая золотая нить, уложенная спиралью.

Часть 3. Более тонкая золотая нить.

Часть 4. Свинцовая пластина для укрепления зубов изнутри.

Часть 5. Свинцовая пластина для укрепления зубов снаружи.

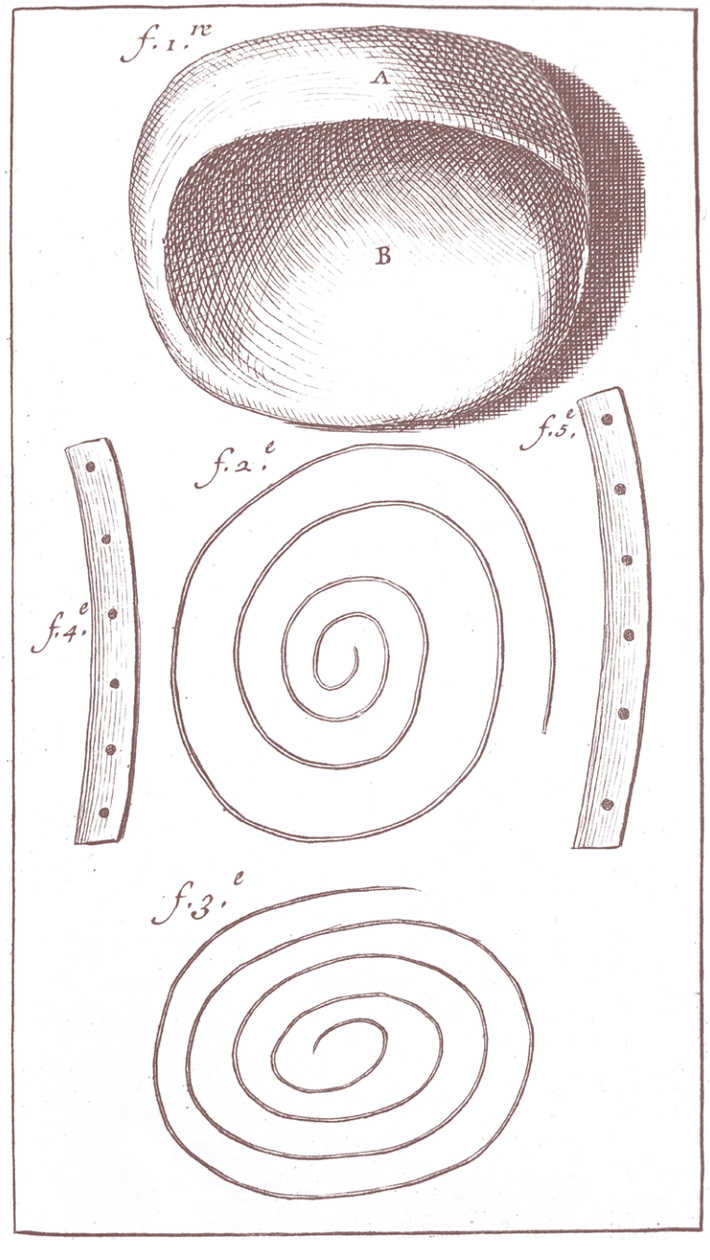

Рис. 28.

ГЛАВА XIII

ОБ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБАХ
для замены недостающих природных

Искусственный зуб[1] должен примерно соответствовать длине, толщине и ширине того зуба, на место которого ему предстоит встать. К тому же, корневая его часть должна подходить к покрывающей альвеолу десне.

Для изготовления искусственных зубов обычно используют зубы других людей, зубы гиппопотама, бивни моржа или быка (даже кости его конечностей), а также бивни дюгоня или самую красивую и изысканную часть сердцевины слоновой кости.

Предпочтительным является использование зубов человека или бивней моржа, так как на них имеется эмаль и они могут больше противостоять действию тех субстанций, которые входят с ними в контакт. Следовательно, они служат лучше и сохраняют цвет дольше всех остальных материалов, использующихся для этой цели.

Зубы быка также покрыты эмалью, и их следует предпочесть при отсутствии возможностей подобрать достаточно большой и белый человеческий зуб.

Как только такой зуб найден, проверяют, совпадает ли его тело с пространством, которое ему предстоит занять, и цветом соседних зубов. Если искусственный зуб удовлетворяет этим требованиям, то далее стачивают его корень до нужного размера и пломбируют канал.

Слишком длинный, широкий и толстый зуб больше укорачивают у корня, чем у кромки. Зуб подрезают, уменьшают и обтачивают под нужный размер и форму на шлифовальном или точильном камне. Также существуют небольшие наждачные камни, специально созданные для этой цели, с помощью которых можно быстро изготовить зуб или зубной протез любой формы.

Чересчур большие зубы животных, используемые в качестве искусственных, также следует обточить указанным выше образом.

1 *См. рис. 34, часть 1.*

Иногда промежуток между зубами оказывается слишком велик для искусственного зуба по причине того, что щели между потерянным зубом и его соседями были широкими либо кариес разрушил боковые грани соседних зубов, увеличив тем самым межзубную щель. В этом случае ширина искусственного зуба в месте контакта с десной должна соответствовать ширине щели, а далее зуб должен сужаться, повторяя форму природного зуба и соответствуя симметричному зубу с другой стороны челюсти.

Подпилив корень зуба и запломбировав его канал, в зубе просверливают сквозное отверстие через середину боковых граней примерно на уровне дёсен соседних зубов. Если одного отверстия недостаточно, то делают два – бок о бок. В это отверстие продевают два конца шёлковой или обычной нити, а если отверстий два, то в каждое из них продевается один конец. Эта нить образует петлю в самом узком месте пространства между двумя соседними крепко стоящими природными зубами. Затем берут внутренний конец нити и с внутренней стороны продевают в щель между двумя соседними здоровыми зубами с другой стороны, после чего концы нити связывают, если, конечно, нет надобности прикрепить этой нитью ещё один искусственный зуб.

Для закрепления искусственных зубов используют льняную нить, сплетённую из трех и сложенную пополам (можно в три раза) или двойную шёлковую. Чтобы ни та, ни другая нить не повреждала дёсны, её (уже в сложенном виде) вощат до плоского состояния и заменяют на новую сразу, как только она начинает истираться, рваться и т.п. В некоторых случаях можно использовать нити, не складывая их: это делается как по необходимости, так и по желанию дантиста. Общий же принцип таков: чем больше искусственных зубов надо закрепить, тем толще надо складывать нить.

Некоторые дантисты рекомендуют прикреплять искусственные зубы нитью из шёлка-сырца, но этот вид нити довольно грубый, и я заметил, что он оставляет значительные следы на зубах, на которые он намотан, иногда даже прорезая их – полностью или частично. Я выступаю против применения этой нити, а вместо неё советую воспользоваться вощёной льняной или шёлковой, о которых говорил выше. При этом, если дёсны и корни зубов, на которые помещают искусственный или природный зуб, достаточно эластичные, крепкие и не ослабевают от вставленных искусственных зубов, то вместо обычной или шёлковой вощёной нити надо использовать золотую нить. Она не истирается и не ослабляется, не повреждает дёсны и соседние зубы, её не надо менять. Нить для закрепления искусственных зубов должна быть вытянута из дукатного золота. Её подготавливают тем же способом, который описан в

главе IX этого тома, где рассматривается укрепление расшатанных зубов. Принципиальной разницы между ними нет, но нить для прикрепления искусственных зубов к оставшимся во рту природным должна быть толще. А насколько толще – зависит от обстоятельств.

Хотя в челюсти может не хватать сразу 2, 3 или 4 зубов[1], на их место можно вставить человеческие – при условии, что они подходят по функции и что их подогнали как друг к другу, так и к месту в десне. В этом случае, в зависимости от объёма каждого зуба, в них просверливают одно или два отверстия (друг над другом) достаточно большого диаметра. Отверстия располагают на боковых гранях зубов таким образом, чтобы после пересадки они совпадали и поддерживали зубы на том же уровне, что выпавшие природные. Затем в эти отверстия вдевают две золотые или серебряные нити[2] средней толщины, соединяя все зубы. После этого кончики нити скручивают, а положение корней зубов, если надо, регулируют для наиболее естественного расположения зубов в челюсти.

Таким образом, устанавливается зубной ряд, и если в нём не больше 2–3 зубов, то в каждом зубе через боковые грани сверлят ещё одно маленькое отверстие на уровне дёсен соседних природных зубов. Сделав это, в него продевают два конца обычной или вощёной шёлковой нити, петлю и концы которой закрепляют, как описано выше.

Протезы, образованные из 5 или 6 удалённых человеческих зубов[3], просверливают иначе. Для соединения этой конструкции с десной надо просверлить два отверстия (бок о бок) на уровне дёсен по длине всего протеза. Их выходные отверстия должны располагаться на внутренней грани протеза на некотором расстоянии одно от другого. Отверстие, ближайшее к внешней части, будет иметь бóльшую длину, чем соседнее, а внутреннее отверстие открывается в пространстве между первыми двумя зубами с каждой стороны протеза. Первое же отверстие доходит до пространства между вторым и третьим зубом. Два конца вощёной нити продевают через отверстия обоих концов протеза и завязывают между ближайшими природными зубами и их соседями.

Если же число человеческих зубов в протезе ещё больше, то необходимо, вдобавок к вышеописанному, прикрепить к внутренней стороне протеза[4] небольшую золотую или серебряную пластину[5], ширина которой – около полторы линии, толщина – половина линии. В пластине

1 См. рис. 34, части 2, 3.
2 См. рис. 34, части 5, 6.
3 См. рис. 34, часть 4.
4 См. рис. 34, часть 8.
5 См. рис. 34, часть 7.

необходимо просверлить отверстия напротив каждого зуба и по возможности близко к дёснам. В отверстия вставляют золотые или серебряные штифты, которые расклёпывают заподлицо (вровень) как на пластине, так и на внешней стороне каждого (также просверлённого) зуба. Затем мост прикрепляют к десне вышеописанным способом.

Протез подобной конструкции продержится дольше, чем описанный до этого, однако в изготовлении он сложнее и дороже. Но его можно собрать лишь одной пластиной, чтобы избежать, как сказано выше, необходимости прикреплять каждый зуб золотой или серебряной нитью. Для этого в каждом зубе на внутренней грани, чуть выше дёсен, пропиливают горизонтальную щель, по ширине и глубине совпадающую с пластиной. Затем протез с лёкостью собирают – пластину просто вставляют в подготовленную для неё щель над корнями зубов. Далее пластину закрепляют максимально близко к десне на каждом зубе двумя расклёпанными заподлицо золотыми или серебряными штифтами, расположенными вертикально, один над другим.

Если в лунке альвеолы остался корень, и пациент желает поставить сверху искусственный зуб, то сначала ту часть корня, которая возвышается над десной, следует сточить до уровня десны и даже ниже, если это возможно. Затем с него удаляют кариес предназначенными для этого инструментами, о которых я уже писал. После того канал корня пломбируют, и основание зуба (природного или искусственного) подгоняют под корень. Сначала в зубе следует просверлить одно или два отверстия, чтобы продеть в них концы нити, служащей для прикрепления его к соседним природным зубам, как описано выше.

Если кариес расширил канал слишком сильно, но стенки зуба ещё крепкие и прочные, а пломбирование необходимо, то берут маленькое шило[1], которым в пломбе проделывают отверстие по возможности вертикально и глубоко, не позволяя, однако, инструменту зайти на бóльшую глубину, чем глубина зубного канала. Человеческий зуб прикрепляют к корню штифтом, как описано ниже.

Если кариес проник в полость корня, куда надо вставить природный или искусственный зуб на штифте[2], причём канал достаточно длинный, то сначала следует удалить кариес, а канал расширить развёрткой[3] (как её называют часовщики). Этот инструмент имеет пирамидальную форму и наверху сходится в точку. У него четыре грани, углы схождения которых весьма острые. Плотники используют его для расширения отверстий.

1 См. рис. 33, часть 3.
2 См. рис. 34, часть 11.
3 См. рис. 33, части 1, 2.

Бóльшая из двух изображённых на рисунке развёрток имеет примерно полтора дюйма в длину, включая хвостовик. Её размер в самой широкой части – примерно 1 линия, к кончику она постепенно сужается, так что ширина кончика составляет всего пол-линии. Все грани равны по размеру. Эту развёртку используют для расширения канала самых больших корней, а меньшую – для меньших.

При использовании развёртки нужно помнить о двух вещах: во-первых, инструмент не должен углубляться дальше отверстия канала, во-вторых, он не должен быть слишком закалённым, потому что тогда он может сломаться и застрять в канале. Извлечь его и вставить штифт будет тогда невозможно. В этом случае зуб нужно будет прикреплять к соседним, что делает его менее функциональным, а саму процедуру – менее удобной. Если подобной неприятности удалось избежать, то к зубу прикрепляют золотой или серебряный штифт[1], по совокупной длине равный длине канала и высоте прикрепляемого зуба. Поскольку канал тела зуба всегда невелик, его надо укрупнить дрелью, чтобы зуб сел на штифт более устойчиво. Штифт должен подходить по диаметру и иметь небольшие зазубрины по всей поверхности, чтобы зуб лучше удерживался после насадки и скрепления мастикой. Порошком мастики полость зуба заполняют до его насадки на штифт. Затем штифт вводят в полость с помощью щипчиков часовщика[2], разогрев его в пламени свечи. Дантист должен помнить, что при нагреве штифта зуб следует держать через ткань, чтобы не обжечь пальцы. При введении нагретого конца мастика расплавится, облегчив там самым его установку. Также я советую и даже настаиваю, что следует просверлить канал зуба насквозь до внутренней грани, чтобы кончик штифта можно было расклепать уже после того, как он был посажен на мастику. Второй конец штифта, который тоже следует сделать зазубренным, вставляют в корневой канал. Для этого дантист держит зуб прямыми щипцами и, поворачивая его влево-вправо и сильно вдавливая, вставляет штифт до конца, то есть пока основание зуба не сядет на корень так плотно, что станет с ним, так сказать, одним целым.

Иногда, несмотря на все усилия, приложенные к тому, чтобы зуб плотно сел штифтом в корень, штифт оказывается слишком тонким и вдавить его с силой не удаётся. Тогда на штифте делают ножом ещё несколько насечек, как на поверхности грубого напильника. Насечки выступают в виде заусенцев и увеличивают диаметр штифта. Дополнительно выступающую часть штифта можно слегка обмотать паклей, льняной пряжей или просто очень тонкой нитью, чтобы штифт

1 *См. рис. 34, часть 10.*

2 *См. рис. 17, часть 1.*

плотно встал в канале. В данном случае он играет роль заклёпки, соединяющей два бруска. Если заходящие в канал сосуды не разрушены, сам канал пробит внизу, а штифт оказывается длиннее канала, то всё это обязательно вызовет боль, за которой иногда следует нарыв или абсцесс. Тогда зуб на штифте удаляют. Чтобы пациент не страдал от нарывов, абсцессов, их вскрывают, выпускают скопившийся гной, после чего боль обычно уходит. Зуб и штифт удаляют и снова насаживают прямыми щипцами. Если штифт надо ввести в канал, не утерявший чувствительности, то сосуды (причём неважно, можно ли их видеть или нет) до введения штифта умерщвляют сначала прижиганием внутри канала, а потом введением в него на несколько дней ватки, смоченной в гвоздичном или коричном масле.

Я предлагаю следующий состав мастики, удерживающей штифт в канале: возьмите 2 унции сухого шеллака, половину унции лучшего венецианского скипидара, 2 унции очень тонко истолчённого белого коралла. Растопите шеллак в глиняном сосуде, покрытом глазурью, на среднем огне, после чего добавьте скипидар и, тщательно помешивая, коралл. Когда смесь готова, её высушивают в виде палочек, которые можно при необходимости растирать в порошок.

Иногда случается, что канал нельзя углубить, не обнажив чувствительные части. Также корень может оказаться слишком сильно разрушенным или просто коротким от природы, и в него невозможно ввести достаточно длинный штифт, чтобы закрепить зуб нужного размера. Тогда в зубе, посаженном на штифт, просверливают два отверстия в боковых гранях на уровне десны и в эти отверстия продевают два конца золотой нити. Петлю надевают на ближайший природный зуб, штифт с прикреплённым к нему зубом вставляют в канал корня, а затем концы нити проводят вокруг природного зуба с другой стороны и затягивают так, как описано в главе об укреплении шатающихся зубов.

Если промежуток, в который надо вставить зуб, слишком широкий, то искусственный зуб прикрепляют только к соседнему зубу, ближайшему к корню, чтобы для большей естественности оставить щель между искусственным зубом и тем, к которому он не прикреплён.

Зубы и протезы, установленные с помощью штифта и золотой нити, будут держаться крепче, чем все другие, и просуществуют в течение 15–20 лет и даже более без замены. Обычная и шёлковая нити, применяемые в подобных случаях для укрепления зубов и протезов, так долго не продержатся.

Надо помнить, что зубы на штифтах (если это не клыки или резцы)

вставлять сложно, потому что у моляров несколько корней, каналы которых расходятся настолько, что расширить их, не задев сосуды, альвеолу или челюсть, нельзя. У резцов и клыков корень и, соответственно, канал, – лишь один, что очень облегчает операцию. Верхние зубы вставлять проще, чем нижние, так как основная часть корня верхних зубов имеет больший объём, чем нижних. Кроме того, вставлять зубы верхней челюсти приходится чаще, потому что кариес поражает их больше, чем нижние.

ГЛАВА XIV

КАК ОТБЕЛИВАТЬ КОСТИ БЫЧЬИХ НОГ

при их подготовке к вытачиванию искусственных зубов или частей протезов

Как только животное забито (или некоторое время спустя), с четырёх самых больших костей ног надо удалить мясо. Затем их распиливают поперёк в самом твёрдом месте на круглые части – от одного апофиза до другого. Костный мозг удаляют, после чего кости заливают речной водой и отваривают. Когда вода закипит, надо добавить негашёной извести и дать покипеть четверть часа, чтобы из костей вышел весь жир. Затем котел снимают с огня и остужают. После этого кости вынимают из котла, промывают в чистой воде и дают просохнуть в тени. В течение примерно 2 недель надо продолжать замачивать их днём и сушить ночью.

Если это происходит весной или осенью, то костяные диски на ночь укладывают на влажное полотенце, лежащее на траве, чтобы на них оседала роса. При дневной сушке их следует оставлять на солнце, но при этом прикрывать ещё одним влажным полотенцем, иначе кости растрескаются от жары.

Обезжиренные и отбеленные таким образом кости можно использовать как материал для искусственных зубов и протезов, но только в том случае, если нет доступа к материалам, перечисленным в предыдущей главе. Я предпочитаю коровью кость слоновьей, поскольку последняя желтеет и не сохраняет белизну, к тому же она не столь крепка. Ремесленники, много работающие с костями, показали мне вышеописанный способ отбеливания.

При выборе наиболее подходящего костяного диска следует предпочесть кость с наименьшим количеством пор. Та часть кости, которая наиболее удалена от апофиза, является самой крепкой, но и размер у неё небольшой.

ГЛАВА XV

ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ
для создания искусственных зубов и протезов, которые исправляют изъяны при потере природных зубов

ВОТ ЭТИ ИНСТРУМЕНТЫ:

– циркуль[1],
– тиски,
– пилка[2],
– рашпиль, напильник,
– шабер,
– пила с лучком.

НАПИЛЬНИКИ СУЩЕСТВУЮТ РАЗНЫХ ВИДОВ:

– плоский,
– ножеобразный,
– трёхгранный[3],
– в форме листа шалфея (двояковыпуклый),
– полукруглый,
– круглый («хвост крысы») прямой,
– круглый («хвост крысы»), свернутый в круг[4].

РАШПИЛИ БЫВАЮТ ДВУХ ВИДОВ:

– плоский,
– полукруглый (который может служить и как плоский).

1 *См. рис. 29, часть 3.*
2 *См. рис. 31.*
3 *См. рис. 29, часть 4.*
4 *См. рис. 29, часть 1.*

Дрель[1] отличается от дрели, которой обычно сверлят природные или искусственные зубы.

У неё есть опорная рама, на которую посажена ось с собственно буром и шкивом в форме барабана или заводного цилиндра часов.

Бур вставлен в один конец оси, а противоположный её конец вращается в отверстии, проделанном в медном цилиндре. Этот цилиндр вставлен в зажим, расположенный на верхней части рамы. На верхней стороне зажима находится винт, зажимающий медный цилиндр, в котором вращается конец оси. С его помощью цилиндр можно зафиксировать или, наоборот, вытащить.

Противоположный конец оси вставлен в шарнирную петлю, покрытую изнутри медью; именно в ней вращается часть оси, которая расположена между шкивом и буром. Шарнирная петля фиксируется сверху винтом, который вкручен в нижнюю часть рамы.

Та часть оси, куда вставляется сам бур, разделена на две части, или детали, и имеет 8–9 линий в длину. Первая прикреплена к оси винтом, поэтому при необходимости её можно снять. Вторая же туго вставлена в ось, и вынуть её нельзя. Более короткая из этих двух частей заканчивается медным узким цилиндром в форме штифта. Этот штифт на манер колка вставлен в отверстие, просверлённое в размер его диаметра на нижней плоскости большей по размеру детали, находящейся выше, над которой в свою очередь находится вторая деталь, меньшая по длине. Они соединены друг с другом и просверлены насквозь на расстоянии 1 линии от штифта. В это отверстие вставлен маленький винт, соединяющий обе детали: его закручивают по мере необходимости. Игла, являющаяся рабочей частью бура, вставляется между ними в небольшой жёлоб, просверлённый по центру, по всей длине до отверстия с винтом.

Для бура обычно используют швейные иглы разной толщины. Головку (ушко) надо отломить, а потом с помощью точильного камня, на который наносят немного оливкового масла, сделать получившийся кончик плоским и острым, то есть придать ему наилучшую форму.

Для вращения бура дрель зажимают в тиски и вращают лучком их китового уса с тетивой – тонкой струной из кишок.

Напильник, циркуль, тиски и пилку описывать нет необходимости, поскольку они не отличаются от тех, которые обычно используют плотники.

Что же касается шаберов[2], то они сильно отличаются от столярных

1 *См. рис. 30.*
2 *См. рис. 32.*

или хирургических. Некоторые из них – прямые, другие – изогнутые. И те, и другие посажены квадратным хвостовиком (как обычно, с помощью мастики) на противоположные концы ручки из чёрного дерева или иного материала. В длину ручка имеет примерно 4 дюйма, толщину – достаточную для обхвата рукой и форму, напоминающую огранённое веретено. Есть прямые шаберы, которые могут скрести обеими сторонами в одном направлении, а есть такие, что скребут лишь одной стороной в противоположном направлении.

У первого шабера имеются две плоские широкие грани. По всей длине правой грани проходит фаска, соединяющая верхнюю грань с нижней и формирующая остриё в виде третьей маленькой грани. На нижней плоскости – такая же фаска, но на левой стороне; если инструмент перевернуть, то она окажется справа. Обе фаски соединяются на кончике, формируя ромбовидный тупой угол. Кончик должен быть заострён.

Второй шабер имеет форму овала, у него две плоские грани. По всему периметру он имеет скошенную фаску, делающую нижнюю (бóльшую) грань острой, а верхнюю (меньшую) – тупой.

Оба шабера посажены на одну гранёную ручку.

Третий шабер изогнут под прямым углом, этим он отличается от второго, а четвёртый, верхний, также изогнутый, отличается ещё и тем, что его ромбовидный угол не тупой, а острый. По отношению к ручке их плоские грани являются, соответственно, верхними и нижними. Все эти пропорции и величины являются произвольными и могут варьироваться в зависимости от предпочтений пользователя.

Рис. 29.

Четыре инструмента для производства протезов (мостов) и искусственных зубов.

Часть 1. Напильник типа «хвост крысы», загнутый в кольцо.

Часть 2. Отвертка.

Часть 3. Измерительный циркуль для производства зубных протезов.

Часть 4. Трёхгранный напильник для пропила пазов в протезах, вид неполный и без рукоятки (иначе изобразить его не получилось из-за ограниченного размера гравюры).

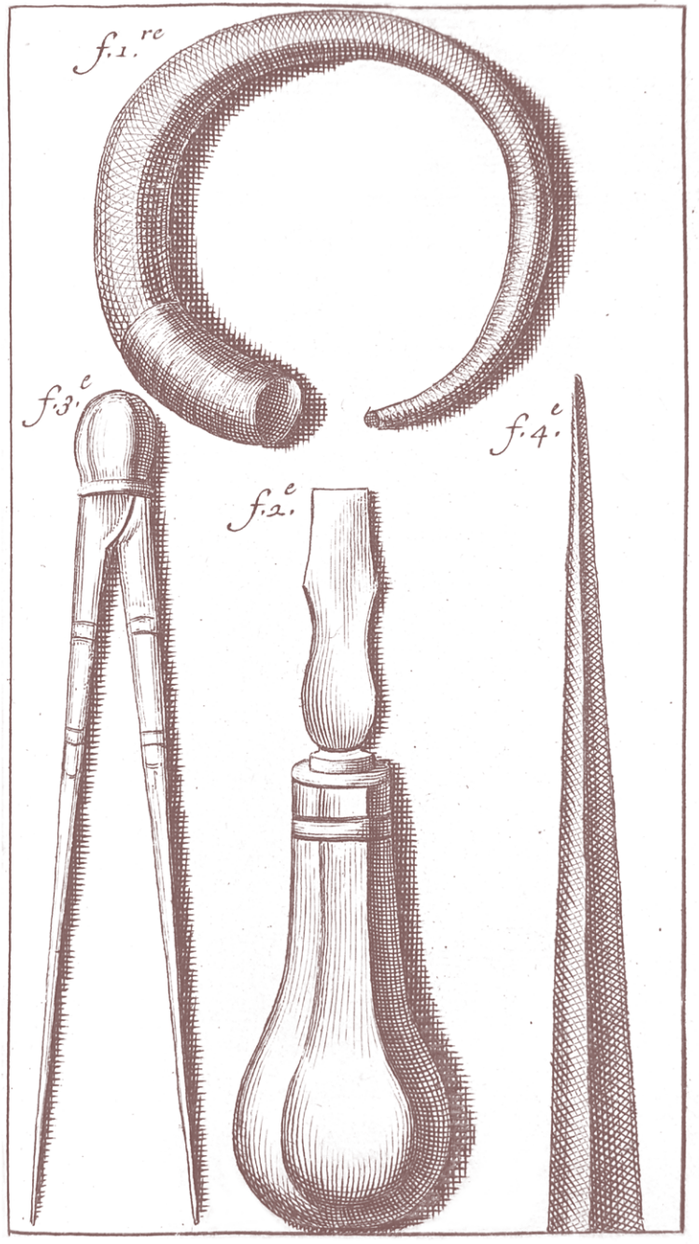

Рис. 29.

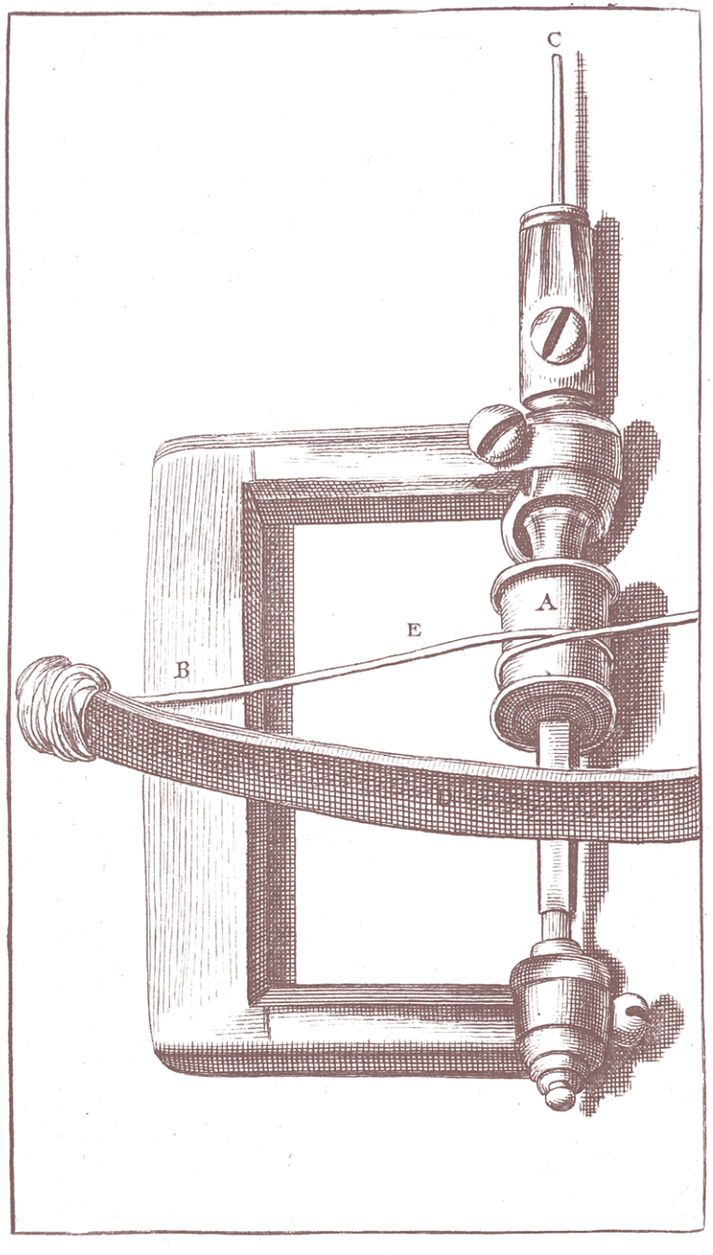

Рис. 30.

Рис. 30.

Один из инструментов для производства протезов – рама с вставленной дрелью и часть лучка, вид сбоку.

A – Барабанообразный шкив для тетивы лучка.
B – Средняя часть рамы.
C – Дрель.
D – Лучок.
E – Тетива лучка.

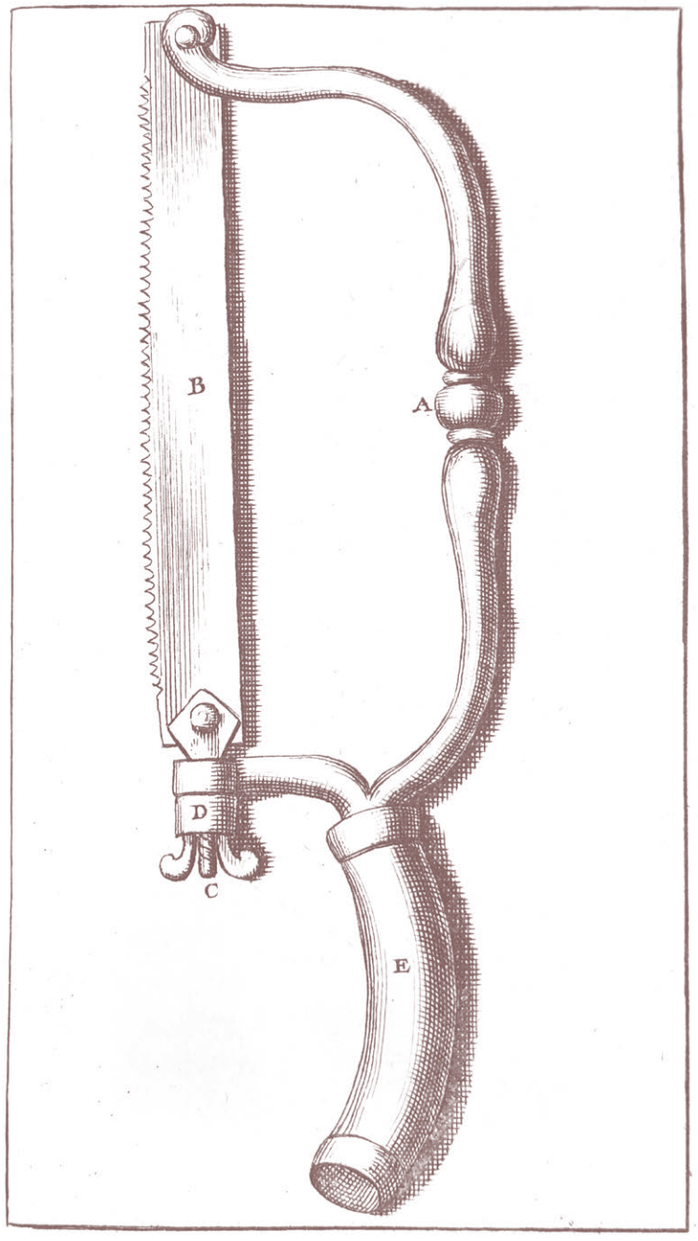

Рис. 31.

Рис. 31.

Один из инструментов для производства протезов – пила (пилка) для выпиливания протезов или мостов.

A – Рама дрели.
B – Пила.
C – Шайба для сборки и разборки пилы.
E – Ручка.

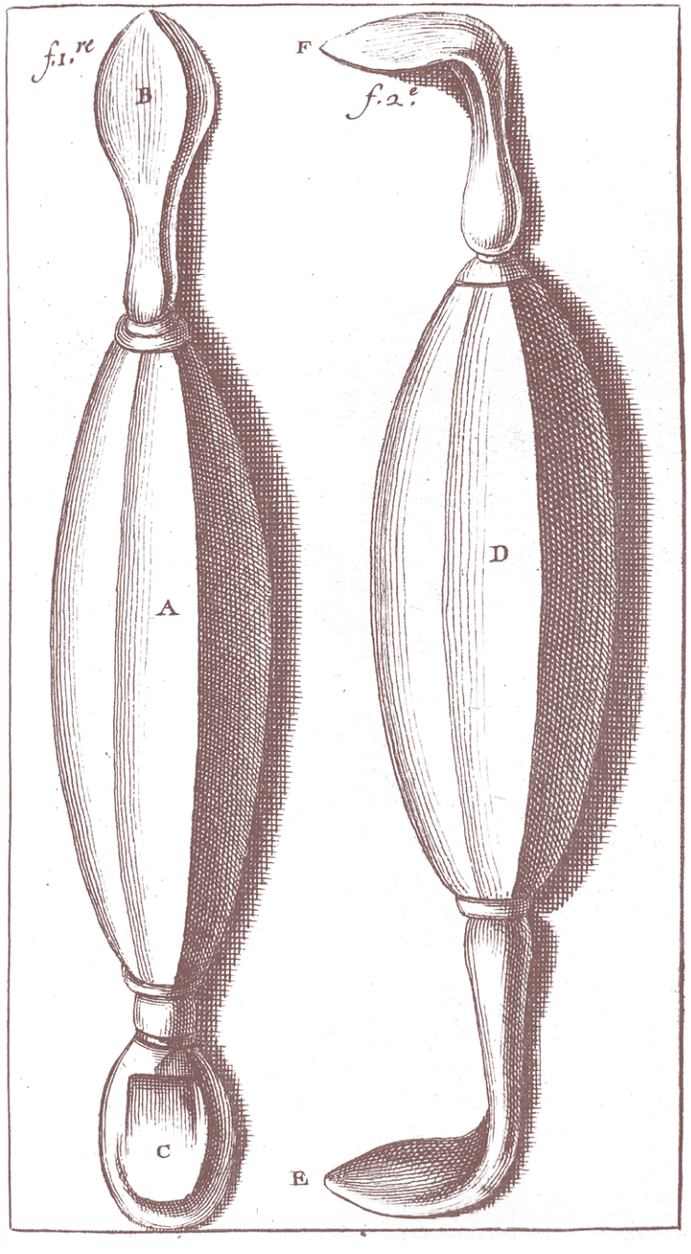

Рис. 32.

Рис. 32.

Два инструмента для производства протезов.

Часть 1. Шабер с ромбовидной и овальной рабочими частями.

A – Гранёная ручка.
B – Ромбовидное лезвие.
C – Овальное лезвие с фаской.

Часть 2. Шабер с заострённой и скруглённой рабочими частями.

D – Гранёная ручка.
E – Скруглённое лезвие.
F – Лезвие с острым кончиком.

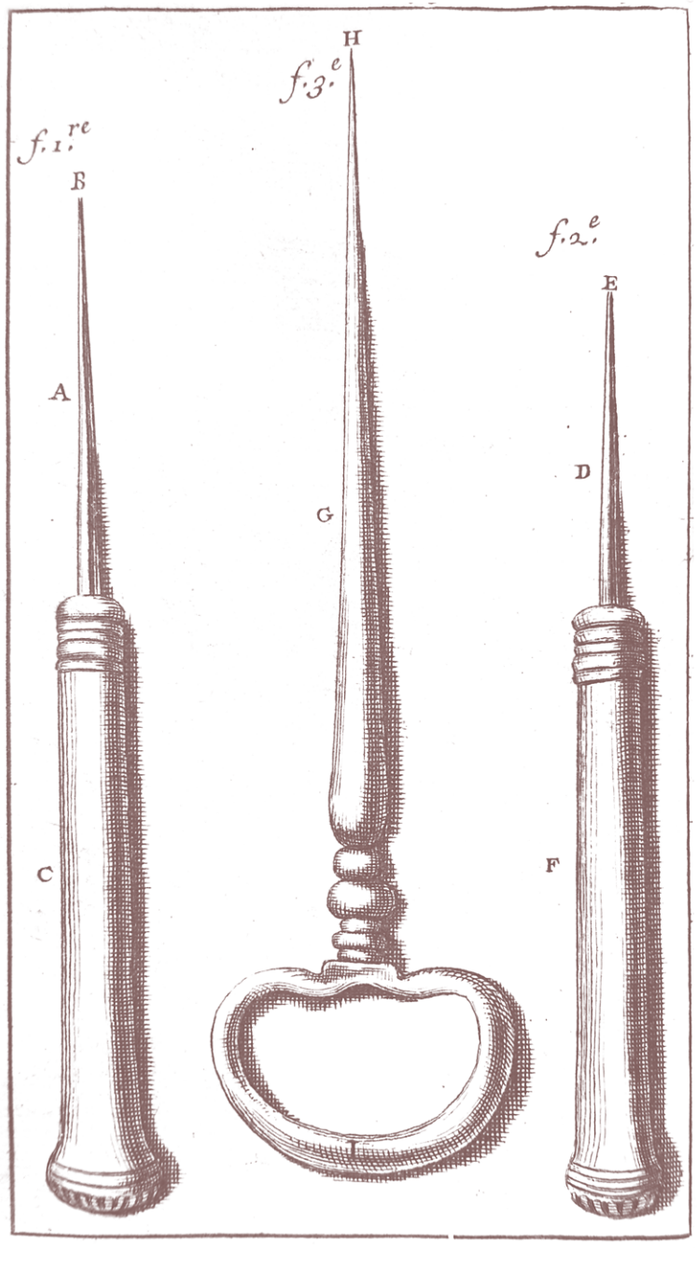

Рис. 33.

Рис. 33.

Три инструмента для подготовки корней к посадке протезов.

Часть 1. Большая развёртка для увеличения корневых каналов, в которые помещают штифты.

A – Стержень.
B – Кончик.
C – Ручка.

Часть 2. Развёртка среднего размера, также для увеличения корневых каналов, в которые помещают штифты меньшего размера.

D – Стержень.
E – Кончик.
F – Ручка.

Часть 3. Шило для создания отверстий в пломбе, помещённой в канал корня, полость которого слишком разрушена для удержания штифта.

G – Стержень.
H – Кончик.
I – Кольцо, служащее ручкой.

ГЛАВА XVI

О ЧЁМ СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

при сверлении, наложении и закреплении зубных протезов на зубах или корнях зубов пациента, а также о правильном размере всех их частей

Чтобы заполнить один или два промежутка с несколькими недостающими зубами, требуется столько протезов, сколько существует промежутков. Используя искусственные зубы из моржовой кости или иного подходящего материала, важно проследить, как уже упоминалось в главе XIII настоящего тома, подходят ли протезы к дёснам по всем параметрам, то есть по длине, размеру и форме заменяемых зубов. Каждый мост должен быть просверлен сбоку, если, конечно, этому не мешает его естественный изгиб. Это нужно, чтобы продеть внутрь два конца нити и образовать петлю, а потом прикрепить мост к ближайшим зубам. Нити туго связывают хирургическим узлом.

При слишком изогнутом протезе[1] подойдёт иной метод. В протезе справа и слева сверлят два отверстия бок о бок, на уровне десны. Если в протезе только 2 или 3 зуба, то отверстия будут располагаться по прямой и выходить примерно на середине внутренней стороны протеза. Но если в протезе 4 или 5 зубов, то каждое отверстие должно иметь два отрезка. Прикрепляющие протез нити входят в их отверстия так же, как в уже описанных протезах из человеческих зубов.

В том случае, когда для прикрепления одного из концов протеза на челюсти не осталось ни одного зуба, кроме последних моляров, отверстия сверлят по-другому. Они уже выходят не на внутренней части протеза, а на наружной, или же проходят насквозь, если речь идёт примерно о половине полного моста. В отверстия вставляют два конца одной нити, её середина формирует петлю, которую, как и концы, прикрепляют в соответствующих местах.

1 *См. рис. 35, часть 1.*

Протезы для верхней или нижней челюсти[1], где для их закрепления остались только 1 или 2 больших моляра, просверливают с двух сторон. Получившиеся отверстия начинаются с торцов протеза, рядом с десной, идут наискосок и вверх, выходя между вторым и третьим или третьим и четвёртым зубами протеза.

В отверстия вставляют два конца нити, её середина формирует петлю, которая должна проходить между двумя ближайшими зубами, если оба стоят крепко. Если же зуб шатается, то петлю надо переместить дальше. Два конца нити завязывают около тех искусственных зубов, между которыми они вышли.

Если же на одной стороне челюсти остался только один малый или один большой моляр, к которым можно прикрепить протез, то протез сверлят таким образом, чтобы точка прикрепления могла держать его прочно и устойчиво, как указано выше.

Поэтому в протезе, сделанном для нижней челюсти, надо сверлить два отверстия бок о бок в торце, который входит в контакт с природными зубами. Оба входных отверстия начинаются примерно на пол-линии выше уровня дёсен. Выходные отверстия (на некотором расстоянии друг от друга) будут располагаться на внутренней стороне протеза в 2–3 линиях от входных. В них вставляют концы нити, которые потом завязывают вокруг природного зуба.

Тот же протез для верхней челюсти должен быть просверлен двумя отверстиями бок о бок. Входные отверстия располагают на грани, сидящей на десне, на расстоянии пол-линии от торца, касающегося природного зуба, а выходные – немного наискосок и на противоположной грани. Нить для закрепления такого протеза вставляют и затягивают, как описано выше.

Если же на стороне челюсти для закрепления протеза остался лишь последний большой моляр, то отверстия сверлят наискосок, выходя между вторым или третьим интервалом искусственных зубов. Нить продевают в отверстия сбоку от протеза, её середина формирует петлю, закрепляемую на природном зубе, затем концы нити выводят из отверстий между искусственными зубами и завязывают.

Иногда в челюсти есть только 1, 2 или 3 зуба, спереди или сзади. Они могут стоять рядом либо разрозненно из-за удалённых между ними зубов. Тем не менее полный протез[2] можно поставить и в этом случае, надо лишь проделать на его внешней грани пазы для природных зубов так,

1 *См. рис. 35, часть 1.*
2 *См. рис. 35, часть 2.*

чтобы искусственные зубы, призванные заменить естественные, стояли рядом.

В собранном протезе необходимо просверлить отверстия для прикрепления к природным зубам, чтобы протез плотно встал на дёсны. Например, если из природных зубов остался всего один (или несколько прореженных зубов из-за выпадения соседних), то в плоской грани каждого паза рядом с внутренним углом сверлят два отверстия. Входные отверстия располагают в пазу на внешней стороне протеза – по возможности ближе к десне. Отверстия идут наискосок друг к другу и выходят на внутренней стороне протеза. Там в них вставляют два конца нити и завязывают спереди, как указано выше.

Если два природных зуба стоят рядом, то в пазу сверлят три отверстия: два вышеописанных и одно между ними. Их выходы располагаются на внутренней стороне, как указано выше. Если в паз входят 3, 4 или 5 природных зубов, то соответственно увеличивается и число отверстий: для трёх зубов – четыре, для четырёх – пять. Входные и выходные отверстия всегда располагаются, как описано выше, и все они должны использоваться для прикрепления протеза.

В три отверстия продевают столько нитей, сколько в паз входит природных зубов, после чего протез прикрепляют посредством этих нитей к природным зубам.

Нить всегда идёт изнутри наружу, а в среднее отверстие входят два конца соседних нитей. Каждая из них охватывает петлёй один зуб, затягиваясь на нем по возможности ближе к десне и входя в щель между природными зубами. Завязывают нить двойным хирургическим узлом.

Предположим, нам надо прикрепить протез к резцам верхней челюсти. Отверстия для нитей, охватывающих зубы и фиксирующих протез, идут наискосок для наилучшей усадки. Направление отверстий – изнутри снизу вверх. Они выходят наружу в пазу для резцов, вровень с линией дёсен, а начинаются на внутренней стороне гораздо ниже, что даёт возможность нитям, выходящим из соседних отверстий и охватывающим природные зубы, выполнять роль рычага. Это важно для того, чтобы концы протеза не шатались, а верхняя часть конструкции плотно прилегала к нижней поверхности дёсен верхней челюсти.

Если ни на верхней, ни на нижней челюсти нет подходящего зуба для закрепления протеза, состоящего из нескольких зубов, а протез достаточной протяженности необходим, то применяют следующий метод.

Корни зубов, протез и штифты подготавливают так, как описано в главе XIII и в настоящей главе. Кроме того, изготавливают сужающиеся

винты-штифты[1] с не слишком выступающими и широкими головками, по толщине соответствующими размеру отверстия.

Протез[2] просверливают под эти штифты в одном или нескольких местах, в соответствии с его длиной и числом подходящих этим штифтам корней. Отверстия сверлят в протезе для вертикального совпадения с корневыми каналами. Эти отверстия проходят в протезе по направлению расположения зубов. Каждое отверстие сверху обрабатывают так, чтобы головка штифта зашла глубоко и встала вровень с поверхностью протеза, не возвышаясь над ней. После этого штифты вставляют в отверстия. Пройдя сквозь протез, они должны выйти к поверхности, соприкасающейся с десной и корнем. Необходимо, чтобы штифт вышел из отверстия на достаточное расстояние от плоскости протеза и прочно закрепился в канале соответствующего корня.

В некоторых случаях в головке штифта делают надрез (шлиц). Тогда, поворачивая его (как винт) вправо или влево подходящей по размеру отвёрткой, дантист избавляется от необходимости с силой вставлять штифт, вдавливать и поворачивать его прямыми щипцами, а потом срезать выступающую часть напильником на уровне поверхности протеза. Таким образом, протез закрепляется на деснах и корнях и служит долгое время.

Чтобы правильно просверлить протез под штифты, на которых он будет держаться, в каждый корневой канал сначала вставляют часть ости маленького пера. Эти части должны слегка (на 1 линию) выступать над уровнем дёсен – так их легче будет потом доставать. Следовательно, перья вставляют в каждый канал, подготовленный под штифт. Выходной конец ости хорошенько смачивают чернилами для письма. Сделав это, протез налагают на дёсны в нужном положении, и кончики перьев оставляют на нём точки, в которых протез надо просверливать под штифты. Данный способ позволяет добиться точного совпадения отверстий на протезе с корневыми каналами, что крайне важно для последующего правильного закрепления конструкции на дёснах и корнях. Вместо перьев в канал можно ввести ватные шарики, эффект будет тот же.

Этот способ применяется для протезов как верхней, так и нижней челюсти.

1 *См. рис. 35, часть 3.*
2 *См. рис. 35, часть 4.*

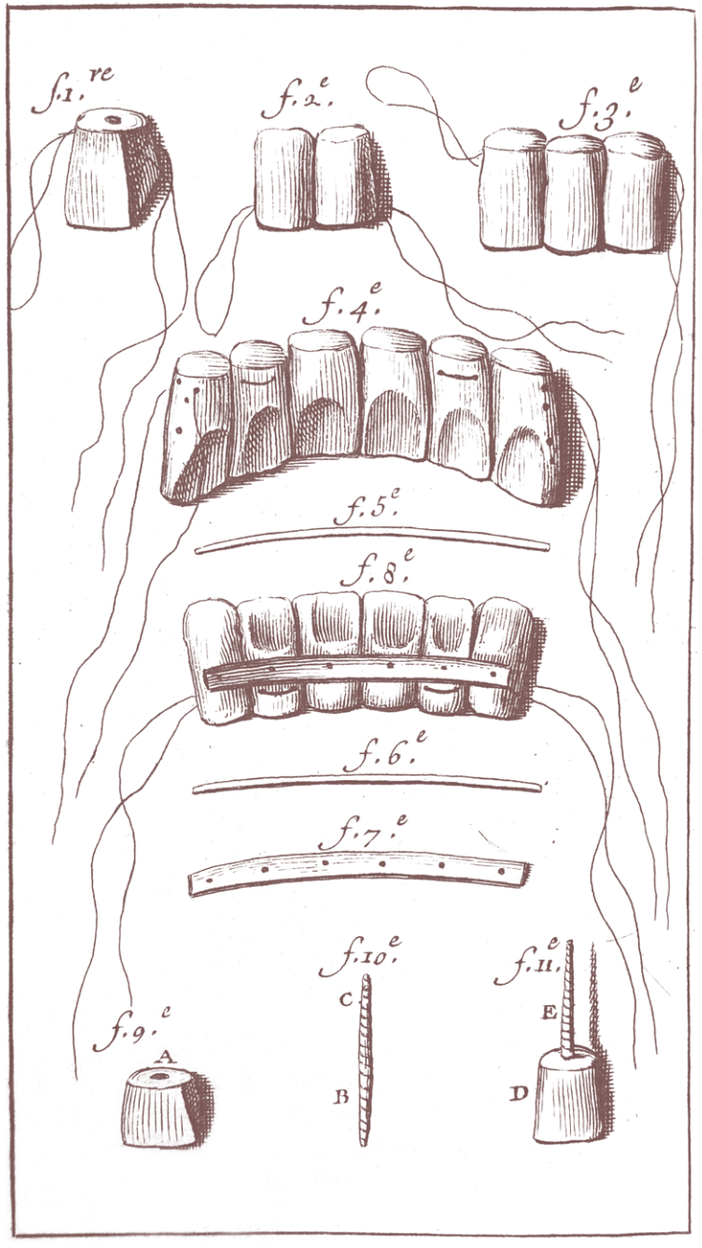

Рис. 34.

Рис. 34.

Виды зубных протезов.

Часть 1. Искусственный зуб со свободно пропущенной сквозь него нитью.

Часть 2. Два искусственных зуба со свободно пропущенной сквозь них нитью.

Часть 3. Три искусственных зуба со свободно пропущенной сквозь них нитью.

Часть 4. Протез из шести природных зубов для верхней челюсти, собранных на золотых или серебряных штифтах, с двумя свободно пропущенными нитями, вид сзади.

Части 5, 6. Штифты или толстые отрезки золотой или серебряной нити, используемые при сборке предыдущего протеза.

Часть 7. Пластина, в которой проделано множество маленьких отверстий, служит для скрепления зубов в протез.

Часть 8. Протез, собранный из шести природных зубов для нижней челюсти, сидящий на золотой или серебряной пластине, с двумя свободно пропущенными нитями, вид сзади.

Часть 9. Штифтовой зуб, вид спереди, без штифта.
A – Отверстие для штифта.

Часть 10. Зазубренный штифт (отдельно от зуба).
B – Часть штифта, входящая в зуб.
C – Наружная часть штифта, входящая в корневой канал.

Часть 11. Штифтовой зуб на штифте.
D – Зуб.
E – Штифт.

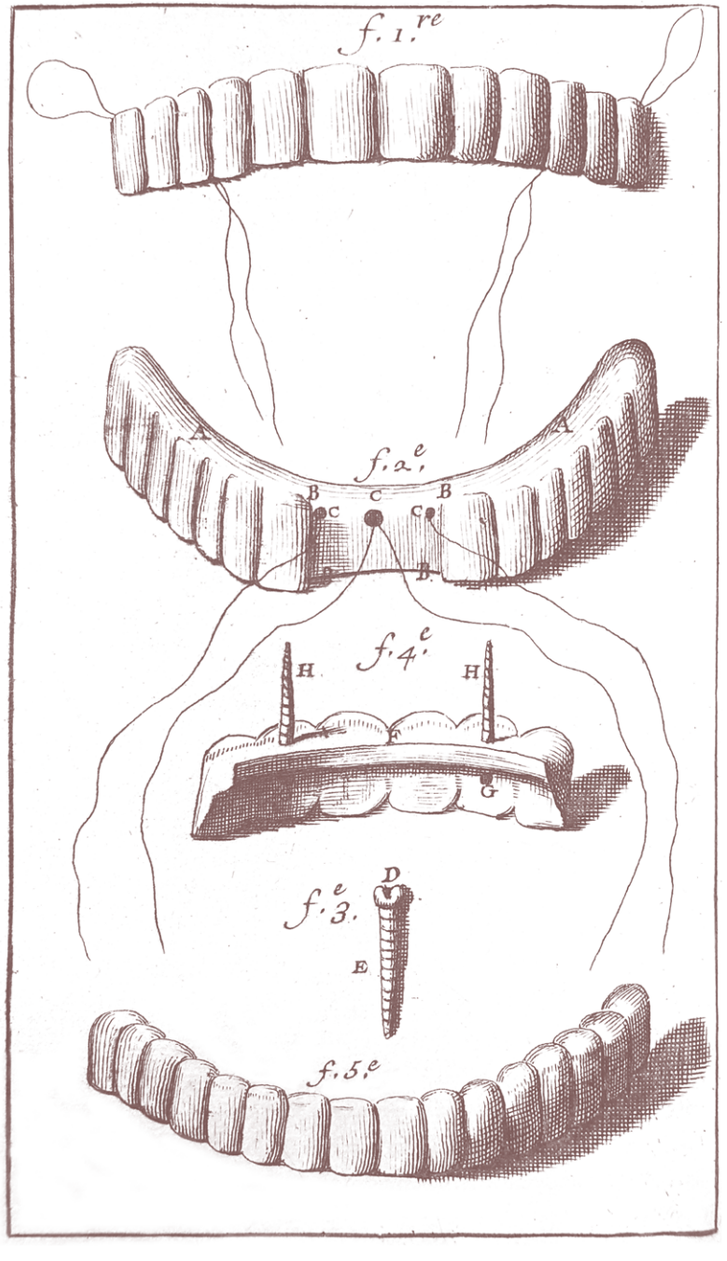

Рис. 35.

Рис. 35.

Виды зубных протезов.

Часть 1. Протез из двенадцати зубов со свободно пропущенными сквозь него двумя нитями, которыми протез прикрепляют к последним зубам с обеих сторон верхней челюсти.

Часть 2. Протез с пазом и пропущенными сквозь паз двумя нитями. Паз служит для помещения в него двух больших резцов, единственных природных зубов, оставшихся на верхней челюсти, к которым прикрепляют этот протез.

AA – Верхняя часть, помещаемая на десну.

BBBB – Паз для двух оставшихся во рту больших резцов.

CCC – Три отверстия для нити, которая держит протез, прикрепляя его к двум природным зубам.

Часть 3. Штифт с резьбой и шлицем на головке, служащий для прикрепления протеза из шести зубов (отличается от штифтов, используемых для отдельных зубов).

D – Головка.

E – Стержень.

Часть 4. Протез на двух штифтах, вид сзади.

F – Вогнутая поверхность выступа, помещаемого на дёсны, с отверстиями под штифты.

GG – Головки со шлицем этих двух штифтов.

HH – Стержни штифтов.

Часть 5. Протез для нижней челюсти, вид спереди; конструкция держится на месте сама, поэтому на ней нет отверстий под штифты и её не надо привинчивать.

ГЛАВА XVII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТЕЗА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРУЖИНАМИ,

которые соединяют его с золотой или серебряной основой, опоясывающей зубы нижней челюсти двумя полукружиями и двумя петлями

Даже если на одной или другой челюсти не осталось ни зубов, ни корней, на них всё равно можно закрепить два полных протеза. Сделать такой протез, плотно сидящий на десне после его помещения в ротовую полость, можно, если сначала изучить дёсны с их впадинами и неровностями. Также надо точно рассчитать формы и изгибы протезов, как внешние, так и внутренние, чтобы последние не стали помехой языку, дёснам и внутренним сторонам щёк.

Протез необходим для верхней челюсти, на которой больше не осталось зубов, но он тем более незаменим для нижней, если она находится в том же состоянии. Без подобного протеза можно обойтись с большим трудом, так как отсутствие зубов в нижней челюсти крайне затрудняет произношение и жевание, даже если десна затвердела. Из-за отсутствия нижних зубов щёки и губы вваливаются и как бы исчезают во рту. Поэтому люди часто довольствуются восстановлением необходимых функций именно нижней челюсти, забывая при этом о верхней.

Протез для нижней челюсти[1] должен точно подходить к форме челюсти и неровностям дёсен, на которых он будет лежать не сдвигаясь. Когда такой протез, надетый на дёсны, оказывается между языком, нижней губой и щеками, он встаёт настолько плотно и неподвижно, что пациент может жевать без затруднений. Этим протез практически не

1 *См. рис. 35, часть 5.*

отличается от природных зубов. Особенно хорошо это ощущается, когда на верхней челюсти есть зубы-антагонисты, а у пациента уже выработалась привычка к протезу.

Полный протез такого рода только для верхней челюсти сконструировать невозможно, потому что для его удержания надо либо вставлять такой же протез на нижнюю челюсть, либо на нижней челюсти должны присутствовать все натуральные зубы или большинство из них, чтобы закрепить и поддерживать верхний протез.

Всё это стало причиной того, что я изобрёл приспособление[1], которое при точном следовании моим инструкциям и описанию послужит протезом для верхней челюсти, полностью заменяя собой функции природных зубов.

Перед тем как приступить к созданию этой подпружиненной конструкции, надо выяснить число зубов, оставшихся на нижней челюсти, изучить их размер, положение, а также форму дёсен как снаружи, так и изнутри. Измерения необходимы для того, чтобы приспособление идеально прилегало к дёснам спереди и сзади, проходя над зубами в тех местах, которые соединяют внутреннюю и внешнюю полукруглые пластины.

Затем надо изготовить две золотые или серебряные пластины шириной примерно в полторы и толщиной в четверть линии. Пластины сгибают в два полукруга по их ширине. Затем подгоняют к десне нижней челюсти (одна внутри, другая снаружи). Пластина внешнего полукруга должна быть длиннее, а на концах – загнута вверх в соответствии с высотой и толщиной зубов и дёсен, которые ей необходимо охватить. Миновав кромку зуба, пластина сгибается под прямым углом, чтобы пройти над ним. Когда пластина пройдет над коронками, её загибают вниз, до десны. Затем обе пластины сажают на дёсны, проверяя, совпадают ли они с выпуклостью и вогнутостью всей челюсти. Далее концы внутреннего полукруга соединяют с изгибом внешнего при помощи спайки или заклёпок вровень с поверхностью. В результате на обоих концах челюсти формируется нечто вроде прямоугольной петли. Каждая из петель охватывает один из больших моляров по бокам и верхним граням, на которых и держится. Спайка предпочтительнее заклёпок, поскольку спаянная конструкция более удобна и прочна.

Скреплённая и установленная на зубах конструкция будет служить опорой верхнему протезу, как описано ниже.

Между углами сгиба внешней пластины прикрепляют заподлицо две выступающие консоли (спайкой или заклёпками с головками).

1 *См. рис. 36, часть 1.*

Консоли скруглены по всей длине, длина же зависит от расстояния между окончанием внешнего полукруга и нижней частью венечного отростка, а также мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Место для пружин надо вычислять очень внимательно, поскольку пружины будут сильно выдаваться назад за консоли.

На конце консолей располагается выступ, который по толщине превышает диаметр консоли примерно на четверть линии. В центре его надо сделать шлиц или щель глубиной примерно в пол-линии, разделяя торец на две равные части. В том месте, где шлиц заканчивается, в выступе просверливают сквозное отверстие.

Как только эта часть готова, к ней на пружинах можно присоединить протез зубного ряда верхней челюсти. Нижеописанные отверстия должны быть сделаны до усадки и полной сборки.

Когда верхний протез подгоняется под десну верхней челюсти, на которую он сядет, на обеих внешних и крайних его гранях должно остаться небольшое плоское возвышение в 3–4 линии длиной и в 2 линии толщиной. По ширине оно совпадает с шириной протеза.

Почти в середине этого выступа делают вырез той же ширины, что и диаметр шлица нижней консоли.

Глубина выреза не должна превышать толщину выступа, вырез идёт немного наискосок снизу вверх, следуя направлению внешней части протеза.

Поперёк этой щели идёт другая – вертикальная и более широкая. В конце и вдоль второй щели просверлено отверстие, его начало находится на верхней грани протеза, которая сядет на дёсны, а конец – на нижней грани. После этого на протезе формируют искусственные зубы, следуя природному их расположению. Затем протез скрепляют с нижней частью стальными пружинами[1] в четверть линии толщиной, полторы линии шириной. Длина пружин составляет 13–14 линий.

Один конец пружин вставляют в шлиц на консолях нижней части, а второй – в косое отверстие верхнего протеза.

Кончики обеих пружин, входящие в шлиц нижних консолей, должны выступать за пределы шлица. После помещения в шлиц их прикрепляют нитью, которая проходит сквозь отверстие под шлицем, а потом обвивает консоль несколько раз так, чтобы захватить и прикрепить выступающие части пружины. Затем нить снова проходит в отверстие, опять обматывает консоль и находящуюся в консоли пружину. Концы нити крепко связывают. Та же операция повторяется для закрепления

1 *См. рис. 36, часть 4.*

конца второй пружины. Далее второй конец каждой пружины вставляют в косую щель на выступах верхнего протеза и фиксируют там нитью, проходящей сквозь вертикальное отверстие в вертикальной щели. Нитью многократно обматывают верхний конец пружины, тем самым прикрепляют его. Концы нити связывают, а чтобы кончики пружин не выскальзывали из отверстий, в пружине надо сделать зарубку в том месте, где проходит нить.

Собранные верхняя и нижняя части протеза отталкиваются друг от друга благодаря упругости пружин, которые обеспечивают возможность конструкции следовать за движениями нижней челюсти и повторять их. Так, при открытии рта нижняя часть идёт вниз, а гибкость пружин позволяет пациенту без всяких усилий закрывать рот. Таким образом, данное устройство даёт возможность жевать, украшает рот и помогает процессу произнесения звуков.

Прежде чем вставлять и закреплять протез во рту, надо так подточить середину внешнего полукружия полукруглым напильником, чтобы нижняя часть выступала меньше, чем боковые. Это обеспечивает лучшую подгонку полукруга к нижней губе и дёснам, которые в этом месте подходят к зубам ближе, формируя выступ в виде узкой ленты.

Полностью собранный и готовый аппарат помещают в рот следующим образом: верхнюю часть прижимают к нижней, далее вводят в рот, рядом с губной комиссурой, сначала одной, потом другой стороной.

Когда устройство уже миновало губы, на него надо слегка надавить, чтобы верхний протез сел на верхние дёсны, а нижняя конструкция – на нижние. Внешний полукруг должен расположиться снаружи дёсен, слегка возвышаясь над шейкой зубов, между нижней губой и щеками. Внутренний полукруг ложится на внутреннюю часть дёсен и, как и внешний, слегка возвышается над шейкой тех же зубов. Боковые соединительные петли садятся на первые большие моляры и держатся на них.

Консоли нижней части, а также место, занимаемое пружинами, входят в боковое и даже заднее пространство ротовой полости, рядом и сбоку от крайних зубов нижней челюсти. Устройство (как верхний протез, так и всё вместе) может снять и вставить сам пациент. Разбирать его нет нужды, если только не износились пружины, замена которых на новые осуществляется с легкостью. К тому же это происходит нечасто, особенно если пружины имеют соответствующую закалку и хорошо сделаны.

Ни один механик или дантист пока не создал подобного устройства, столь же необходимого, сколь и удобного. Предложенная мною конструкция не только совмещает в себе все положительные качества своих предшественников (причём без их несовершенств), но и может

похвастаться несколькими дополнительными преимуществами, которые в сто раз повышают его целесообразность и пригодность. Впрочем, пусть его оценивают те, кто носит этот протез, и те, кто практикует в этой отрасли хирургии.

До сего времени представители врачебного искусства могли предложить в качестве зубного протеза верхней челюсти только пружины из китового уса, прикреплённые к природным зубам нижней челюсти нитью, что было весьма неудобно и малопригодно. Моё же устройство, сделанное и используемое с учётом всех описанных подробностей, исполняет почти все функции природных зубов. Более того, в глазах сторонних наблюдателей оно выглядит как реальные зубы. Даже сами пациенты, пользующиеся протезом, настолько привыкают к нему, что забывают о потере природных зубов.

Чтобы надолго сохранить упругость пружин и продлить срок их службы, можно добавить к обеим их сторонам очень тонкую полоску китового уса. Длина полоски не должна превышать длину пружины и ни в коем случае не может быть шире.

Если на нижней челюсти осталось только 5 или 6 зубов, то не только нижние полукруглые держатели должны быть соответственно адаптированы к их размеру, но и сами полукруглые пластины продлены с каждой стороны от последних соединяющих их металлических полосок.

Данные полоски соединяют внутреннее и внешнее полукружия, играя ту же роль, которую в предыдущем устройстве играли квадратные петли, но они не возвышаются и не изгибаются, а покоятся прямо на дёснах.

Если по сторонам нижней челюсти осталось несколько отдельно стоящих зубов, они будут зажаты между полукруглыми пластинами и соединяющими их перемычками. Консоли, присоединённые к петлям, идут от крайних зубов с обеих сторон, охваченных полосами, и должны продолжаться до той же точки, что и в первом случае, то есть до места их соединения с верхним протезом посредством пружин. Собрав все детали, мы получаем устройство[1], которое используется в тех случаях, когда невозможно применить первое.

Если на верхней челюсти не осталось зубов, то необходим либо первый, либо второй тип описанного протеза, которым я заменял предыдущие неудобные и даже бесполезные устройства. Также в похожем случае можно применить два других типа протеза, которые ещё более удобные (см. рис. 41–42).

1 *См. рис. 36, часть 3.*

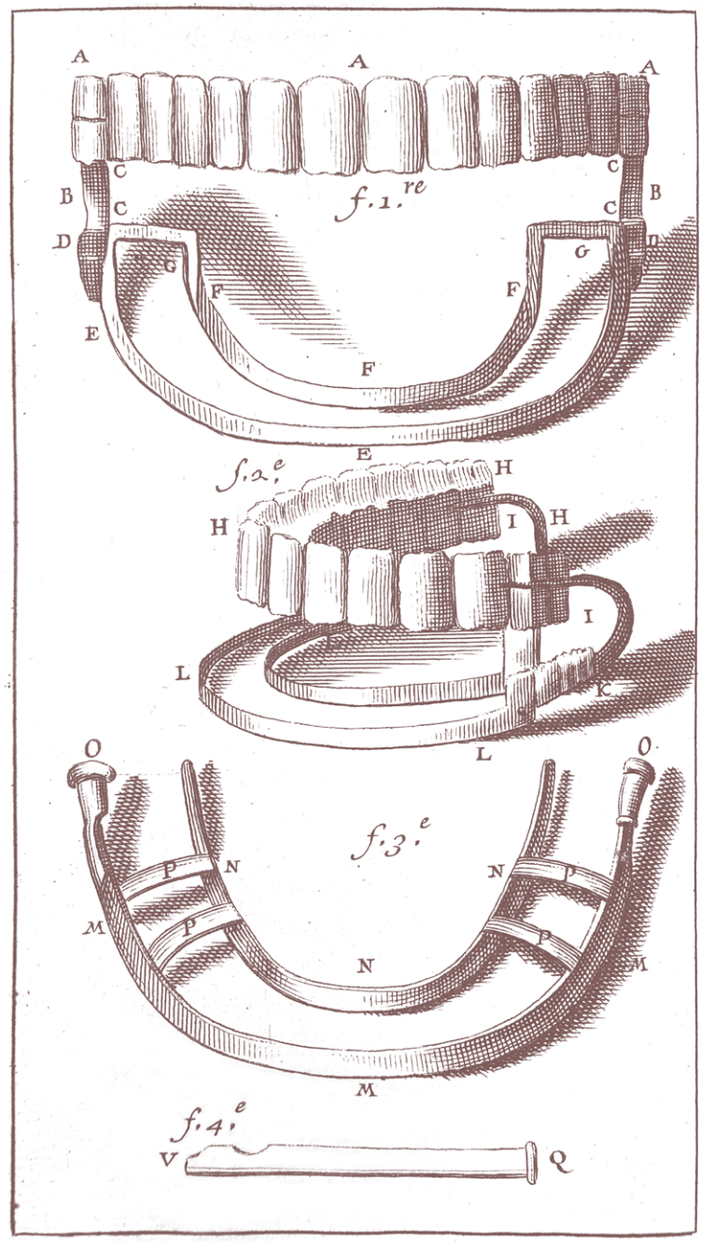

Рис. 36.

Рис. 36.

Виды зубных протезов.

Часть 1. Протез или устройство для верхней челюсти, рабочая часть которого присоединена к двум полукруглым пластинам двумя пружинами, вид спереди.

AAA – Зубной протез.

BB – Две соединительные пружины.

CCCC – Соединение пружин с верхней и нижней частями протеза.

DD – Два небольших выступа (консоли), в один из краев которых вставляется конец пружины.

EEE – Внешняя полукруглая пластина, охватывающая переднюю часть зубов.

FFF – Внутренняя полукруглая пластина, охватывающая зубы изнутри.

GG – Квадратные петли, охватывающие моляры и скрепляющие своими концами две полукруглые пластины.

Часть 2. То же устройство, вид сбоку.

HHH – Зубной протез.

II – Изогнутая часть пружин.

K – Выступ (консоль), прикреплённый к полукруглой пластине, в который входит конец пружины.

LL – Две полукруглые пластины, вид сбоку.

Часть 3. Полукруглое устройство, собранное из нескольких пластин, выступы (консоли) которых значительно более протяжённые, чем предыдущие, поскольку эта часть протеза садится лишь на 5–6 подряд идущих зубов и на 2 – стоящих отдельно. Устройство изображено без пружин и верхнего протеза, чтобы не повторять две предыдущие части, сборка которых идентична этой.

MMM – Внешняя пластина.

NNN – Внутренняя пластина.

OO – Консоли внешней пластины, в которые вставляются пружины.

PPPP – Четыре пластины, окружающие зубы и садящиеся на дёсны в рабочем положении устройства, соединяющие внешнюю и внутреннюю пластины.

Часть 4. Одна из пружин, соединяющих нижнее устройство с верхним протезом, вид плоской части.

Q – Конец пружины, входящий в выступ (консоль) нижней части и закрепляющийся там нитью вокруг выступа.

R – Противоположный конец пружины, входящий в квадратную возвышенность на протезе, закрепляющийся там нитью и удерживаемый двумя выступами, выходящими за ширину пружины.

ГЛАВА XVIII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВОЙНОГО ПРОТЕЗА, *в котором верхняя часть соединяется с нижней посредством пружин*

При отсутствии зубов и на верхней, и на нижней челюстях необходим двойной протез из двух основных частей – верхней и нижней. Эти части состоят из умело вырезанных искусственных зубов, имитирующих со всей возможной точностью природные зубы и их расположение.

Затем оба вырезанных протеза соединяются пружинами в своей задней части. При создании протезов надо в первую очередь аккуратно измерить не только челюсти, но и дёсны, отметить все их неровности и перенести эти отметки на соответствующую часть протеза, чтобы благодаря им протезы крепко соединились со всеми выступами и впадинами. Это значит, что в месте впадины в десне на протезе должен быть соответствующий выступ, точно совпадающей с впадиной. И наоборот – выступ на десне должен соответствовать впадине на протезе. Это весьма способствует неподвижности и устойчивости протеза.

До того как прикреплять к концам протезов пружины, пилкой[1] делают щель примерно в 4 линии длиной. По размеру надрез должен подходить концу пружины, который в него войдет. Пилку приставляют к торцу протеза, отступив примерно 1 линию от той грани, которая ляжет на дёсны. Пропил должен идти немного наискось и снизу вверх. Делается это для того, чтобы вставленная в щель пружина имела бóльшую упругость и лучше следовала за движением нижней челюсти.

В конце каждой пропиленной щели делают отверстие, идущее сквозь протез горизонтально. Это отверстие позволяет проходить иголке с ниткой. Затем пружины вставляют в пропиленные щели. Прежде чем их

1 *См. рис. 31.*

окончательно закрепить, протезы надо подогнать и проверить, исполняют ли они свои функции, не слишком ли мал или велик изгиб пружин, достаточно ли они гибкие и упругие, не доставляют ли их изгибы неудобство пациенту, не давят ли они на ту часть ротовой полости, где располагаются венечный отросток и мышцы, закрывающие рот, не трутся ли пружины об язык и т.д.

Проверив все эти обстоятельства, оба протеза соединяют двумя стальными пружинами или же двумя полосками лучшего китового уса примерно в 1,5 дюйма длиной, включая длину пружины в пропиленных щелях. Ширина пружин – примерно 2 линии, а толщина – четверть линии. Толщина пружин, которые, по сути дела, такие же, что и в устройстве из предыдущей главы, регулируется в зависимости от величины всей конструкции. При этом пружины не могут выходить за пределы щели, и в них отсутствуют пропилы для нити. Вставленные в щели пружины прикрепляют следующим образом: вдевают в иголку вощёную шёлковую или сплетённую суровую нить и продевают иглу в любое отверстие в конце щели.

Два первых оборота нити туго обхватывают щель и пружину, а затем игла снова входит в отверстие, но уже с противоположной стороны. Процедура с продеванием нити в отверстие повторяется несколько раз. Нить обматывает щель с двух сторон множеством витков, прикрепляя таким образом конец пружины к протезу.

Когда пружина оказывается достаточно закреплённой, её надо обмотать нитью по всей длине до самого начала щели на торце второго протеза. Ту же процедуру проделывают по всей длине щели с противоположным концом пружины.

Чтобы обмотать нить наиболее туго, иголку пропускают под нить, как поступают портные, обмётывая пуговичные петли. Обматываясь вокруг пропиленной щели, нить сильно натягивается и держится очень крепко, как бы формируя петличный шов. Таким образом прикрепляют все четыре конца пружин.

Способ установки двойного протеза[1] во рту не отличается от такового для предыдущего устройства, но является более простым.

Двойной протез используется по тому же принципу, что и все искусственные части, которые хирургия определяет термином «протез». В первые дни человеку трудно привыкнуть к искусственной руке, ноге или глазу и освоить эти устройства, но очень быстро навык становится бессознательным. Потребность в замене частей организма, которые

1 *См. рис. 37, часть 1.*

отсутствуют по естественной причине или в результате несчастного случая, так быстро формирует в людях привычку к подобным протезам, что те кажутся им почти натуральными.

Пусть вас не обескураживает необходимость пользоваться зубным протезом – предметом, на первый взгляд, незнакомым и странным. Неудобство, испытываемое на первых порах из-за отсутствия привычки, скоро пройдет – при условии, что оно не является результатом ошибки неумелого производителя, который не учёл все детали, столь подробно мной описанные, и неверно его изготовил.

До того как я воплотил свои идеи в реальность, в качестве протезов верхней челюсти использовались отрезки китового уса, прикреплённые обоими концами к зубам нижней челюсти. Процесс этот был сложным и сильно расшатывал природные зубы. Также для скрепления нижнего и верхнего протезов использовались пружины, скрученные в штопор или в простые спирали. Эти скрученные штопором или спиралевидные пружины занимали много места во рту и причиняли массу неудобств. Их форма препятствовала даже процессу жевания, а между спиралями пружин застревали частицы пищи, которые издавали неприятный запах.

Такие же неудобства были связаны с их неверным взаимным действием. С пружинами моей конструкции этого не происходит: они не скручены в спираль, а способ их сборки даёт им возможность свободного действия и повторения всех движений нижней челюсти. Моя конструкция предпочтительней ещё и потому, что она просто более удобна и имеет более длительный срок службы.

ГЛАВА XIX

СПОСОБ НАНЕСЕНИЯ ЭМАЛИ НА ЗУБЫ ИЛИ ПРОТЕЗЫ

для придания им большей естественности и красивого внешнего вида

Почти невозможно, вернее, крайне сложно найти все материалы, необходимые для изготовления представленных мною протезов, способные в полной мере воссоздать вид природных зубов, с эмалью, цвет которой совпадает с оттенком натуральных зубов пациента, нуждающегося в протезе.

Эта сложность и натолкнула меня на мысль поискать другие способы сделать протезы с оттенком белизны, который был бы присущ природным зубам пациента, если они остались во рту. Я пытался подражать природе и даже превзойти её в том, что касается приятного внешнего вида подобных протезов.

Мне кажется, я нашел решение, когда начал использовать искусственную эмаль, причём преуспел я не только в её сходстве с самой совершенной природной эмалью зубов, но и в подражании цвету дёсен – в тех случаях, когда их также надо заменить полностью или частично.

Для этого я консультировался с самыми искусными эмальерами и, следуя их советам, смог реализовать то, чего, насколько я знаю, никто до сих пор не добивался. Существуют искусственные глаза, составленные из эмали, но никто не озаботился создать что-либо подобное для искусственных зубов, призванных заменить природные. А преимущества, которые дают искусственные зубы по сравнению с искусственными глазами, велики: зубы, как и глаза, украшают человека и в то же время исправляют самые ужасные и явно заметные дефекты лица.

Прежде чем формировать на протезе зубы и покрывать их эмалью, необходимо его основу посадить на нужную десну и подогнать на ней по всем необходимым параметрам. Но зубы вырезать пока не следует. Снаружи протеза прикрепляют золотую или серебряную пластину толщиной примерно в пол-линии. У полного протеза всей челюсти

пластина должна покрывать внешнюю грань на всей её протяженности. Если какие-то природные зубы ещё присутствуют, а протез заполняет промежутки между ними эмалированными искусственными зубами, то для природных зубов в протезе вырезают пазы, а в промежутках на внешней грани оставляют несколько маленьких, также золотых или серебряных, пластин. Затем на пластине напильником гравируют формы зубов и промежутки между ними, после чего отправляют эмальеру для покрытия её эмалью. Таким образом, каждый эмалированный зуб будет иметь размер и цвет, совпадающий с природным цветом зубов пациента[1]. Чтобы эмальер знал правильный оттенок, ему показывают зуб соответствующего цвета или же природные зубы, оставшиеся во рту пациента.

Если эмальер должен скопировать оттенок природных зубов, будь то зубы пациента или зубы, удаленные у другого человека, их надо замочить в воде по крайней мере на 24 часа, чтобы они сохранили тот же цвет, что и неудалённые. Эмальер должен держать их в воде, чтобы не исчез нужный оттенок белого, поскольку высохший зуб уже никогда его снова не приобретёт.

Если дёсны полностью или частично атрофированы, то вышеупомянутая металлическая полоска должна быть соответственно расширена с целью восполнить высоту осевшей десны. Небольшие возвышения десны между зубами, а также фестонные полукружия, обрамляющие зубы внизу, копируют и заменяют эмалью естественного цвета дёсен.

Подобную пластину нельзя покрыть эмалью без нагрева на огне, поэтому её приходится отсоединять от костяной основы, на которую её вновь нужно прикрепить после эмалирования. Прикрепляют пластину с обеих сторон одним или несколькими шурупами (в зависимости от длины) или же заклёпками с головками заподлицо, которые проходят сквозь всю толщину эмалированной и костяной части протеза.

Если нет желания покрывать эмалированной пластиной всю внешнюю часть протеза, то в протезе вырезают жёлоб, в который пластина помещается вровень с внешней его частью.

Чтобы эмалированные зубы выглядели более естественными, надо помнить следующее: во-первых внешняя часть каждого эмалированного зуба должна быть немного выпуклой, во-вторых, эмаль не может слишком сильно выделяться в пространстве между зубами.

Эмалированные протезы сажают на дёсны и прикрепляют там, как описано в предыдущих главах, то есть нитью, штифтами или пружинами.

Если в протезе появляется один или несколько дефектов в связи с

1 *См. рис. 37, часть 3.*

отпадением природной эмали, то в этом месте прикрепляют золотую или серебряную пластину достаточного размера, а затем протез передают эмальеру, чтобы тот эмалью подходящего оттенка скрыл все изъяны. Эмальер выдерживает протез в воде по уже упомянутой причине. Пластину прикрепляют к протезу со всем возможным искусством. Подобные дефекты можно исправить только таким образом.

Преимущества эмалированных протезов, состоящих из искусственных зубов, не ограничиваются улучшением внешнего вида. Эмалированный протез или зубы служат очень долгое время, потому что эмаль – весьма стойкое вещество.

Я сделал всеобщим достоянием множество способов замены природных зубов на искусственные и подробно описал метод, основанный на личном опыте и достаточный для исправления дефектов всех типов. И потому надеюсь, что это положит конец каждодневно происходящим мучительным операциям, и никому больше не придётся выслушивать предложение о том, что надо, мол, проткнуть дёсны насквозь, вставить в них штифты, на которые потом надеть костяной протез, состоящий из нескольких зубов на замену резцов и клыков верхней челюсти.

Держатели такого протеза (штифты) изогнуты в виде крючков и проходят сквозь основания двух средних зубов протеза и верхнюю десну. Иными словами, протез висит на дёснах, как сережка в ухе, качаясь от любого прикосновения языка или даже движения воздуха, проникающего в рот и выходящего оттуда. Протез этот доставляет неудобства и весьма беспокоит дёсны.

Я слышал о женщине, которой поставили это чудо-устройство. Оно причиняло ей множество неприятностей, но, к счастью, она раскашлялась, и это освободило её от части протеза, которую выбросило изо рта прямо в огонь, где она и сгорела. Я не знаю, починили ли протез, а если да, то как это сделали. Одно несомненно: эта дама очень хотела исправить недостатки в ротовой полости, если согласилась на такую жестокую и в то же время бессмысленную операцию, не говоря уже об опасных последствиях, которые могли произойти. Не могу себе представить, как дантист, хоть сколько-нибудь пекущийся о своей репутации, мог заставить её пройти через это, в особенности в Париже, где практикуют такие хорошие специалисты разных профессий, каждый из которых вносит свой вклад в украшение этого великого города.

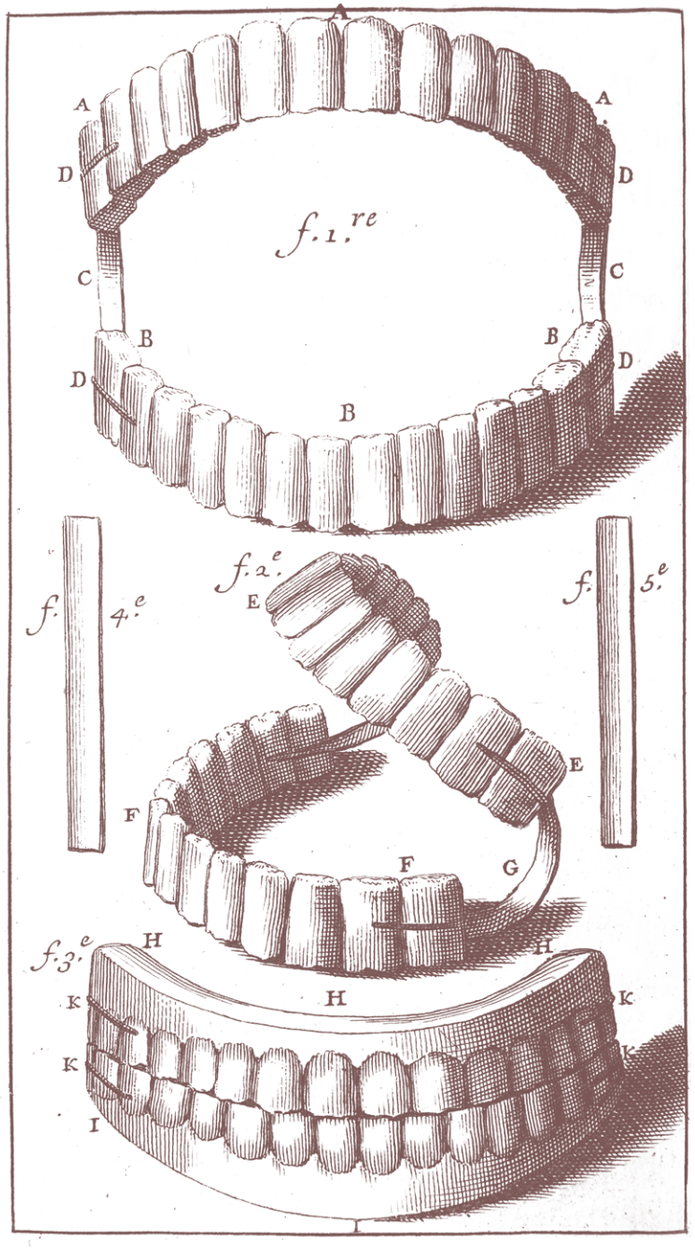

Рис. 37.

Рис. 37.

Виды зубных протезов.

Часть 1. Двойной протез на двух пружинах в полуоткрытом положении, вид спереди.

AAA – Верхний протез.
BBB – Нижний протез.
CC – Пружины.
DDDD – Четыре паза (щели), обмотанные нитью, которая удерживает пружины.

Часть 2. То же устройство для лучшей демонстрации изгиба пружин, вид сбоку.

EE – Левая боковая часть верхнего протеза.
FF – Левая боковая часть нижнего протеза.
G – Изогнутая часть пружины.

Часть 3. Эмалированный протез (в закрытом положении) с изображёнными зубами и деснами, вид спереди.

HHH – Верхний протез.
III – Нижний протез.
KKKK – Нити, прикрепляющие пружины и покрывающие пазы (щели).

Части 4, 5. Две отдельные пружины, похожие на те, которые используют для сборки всех подобных устройств.

ГЛАВА XX

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРВОГО НЁБНОГО ОБТУРАТОРА

с двумя параллельными лепестками на шарнирах, приводимого в рабочее положение винтом

Тип обтуратора, который использовали до сих пор, является конструкцией, собранной из пластины и закреплённого на ней шпенька с резьбой на конце. На шпенёк нанизывается губка, покрывающая выпуклую сторону пластины, а сверху навинчивается маленькая гайка. Губка должна иметь объём, достаточный для заполнения трещины в нёбе. Расположенный таким образом обтуратор готов к работе. Простое заполнение щели губкой имело бы тот же эффект, но в таком случае губка удерживалась бы там лишь давлением краёв щели, а этого недостаточно. Тем более что щель зачастую бывает более широкой у основания, чем вверху. В результате этот обтуратор под действием своего веса и траектории щели соскальзывает вниз и выпадает, что делает его бессмысленным, тягостным и неудобным приспособлением. То же происходит при применении всех других обтураторов, изобретенных ранее. Они выпадают из щели, которую должны надёжно закрывать, поскольку у них нет точки опоры.

Однако конструкция обтураторов, которые я предлагаю ниже, полностью отвечают всем предъявляемым к ним требованиям.

Первый обтуратор состоит из пластины, штыря, двух лепестков[1], двух шпилек, винта, гайки и поворотного ключа. Форма пластины приближена к овалу, тупоугольная с одной стороны. Длина её составляет 15–16 линий, ширина – 9–10 линий. Со стороны ротовой полости (то есть внешней) пластина вогнутая и выпуклая с другой, чтобы лучше подходить к своду нёба. В её центре – отверстие в 4 линии шириной.

1 *Пьер Фошар называет их «крыльями». – Примеч. пер.*

Штырь – цилиндрический, в 5–6 линий толщиной и примерно столько же длиной, не считая четырёх коротких ножек на верхней части. Эти ножки формируют два шарнира, один напротив другого. Между ними находится крестообразный шлиц для винта и гайки для его удержания. В центре штыря имеется круглое отверстие диаметром в 1,5 линии. Оно проходит сквозь весь штырь по оси и совпадает с центральным отверстием на пластине.

Четыре ножки формируют напильником, крестообразно пропиливая верхнюю часть, в результате чего между ножками образуются два промежутка разной ширины и глубины. Ширина большего промежутка – примерно 2 линии, в него входит нижняя часть гайки. Меньший промежуток имеет примерно 1,5 линии в ширину и в глубину, в него входят шарнирные части лепестка.

Лепестки – овальные по форме, с менее закруглённой нижней частью. Их длина – примерно 8 линий, ширина – 6, а толщина – четверть линии. Лепестки выпуклые на той части, которая опирается на нёбо, и вогнутые – на противоположной.

В обоих лепестках вырезаны прямоугольные отверстия примерно в 2,5 линии шириной и в 3 линии длиной. Эти отверстия расположены на пол-линии выше нижней части лепестков, рядом с шарнирами.

По диаметру в лепестках просверлены несколько отверстий, расположенных парами: в них будет пропущена нить, удерживающая на выпуклой части лепестков слой тонкой губки, который делает их контакт с внутренней частью нёбного свода более мягким.

Прямо под прямоугольными отверстиями, в нижней части лепестков, находится язычок, или выступ, в котором горизонтально просверлено шарнирное отверстие.

Шпильки сделаны из отрезков тонкой серебряной проволоки, подходящих по длине и толщине к отверстиям шарниров, куда они вставляются.

Общая длина винта – около 8 линий. Его головка абсолютно круглая и имеет две плоские поверхности, а на внешней поверхности, друг против друга, расположены две прямоугольные выемки (желобки), разделяющие диаметр головки на две почти равные части. Толщина головки винта – примерно 1 линия.

Гайка напоминает своей формой молоточек, ее длина – 4 линии в самой длинной части, а ширина – 3 линии. В верхней своей части гайка имеет выпуклую форму, а в нижней – плоскую.

Гайка просверлена в середине насквозь, диаметр отверстия

подходит под винт. Снизу гайка представляет собой четыре выступающие части: две бóльшие по размеру – горизонтальные, в 2 линии по длине и ширине и в пол-линии по толщине; две меньшие – перпендикулярные, их длина – 2 линии, толщина – две трети линии, а ширина – пол-линии. Эти пропорции и размеры очень важны для правильного функционирования гайки.

Ключ для сборки и разборки этого устройства – плоский, его длина – примерно 15 линий, ширина – 5, толщина – 1 линия. К рабочей части он сужается; там расположены два квадратных зубца, которые должны войти в выемки на головке винта.

Все эти детали должны быть сделаны из золота или серебра. Соединяются они так.

Нижний диаметр штыря припаивают к центру выпуклой части пластины. После этого верхний его торец распиливают крестообразно на четыре части (ножки), длиной, глубиной и шириной, которые указаны выше. Одна из получившихся щелей должна быть глубже другой.

В центре самого глубокого паза проходит сквозное отверстие, выходящее на вогнутой части пластины. Далее отверстие на пластине расширяется, чтобы в него заподлицо входила головка винта. Затем четыре части (ножки) просверливают под шарниры; так же просверливают нижние язычки лепестков, которые войдут в ножки. Язычки сажают в щели между ножками штыря на шарниры, роль оси в которых исполняют отрезки серебряной проволоки.

Когда две детали, которые я назвал лепестками, посажены на проволоку между язычками, гайку помещают сверху таким образом, чтобы её четыре перпендикулярные друг другу выступающие части встали между двумя шарнирами, как шипы в гнезда. Их не следует втискивать туда силой, они должны свободно двигаться вверх и вниз в соответствии с вращением винта в гайке. Цель этого вращения – двигать гайку в двух направлениях, а это значит, что она должна обладать достаточной свободой перемещения и отвечать на действия винта.

Горизонтальные выступающие части гайки проходят в центре шарниров. Их концы вставлены в прямоугольные отверстия в лепестках, когда последние находятся в вертикальном положении. Установив гайку таким образом, в неё снизу вставляют винт, а ключ помещают в выемки на его головке. Ключ поворачивает винт, винт вращается в гайке и опускает её, что в свою очередь заставляет её выступающие части давить на нижние грани прямоугольных отверстий в лепестках. Лепестки опускаются и прижимаются своей выпуклой частью к внутренней стороне щели, в которой находятся. Они должны оказать сверху определённое давление,

чтобы вся конструкция поднялась к нёбу и зафиксировалась там, точно закрыв собой всю щель. Этого можно достичь и без губки, но при необходимости её все же можно прикрепить по периметру лепестков.

Хотя размеры всех деталей мною указаны, их не всегда следует в точности соблюдать. Они варьируются в зависимости от конкретного случая, поскольку кариес нёбных костей и верхней челюсти может привести к более или менее значительной эрозии, а это обстоятельство часто определяет различные конфигурации нёбной щели. Поэтому для полного и точного её закрытия инструмент, называемый обтуратором, должен быть адаптирован к конкретному случаю, то есть к правильной или неправильной форме отверстия.

Перед тем как вставлять обтуратор[1], лепестки надо поднять и приблизить друг к другу на расстояние в 2–3 линии. Тогда они занимают меньше места, что облегчает их введение в отверстие или расщелину в нёбе.

Когда обтуратор приведён в это состояние, его можно вставлять в рот. Держат его большим и указательным пальцами левой руки. Большой палец располагают на вогнутой поверхности пластины, а указательный – на выпуклой. Если нужно, помогают себе правой рукой. Удерживая обтуратор таким образом, лепестки и штырь вводят в щель, пока выпуклая часть платины не коснётся нёба. После этого устройство приводят в рабочее положение ключом, который должен находиться между большим, указательным и средним пальцами правой руки. В это время пластину поддерживают снизу большим пальцем левой руки, а ключ вращают против часовой стрелки, пока устройство не встанет на место. Правильность посадки проверяется фактом устойчивости аппарата, ещё лучше сделать это практическим способом, то есть непосредственным использованием.

Чтобы снять обтуратор, ключ вращают в противоположном направлении. Пациент может делать это сам, если устройство надо сменить или вымыть.

Достоинства этого обтуратора подтверждаются его пользой, которую я справедливо за ним признаю.

1 *См. рис. 38, часть 12.*

ГЛАВА XXI

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВТОРОГО ОБТУРАТОРА, МЕНЕЕ СЛОЖНОГО, *лепестки которого прикреплены особым способом и не имеют шарниров*

Второй обтуратор ничем не отличается от первого в том, что касается пластины: она выпуклая с одной стороны, вогнутая с другой и так же просверлена. К центру выпуклой стороны припаян штырь, его длина – 4–5 линий, толщина – 6 линий. Внутри него просверлено отверстие диаметром примерно в 1 линию. В это отверстие входит стержень винта с плоской головкой. Длина винта – 8 линий, диаметр – 1 линия. Форма головки та же, что и у винта первого обтуратора.

У второго обтуратора, как и у первого, есть два лепестка полуовальной формы. Длина лепестка составляет примерно 8 линий, ширина – 4, толщина – четверть линии. Верхняя плоскость немного вогнутая, а нижняя – выпуклая. По диаметру в лепестках просверлено несколько отверстий для прикрепления губки, служащей цели, которая была указана выше.

Один из лепестков припаян или приклёпан к плоской верхней грани штыря. Лепесток полностью закрывает эту грань и составляет с нею одно целое. Отверстие в штыре проходит и сквозь лепесток.

Во втором лепестке проделано квадратное отверстие по размеру и форме верхней части винта между резьбой и круглым стержнем. Лепесток вставлен в это отверстие жёстко и удерживается в нём небольшой гайкой. Он подчиняется всем движениям винта, поэтому, когда винт поворачивается по часовой стрелке или против неё, лепесток следует за винтом. Нижние части лепестков наложены одна на другую.

Этот обтуратор, хотя он и проще первого по конструкции, иногда является наиболее предпочтительным и даже единственно возможным для использования, например в случае, когда нёбная щель больше в длину, чем в ширину, и более глубокая в горизонтальном направлении. В этом

случае лепестки первого обтуратора ввести нельзя, а лепестки второго по траектории их поворота вполне подходят: они с лёгкостью зажимают обтуратор, давая ему таким образом осуществлять все его функции.

Вводить этот обтуратор[1] надо так же, как и первый, с одним отличием: в первом лепестки поднимают, во втором же их приводят в положение один над другим. Когда обтуратор вставлен, надо, поворачивая снизу ключом, двигать верхний лепесток в сторону до необходимого положения. Этого будет достаточно для фиксации обтуратора. К лепесткам при необходимости можно прикрепить губку.

Для приведения обтуратора в рабочее положение или его снятия используют такой же ключ, как и в первом устройстве, и тем же способом.

1 *См. рис. 38, часть 16.*

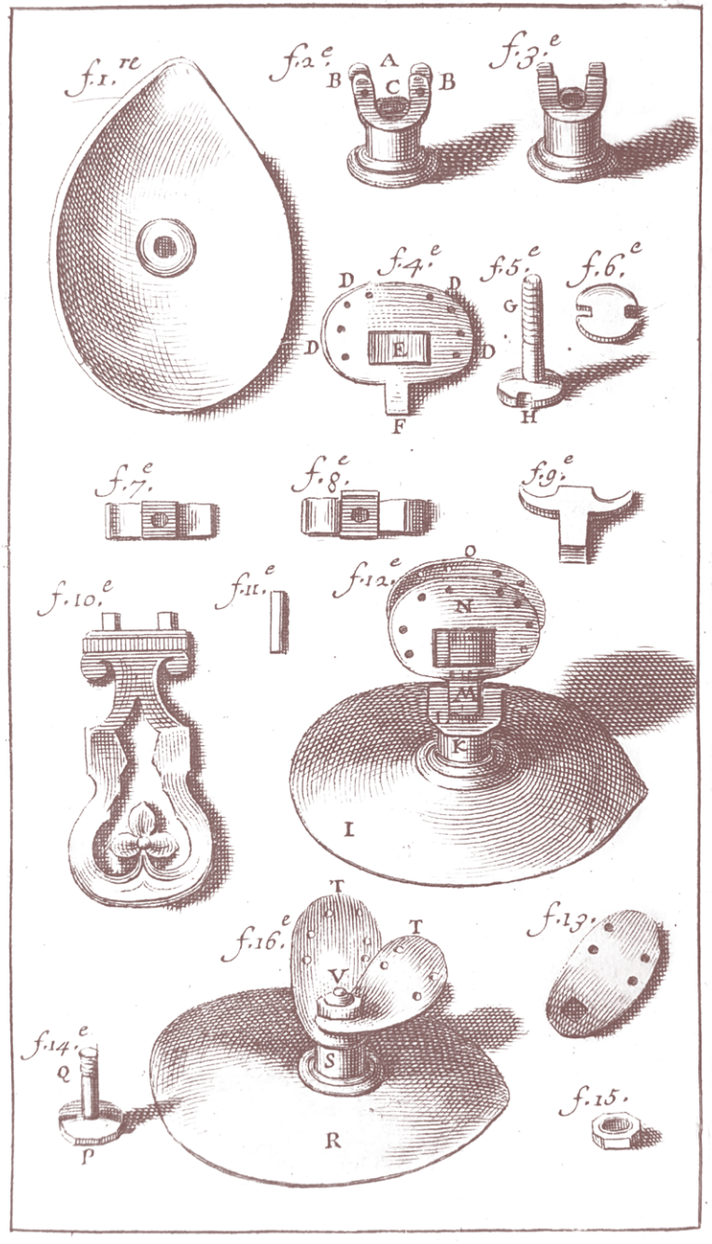

Рис. 38.

Рис. 38.

Первый и второй обтураторы для закрытия нёбных щелей (в разобранном и собранном виде).

ПЕРВЫЙ ОБТУРАТОР.

Часть 1. Выпуклая часть пластины с отверстием в центре, в которое (через отверстие в штыре) войдет винт.

Часть 2. Штырь.

A – Больший паз.

BB – Отверстия в ножках для шпильки, на которую сядут лепестки.

C – Отверстие в штыре.

Часть 3. Штырь со стороны меньшего паза.

Часть 4. Один их двух лепестков обтуратора, вид со стороны выпуклой части.

DDDD – Отверстия на лепестках.

E – Окошко.

F – Выступ-шарнир.

Часть 5. Винт с головкой с внешними пазами.

G – Винт.

H – Головка винта.

Часть 6. Головка винта с плоской стороны.

Часть 7. Верхняя выпуклая часть гайки.

Часть 8. Нижняя вогнутая часть гайки, её четыре выступа и отверстие с резьбой.

Часть 9. Гайка, вид сбоку.

Часть 10. Ключ с двумя зубчиками на верхней части, служит для сборки и разборки обтуратора, приведения его в рабочее положение и снятия, вид сбоку.

Часть 11. Одна из шпилек, соединяющих лепестки с ножками и штырём.

Часть 12. Обтуратор в полностью собранном виде.
II – Пластина со штырём, вид с выпуклой стороны.
K – Штырь.
L – Ножки штыря.
M – Шарнир.
N – Левый лепесток, вид выпуклой части.
O – Правый лепесток, частичный вид вогнутой части.

ВТОРОЙ ОБТУРАТОР.

Часть 13. Один из лепестков со всеми отверстиями, полуовальной формы, вид вогнутой части.

Часть 14. Винт обтуратора.
P – Головка винта
Q – Нарезная часть винта.

Часть 15. Квадратная гайка с отверстием, снабжённым резьбой.

Часть 16. Обтуратор в собранном виде, с видимой выпуклой частью полураскрытых лепестков, которые немного заходят один за другой, верхней частью винта, гайкой, штырём и (частично) выпуклой частью пластины.
R – Пластина, вид выпуклой части.
S – Штырь.
TT – Два лепестка.
V – Гайка и верхняя часть винта.

Поскольку штырь и пластина этого обтуратора идентичны таковым у предыдущего, отдельно их (равно как и ключ) изображать нет смысла.

ГЛАВА XXII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРЕТЬЕГО ОБТУРАТОРА, БЕЗ ШТЫРЯ И С ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ,

лепестки которого отличаются по форме от предыдущих, разделены и управляются винтом особой конструкции, а также описание четвёртого обтуратора

Третий обтуратор

Конструкция третьего обтуратора была подсказана мне конструкцией первых двух. Она отличается от механизма последних во всех деталях. Обтуратор состоит из кости и металла. Костяная часть является пластиной с практически конусообразным отрезком периметра, располагающегося напротив верхних зубов. Окружность пластины со стороны зубов представляет собой соединённые кости верхней челюсти. Пластина выполняет функции этих костей или заменяет их, если сами кости отсутствуют по причине их разрушения. К нижней окружности прикреплён зубной протез, заменяющий собой природные зубы. Верхняя часть пластины вогнута, а затем изогнута на манер нёбного свода; в этой части пластина выпуклая, чтобы наилучшим образом соответствовать тому пустому пространству, которое ей предстоит заполнить. Таким образом, эта пластина с зубным протезом сконструирована для выполнения двух важных функций:

1. она заменяет собой отсутствующие природные зубы и части челюстных костей, отслоившиеся из-за обширного кариеса;
2. одновременно служит обтуратором, закрывающим дыры (расщелины) в нёбе.

Костяная пластина имеет квадратное сквозное отверстие, которое охватывает круглый паз на её вогнутой стороне. В отверстие входит

гайка, круглая снизу (с вогнутой стороны пластины) и квадратная сверху.

Толщина гайки должна быть равна толщине пластины, то есть гайка не может выдаваться ни сверху, ни снизу. Её вставляют снизу в квадратное отверстие таким образом, чтобы она составила единое целое с пластиной. Сверху в гайку вкручивают винт. В первую очередь он проходит сквозь коленчатую деталь в виде буквы «Г», а затем сквозь деталь, прилегающую к поверхности пластины. Последняя представляет собой полоску-язычок в форме миртового листа, примерно в 1 дюйм длиной, 3 линии в самой широкой части и в пол-линии толщиной.

Эта деталь идёт от стержня винта и прилегает нижней гранью к самой верхней выпуклой части костяной пластины на 4–5 линий. Головка винта прижимает деталь, проходя сквозь отверстие в её круглом окончании. Вся остальная часть прижата к нёбу пациента выпуклым сводом обтуратора и лежит около нёбного язычка, но не настолько близко, чтобы быть ему помехой.

Деталь в форме миртового листа играет существенную роль в функционировании уже установленного обтуратора, не давая ему двигаться вперед.

Коленчатая Г-образная деталь, в которую (как я уже упомянул) стержень винта входит в первую очередь через отверстие на конце её нижней части, имеет примерно 6 линий в длину, 3 линии в ширину около винта, а на противоположном конце – 2 линии. Вторым концом нижняя часть соединяется с верхней вертикальной. Концы верхней и нижней её частей закруглены и сужаются к центру. У более широкого конца толщина составляет примерно пол-линии, у более узкого – около 1 линии. Сверху и снизу она плоская и лежит вдоль язычка в форме миртового листа. Вторая половина детали поднята вертикально вверх. Форма её периметра напоминает «восьмёрку». С боков она плоская, её размеры повторяют размеры первой половины, а концы просверлены. В нижнее отверстие вставлена и расклёпана круглая, узкая шпора на внешнем конце горизонтальной части ручки, в которую вкручен нижний винт. На этой шпоре вертикальная часть вращается направо и налево. В верхнее отверстие вертикальной части входит винт, требующий отдельного описания.

Общая длина винта – 13–14 линий, включая головку и квадратный кончик-хвостовик. Длина части с резьбой – примерно 8 линий, грушевидной головки – 4 линии, а четырёхгранного хвостовика на головке – около 2 линий. На хвостовик надевают часовой ключ, который, поворачиваясь, движет винт в верхнем сквозном отверстии вертикального колена, чтобы произвести действие, которое будет рассмотрено ниже.

Сначала я опишу головку нижнего винта, её конструкцию и функции.

Высота головки равняется примерно 3 линиям. По размеру головку можно сравнить со средней горошиной, включая прорезь-жёлоб, который делит её на две равные части. Глубина жёлоба – примерно 2 линии, причём в центре он несколько глубже, чем у края. В середине разделённых этой прорезью частей просверлено по отверстию, одно напротив другого. В них вставлен штифт, который также проходит через два скруглённых выступа, расположенных в жёлобе. Именно из-за скруглённой формы выступов жёлоб, как я уже говорил, более глубокий в середине. В этом и заключается главная функция прорези в виде жёлоба.

Выступы являются нижними частями лепестков, изогнутых в форме половинок лепестков тюльпана. В длину они имеют примерно 8 линий, в самой широкой части – 5. Бóльшая часть их поверхности выпуклая сверху и вогнутая снизу. Они отполированы до полной гладкости. Форма их передней части от верхнего до переднего нижнего угла обратна форме их задней части: последняя является вогнутой от верхнего до нижнего заднего угла. Задний и передний нижние углы соединены прямой линией. Толщина лепестков неодинаковая: она постепенно уменьшается от нижней грани до верхней точки.

В нижней части верхней грани вырезан полужёлоб, который проходит до уровня нижнего выступа. Он шире в передней части, то есть там, куда будет входить грушеобразная головка. Когда лепестки сложены вместе, два полужёлоба составляют отверстие, в которое пройдет верхний винт, к функции которого я позже вернусь. Добавлю лишь, что в лепестках по периметру сделаны отверстия для прикрепления губки, как и в предыдущем случае.

Перед тем как вставить этот обтуратор[1], лепестки надо свести, убедившись вначале, что верхний винт надёжно вкручен в верхнюю вертикальную часть изогнутой ручки, а квадратный хвостовик лежит в жёлобе, проделанном в середине передней верхней части костяной пластины, на которой располагается зубной протез. В это отверстие будет вставлен ключ. После лепестки вводят в расщелину нёбного свода, образовавшуюся вследствие разрушения костной части. При введении надо следовать технике установки первого обтуратора.

Когда лепестки введены в расщелину, ключ надевают на квадратный хвостовик верхнего винта и поворачивают против часовой стрелки. Таким образом, резьба винта входит в отверстие вертикального колена Г-образной детали, и грушевидная головка медленно входит между лепестками как клин, раздвигая их и распирая ими стенки нёбной расщелины, куда вставлен обтуратор, запирая его в нужном месте.

1 *См. рис. 39, часть 14.*

Всё описываемое мною – не просто теоретические суждения, но идеи, претворённые в жизнь, причём с успехом, который я ожидал и в котором был уверен. Один мой пациент, не парижанин, весьма влиятельная личность (назвать его я не могу) пришёл ко мне на приём 25 пять лет назад. Цинга настолько разрушила его нёбо, что расщелина сопровождалась потерей не только всех верхних зубов, но и большой части обеих челюстных костей в месте их слияния, где они формируют переднюю часть нёба. Болезнь дошла до носовой перегородки, лишив её всей костной основы, так что пища и воздух, войдя в рот, выходили через эту щель в нос и обратно.

Осмотрев пациента и убедившись, что сделанные для него обтураторы были не только бесполезными, но и вредными для оставшихся зубов, я начал по мере возможности искать подходящее средство для исправления ситуации и облегчения состояния пациента. После долгих размышлений я придумал конструкцию нового обтуратора, и мне повезло найти достаточно умных и умелых ремесленников, чтобы претворить этот план в реальность и создать вышеописанную конструкцию. Новый обтуратор удовлетворял всем моим требованиям: вышеописанное разрушение ротовой полости, ставшее результатом серьёзных последствий цинги, удалось так хорошо нейтрализовать, что пациент был настолько же поражён, насколько и удовлетворён.

Этот обтуратор, однако, годится не для всех случаев разрушения костной ткани верхнего нёба. Поэтому я рассмотрел все варианты и последствия подобных разрушений и, пойдя ещё дальше, изобрёл другие обтураторы, конструкции которых подробно описываю далее.

Четвертый обтуратор

Несколько лет назад ко мне обратилась дама, живущая не в Париже, которая вследствие запущенного кариеса потеряла четыре резца верхней челюсти, в результате её челюстные кости подверглись такому разрушению, что образовалась щель, идущая от нёбного свода до альвеол и носа. Именно в этот раз меня впервые посетила мысль о совмещении обтуратора и верхнего зубного протеза. Это устройство[1] я сделал из слоновой кости. Моржовый бивень, если бы удалось найти подходящий, был бы более предпочтителен, однако канавка, идущая вниз по всей длине бивня и разделяющая его на две части, не даёт отрезка необходимой толщины для вырезания полного протеза с несколькими зубами.

Я сделал пластину по форме нёбного свода. На её выпуклой стороне

1 *См. рис. 40, часть 18.*

я оставил небольшое возвышение, просверлённое сверху для удержания губки. В протезе вырезал четыре зуба, которые так хорошо прикрепил к клыкам, что пластина встала очень жёстко, полностью закрыв расщелину в нёбе, в то время как искусственные зубы прекрасно восполнили собой недостаток природных. С точки зрения внешнего вида и функций, имитация собственных зубов пациентки была полной. Таким образом, я создал устройство двойного назначения, причём для меня было бы довольно сложно создать и установить эти детали (протез и обтуратор) по отдельности.

Этот небольшой успех вдохновил меня на продолжение исследований, которые привели к созданию всех обтураторов, которые я описал и устройство которых подробно изложил.

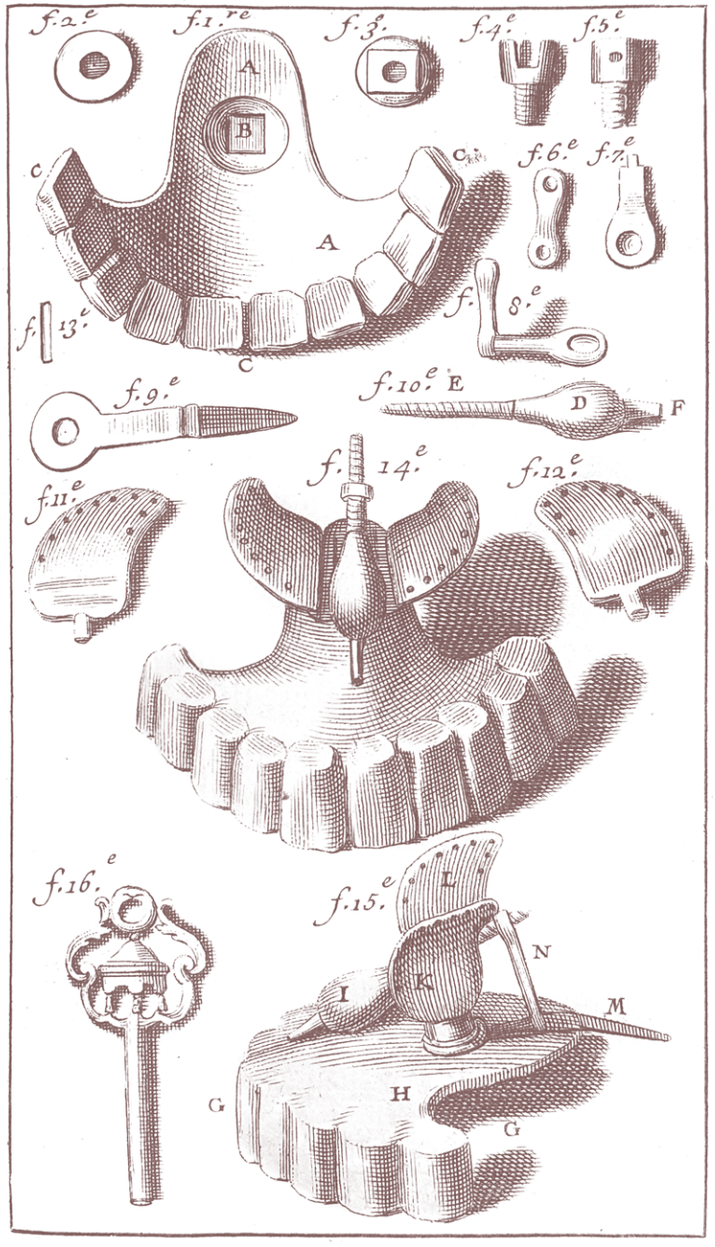

Рис. 39.

Рис. 39.

Третий обтуратор для закрытия нёбных щелей и брешей в зубном ряду (в разобранном и собранном состоянии)

Часть 1. Зубной протез третьего обтуратора, также служащий нёбной пластиной, вид выпуклой части.

AAA – Выпуклая поверхность пластины.
B – Отверстия для гайки.
CCC – Зубной протез, являющийся частью пластины.

Часть 2. Гайка, плотно входящая в толщину нёбной пластины, вид со стороны круглой части.

Часть 3. Та же гайка с другой стороны, так что видна её квадратная часть.

Часть 4. Нижний винт, вид сбоку со стороны паза головки.

Часть 5. Тот же винт, вид сбоку со стороны отверстия.

Часть 6. Верхнее колено Г-образной детали отдельно от нижнего колена; два отверстия, верхнее из которых служит гайкой для верхнего винта, а в нижнее шарнирно входит выступ нижнего колена.

Часть 7. Нижнее колено Г-образной детали.

Часть 8. Г-образная деталь, собранная из двух предыдущих.

Часть 9. Маленькая пластина в форме миртового листа, вид выпуклой части с отверстием и изгибом

Часть 10. Верхний винт с грушеобразной головкой.

D – Круглая часть (головка).
E – Часть с резьбой.
F – Квадратный выступ для ключа, применяемого при сборке и разборке обтуратора, приведения в рабочее положение и снятия его.

Часть 11. Один из двух лепестков, вид со стороны выпуклой части с внешней формой, полужёлобом и шарнирным выступом.

Часть 12. Тот же лепесток, вид вогнутой части

Часть 13. Шпилька для установки двух лепестков на головке нижнего винта.

Часть 14. Третий обтуратор с открытыми лепестками, полностью собранный, вид впереди, открывающий верхнюю часть пластины, все части верхнего винта и выпуклую часть крыльев.

Часть 15. Тот же обтуратор, вид сбоку, для более полного знакомства с составляющими его частями.

GG – Зубной протез.
H – Нёбная пластина.
I – Круглая часть верхнего винта.
K – Лепесток, находящийся в рабочем положении, вид слева.
L – Правый лепесток.
M – Пластина в виде миртового листа в рабочем положении.
N – Г-образная деталь.

Часть 16. Ключ для сборки, разборки и приведения в рабочее положение третьего и пятого обтураторов.

ГЛАВА XXIII

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЯТОГО ОБТУРАТОРА,

с такой же костяной пластиной, что и у предыдущего, с зубным протезом, составленным из нескольких деталей, без штыря, с двумя лепестками, один из которых вращается направо, а другой налево

Пятый обтуратор частично состоит из костяной пластины, идентичной пластине третьего обтуратора, а также гайки, нижнего винта, верхнего винта, двух лепестков, вилки с гайкой и часового ключа.

Нижний винт – главная деталь сборки всего механизма. Он состоит из нескольких частей разной формы, выполняющих различные функции. Общая его длина составляет 7–8 линий, длина части с резьбой – около 2 линий, а толщина – примерно полторы линии.

Тело, то есть средняя часть винта, имеет форму круглой шляпки гвоздя 4–5 линий в диаметре, толщиной в 1,5 линии. Нижняя грань головки винта, то есть торец, выступающий над резьбой, – плоская, с двумя прямыми параллельными желобками глубиной примерно в 1 линию и такой же ширины. Эти желобки располагаются справа и слева от стержня с резьбой; в них входят зубцы вилки, описание которой последует ниже. Верхняя грань головки винта немного скруглена, в центре её расположен четырёхгранный короткий шпенёк, который является верхней частью винта. Он немного напоминает наковаленку, которую используют золотых дел мастера. Шпенёк, или наковаленка, возвышается над головкой (то есть над своим основанием) на 2–3 линии, ширина его – 4 линии, толщина – 2 линии.

В центре самой широкой части этого возвышения просверлено

сквозное отверстие диаметром в 1 линию. В отверстие входит часть большого верхнего винта. К нему также четырьмя маленькими винтами присоединены лепестки, в нижней части каждого из которых для этой цели проделаны два отверстия.

Лепестки пятого обтуратора напоминают крылышки некоторых бабочек, имеют в длину примерно 6–7 линий и около 5 линий в самой широкой части. Их толщина – примерно пол-линии. Основные поверхности (лопасти) выпуклые снизу и вогнутые сверху. По периметру располагаются отверстия, чье назначение уже было описано.

Под лепестками располагаются две небольшие металлические пластины длиной примерно в 5 линий, шириной в 2линии. Толщина пластин у крайних скруглённых частей – четверть линии. На пластинах с каждой стороны имеются круглые отверстия диаметром в две трети линии.

Вилка снабжена двумя четырёхгранными зубцами длиной примерно в 5 линий, в пол-линии толщиной и в 1 линию шириной. Расстояние между ними – 4 линии. Торец вилки выгнут под прямым углом, на котором вертикально стоит возвышение-гайка, соединяющая зубцы вилки и исполняющая две задачи. Высота гайки – примерно 4 линии, а толщина – не менее 1 линии. Отверстие гайки идёт в середине самой широкой части возвышения, его диаметр составляет примерно полторы линии. В нём нарезана резьба, и в эту гайку ввинчивают верхний винт. В самой верхней части гайки, в небольшой плоской грани, просверлено ещё одно отверстие, в которое входит очень тонко и умело выточенный винт. Этот винт проходит сквозь два вышеупомянутых отверстия в двух пластинах, вторые концы которых, тоже просверлённые, присоединены в другом месте.

Важно, чтобы маленький винт удовлетворял трём требованиям.

Во-первых, в нижней его части резьба должна быть очень мелкая и тонкая, чтобы он мог прочно войти в гайку. Длина нарезанной части – не глубже 1 линии. Во-вторых, стержень винта должен быть круглым, чтобы вышеупомянутые пластины могли свободно на нём вращаться. В-третьих, его головка должна быть приплюснутой и лишь немного возвышаться над поверхностью гайки, чтобы не препятствовать движению лепестков над ней.

Длина большого верхнего винта – примерно 10 линий, включая его четырёхгранную часть, резьбу и круглую гладкую часть стержня. Он снабжён круглой головкой, если требуется закрепить его не расклёпывая (подробнее об этом см. ниже). Диаметр винта – примерно 1,4 линии, длина нарезанной части – около 5 линий, длина четырёхгранного

стержня – 4 линии, круглой ненарезанной части – 2 линии, а толщина головки (если она есть) – примерно пол-линии.

Винт вворачивается в гайку над вилкой, тем самым двигая вилку вперед и назад, в зависимости от направления поворота, как было описано выше, в параграфе о сборке этого устройства. Круглая и гладкая часть винта входит в отверстие «наковаленки» нижнего винта. Там она с лёгкостью может вращаться, будучи либо расклёпанной заподлицо, либо удерживаемой небольшим поперечным штифтом.

Завершая сборку мелких деталей всей конструкции, внешние кончики двух пластин прикрепляют к внутренним (выпуклым) граням лепестков на расстоянии 2 линий от нижнего (самого острого) их угла и на равном расстоянии от краев. Эти детали соединяют маленькой шпилькой или винтом, чтобы движение лепестков и пластин оставалось свободным. Присоединив таким образом один лепесток, присоединяют и другой – к другой пластине.

Сделав это, лепестки посредством двух штырьков или двух винтиков закрепляют узкими частями на верхней грани «наковаленки». Один лепесток – справа, другой – слева. Если используются штырьки, то они должны быть неподвижно закреплены на «наковаленке», на них надевают концы лепестков, а потом они просто расклёпываются.

Наоборот, при использовании винтиков в верхней грани «наковаленки» просверливают под них отверстия с резьбой, в которые винтики потом и вкручивают. Затем (закрепив два внешних конца пластин) прикрепляют два других конца между лепестками: их накладывают друг на друга отверстиями, как звенья цепочки. Потом сверху в уже описанное отверстие верхней части гайки над вилкой вставляют винт или штырёк, скрепляющий эти концы пластин.

Длинный винт входит в гайку, зубцы вилки под которой уже введены в желобки на нижней грани головки нижнего винта. Затем гладкую часть длинного винта вставляют в отверстие в «наковаленке», где его конец (как уже было сказано) либо расклёпывается заподлицо, либо удерживается небольшим штифтом в форме ласточкиного хвоста, который входит в желобок, проделанный для этого в задней широкой грани «наковаленки». Этот жёлоб идёт поперёк и немного заходит на отверстие для верхнего винта. Штифт вставляют на место, когда головка винта уже вышла наружу. Штифт не даёт головке выйти назад из отверстия. Таким образом, винт приходит в рабочее положение и может начать выполнять свою функцию (см. ниже). При этом нижний винт должен быть вкручен в гайку, вставленную в костяную пластину.

Чтобы привести обтуратор в полное рабочее положение, нижний винт должен быть вкручен в находящуюся на костяной пластине гайку, расположение и форма которой уже описаны при упоминании остальных обтураторов. Теперь устройство полностью собрано, и лепестки можно с лёгкостью разводить с помощью ключа, похожего на заводной ключ для часов, который надевают вдоль на четырёхгранный хвостовик, являющийся продолжением верхнего винта. Когда винт поворачивается против часовой стрелки, сложенные лепестки расходятся, при этом их внешние широкие части описывают полукруг, зубцы вилки входят ещё дальше в желобки под головкой нижнего винта, а гайка над вилкой начинает приближаться к «наковаленке».

При сообщении движения против часовой стрелки лепестки сходятся, а вилка отходит от «наковаленки». Именно в таком положении должны находиться лепестки[1], когда обтуратор вводят в нёбную щель, которую требуется закрыть. При этом надо соблюдать те же инструкции и предосторожности, что и при введении предыдущих обтураторов, помня, однако, о существовании двух особенностей, а именно:

1. ключ поворачивается в другую сторону (как я только что описал);
2. в верхней передней части протеза необходима канавка для ключа.

Совсем необязательно строго следовать всем вышеописанным правилам сборки деталей (которые, как и в других обтураторах, должны быть изготовлены из золота или серебра). Хотя мои правила просты и недвусмысленны и путаницы возникнуть не должно, мастеру, которому вы поручили производство аппарата, можно дать свободу действий. Однако ему надо заранее сообщить мои рекомендации.

Несмотря на то что мною измерены и представлены параметры всех частей обтураторов, эти цифры не абсолютные и могут меняться с учетом различных форм челюсти у разных пациентов. То же самое относится к дёснам и нёбному своду, равно как и к положению, глубине, длине и ширине расщелины, которую надо закрыть. Тот факт, что все эти детали могут сильно различаться, требует гибкости и подгонки устройства для каждого пациента. Поэтому, если вы собираетесь создать обтуратор, необходимо с большим вниманием отнестись к его производству и учесть конкретные требования к этому аппарату, перечисленные мною.

Более того, я абсолютно убеждён: если правильно использовать наиболее подходящее устройство, при создании которого были учтены

1 *См. рис. 40, часть 16.*

как описанные мной подробности, так и особенности конкретного недуга, то цель будет достигнута полностью – для пользы пациента, его счастья, а также к чести профессии.

Осмелюсь предположить, что это касается всех методов, которые я делаю достоянием общественности, и всех инструментов и устройств, изобретённых или улучшенных мною. Уважаемые и весьма сведущие в данном врачебном искусстве люди не замедлили подтвердить пользу предложенных мною устройств. Тех, кто ещё не в полной мере преуспел в профессии, в достоинствах описанных мною подходов убедит неукоснительное следование моим методам. И потому мне кажется правильным не манить людей пустыми обещаниями, но предоставлять конкретные факты, основанные на многолетнем личном опыте.

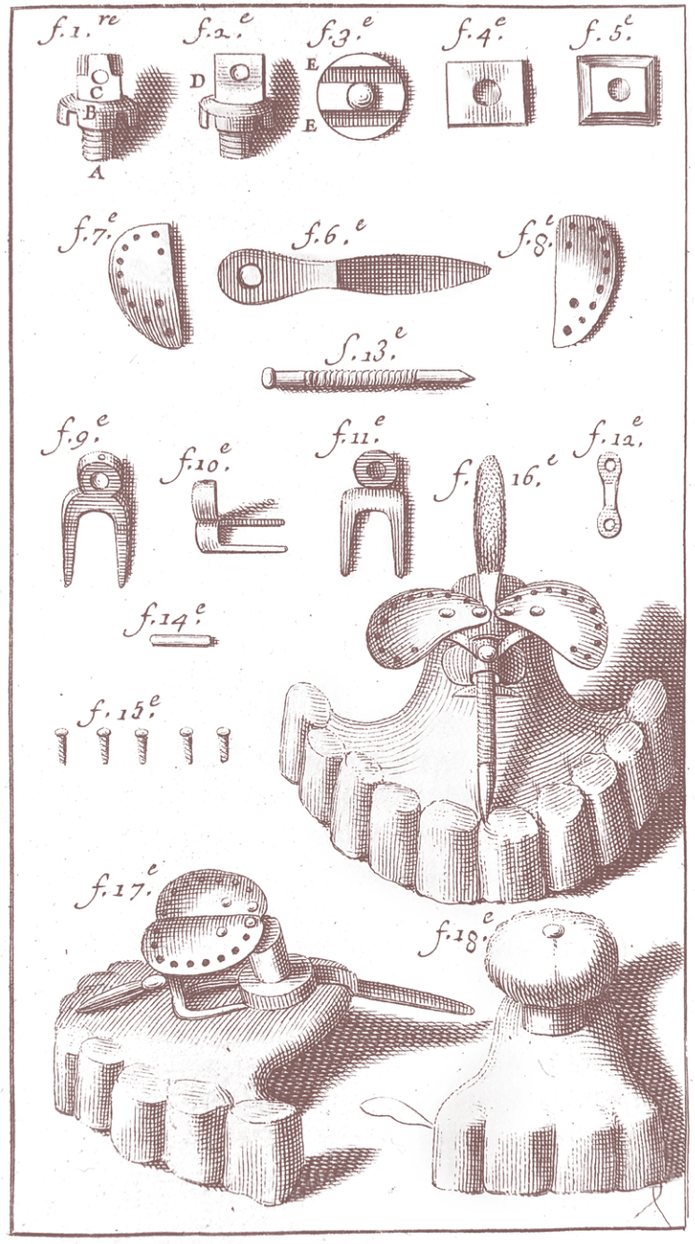

Рис. 40.

Рис. 40.

Четвёртый и пятый обтураторы для закрытия нёбных щелей и брешей в зубном ряду (пятый изображён в разобранном и собранном видах, а также с двух ракурсов).

Часть 1. Нижний винт пятого обтуратора, вид передней грани сбоку, также видны головка, «наковаленка», пазы для лепестков, ножка с резьбой и пазы для нижней вилки.

A – Ножка с резьбой.

B – Головка винта с пазами для вилки внизу.

C – «Наковаленка» с отверстием для верхнего винта и пазами для лепестков.

Часть 2. Тот же винт, вид сбоку и сзади, на котором лучше виден паз для запирающего штифта в форме ласточкина хвоста.

D – Паз для штифта.

Часть 3. Головка того же винта, вид снизу, со стороны пазов для вилки.

EE – Пазы для вилки.

Часть 4. Гайка нёбной пластины, вид с гладкой стороны, с отверстием с резьбой.

Часть 5. Та же гайка со стороны с фасками.

Часть 6. Пластина в форме миртового листа, вид сбоку, с плоской стороны, где отверстие на конце.

Часть 7. Правый лепесток обтуратора с вогнутой стороны, с двумя отверстиями для винта и маленькими отверстиями для прикрепления губки.

Часть 8. Тот же лепесток с выпуклой стороны, с теми же отверстиями.

Часть 9. Вилка со стороны изгибов внутрь.

Часть 10. Та же вилка, вид сбоку для лучшей демонстрации верхнего изгиба.

Часть 11. Та же вилка с выпуклой стороны изгиба.

Часть 12. Одна из пластинок, которыми крепятся лепестки, вид сбоку, со стороны плоской части, с двумя отверстиями (пластины идентичные, поэтому изображена одна из них).

Часть 13. Верхний винт, вид сбоку.

Часть 14. Штифт в форме ласточкиного крыла, вид плоской части сбоку.

Часть 15. Пять маленьких винтов (каждый отдельно), вид сбоку.

Часть 16. Четвёртый обтуратор в собранном состоянии, вид спереди; виден зубной протез, часть нёбной пластины, часть верхнего винта, часть вилки (верхняя гайка), две пластины (прикрепляющие, разводящие и сводящие лепестки), открытые лепестки, пластина в форме миртового листа для обеспечения неподвижности обтуратора, когда он находится в рабочем положении.

Часть 17. Тот же обтуратор, вид сбоку; видна часть зубного протеза, часть нёбной пластины, часть верхнего винта, часть вилки, головка нижнего винта, «наковаленка» на этой головке, пластина в форме миртового листа, два сведённых лепестка в закрытом положении.

Часть 18. Четвёртый обтуратор с зубным протезом из четырёх зубов, являющимся частью костяной нёбной пластины, выступ в форме штыря, на котором нитью закреплена губка, более плотно закрывающая нёбную щель. Этот обтуратор присоединяется нитью к клыкам.

ГЛАВА XXIV

ДЕТАЛЬНОЕ ОПИСАНИЕ НОВОИЗОБРЕТЁННОГО УСТРОЙСТВА,

охватывающего нижнюю челюсть, к которому крепится зубной протез верхней челюсти

В 1737 г. дама из высшего общества, около 60 лет, сохранив все зубы нижней, но утеряв все зубы верхней челюсти, обратилась к г-ну Каперону, весьма сведущему королевскому дантисту, в надежде, что тот сможет сделать ей верхний протез. Г-н Каперон сказал ей, что задача эта подобна постройке здания в воздухе, поскольку на верхней челюсти не осталось природных зубов, к которым можно было бы прикрепить протез. Однако он посоветовал ей обратиться ко мне, добавив, что если я не смогу исполнить её просьбу, то не сможет никто.

Дама последовала его совету. Осмотрев её рот, я попросил дать мне несколько дней на обдумывание способа, которым можно было бы ей помочь. Хорошенько поразмыслив, я изобрёл устройство (см. рис. 41), нижняя часть которого надевается на зубы нижней челюсти, а к ней прикрепляется и ею поддерживается верхний зубной протез, практически полностью заменяющий природные зубы. Дама пожелала иметь протез только передних зубов для украшения рта и чёткости речи, поэтому я сделал протез короче, чем показано, но которым она с лёгкостью пережёвывала пищу и без которого не могла обходиться. Для вящей чистоты у нее было два одинаковых протеза, которые она носила попеременно.

Я охотно расскажу, как было создано это устройство. Совершив все необходимые измерения, в качестве материала для деталей я выбрал золото высокой пробы, а отковал их золотых дел мастер. Я же сделал две квадратные скобы, две полукруглые детали, четыре держателя пружин и восемь гвоздиков со шляпками. К ножкам квадратных скоб по моей просьбе ювелир припаял два конца внешнего полукруга, имеющего больший размер, и два конца внутреннего, чей размер меньше. После

этого к крайним внешним боковым поверхностям были припаяны два маленьких держателя пружин с прорезанными в них сквозными отверстиями, или щелями, для удержания концов пружин. Это устройство плотно садилось на зубы нижней челюсти, охватывая их. Затем я сконструировал верхний протез, во внешних боковых сторонах которого прорезал два отверстия для маленьких заклёпок, которыми присоединил ещё два держателя пружин – таких же, как на нижнем устройстве. Чтобы соединить верхний протез с нижним устройством, я использовал пружины из китового уса. Сначала я ввёл один конец пружины в щель одного из нижних держателей и плотно примотал его несколькими оборотами нити, вдетой в швейную иглу. Далее я ввёл верхний конец в верхний держатель, закрепив его тем же способом, то есть обмотав нитью. Я обмотал нитью всю поверхность пружины, чтобы усилить её. Вторая пружина была приведена в рабочее положение тем же способом: именно так верхний протез был соединён с основанием.

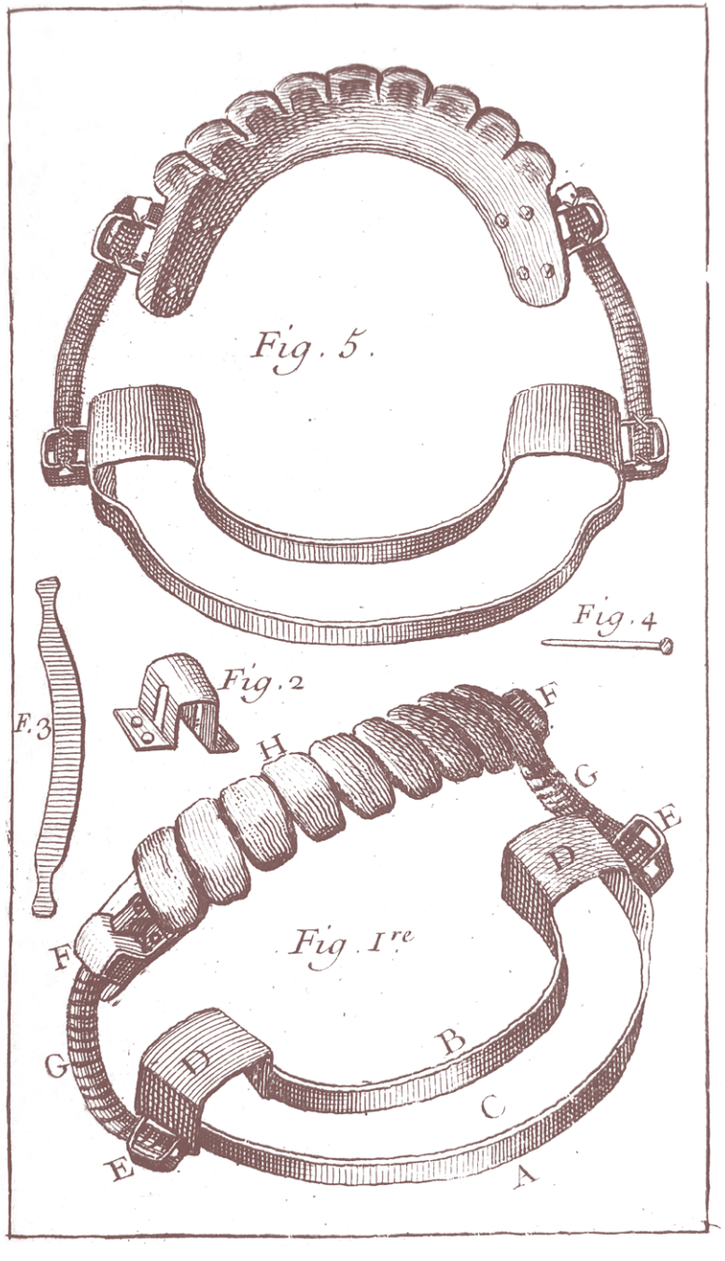

Рис. 41.

Рис. 41.

Новоизобретённый верхний зубной протез с нижней поддерживающей частью, сделанной из золота и охватывающей нижние природные зубы.

Часть 1. Нижняя часть устройства, охватывающая зубы нижней челюсти и поддерживающая прикрепленный к ней верхний зубной протез.

A – Внешняя полукруглая пластина, которую внутренней вогнутой частью сажают на внешнюю грань резцов, клыков и малых моляров, охватывая их у десны.

B – Внутренняя полукруглая пластина, которую выпуклой частью сажают на те же зубы и десну.

C – Промежуток, в который входят зубы, когда устройство приводится в рабочее положение.

DD – Скобы, или изогнутые пластины, опускающиеся на коронки двух первых больших моляров и охватывающие их с внешней и внутренней стороны на обеих сторонах нижней челюсти.

EE – Два держателя пружин с пазами на боковых гранях.

FF – Два других держателя пружин, приклёпанных сквозь отверстия на концах внешних боковых сторон верхнего протеза.

GG – Две пружины, передние концы которых входят в пазы держателей и фиксируемые там оборотами нити, обматывающей всю пружину.

H – Верхний протез.

Часть 2. Один из держателей пружин с небольшими отверстиями для заклёпок (гвоздиков), присоединяющих его к верхнему протезу, а также с щелями (пазами), в которые входит один конец пружины.

Часть 3. Одна из пружин из китового уса, немного выпуклая с внешней стороны и вогнутая – с внутренней, с зарубкой на обоих концах, чтобы лучше зафиксировать пружину в держателе.

Часть 4. Заклёпка (гвоздик) с головкой для прикрепления держателя пружин к верхнему протезу.

Часть 5. То же устройство для нижней челюсти, присоединённое к верхнему протезу двумя пружинами, в полностью раскрытом (разогнутом) состоянии, при котором ясно видны внутренняя грань протеза и все её составные части.

ГЛАВА XXV

ОПИСАНИЕ И МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛНОГО ВЕРХНЕГО ПРОТЕЗА,

соединённого с частичным нижним, который закреплён на оставшихся природных зубах

В 1739 г. ко мне обратилась дама примерно 38 лет. На верхней челюсти у неё совсем не было зубов, а на нижней отсутствовали последние малые моляры и три больших моляра, то есть остались лишь четыре резца, четыре клыка[1] и два первых моляра. Дама заказала мне протез из серебра и кости. Я выбрал серебро высокой пробы, чтобы детали были достаточно гибкими и при этом крепкими на излом (это условие в подобных обстоятельствах следует соблюдать неукоснительно).

Поскольку к тому времени я уже изобрёл предыдущий обтуратор, сделать этот не представляло сложности, поскольку он похож на вышеописанный. Произведя все необходимые замеры, я сначала сделал нижнюю часть – из двух полукруглых пластин и трёх искусственных моляров с обеих сторон, которые я вставил между окончаниями пластин, прикрепив их четырьмя маленькими заклёпками. На заднем торце последнего моляра я прорезал щель, или паз, в 2 линии длиной (глубиной) и в 1 линию шириной. Я сделал два держателя пружин, причём большего размера, чем предыдущие. Затем я вставил нижние искусственные зубы с обеих сторон в держатели пружин, между дужками скоб, и закрепил их там четырьмя маленькими заклёпками. В середине поперечной дуги обоих держателей я прорезал сквозную щель прямо напротив паза, пропиленного на задних торцах крайних искусственных зубов, то есть на гранях, обращённых в глубину рта. Эти щели предназначены для ввода и удержания нижних концов пружин. Затем я вырезал верхний протез для украшения передней части рта; в нём я сформировал десять зубов, находящихся в противоположном положении с сохранившимися зубами-антагонистами в передней части нижней челюсти.

1 *Так в тексте. – Примеч. пер..*

На торцах верхнего протеза я пилкой сделал прорези в горизонтальной плоскости, чтобы вставить и закрепить в них вторые концы пружин. Для их закрепления я просверлил дрелью отверстие у самого конца щели, чтобы иметь возможность пропускать там нить, которая должна удерживать концы пружин. Пружины, соединяющие верхнюю часть протеза с нижней, были сделаны из китового уса и отличались от описанных выше. Нижние концы пружин вошли в сквозные щели скоб и в пазы на торцах нижних искусственных зубов, где я крепко примотал их ниткой, вдетой в иглу. Верхние концы пружин я вставил параллельно нижним в пропилы на торцах верхнего протеза, где я также закрепил их многими оборотами нити вокруг пружин, пропуская иглу с нитью в вышеупомянутое отверстие в конце щели. Сделав всё это, я укрепил устройство во рту пациентки, которая признала, что оно полностью исполняет ту роль, которую она желала.

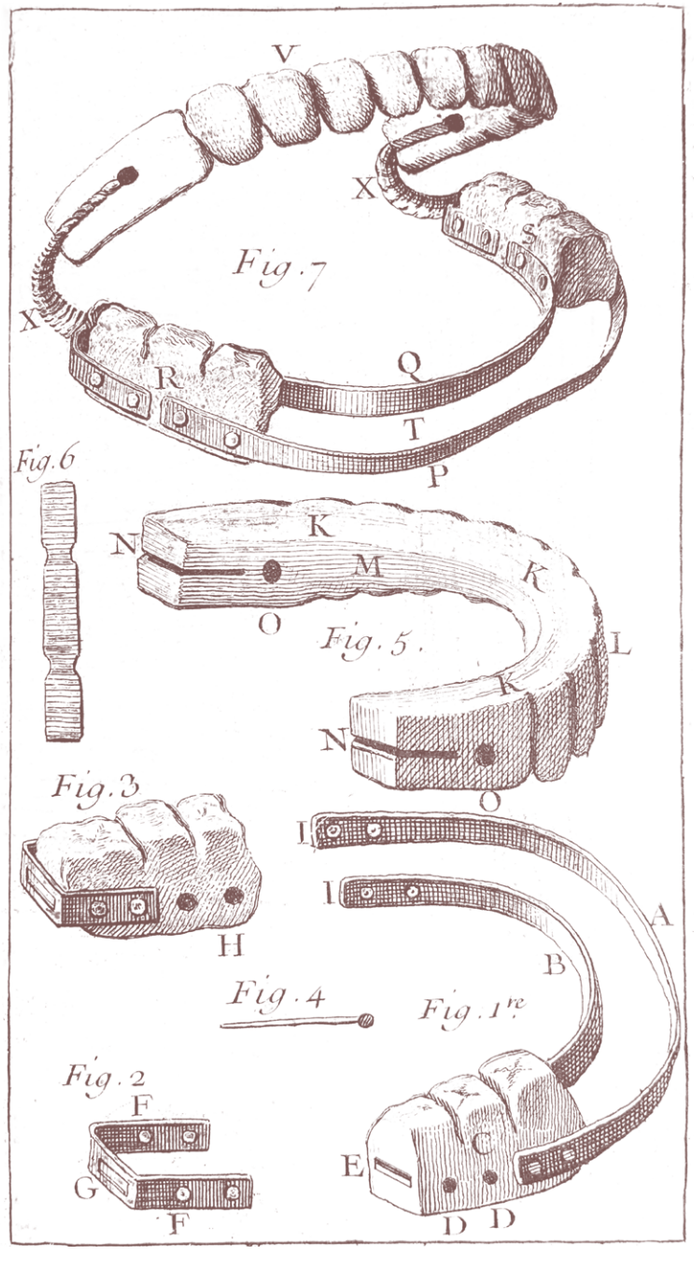

Рис. 42.

Рис. 42.

Все части верхнего протеза и неполного нижнего протеза (оба искусственные), представленные в разобранном и собранном состоянии.

Часть 1. Две полукруглые пружины, которые соединяются на правом и левом окончаниях, охватывая справа и слева три искусственных моляра, фиксируясь там двумя заклёпками.

A – Внешняя полукруглая пластина.
B – Внутренняя полукруглая пластина.
C – Три искусственных моляра.
DD – Два сквозных отверстия для заклёпок, присоединяющих держатель для пружины, чья скоба охватывает моляры внутренними частями плоских ножек.
E – Щель (паз) для закрепления конца пружины.

Часть 2. Держатель пружины, отличный от предыдущих.

FF – Плоские ножки держателя с двумя отверстиями на каждой для заклёпок, которые присоединят их к искусственным молярам с внешних сторон.
G – Сквозная щель (паз), сквозь которую проходит конец пружины, чтобы потом зайти в щель, проделанную на торце последнего по счету моляра, где пружина закрепляется держателем и нитью.

Часть 3. Три идущих подряд искусственных моляра с держателем для пружины, который их охватывает внутренними частями плоских ножек по внешней и внутренней грани и присоединён двумя насквозь проходящими заклёпками.

H – Передняя часть этих моляров с двумя сквозными отверстиями в боковых гранях, которые будут охвачены окончаниями полукруглых пластин с просверлёнными в них двумя отверстиями, скреплёнными заклёпками.
II – Два других окончания полукруглых пружин.

Часть 4. Одна заклёпка с головкой (шляпкой), длина которой должна быть достаточной для соединения вышеуказанных частей.

Часть 5. Верхний протез, вид сбоку.

KKK – Верхняя грань, ложащаяся на дёсны верхней челюсти.
L – Внешняя грань.
M – Внутренняя грань.
NN – Пазы (или прорези), в которые вставляют концы пружин.
OO – Сквозные отверстия для иголки с ниткой, с чьей помощью в пазу зажимают концы пружин, которые затем полностью обматывают нитью.

Часть 6. Пружины из китового уса, соединяющие верхний протез с зубами нижнего.

Часть 7. Верхний протез, соединённый с нижним и его полукруглыми пластинами, вид в открытом состоянии (угол три четверти).

P – Внешняя полукруглая пластина.
Q – Внутренняя полукруглая пластина.
R – Три искусственных моляра, которые встанут на десну с правой стороны нижней челюсти при приведении устройства в рабочее положение.
S – Три искусственных моляра, которые встанут на десну с левой стороны нижней челюсти при приведении устройства в рабочее положение.
T – Пространство, в которое войдут оставшиеся во рту природные зубы, а полукруглые пластины охватят их с внешней и внутренней части у дёсен.
V – Верхний протез.
XX – Две пружины, вставленные одной парой своих окончаний в пазы держателей и торцов последних моляров, а другой – в два пропила (щели) в верхнем протезе и укреплённые там многими оборотами нити, которая также покрывает всю пружину.

В этом протезе я сделал пропилы и отверстия в верхней части, а держатели пружин поместил на протезах нижней части единственно для того, чтобы показать, что пружины могут быть закреплены двумя способами. Можно поставить держатели как на верхнюю, так и на нижнюю часть, что ещё более предпочтительно.

На верхнюю челюсть также можно посадить более простой протез, который будет удерживаться там лишь давлением щёк и нижних зубов. Вес его должен быть небольшим, а функция заключаться в обеспечении красоты рта и четкого произношения. Однако, привыкнув к такому протезу, пациент может использовать его и во время еды, как я имел

возможность неоднократно это наблюдать. Протез должен быть очень хорошо подогнан к дёснам и достаточно расширен на концах, чтобы щёки могли упираться в него и поддерживать вместе с нижними зубами, которые постоянно подталкивают его вверх, причём всё это должно быть заметно лишь самому пациенту. Совсем недавно мною был сделан такой протез, заменивший старый, который я сконструировал двадцать четыре года назад и который все это время весьма успешно использовался. С тех пор я сделал ещё два для двух других пациентов, которые пользуются ими с тем же успехом. Но правда заключается в том, что такие протезы подходят далеко не всем, и я сам сделал только те три, о которых только что упомянул. Дантист, который собирается создать такой протез, должен быть весьма даровит и компетентен, чтобы добиться успеха. Все остальные могут воспользоваться протезами, которые стоят дешевле и, соответственно, доступны тем, кто не имеет возможности потратить на них много денег.

ГЛАВА XXVI

ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ ОДНОЙ ГЛАВЫ

недавно вышедшего трактата о хирургии

Моя книга была готова для публикации в 1723 г., но постоянная профессиональная занятость заставила меня отложить ее до 1728 г. В этот отрезок времени и появился один трактат о хирургии[1]. Я ознакомился с этой книгой, но особое мое внимание привлекла глава 2 второго тома, в которой говорится о зубах. Глава разбита на восемь статей и имеет 68 страниц, на которых я с удивлением прочёл описание различных болезней зубов, а также инструментов и средств для их лечения. Эта информация была бы гораздо более уместной в работе того же автора, опубликованной в 1720 г.

Но я не буду останавливаться на ходе моих мыслей о причинах того, почему же подобные описания оказались лишь в последней книге этого автора.

Широкая публика, к вящей пользе которой нам следует использовать наши таланты и знания, находится в долгу у этого автора за публикацию его труда, и ей не стоит беспокоиться ни о содержании его работы, ни о её форме. Но если в неё вкрались неточности, я считаю своим долгом исправить их, указав на неверные выводы. Опыт нескольких лет и усилия достигнуть впечатляющих результатов в избранной мною области хирургии уполномочивают меня заняться подробным анализом этой части книги.

Совершенно неверным является сделанное автором сравнение зубного камня (или зубных отложений) с ржавчиной, появляющейся на металле; в объяснении этого сравнения автор противоречит сам себе. Вот его собственные слова: «Когда эти отложения невелики и неплотно пристали к зубам, тогда их называют зубным камнем, который, как ржавчина на металле, обнажает корни зубов и расшатывает их. Если налет

1 *К сожалению, П. Фошар не указывает ни автора, ни названия рецензируемой им книги. – Примеч. пер.*

образовался на нескольких зубах, его надо удалить. Для этого его дробят и удаляют стамеской, обнаружив под ним прекрасную белизну зуба. Этот налёт отделяется очень легко; будучи сначала раздробленным, он отваливается от зуба, как персик освобождается от косточки» (с. 18–19).

Ржавчина является чем-то вроде примеси и плотно приставшего вредного загрязнения, которое формируется на железе и стали (при условии, что металлические предметы были подвержены воздействию влаги и не использовались) и в конечном счёте разрушает эти вещества. Отделить ржавчину можно только её спиливанием, при этом поверхность под ней будет неровной и щербатой.

С зубным камнем и самим зубом ситуация совершенно иная. Зубной камень не проникает сквозь эмаль, которая является гладким, плотным и весьма прочным веществом. Зубной камень практически всегда отделяется от эмали без какого-либо следа и не повреждает её поверхность. Кроме того, этого отделения достичь не так легко, как об этом сообщает автор. Зубной камень отделяется от зуба совсем не так, как «персик от косточки»; наоборот, он зачастую так сильно прирастает к поверхности зуба, что отделить его удаётся лишь после долгих трудов, да и то лишь частями. Аналитическое и физическое рассмотрение ржавчины, с одной стороны, а также зуба и зубного камня – с другой, показывает, что это сравнение неправомерно и раскрывает его противоречия. Различные скребки и другие инструменты, числом шесть, которые автор советует применять для удаления зубного камня (с. 20–23), не могут считаться пригодными для этой цели.

Например, эти инструменты невозможно ввести ни между зубами, ни между зубами и дёснами для удаления оттуда зубного камня, не повредив при этом дёсны и не заставив страдать пациента. Кроме того, ни за что не удастся идеально очистить зуб только одним инструментом, как бы идеален он ни был, а автор утверждает обратное. Стамеска, которую автор советует использовать, менее других инструментов подходит для выполнения этой задачи. Это станет ясно любому, кто сравнит метод автора с тем, который предлагаю я (см. глава III данного тома).

Автор продолжает: «Необходимо предупредить молодых хирургов, желающих произвести подобную операцию, что не стоит идти путём различных зубодёров, которые, с целью отбелить зуб полностью, не щадят эмаль и удаляют немалую её часть. Поступать так является весьма значительной ошибкой, и пациенты, которые доверяются подобным людям, являются её жертвой, поскольку спустя небольшое время их зубы разрушаются и начинают доставлять невыносимую боль» (с. 25–26).

За всё время, что я занимаюсь врачебным искусством, касающимся

зубов и их лечения, я никогда не видел, чтобы дантисты, которых автор называет «зубодёрами», удаляли бы эмаль инструментами, предназначенными для очистки зубов. Дело в том, что ни один из них не имеет такой остроты, которая бы не притупилась о твёрдую эмаль, чья прочность приближается к прочности алмаза. Из всех инструментов, что я знаю, лишь напильник может удалить зубную эмаль, да и то с великим усилием, поскольку он не только быстро тупится, но и стачивается даже при кратковременном его использовании.

Бояться же следует не инструментов для очистки зубов, а вредоносных отбеливающих средств, причём в основном тех, которые рекомендует сам автор, а именно – фарфорового порошка и пемзы с их стачивающим эмаль абразивным и разъедающим действием. Элементы, которые автор добавляет в вышеупомянутые средства, неспособны нейтрализовать наносимый ими вред.

Автор добавляет: «Хирурги, которым необходимы напильники, не должны заказывать их у ножовщиков. Их рабочая часть, находящаяся на конце инструментов, входящих в производимые ими наборы, совершенно не годится и не может ничего обработать, а поскольку иметь надо по крайней мере дюжину напильников, то за идеальными надо обращаться к торговцам скобяным товаром» (с. 30).

Я сомневаюсь, что хирурги, в особенности дантисты, и ножовщики согласятся с этим. Одно я знаю совершенно точно: напильники торговцев скобяным товаром сделаны недостаточно хорошо, чтобы спиливать зубы. Обычно их цель – обработка металла или иного другого материала, более мягкого, чем эмаль. Несравнимо лучшими являются инструменты, сделанные умелым производителем напильников, особенно если заранее сообщить ему необходимые размеры, попросить, чтобы инструмент был сделан из самой лучшей стали, выточить его нужной формы, с насечками средней частоты и остроты, хорошо его закалить, как я описал в главе IV данного тома.

«Когда в камне уже сделан небольшой зазор, – пишет автор, – надо взять плоский напильник, а продвинувшись в работе ещё, заменить его на другой» (с. 32).

Совсем наоборот: отделение зубного камня должно по возможности производиться одним и тем же напильником. Его надо менять, только когда необходимо отделить зубной камень полностью или частично на большой поверхности или сделать полукруглую выемку.

Я совершенно не вижу того вреда зубного напильника, в котором автор так старается нас убедить. «Зубы, – говорит он, – можно обрабатывать напильником, только когда трение напильника о зуб не расшатывает

этот последний. А после нескольких расшатываний ни один зуб не будет стоять в лунке крепко и в конце концов выпадет». Если бы у зубов была одна проблема – спастись от губительного расшатывающего действия напильника, то они сохранялись бы во рту всю жизнь. Лёгкие пошатывания, которые зубы испытывают при удалении камня, совершенно не мешают им восстанавливать свое положение, поскольку эластичность лунок и дёсен в их естественном состоянии всегда способствует сжатию ими зубов. Именно об этом свидетельствует наша практика каждодневного использования напильника. Кроме того, я уже говорил, что зубы вновь врастают в лунку после их удаления и повторного помещения в альвеолу, даже при пересадке из одной ротовой полости в другую.

Далее автор замечает: «Нескольким дамам выровняли зубы, но три-четыре года спустя те пожалели об этом, поскольку появился кариес как в верхней части зубов, так и в месте их соединения с десной» (с. 34).

На мой взгляд, автору будет трудно объяснить причину подобного казуса. Каким образом он пришёл к выводу, что зуб может начать разрушаться у десны, если спилить его кончик? Я признаю, что неосторожное использование напильника может привести к неприятности, которой он так опасается (например, если напильник дошел до полости зуба и обнажил содержащиеся там нервные волокна), но такое происходит только с совершенными невеждами во врачебном искусстве. Два примера тому я дал в настоящем трактате (см. глава XXIIII первого тома).

Я согласен с автором, что «хотя инструмент может быть опасен, в руках опытного человека он не произведет неприятных последствий» (с. 35). И от себя добавлю, что напильник является одним из самых необходимых инструментов для сохранения зубов, потому что разделение и укорачивание укрепляет зубы, и зачастую именно обработка напильником останавливает действие кариеса, а не порождает его.

Автор утверждает: «Действие напильника либо полностью уничтожает эмаль, либо настолько истончает её, что обнажает губчатую кость внутри зуба» (с. 38). Не могу не заметить, что «губчатая кость» внутри зуба, о которой говорит автор, есть часть тела, неведомая пока никому, кто исследовал зубы.

Все, что автор говорит об опасностях кариеса и его внезапном развитии (с. 39–40), не стоит воспринимать буквально. Мы каждый день можем наблюдать у пациентов локальный кариес, никак не развивающийся не только в течение трёх месяцев, но нескольких лет. Он не проникает в полость зуба, не доставляет ни малейшей боли и не приводит к каким-либо неприятным последствиям, кроме частичной эрозии эмали, хотя пациент не уделяет этому типу кариеса (который весьма

распространён) никакого внимания и не спешит обращаться к врачу.

Необходимо лечить тот кариес, который может иметь опасные последствия. Однако делать это надо не инструментом, раздвоенным на конце, как змеиный язык, по замечанию автора. Данный инструмент совершенно не подходит для этой цели, а его форма не позволяет расширять кариозные дупла. Я считаю, что бурав, шило и «клюв попугая» подходят гораздо больше, чем «змеиный язык» и вообще любой другой инструмент.

Способ пломбирования зубов, которому учит автор (с. 42, 45–46), весьма прост, но его не следует применять, если хочешь добиться успеха. Причина станет понятна, если дать себе труд внимательно изучить, а затем использовать метод, описанный мной в главе VI данного тома.

По собственному признанию автора, он предпочитает оловянное масло и азотную кислоту гвоздичному и коричному маслам (с. 47).

Оловянное масло и азотная кислота – вещества с сильнейшим разъедающим действием, и их проникновение к весьма чувствительными зубным нервам приводит к невыносимой боли, иногда сопровождающейся бредом и конвульсиями. Кроме того, эти агрессивные вещества находятся в жидкой форме, поэтому, несмотря на все предосторожности, они всё же попадают на дёсны и раздражают их, что приводит к опухолям и язвам. Иногда они проникают даже к надкостнице и в альвеолу, результатом чего являются разрушение и кариес этих частей.

Ничего подобного не приходится опасаться при применении гвоздичного и коричного масел, поэтому эти вещества гораздо более предпочтительны, хотя этот факт и противоречит высказыванию автора рассматриваемого трактата.

Я также не согласен с тем, какую форму следует придавать подрезке для дёсен, что ясно видно из главы X данного тома.

Воздержусь от замечаний по поводу пространных комментариев автора о пеликане. Скажу лишь, что не вижу большой разницы между тем инструментом, который автор отвергает, и тем, который он выбирает. У обоих из них есть свои достоинства и недостатки, которые и подали мне идею изобретения нового пеликана, оперировать которым можно с большей точностью и лёгкостью, чем используемыми до сих пор. Их описание можно найти в главах XI–XII данного тома.

Автор говорит, что клещи соединены пружиной, раздвигающей их рабочие части, и считает, что это делает инструмент более удобным (с. 76, 77).

В конце главы X данного тома я написал, что от этой пружины

необходимо избавиться, поскольку она неудобна, бесполезна и даже вредна.

Далее автор учит: «Поместите раздвоенный кончик элеватора на самую нижнюю часть культи зуба для её удаления» (с. 83).

Этого приёма надо избегать, чтобы не выломать лунку и не разорвать десну, если, конечно, культя сидит не настолько глубоко, что иного способа нет. Но если обломок всё же даёт возможность поместить на него инструмент, то элеватор надо приставлять по возможности дальше от начала лунки, оперев его на что-то неподвижное.

Более того, автор неверно называет элеватор зубилом, а также пишет, что пеликан предпочтителен для удаления всех типов корней и культей зуба (с. 83–84).

Этот выбор не должен быть настолько всеобщим. Например, если есть внешняя точка опоры, а внутри она отсутствует, то вместо пеликана (и любого другого инструмента) следует использовать элеватор. Имеются и другие случаи, когда использование элеватора гораздо более показано, чем пеликана.

Как следует из моего трактата, зубы и другие части ротовой полости страдают от весьма серьёзных недугов, для лечения которых необходима помощь самых умелых врачей. Поэтому удивительно, почему иностранные владыки или главы государств (или наших собственных провинций) не выделяют средства на посылку в Париж молодых хирургов, которых здесь можно научить столь необходимой профессии. Эти специалисты могли бы затем преподавать другим студентам, чем оказали бы великую услугу как своим согражданам, так и нации в целом. Однако подобная идея не находит поддержки. Ею пренебрегают везде, кроме нашего великого города, где искусство зубоврачевания поднялось до высот, начиная от способов украшения рта и устранения его дефектов до лечения опасных болезней, которые зачастую могут оказаться смертельными.

Не могу закончить свои рассуждения, не повторив того, что уже высказал в предисловии: лишь стремление к общему благу заставило меня писать о тех вещах, о которых я бы промолчал, если бы они не приносили людям вреда.

Я был бы счастлив признать, что именно это стремление воодушевляло меня во время моей работы и придавало мне силы на создание такого обширного труда, тем более утомительного и скучного, что все затронутые темы сухи и унылы для непрофессионала. Хотя речь идёт о сохранении здоровья и привлекательности, сами по себе они довольно неприятны. Однако я не собираюсь жаловаться на их сухость и приземленность,

если общество почтит меня своим благорасположением. Впрочем, всё, о чём я осмеливаюсь просить, – это о его снисходительности.

***

У автора имеются в наличии тонкая высококачественная губка, готовые корни для чистки зубов, пасты, порошки, жидкости и настойки для сохранения и лечения дёсен и зубов. Автор производит все виды зубных протезов, деталей, обтураторов и устройств, описанных в этой книге, и неустанно – и он сам, и сьер Дюшмен, его зять и ученик, – предоставляет помощь, проводит консультации и операции, необходимые для сохранения красоты рта и излечения присущих ему болезней.

Недавно распространилась ложная новость о том, что автор отошёл от дел. Такое могли выдумать лишь те, кто, жертвуя честью ради извлечения выгоды, желают использовать своё имя для привлечения внимания тех людей, которые удостаивают доверием именно автора настоящего труда. Поэтому вынужден публично заявить, что по-прежнему практикую в Париже, на улице Комеди Франсез вместе с г-ном Дюшменом, зятем и единственным учеником, а также в новом доме с въездными воротами под козырьком и личной вывеской, снятом на улице Гран Куван де Кордельер, предместье Сен-Жермен, прием в котором начнётся со следующего Рождества, то есть с 1 января 1747 г.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

К ПЕРВОМУ И ВТОРОМУ ТОМУ

А

АБСЦЕСС. На сосудах или в полости зуба. Мнение г-на Эмара. Замечания автора (I, 174 и далее[1]).

АЛЬВЕОЛЫ. Строение, форма и функции (4). Деление по количеству ямок для корней зубов (11). Упругость и три вывода из этого (16). Развитие во внутриутробный период (I, 26).

АРТЕРИИ ЗУБНЫЕ. Расположение, начало и окончание (I, 22–23).

Б

БАЛЬЗАМ. Предложенный г-ном Гельвецием для очищения, промывания и излечения цинготных язв, а также для остановки кровотечения из дёсен (I, 272–273).

БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ. Безопасное оперирование (60). Подверженность зубной боли и её причина (101–102). Предосторожности при удалении кариозных зубов (I, 202 и далее).

БОЛЕЗНИ ДЁСЕН. Средства излечения и способы операций (I, 220–278)

БОЛЕЗНИ ЗУБНЫЕ. Разделение на три вида (I, 105). Первый вид: болезни (изъяны) из-за внешних причин (переломы, смещения, вывихи и проч.) (I, 106–112). Второй вид: болезни частей зуба, скрытых в альвеолах и дёснах (I, 112 и далее). Третий вид: болезни, причиной которых являются сами зубы и которые можно назвать сопутствующими или симптоматическими (I, 114–117). Зубные болезни, начинающиеся до того, как появляются зубы (I, 118). Виды кариеса (I, 118–121).

БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ. Зуд в деснах, переходящий в сильное слюноотделение, его причина (I, 45–46). Распухание дёсен, афты (маленькие язвы) внутри или вокруг рта, распухание миндалин и околоушных желез (I, 46). Сильная боль при прорезывании зубом десны, сопровождающаяся воспалением, кашлем, катаром, жаром, поносом, тошнотой, бессонницей, конвульсиями и др. (I, 46–49). Средства их лечения (I, 51–55). Мнение одного автора о лечения этих недугов (I, 55). Возражения этому автору (I, 56–57).

БОЛЬ ЗУБНАЯ. Происхождение боли, если нет кариеса, рекомендации к действию (I, 130–131). Различные мнения по поводу чувствительности зубов или её отсутствия и мнение автора (I, 135–136). Виды зубной боли (I, 136 и далее). Средства её успокоения (I, 165–169). Боль при прорезывании зубов, являющаяся недугом дёсен (I, 220).

БУРАВ. Размеры (II, 54–55). Использование как бурава, так и «клюва попугая» и малого шила (II, 56–60).

В

ВЕНЫ ЗУБНЫЕ. Место ответвления и окончания (I, 22).

ВОСПАЛЕНИЕ НА ДЁСНАХ И ЩЕКАХ. Возникшее после удаления зуба; средства излечения (II, 199–200).

ВОСПАЛЕНИЕ НА ЗУБАХ. Причины (I, 137–138). Мнения по поводу этого недуга и способов его излечения (I, 200 и далее).

ВЫВИХИ (СМЕЩЕНИЯ) ЗУБОВ. Виды смещений (I, 124 и далее). Способы исправления (I, 126–127).

Г

ГУБКА. Использование для чистки зубов (I, 74).

Д

ДЁСНЫ. Строение и роль дёсен (4.) Три следствия упругости дёсен и альвеол (16). Строение у зародыша в утробе и после рождения ребёнка (26–27). Болезни дёсен и средства их лечения (133, 220–285). Положение и соединение дёсен, в том числе у детей. Дёсна как украшение рта (I, 216 и далее).Действия при отделении из-за зубного камня, распухании и потере упругости (II, 24–25).

ДЕТИ. Удаление наростов на деснах, лечение путём выпуска крови из десен (II, 24–25). Обтачивание слишком больших зубов (II, 27).

ДОЛОТО. Тип «клюв попугая», его описание и применение (II, 6–7). Использование для удаления зубного камня (II, 17 и далее).

ДРЕЛЬ. Описание, использование для производства искусственных зубов (II, 236 и далее).

Ж

ЖАР. Жар и холод, резкая смена температур, разрушающая зубы (I, 69–70, 103).

ЖИДКОСТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ И ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ. Способ применения, меры предосторожности (I, 80–81). Другая жидкость для той же цели (I, 81).

ЖИДКОСТЬ, ИЗОБРЕТЁННАЯ АВТОРОМ. Осушающие, вяжущие и освежающие свойства.

1 *Приводимые в скобках номера томов и страниц относятся к оригинальному изданию трактата П. Фошара 1746 г. – Примеч. пер.*

Применение для укрепления зубов и дёсен, лечения цинготных воспалений (I, 91–92). Свойства и применение спиртовой, осушающей, ароматической и противоцинготной жидкости, применяемой против большого числа заболеваний ротовой полости (I, 92–99). Тёплая вода с четвертой частью фруктовой водки для чистки зубов (I, 74).

З

ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ ОШИБОК В КНИГЕ ПО ЗУБОВРАЧЕВАНИЮ.

Ошибки в описании зубов, выросших за пределами зубного ряда или искривившихся под влиянием молочных зубов и др. (II, 88 и далее). Ошибки в описании действий, которые следует предпринимать, если челюсти ребёнка недостаточного размера (II, 90–91). Ошибка в утверждении, что при удалении молочных зубов не нужно бояться повредить следующие за ними коренные (II, 91–92).

ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ ОШИБОК В КНИГЕ ПО ХИРУРГИИ.

Причины, по которым отмечены ошибки в книге по хирургии (II, 354–355). Опровержение сравнения зубного камня с ржавчиной (II, 356–357). Критика инструментов, которыми автор рецензируемой книги советует удалять зубной камень (II, 357). Несогласие с его мнением, что при чистке зубов дантисты снимают слой эмали (II, 357–358). Утверждение, что эмаль быстрее сходит вследствие применения средств для очистки зубов, предложенных автором рецензируемой книги (II, 358–359). Критика напильников, которые он советует. Рекомендуемые напильники (II, 359–360). Ошибки, совершаемые при обтачивании зубов напильником. Недостатки этого инструмента, если его использует человек невежественный, и преимущества в руках человека умелого (II, 360 и далее). Опровержение бездоказательного мнения по поводу губчатой кости, находящейся в зубах (II, 362). Критика теории о внезапном появлении кариеса и о возможности его удаления раздвоенным на кончике инструментом типа «змеиный язык» (II, 363). Замечание автору за то, что он не описывает правильный способ пломбирования (II, 363–364). Неправомерное предпочтение этого автора гвоздичному и коричному маслам оловянного масла и азотной кислоты. Ошибки в описании использования подрезки для десен, пеликана и элеватора (II, 364 и далее).

ЗАПАХ ИЗО РТА.

Причины появления (I, 133–134).

ЗАРОДЫШИ ЗУБНЫЕ.

Мнение по этому поводу (88–89). Особые примеры (13 и далее). Строение зародыша, рождение зуба из зародыша. Противоположные точки зрения на этот счёт (I, 27 и далее).

ЗОНД ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРИОЗНОСТИ ЗУБОВ.

Описание (II, 13–14).

ЗУБОЧИСТКИ.

Металлические зубочистки, а также иголки и кончики ножей, их вред для зубов. Наилучшая замена этим предметам (I, 67).

ЗУБЫ.

Строение зубов, по данным разных авторов (2). Их расположение, число (не всегда одинаковое), различия, форма, части, положение, функции, зарождение (3–9). Сверхкомплектные зубы (3). Зубы, состоящие из двух или трех зародышей (13 и далее). Зуб, зародившийся меж корней двух других (14). Моляр, состоящий из двух зубов, сросшихся корнями (14–15). Удержание зубов альвеолой (16). Истончение части нижней челюсти, находящейся над основанием, у пожилых людей и стариков (16). Приживается ли зуб, снова помещённый в альвеолу (16). Почему зубы, не имеющие антагонистов, кажутся длиннее остальных (16, 18). Сравнение зубов с рычагами (19). Искривление, делающее зубы более стойкими и вызывающие трудности при удалении (19–20). Неровности шейки зуба и их польза (20). Нервы, артерии и вены, подходящие к зубам, их расположение, различные изгибы и ветви (21 и далее). Описание природы и свойств материалов, из которых состоят зубы (23 и далее). Оболочка, покрывающая зубы; пронизывающие её сосуды; сок, притекающий к зародышу зуба и дающий ему строительный материал, эмаль как внешний слой зуба, который формируется первым (27 и далее). Противоположные мнения по этой теме нескольких специалистов в области анатомии; критика этих мнений (29). Рост зуба и сопутствующие этому обстоятельства; три условия, необходимых для появления зубов; зубы больных рахитом (30–31). Возраст, в котором появляются те или иные зубы, а также выпадают молочные зубы, чтобы дать место коренным (31 и далее). Имеются ли корни у молочных зубов и куда они позже исчезают; различные мнения по этому вопросу (33). Что следует знать, чтобы понять причину выпадения молочных зубов; точки зрения на этот счёт (34 и далее). Вмятина на кончиках корней молочных зубов и возможная причина её появления (35–36). Состояние зубов в момент выпадения и замены на коренные (37). Мнение г-на Эмара об их формировании (37 и далее). Случай, когда молочный зуб сопротивляется давлению коренного (40). Молочные зубы, не сменяющиеся на коренные (40–41). Болезни, сопутствующие появлению молочных зубов (45–49). Прогноз Гиппократа о молочных зубах в момент их появления (50–51). Глазной зуб; неверное мнение об опасности его удаления (59–60). Зубы: их польза, мнение на этот счет, а также о необходимости их

сохранения (60–63). Правила сохранения зубов (64–70). Полезные и опасные средства (пасты, порошки, настойки и др.) для чистки и отбеливания зубов, укрепления дёсен (71). Внутренние и внешние причины болезней зубов, альвеол и дёсен (99–105). Расположение и названия зубов, описание их частей (185–188). Зуб, мешающий прорезыванию другого, кривой, недужный или кариозный, подлежащий удалению (I, 194). Почему нельзя удалять молочные зубы, если они не готовы выпасть сами или же нет иного выхода (I, 194–195). Ошибка тех, кто из двух неправильно выросших зубов во рту ребенка, из которых один вырос криво, а другой прямо, для удаления выбирает кривой (I, 196). Случай удаления готового выпасть молочного зуба ножовщиком, который, желая вырвать несуществующий корень, удалил следующий за молочным коренной зуб, а также замечание по поводу незавидной участи тех, кто попадает в руки шарлатанов (I, 196 и далее). Правило, которому надо следовать, чтобы не совершать ошибки при удалении молочных зубов (I, 198–199). Когда следует удалять неправильно выросший зуб, и четыре причины удаления кариозного зуба, который уже не вылечить (I, 199–200).

ЗУБЫ ИСКУССТВЕННЫЕ. Материалы, из которых их следует изготавливать (215–216). Пересадка природного зуба от одного человека другому (216–217). Пересадка природного зуба от животного человеку (217). Что делать, если при пересадке зуба проходит больше времени, чем нужно (217). Что делать до и во время укрепления пересаженного зуба (217–218). Вид нити для укрепления пересаженного зуба; сравнительная характеристика нити из шёлка-сырца и из золота (218 и далее). Как прикреплять протез из пяти или шести природных зубов. Использование золотой или серебряной пластины для фиксации и укрепления протеза, когда количество зубов в нем превышает это число (220–224). Способ прикрепления искусственного зуба к корню (224). Посадка на штифт зуба, у которого кариес расширил канал корня, но стенки остались ещё крепкими (224–225). Что делать, если кариес проник в канал корня, куда должен войти штифт (225–229). Возможность расширения корневого канала, не затрагивая чувствительные части (230–231). Место посадки искусственного зуба большего, чем следует, размера (231). Преимущество зубов, посаженных на штифт и укреплённых золотой нитью (231). Причины, по которым резцы и клыки проще ставить на штифт, чем моляры (231–232). Причины, по которым проще вставлять зубы в верхнюю, чем в нижнюю челюсть (232). Заполнение пространства, ранее занимаемого одним или двумя зубами (244–245). Просверливание слишком изогнутых протезов (245–246). Установка искусственных зубов во рту, где остались только последние моляры (246). Просверливание протезов для верхней и нижней челюсти, на которых остались один или два больших моляра (246–247). Установка искусственных зубов во рту, где остался один малый или большой моляр на одной стороне челюсти, к которому можно прикрепить протез (для верхней или нижней челюсти) (247–248). Установка искусственных зубов, если на челюсти остался последний большой моляр, к которому можно прикрепить протез (248). Прикрепление полного протеза из искусственных зубов к челюсти, на которой остались один, два или три зуба (249–252). Прикрепление протеза к верхним резцам (251–252). Установка протеза, если нет зуба, к которому его можно прикрепить (252–255). Опасности, которыми чреват прокол дёсен для подвешивания на них костяного протеза; пример подобной операции (II, 289–290).

ЗУБЫ КРИВЫЕ, НЕПРАВИЛЬНО ВЫРОСШИЕ И ВЫВИХНУТЫЕ. Причины появления, в том числе по вине молочных зубов, вследствие ударов и слишком сильных рывков зубами (87). Зубы (резцы и клыки), наиболее подверженные таким искривлениям (87–88). Действия дантиста в таких случаях (92–93). Язвы на губах и щеках, возникшие под действием таких зубов (93). Подготовка зубов к выпрямлению (93–94). Причины более успешного выпрямления зубов у подростков, чем у взрослых (94–95). Способы выпрямления зубов, наклонённых вперед или назад, с помощью обычной и шёлковой нити (95–96). Выпрямление зубов с помощью золотой или серебряной пластины (96–99). Выпрямление зубов, наклонённых в сторону и немного заходящих друг на друга, только с помощью нити (99–100). Зубы, наклонённые в сторону, но сохранившие уровень высоты, равный уровню прямых соседей (101). Зуб, отклонившийся вперед или назад и находящийся рядом с одним или несколькими зубами, наклонёнными в сторону (101–102). Два центральных резца, наклонённых в разные стороны, при этом их соседи тоже могут быть наклонены (102). Причины появления пустого пространства между резцами и клыками (103). Кривые зубы, которые невозможно поставить на место, так как оно уже занято (103). Сложность исправления с помощью пластины и нити положения зубов у людей преклонного возраста (104). Использование пеликана при исправлении положения зубов с правой и левой стороны (104 и далее). Сложность исправления положения больших моляров, искривлённых от природы (106–107). Способ исправления больших моляров, пострадавших из-за падения или сильного удара (107). Исправле-

ние положения малых (правых и левых) моляров пеликаном (107–108). Нижние зубы, отклоненные внутрь и в сторону, перекрывающие внутреннюю часть прямостоящих соседей; положение пациента и дантиста (108–109). Правила исправления любого зуба (109–110). Исправление положения зуба, боковые грани которого повернуты одна внутрь, другая наружу, при этом сам зуб может стоять прямо или криво; положение пациента и дантиста (110 и далее). Соблюдение осторожности при этих операциях и опрометчивые действия одного дантиста, в ту пору подмастерья автора (112–113). Недостатки щипцов с рабочей поверхностью, покрытой самшитом, которыми пользуются дантисты для исправления положения зубов (113–114). Укрепление нитью зубов после их выпрямления; жидкость для укрепления дёсен (114). Искривление или выход зуба из альвеолы из-за сильного удара или усилия, при котором альвеола и десна порвались (II, 114 и далее).

ЗУБЫ МАЛОГО И СРЕДНЕГО РАЗМЕРА. Их физиологические и эстетические преимущества перед длинными зубами (II, 25–26).

И

ИЗЛИШЕСТВА. Излишества физические, а также внутреннего характера как причина возникновения болезней зубов (I, 101).

ИНСТРУМЕНТЫ ЖЕЛЕЗНЫЕ ИЛИ СТАЛЬНЫЕ. Критика ошибочного мнения об их вредоносном действии на зубы (II, 2–3). Количество и названия инструментов, необходимых для чистки зубов (5–6). Производство, чистка и заточка металлических инструментов (12 и далее). Виды и описание инструментов для вычистки кариозных масс (54 и далее). Виды и описание инструментов для пломбирования (66 и далее). Виды и описание инструментов для прижигания (80–81). Инструменты для выпрямления зубов (93). Типы и способы использования инструментов для удаления зубов (130–149). Названия и описание инструментов для производства искусственных зубов (II, 235–240).

ИСКРИВЛЕНИЕ ЗУБОВ. Неприятные последствия операций по его устранению (I, 130).

ИСПАРЕНИЯ (ПАРЫ). Желудочные либо лёгочные испарения, вредные для зубов (I, 102).

К

КАМЕНЬ АДСКИЙ. Использование при лечении эпулиса (232–233). Помощь пациенту при случайном проглатывании во время операции (I, 233–234).

КАМЕНЬ ЗУБНОЙ. Предосторожности, соблюдаемые до его удаления (16). Положение пациента во время процедуры (16–17). Положение и действия дантиста при очистке нижних зубов (17–18 и далее); при очистке верхних зубов (21–22 и далее). Описание инструментов для каждой операции (статьи II тома).

КАРИЕС ЗУБНОЙ. Первая причина разрушения зубов (118). Виды кариеса и их симптомы (118–121). Последствия кариеса для различных частей зуба (121). Возраст, в котором кариес наносит наибольшее разрушение (122). Внешние и внутренние причины кариеса (142–145). Головные боли, жар и др., сопутствующие кариесу; стадии кариеса (145). Сухой кариес (146). Подверженность зубов кариесу более, чем других костей (147). Сохранение зубов, если кариес сточен, соскоблён и запломбирован (147–148). Критика и ответ на критику (148). Зубы, наиболее предрасположенные к кариесу (149). Поражение кариесом симметричных зубов с двух сторон челюсти (149). Определение кариеса, его различные причины и следствия (142–150). Виды операций и действий в случае обнажения кариесом зубной полости (154–155). Порочная практика лечения кариеса зубов шарлатанами и знахарями (150 и далее). Взгляды г-на Вальсальвы на тему кариеса (157–158). Неудачный способ борьбы с кариесом некоего турка (158). Взгляды г-на Брантома на тему кариеса (158–159). Мнение г-на Эмара по поводу якобы чудесных случаев исцеления, с комментариями автора (159–160). Способы лечения кариеса; ошибка г-на Диониса (161–164). Боль, вызываемая кариесом, необходимые при этом действия (200 и далее). Способы лечения кариеса, служащего причиной возникновения опухолей и эпулиса (249–250). Средства, способы и меры предосторожности при лечении кариеса челюстных костей (253 и далее). Зубной кариес и воспаления, приводящие к абсцессам с разрушительными последствиями; приспособления, изобретенные автором для исправления этих последствий (I, 282 и далее). Кариозные дупла, слишком маленькие для удаления кариеса и пломбирования (II, 56). Положения (позы) дантиста при удалении кариеса (II, 56). Действия дантиста, если кариес слишком обширен и слишком поверхностен, чтобы дупло удержало ватный шарик или пломбу (II, 56–65).

КВАСЦЫ. Опасность раствора квасцов для зубов, применённого в неразбавленном виде и неосторожно (I, 72).

КЛЫКИ. Расположение, названия, форма и предназначение (6). Корни клыков (9–10). Первое появление (13, 32). Выпадение (33). Инструменты для удаления (I, 204).

КЛЯП. Конусообразный, с желобками; форма и употребление (I, 213 и далее).

КОМПРЕСС. Лечение зубных недугов, рассасывание воспалений и успокоение зубной боли (I, 165–

166). Применение при распухании дёсен и для их укрепления (I, 225).

КОРМИЛИЦЫ. Безопасность операций на зубах (60). Роль грудного молока в появлении зубов у младенца (100–101). Отношение к зубам, нуждающимся в удалении (I, 202 и далее).

КОРЕНЬ АЛТЕЯ. Использование в качестве средства для очистки зубов; способы приготовления – как неправильный, так и наилучший из известных рецептов (81–84).

КОРНИ ЗУБОВ. Корни молочных зубов; опровержение мнения, недавно высказанного одним автором (8, 33–37, 57–58). Толщина, количество и формы корней резцов, клыков, малых и больших моляров (9–15). Корни резцов, клыков, и малых моляров, уплощённые для придания устойчивости в альвеолах (15–16). Надкостница, покрывающая корни; лунки для каждого корня (I, 20–21).

КОРОНКА. Коронка как название тела зуба; коронки моляров (I, 7).

КОСТИ БЫЧЬИ. Подготовка для изготовления искусственных зубов (II, 233–234).

КРОВОТЕЧЕНИЕ. Кровотечение во время операции; средства остановки (305 и далее, 315 и далее, 322 и далее). Опрометчивость подмастерья автора, которая привела к обильному и продолжительному кровотечению (325–326). Средства, которые следовало бы использовать в этом случае (326–327). Описание другого кровотечения и способов его остановки (I, 447).

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ИЛИ КОРНЯ. Способы остановки (194–195). Вяжущее средство и его применение (195 и далее). Ещё одно вяжущее средство, изобретённое г-ном Лемери (197–198). Смертельно опасное кровотечение, происходящее при удалении зуба громадного размера или зуба с сильно расходящимися корнями; действия врача в таких случаях (II, 198–199).

КРЮК Z-ОБРАЗНЫЙ. Описание (10 и далее). Применение при удалении зубного камня (II, 21, 24).

КУПОРОС (СЕРНАЯ КИСЛОТА). Запрещение использовать в жидком и неразбавленном виде (I, 72).

Л

ЛЕКАРСТВО. Для образования доброкачественного гноя и иные средства залечивания ран (I, 478–479).

ЛИМОН. Действие лимонного сока на зубы (I, 65).

ЛИМФА. Заражённая лимфа, являющаяся причиной болезней зубов (I, 99–100).

М

МАСЛО. Гвоздичное и коричное масла; мнение автора на их счёт (I, 175–176).

МАСТИКА. Состав мастики для укрепления штифта в теле зуба (II, 229–230).

МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ. Вред для зубов избыточного потребления молочных продуктов, а также сыра (I, 65).

МОЛЯРЫ. Расположение, количество, разделение на большие и малые, их различия и роль (6–7). Вновь отрастающие большие моляры (9). Количество и форма корней малых и больших моляров; реакция больших моляров на давление (18). Моляры с гораздо большим трудом (чем другие зубы) выталкиваются из альвеол, если нет давления зуба-антагониста (18). Возраст, в котором появляются малые и большие моляры (32). Четыре моляра, называемые зубами мудрости, часто появляющиеся в весьма зрелом возрасте (33). Более поздние сроки появления моляров, чем других зубов (50). Моляры как зубы, более склонные к кариесу, чем другие (149). Инструменты для их удаления (I, 204).

МОЧА ЧЕЛОВЕКА. Моча как средство против зубного кариеса, зубных воспалений и боли; способ применения и эффективность, доказанная её составом; дистиллят и уринная соль как замена мочи (I, 167 и далее).

Н

НАЛЕТ ЗУБНОЙ. Причины появления (128). Опасные последствия, подтверждённые примерами (132, 177 и далее). Способы избавления от зубного камня (I, 181). Камневидное тело, которое наросло из зубного камня (I, 181–182).

НАРОСТЫ НА ДЁСНАХ. Различные виды, причины появления, способы лечения и операций (I, 220–227).

НАПИЛЬНИКИ. Опасность при использовании (I, 132). Изогнутый напильник, предназначенный для разделения зубов в глубине рта; описание и характеристика (II, 31). Типы напильников, предназначенных для обтачивания зубов; описание восьми видов (38 и далее). Правила употребления в различных случаях (II, 41–48). Типы напильников для производства искусственных зубов (II, 235).

НЕБРЕЖНОСТЬ. Губительность по отношению к чистке зубов, приводящая к появлению зубного камня и дурного запаха изо рта (I, 104, 180–181).

НЕРВЫ ЗУБНЫЕ. Описание и функции (I, 21 и далее).

НОЖ С ВЫПУКЛЫМ ЛЕЗВИЕМ. Описание (9–10). Использование (II, 20, 24).

О

ОБРАЗ ЖИЗНИ. Здоровый

образ жизни, способствующий укреплению зубов (64–70). Влияние неправильного образа жизни на состояние зубов (I, 100).

ОБТАЧИВАНИЕ ЗУБОВ. В каких случаях применяется (II, 26). Опасность для зубов молодых людей; меры предосторожности (II, 26 и далее). Необходимость обтачивания кариозных зубов с боков (II, 29). Осторожность при разделении нижних резцов (II, 29). Ошибка дантистов, которые разделяют зубы, думая, что кариес можно удалить лишь напильником (II, 30). Другая ошибка, состоящая в недостаточном разделении зубов и нестачивании таким образом большей части кариеса (II, 30). Как избежать обеих крайностей (II, 30–31). Использование напильника с одной рабочей стороной, если надо разделить зубы по причине кариеса (II, 31). Что делать, если зубы сближаются после разделения (II, 31–32). Что делать, если сгнили до полости моляры, клыки и резцы (II, 32). Использование напильника, если зубы повёрнуты вбок, наклонены, закрывают один другой, покрыты оспинами, желобками, выемками и пятнами (II, 32–33). Какие зубы можно уменьшать с помощью напильника, и как это делать (II, 34–37). Возражение г-ну Дионису, считающему бесполезным уменьшать слишком длинные зубы (II, 36). Язвы, вызываемые зубами, которые царапают язык, губы или щёки, если их не сточить (II, 37–38). Правила уменьшения шатающихся и слишком длинных зубов (II, 46–47). Правильная и неправильная форма, придаваемая стачиваемым зубам (II, 47–48). Возможность укорачивания зубов кусачками, если их трудно стачивать напильником (II, 48–49).

ОБТУРАТОРЫ. Недостатки устройств, которым отдавалось предпочтение ранее (II, 292–293). Описание первого обтуратора, изобретенного автором; способ установки и вынимания (II, 292–300). Описание второго обтуратора (II, 302 и далее). Случаи, при которых его надо использовать; способы вставлять, закреплять и вынимать это устройство (II, 304–305). Описание третьего обтуратора, частичного костяного, частично металлического; как его правильно вставить (II, 309–316). Пример пациента с разрушенным цингой нёбом, что привело к ужасным последствиям, но было исправлено с помощью третьего обтуратора (II, 317–318). Четвёртый, более простой, обтуратор, изобретение которого дало толчок к изобретению других (II, 318 и далее). Описание пятого обтуратора (II, 324–329). Сборка и установка устройства (II, 329–333).

ОВОЩИ. Вред для зубов таких овощей, как капуста, лук-порей, зеленый лук, зеленый горошек и др. (I, 65).

ОПЕРАЦИИ НА ЗУБАХ. Виды операций; необходимые знания, умения и навыки (I, 183–184)

Преодоление препятствий в виде щёк, языка и губ; позиции дантиста и пациента при этом (I, 188–193). Опасность слишком сильного раскрывания рта пациента при удалении зуба (II, 174).

ОПУХОЛИ НА ДЁСНАХ. Надрезы на дёснах; как поддерживать их в открытом состоянии (I, 249–250). Способы лечения опухолей среднего и большого размера; примеры из практики (I, 252–253).

ОСКОМИНА ЗУБНАЯ. Причины появления, виды, лечение (I, 129, 138–142)

П

ПАРУЛИС. Абсцесс, формирующийся на дёснах, причины появления (I, 238–240). Способы вскрытия и лечения (I, 240–246). Кариес как частая причина наиболее неприятных видов абсцесса; примеры из практики (I, 247–249, 252–253). Необходимые разрезы и их расширение (I, 249 и далее). Средства лечения (I, 253 и далее).

ПАСТЫ. Зубные пасты, вредные для зубов (I, 71–72). Описание и способы применения зубных паст, рекомендуемых для ухода за зубами (I, 75–77).

ПЕЛИКАН С ВИНТОМ. Описание (II, 145 и далее). Недостатки инструмента (II, 148–149).

ПЕЛИКАНЫ. Простой и двойной пеликаны; способ использования (II, 152 и далее). Описание нового вида простого пеликана (II, 155–161). Прикрепление второй изогнутой ножки на ручку этого пеликана (II, 161–164). Требования к ножкам пеликана (II, 163–166). Отличие и преимущества нового вида пеликана по сравнению со старыми (II, 166–170). Необходимость иметь два одинаковых пеликана; изгибы их ножек (II, 170–171). Преимущества двух отдельных пеликанов перед двойным пеликаном; объяснение причин (II, 171–173). Пеликан как эффективный инструмент для удаления зубов, но опасный в руках тех, кто не умеет с ним управляться (II, 173–174). Закрепление ножки у ручки пеликана (II, 175).

ПЕРЕЖЕВЫВАНИЕ. Затруднения, вызванные проблемами со здоровьем (I, 64–65).

ПЕРЕЛОМЫ ЗУБА. Направления и причины переломов (I, 122–123). Почему переломы зубов никогда не срастаются (I, 123). Операции при переломах зубов (I, 124).

ПЕРЕСАДКА ЗУБОВ. Что необходимо предпринять для посадки зуба в альвеолу (II, 216 и далее). Пересадка зубов от другого человека; возможность такой операции, доказанная мнениями специалистов и опытным путём (II, 186 и далее). Правила пересадки в основном резцов, клыков и малых моляров (II, 189–194).

ПИЩА. Продукты питания, вредные для зубов (I, 65). Серьёзные последствия слишком силь-

ного жевания, раскалывания или отрывания зубами твердых тел (I, 67). Вред для зубов слишком горячей или холодной пищи, объяснение причин (I, 69–70).

ПЛОМБИРОВАНИЕ ЗУБОВ. Важность пломбирования как очень кариозных, так и малокариозных зхубов (II, 66). Инструменты и материалы, применяемые для этого (II, 66–69). Мошенничество тех, кто утверждает, что ставит пломбы из золота (II, 69–70). Подготовка олова или свинца для пломбирования (II, 70). Тонкое олово как наиболее предпочтительный материал; введение пломбы в дупло (II, 70–71). Различные типы пломб в зависимости от обстоятельств (II, 71). Положение (поза) дантиста, способ пломбирования кромки, а также внешних и внутренних граней клыков и резцов нижней челюсти (II, 71 и далее). Верхушки коронок моляров с обеих сторон нижней челюсти, а также внешние их грани с правой стороны той же челюсти (II, 73). Внешние грани с левой стороны той же челюсти (II, 73). Верхушка (кромка) резцов и клыков верхней челюсти (II, 74–75). Верхние поверхности, или верхушки коронок, моляров этой челюсти (II, 75). Зубы с правой стороны этой челюсти (II, 75–76). Кромки коронок, их внутренние и внешние грани с левой стороны верхней челюсти (II, 76). Способы извлечения пломбы из зуба (II, 77). Действия дантиста, если при удалении кариеса перед пломбированием образовалось дупло, обнажив полость и нерв зуба (II, 78).

ЛАНЦЕТ ДЛЯ ДЁСЕН. Использование и описание (II, 130 и далее).

ПОЖЕЛТЕНИЕ ЗУБОВ. Вредоносность для зубов (I, 103).

ПОГОДНЫЕ УСЛОВИЯ. Факторы, являющиеся причиной возникновения насморка и катара, которые в свою очередь влияют на зубы, альвеолы и десны (I, 103).

ПОЛОСКАНИЕ. Противоцинготное полоскание, предложенное г-ном Гельвецием (I, 273–275).

ПОРОШОК. Использование порошка для чистки и отбеливания зубов; превращение в пасту (I, 78–79). Ещё один порошок (I, 79).

ПОСАДКА ЗУБА В АЛЬВЕОЛУ. Действия дантиста при помещении зубов обратно в альвеолу, где они могут прижиться, и после этого (II, 187–188). Мнения гг. Диониса и Вердюка о невозможности такой посадки и возражения автора (II, 188–189).

ПОТЕРЯ ЗУБОВ. Проблемы для здоровья, связанные с утратой зубов (I, 133–134).

ПРИЖИГАНИЕ ЗУБОВ. Количество прижиганий в зависимости от размера и глубины кариеса; необходимые инструменты (II, 80–81). Применение каутера для лечения кариеса на резцах, клыках и малых молярах нижней челюсти, а также на верхушках коронок больших моляров с правой и левой сторон нижней челюсти и их внешней стороне (II, 81–82). Успокоение зубной боли в резцах и клыках путём прижигания (II, 83). Прижигание кончиков резцов и клыков, малых и больших моляров слева и справа на верхней челюсти (II, 83–84). Прижигание внутренней поверхности правых моляров, внешней поверхности резцов и клыков, моляров с левой стороны (II, 83–84). Использование пластины при прижигании, её форма и материал (II, 82 и далее). Ситуация, когда прижигание не излечило кариес (II, 85).

ПРОЗРАЧНОСТЬ ЗУБОВ. Причины и следствия (I, 129–130).

ПРОМЫВАНИЕ ДЛЯ РАН. Спиртовое промывание с осушающим и укрепляющим действием (I, 447).

ПРОТЕЗ ЗУБНОЙ ДВОЙНОЙ. Необходимость в таком устройстве, если зубов не осталось ни на одной из челюстей (II, 276). Соединение двух частей такого протеза (II, 267 и далее). Описание пружин и способы их прикрепления (II, 278 и далее). Установка протеза во рту (II, 280).

ПРОТЕЗ ЗУБНОЙ ПОЛНЫЙ. Полный зубной протез из искусственных зубов на челюсть, где не осталось ни зубов, ни корней (II, 259–260). Бóльшая необходимость протеза для нижней, чем для верхней челюсти; особенности посадки и удержания такого протеза (II, 260–261). Устройство для верхней челюсти, заменяющее природные зубы; рекомендации по изготовлению (II, 261–262). Золотые или серебряные пластины, прикрепляемые к нижней челюсти для удержания верхнего протеза (II, 262–263). Консоли, прикреплённые к концам внешнего полукружия; их форма и размеры (II, 264–265). Описание протеза, находящегося на верхней челюсти (II, 265–266). Соединение верхнего устройства с нижним (II, 266–267). Действия перед тем, как вставлять устройство в рот, сажать на зубы или вынимать его (II, 268 и далее). Преимущества протеза, изобретённого автором, по сравнению с пружинами из китового уса (II, 270–271). Способ сохранения упругости пружин этого протеза (II, 271). Описание полукружий и пластин протеза для нижней челюсти, на которой осталось пять или шесть зубов (II, 271–272). Прикрепление протеза к нижней челюсти, если на ней осталось несколько отдельно стоящих задних зубов (II, 272).

ПРОТЕЗЫ ЗУБНЫЕ. Необходимость восстановления недостающих частей тела; условия привыкания (II, 280–281). Вредные последствия использования пружин из китового уса, шарниров, спиралевидных пружин в виде штопора (II, 281–382). Преимущества пружин, предложенных

автором (II, 282).

ПРУЖИНЫ. Пружины спиралевидные, из китового уса, с применением шарниров, которые использовались до изобретения автором его устройств (II, 281–282).

Р

РАЗВЕРТКА. Описание, использование, комментарии (II, 225–226).

РАЗДЕЛЕНИЕ ЗУБОВ. Опасность разделения нижних резцов (II, 29). Типичные ошибки большинства дантистов: одни считают, что удалять кариес можно только напильником и тем самым стачивают эмаль зуба, другие же не производят достаточного разделения зубов и не удаляют весь кариес (II, 30). Как избежать обеих крайностей (II, 30–31). Предосторожности, которые надо соблюдать при разделении зубов (II, 31–32).

РАЗРУШЕНИЕ ЗУБОВ. Мнения нескольких авторов на данную тему (58–59). Разрушение эмали, описание и способы лечения (I, 127).

РАСТВОРЫ. Раствор для укрепления дёсен и избавления от неприятного запаха изо рта; использование и необходимые инструкции по хранению (I, 88 и далее). Ещё один раствор для той же цели (I, 90–91). Средство против язв дёсен (I, 258–259). Средства для полоскания распухших и цинготных дёсен, а также средства, используемые после того (I, 270–271). Средства для очистки ротовой полости от язв или абсцессов (I, 425). Возникновение омозолелых изъязвлений или наростов (I, 463). Средства и компрессы для вскрытия абсцесса и успокоения воспаления (I, 427–428, 453, 456–457). Жидкость для вспрыскивания в рану (I, 435). Жидкость для промывания свищей (I, 458).

РАШПИЛИ. Предназначенные для производства искусственных зубов, два вида (II, 235).

РЕЗЦЫ. Количество, описание, роль (I, 5–6). Корни резцов (I, 9–10). Первое появление (I, 31). Выпадение (I, 33). Прорезывание резцов вместе с клыками, объяснение причин (I, 50). Инструменты для удаления (I, 204).

РОТОРАСШИРИТЕЛЬ. Роторасширители с винтом и рычажного типа: особенности применения (I, 208–209).

РТУТЬ. Ртуть, или живое серебро, как самый страшный враг зубов; последствия использования ртути (I, 104–105).

С

СВИНИНА. Продукт, как и некоторые другие виды мяса и рыбы, вредный для зубов (I, 65).

СВИЩИ НА ДЁСНАХ. Этимология слова (I, 260). Причины появления, описание (I, 261). Средства лечения (I, 261–264).

СЖАТИЕ ЗУБОВ. Причины слишком сильного сжатия зубов или контрактуры челюстей (I, 206–207). Действия и инструменты, необходимые для раскрытия рта у пациента; меры предосторожности (I, 207–215).

СКОБЛЕНИЕ ЗУБОВ. Положение (поза) пациента и дантиста при использовании развертки или иных инструментов на боковых гранях или кромках зубов нижней челюсти (II, 56 и далее); на внешней стороне зубов справа той же челюсти (II, 58); зубов слева (II, 58–59); на внутренней стороне зубов справа ой же челюсти (II, 59); на сторонах или рабочей плоскости зубов верхней челюсти (II, 59); на внешней стороне зубов справа (II, 59); зубов слева (II, 60). Положение (поза) дантиста при пользовании шилом или «клювом попугая», острым ибо тупым, во время удаления кариеса с кромки и боковых частей моляров с правой стороны нижней челюсти (II, 60–61); с внешней части тех же моляров (II, 61–62); с кончика коронок, боковых и внешних частей клыков и резцов (II, 62); с верхних, боковых и внутренних частей левых моляров (II, 62); с внешней части моляров той же стороны (II, 62–63); с внутренней части зубов на правой стороне той же челюсти (II, 63); с рабочих плоскостей всех зубов верхней челюсти и боковых частей больших моляров той же челюсти (II, 63); с внешней части всех зубов той же челюсти, боковых частей малых моляров, клыков и резцов с правой стороны (II, 63–64). Манипуляции без изменения позы на левой стороне рта, а также оперирование внутренней части зубов с правой стороны той же челюсти (II, 64). Очищение кариозного дупла и пломбирование зуба (II, 64). Соскабливание, спиливание напильником или прижигание кариеса, если он слишком поверхностный или дупло чересчур широкоеб, чтобы удержать ватный шарик либо пломбу (II, 64–65).

СКРЕБОК. Описание изогнутого скребка (II, 55). Употребление (II, 60).

СЛАСТИ. Необходимость ограничения по причине вредного действия на зубы (I, 65–66).

СОК. Питательный, слишком обильный, заражённый; опасные последствия его наличия для зубов и для крови, особенно в воспалённых местах (I, 100).

СОЛЬ АЛЕБАСТРА. Состав и свойства, подразумевающие больше вреда, чем пользы (I, 72).

СОЛЯНАЯ КИСЛОТА. Большая опасность для зубов в чистом виде (I, 72).

СОХРАНЕНИЕ ЗУБОВ. Зависимость от регулярных визитов к врачу (3–4). Ценность зубов, сожаление, испытываемое при их удалении, необходимость сохранять и лечить зубы (II, 200–201).

СРЕДСТВО ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ДЁСЕН. Применение при язвах на дёснах, промывании ран после операций или разрушенных гангреной дёсен; меры предосторожности при использовании (I, 270–271).

СРЕДСТВО ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗУБОВ. Применение для укрепления зубов, после чего их можно выпрямлять (II, 114).

СТАМЕСКА. Описание (6–7). Применение для удаления зубного камня (II, 16 и далее).

СУКНО. Опасность для зубов при чистке грубым сукном (I, 73–74).

Т

ТАБАК. Вредоносное действие курения (I, 68–69). Польза, которую можно извлечь из молотого табака (I, 69).

ТАМПОНЫ КОНУСОВИДНЫЕ. Предосторожности при продолжительном лечении ими (I, 250). Мнения на этот счет гг. Беллоста, Магати и Паре (I, 251–252).

ТЕМПЕРАМЕНТ СЛИЗИСТЫЙ (I, 101).

ТКАНЬ. Опасность для зубов и дёсен, если ткань используют для их чистки (I, 73–74).

ТРЕПАН. Применение на разрушенных или кариозных зубах либо на зубах, причиняющих боль; меры предосторожности и рекомендации (169–175). Примеры успешно трепанированных зубов (I, 471 и далее).

У

УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ. Замечания на этот счет повсеместно встречаются в указанной части книги (I, 194–204). Удаление элеватором корней зубов, моляров с обеих сторон нижней челюсти (II, 136–137). Удаление резцов и клыков (II, 137–138). Удаление изогнутым крюком шатающихся корней, прикрепленных со стороны языка (II, 138). Удаление корней или культей зуба (II, 138–139). Удаление корней с помощью свинцового слитка, когда одного элеватора недостаточно (II, 139–140). Удаление зубов, выросших снаружи или внутри зубного ряда (II, 140 и далее). Неприятные последствия из-за чрезмерного отдаления нижней челюсти от верхней (II, 174). Удаление пеликаном крепко держащихся корней и зубов, прикрепленных внутренней поверхностью (II, 175). Трудности при удалении последних моляров нижней челюсти, а также тех, у которых несколько корней (II, 175–176). Исправление выломанной альвеолы, если костные перегородки разошлись или сместились (II, 176–177). Зубы с разошедшимися и вновь сошедшимися корнями, зубы с загнутыми корнями и зубы, приросшие к альвеоле (II, 177 и далее). Удаление пеликаном моляров и клыков или корней этих зубов с правой стороны нижней челюсти, резцов с той же стороны, клыков, моляров или корней этих зубов с правой и левой сторон верхней челюсти, а также резцов (II, 179 и далее). Зуб, сломавшийся во время операции под действием инструмента (II, 182). Разоблачение рыночных зубодёров; глазные зубы (II, 182 и далее). Предупреждение перелома альвеолы, если корни зубов оказываются слишком длинными и приросшими к альвеоле, а также если зуб нижней челюсти расшатан пеликаном (II, 185–186).

УКРЕПЛЕНИЕ ЗУБОВ. Причины расшатывания зубов (II, 118). Укрепление зубов золотой нитью; толщина нити в зависимости от конкретного случая; качество исходного золота (II, 118–119). Положение (поза) пациента и дантиста (II, 119–122). Укрепление зубов, которые шатаются, почти выпадают, но альвеолы не потеряли глубины (II, 122 и далее). Укрепление шатающихся зубов, если глубина альвеол уменьшилась (II, 124–125). Слишком большое расстояние между шатающимися зубами (II, 125 и далее). Различия в способах укрепления зубов верхней и нижней челюстей (II, 127). Ошибочное мнение г-на Диониса о том, что укрепить зубы невозможно (II, 127–128).

УМЕРЕННОСТЬ. Проявление при сохранении зубов (I, 66–67).

УПРЕК. Высказан автором главам иностранных государств и французских провинций за то, что те не считают нужным посылать в Париж молодых людей для обучения зубоврачебному искусству (II, 366–367).

УСИЛИЯ. Вред чрезмерных усилий, проделываемых зубами (I, 67).

УСТРОЙСТВО, ИЗОБРЕТЁННОЕ АВТОРОМ. Устройство, которое охватывает нижние зубы и служит основанием протезу верхней челюсти (II, 339). Описание, изготовление, установка (II, 340 и далее). Другое устройство, в котором полный верхний протез соединяется с частичным нижним (II, 345). Описание, установка (II, 346 и далее). Полный верхний протез, удерживаемый во рту единственно давлением щёк и нижних зубов; описание, способы использования (II, 352–353).

Ц

ЦВЕТ ЗУБОВ. Изменение цвета зубов; способы его восстановления (I, 127–128).

ЦИНГА (СКОРБУТ). Неприятные последствия для дёсен, зубов, альвеол и челюстных костей (I, 264 и далее). Средства лечения (I, 266–278). Особый вид цинги, о котором не упоминал ни один автор; его причины и последствия в виде выпадения зубов (I, 275 и да-

лее). Предупреждение этого выпадения (I, 277–278).

Ч

ЧЕЛЮСТИ. Сужение к старости нижней челюсти, весьма утолщённой над основанием у 30- и 40-летних людей (I, 16–17).

ЧЕРВИ. Рассуждения по поводу существования червей в кариозных зубах (I, 131–132). Высказывания некоторых исследователей; причины, по которым кариес появляется без зубных червей (I, 150–153).

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ. Различные мнения на этот счет. Два вида чувствительности (I, 135–136).

Ш

ШАБЕР ЗУБНОЙ. Использование при производстве искусственных зубов; виды (II, 238 и далее).

ШИЛО. Производство, описание, размеры (II, 55–56). Использование в практике (II, 60).

ШТИХЕЛЬ ТРЕХГРАННЫЙ. Описание и применение (II, 8–9). Способ применения (II, 20, 23).

ШТОПФЕРЫ ВВОДЯЩИЕ. Два вида штопферов; использование штопфера, изогнутого под прямым углом (II, 66 и далее).

Щ

ЩАВЕЛЬ. Запрещение использовать сок в чистом виде из-за вредоносного действия на зубы (I, 72).

ЩЁТКИ ЗУБНЫЕ. Виды щёток, опасные для зубов (I, 73–74).

ЩИПЦЫ (КУСАЧКИ). Два типа кусачек; безопасное пользование ими для укорачивания зубов (II, 33–34). Другие способы применения (II, 48–49). Ещё один вид щипцов (II, 49). Пример неудовлетворительного их использования неким парижским врачом (II, 49–50). Щипцы и кусачки, их типы, описание, правила пользования (II, 142–145).

Э

ЭЛЕВАТОР. Использование, описание, способ применения (32 и далее). Простой крючок, похожий на элеватор; описание, использование (II, 134–135).

ЭМАЛЬ ЗУБНАЯ. Её толщина, жёсткость, белизна; формирование и разрушение; замечания г-на де Ира по поводу волокон, её составляющих; истончение и другие возможные повреждения зубной эмали (I, 23–26, 28). Возможность удаления различных пятен, возникающих на эмали (I, 33). Опасность нарушить эмаль при укорачивании зуба щипцами (кусачками); меры предосторожности, которые надо предпринять, чтобы избежать этого (II, 32–34).

ЭМАЛИРОВАНИЕ ЗУБОВ. Равномерно эмалированный материал для производства протезов (II, 283). Искусственная эмаль, имитирующая природные дёсны по цвету и составу (II, 284). Покрытие эмалью протезов (II, 284–285). Действия эмальера, чтобы эмаль полностью имитировала природную (II, 286). Исправление эмалью разрушенных или осевших дёсен (II, 286–287). Эмалирование пластины на передней части протеза и при её прикреплении; эмалированная пластина, не покрывающая всю переднюю часть протеза (II, 287). Форма зубов, нарисованных эмалью (II, 287). Посадка на десну и прикрепление эмалированных протезов (II, 288). Исправление изъянов природной эмали на протезе (II, 288). Преимущества эмалирования искусственных зубов (II, 288).

ЭПУЛИС. Два вида мясистого нароста на десне; причины появления, шейка и форма (I, 227–230). Удаление нароста (I, 230 и далее). Средства лечения после этой операции (I, 232–236).

Я

ЯЗВЫ НА ДЁСНАХ. Происхождение (I, 255 и далее). Опасные и неопасные язвы (I, 257–258). Мазь для их лечения (I, 258–259). Способы лечения небольших язв (I, 260).

ЯЗВЫ НА ЩЕКАХ, ГУБАХ И ЯЗЫКЕ. Причины появления (II, 37–38).

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Винслова, профессора Парижского медицинского факультета, члена Королевской академии наук, профессора анатомии и хирургии при Королевском ботаническом саду и проч.

По приказу г-на канцлера я изучил книгу г-на Фошара «Хирург-дантист, или Трактат о зубах» со значительными дополнениями. В этих дополнениях я обнаружил множество полезной информации, равно как и весьма ценных изобретений. В том, что касается всего данного издания, я подтверждаю своё суждение, данное при публикации издания 1727 г.: «Поскольку мне уже много лет известны глубокие познания, сила наблюдения и умения автора в данной части хирургии, именно я и поощрил его в том, чтобы сделать его знания общедоступными. Он так и поступил, издав эту книгу, которую я нахожу великолепной работой; она не содержит ничего, что могло бы помешать её публикации, и моё единственное предупреждение следующее: все замечательные средства, описанные в книге, во многих случаях требуют досконального понимания их действия признанным специалистом, чтобы они доставляли пользу, а не вред».

Писано в Париже
2 марта 1746 г.
Винслов

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Эке, профессора Парижского медицинского факультета, бывшего декана этого факультета

Данная книга не является ни продуктом воображения, ни собранием рецептов, списком операций или перечнем средств лечения болезней зубов. Эта книга описывает научный метод, исходящий из исследований и опыта г-на Фошара, который он делает достоянием общественности с той непредвзятостью, разумом и мудрыми советами, что достойны похвалы и доверия – как книге, так и самому автору.

Писано в Париже
17 июля 1728 г.
Эке

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Фино, профессора Парижского медицинского факультета, врача Их Светлейших Высочеств принца и принцессы де Конти

Я прочёл книгу г-на Фошара с большим удовольствием. Я уверяю, что общественность найдёт в ней великую пользу. Она содержит множество точно описанных фактов, дельных размышлений на тему зубных болезней и средств их злечения. Эти выводы, добытые усердным трудом и полученные благодаря наиполнейшему профессиональному опыту, сделали его человеком, знающим все эти болезни настолько хорошо, что ни один дантист, как в прошлом, так и в настоящем, не может с ним сравниться. Именно эти всесторонние знания позволили ему не только улучшить, но и изобрести ряд новых инструментов и для лечения зубов, и для сохранения их даже во многих, казалось бы, безнадежных случаях. По этой причине его книга, стоившая ему стольких усилий, заслуживает лишь похвалы: созданный им труд с великой ясностью и точностью описывает ту труднопостигаемую материю, что до сего времени трактовалось лишь весьма поверхностно.

Писано в Париже
15 января 1726 г.
Фино

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Гельвеция, профессора Парижского медицинского факультета, постоянного врача Короля, первого врача Королевы, члена Королевской академии наук

Я прочел рукопись книги «Хирург-дантист, или Трактат о зубах, альвеолах и дёснах» авторства г-на Фошара. По моему мнению, до сего дня не выходило ни одной такой же подробной и содержащей такие же точные описания книги. Я считаю, что выход в свет этого труда принесет пользу обществу, тем более великую, поскольку все описанные в ней наблюдения и факты являются результатом зрелого и счастливого опыта автора.

Писано в Париже
19 июля 1726 г.
Гельвеций

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Сильвы, профессора Парижского медицинского факультета, врача Его Светлейшего Высочества монсеньора герцога и врача-консультанта Короля

Книга г-на Фошара основана на множестве тонко подмеченных наблюдений, из которых он сделал справедливейшие и полезнейшие выводы. Он предпринял заслуживающие самой высокой оценки усилия для написания работы, которая превосходит по точности всё, что было написано до него, и широкая публика должна быть благодарна ему за этот дар. Такая книга могла быть написана лишь человеком с глубоким пониманием предмета, который сделал верные выводы на основании своих наблюдений.

Писано в Париже
24 июля 1725 г.
Сильва

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Жюссье, профессора Парижского медицинского факультета, профессора при Королевском ботаническом саду, члена Королевской академии наук, а также Лондонского и Берлинского королевских обществ

Успех, который сопутствовал нескольким из операций, описанных в трактате г-на Фошара, хирурга-дантиста, коим я сам был свидетель, является настолько сильным ручательством правдивости всех остальных, им описанных, что я не могу не свидетельствовать и не уверить общественность, что ни один человек не работал в этой области с таким успехом и так всесторонне, как автор.

Писано в Париже
26 июля 1725 г.
Де Жюссье, парижский врач

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Гг. присяжных хирургов Парижа

Мы, помощник первого хирурга Короля и другие должностные лица гильдии хирургов, со вниманием прочитав книгу «Хирург-дантист», опубликованную г-ном Фошаром, свидетельствуем, что эта работа является основополагающей для хирургии и что автор написал её с весьма глубоким пониманием той темы, которая до него виделась весьма туманной. Мы считаем эту книгу результатом работы очень талантливого человека, который сделал общественности щедрый дар в виде тех знаний, что он получил в результате долгой практики и великого понимания данной области врачебного искусства. Анатомия ротовой полости описана в книге ясным и точным языком, а его советы по лечению, операции, чертежи новых инструментов и нёбных обтураторов кажутся нам заслуживающими нашей высокой оценки. Нашим одобрением мы воздаём должное трудам и усилиям автора, и нам кажется, что никакая похвала не будет чрезмерной тому, кто так чтит свою профессию.

Писано в Париже
7 июня 1728 г.
Гг. Буржуа, Мутон, Шове, Рутонне, Мотеро, Бертран

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Вердье, присяжного хирурга Парижа, королевского демонстратора анатомии, и г-на Морана, ассоциированного члена Королевской академии наук, присяжного хирурга Парижа и королевского демонстратора операций

Те, кто понимает пользу узкотематических научных работ, несомненно, вынесут благоприятное впечатление из данного трактата, опубликованного г-ном Фошаром о зубах и их болезнях. Книга представляется нам прекрасной работой, и мы охотно присоединяемся к большому числу тех, кто высоко оценил её, однако мы не считаем себя обладающими достаточными знаниями, чтобы здраво судить об описанных в ней практических действиях.

Париж
1 июня 1728 г.
Вердье, Моран

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на де Во, присяжного хирурга Парижа и бывшего главы гильдии хирургов

Прочтя рукопись объёмного трактата о составе зубов, их болезнях и средствах их лечения авторства г-на Фошара, хирурга-дантиста, я обнаружил, что книга написана чётко, дельно и ясно. Мне кажется, что она будет весьма полезна для тех, кто желает избрать эту область хирургии своей профессией. Наблюдения, приложенные автором и описывающие сложные, любопытные и особенные случаи, произошедшие в практике автора, подробнейшее описание всех инструментов для всех видов операций на ротовой полости, улучшения и изменения, внесённые в традиционные инструменты для повышения их полезности и эффективности, а также весьма остроумно изобретенные новые, – всё это поднимает данную книгу над всем, что было написано на эту тему. До настоящего времени эта область рассматривалась лишь поверхностно – или в общих курсах по анатомии и хирургии, или в весьма коротких отдельных работах. И наконец, большое число великолепно гравированных иллюстраций, удобно расположенных в нужных местах книги, даёт возможность лучшего понимания и применения того, что изложено в тексте. Я также уверен, что данный трактат будет полезен не только для хирургов всех областей, но и для пациентов этой области хирургии, нуждающихся в их помощи; а если коротко, то я считаю, что нам следует поздравить наше столетие с тем, что, кроме общих курсов по хирургии и анатомии, за которые общественность должна благодарить знаменитых хирургов, сейчас появляются и специальные работы, посвящённые узким областям врачебного искусства, написанные специалистами, которые, посвятив себя одной области хирургии, изъявляют желание в полной мере публиковать факты о своих успехах, поскольку именно с помощью таких работ врачевание может достичь самой высокой степени совершенства.

Писано в Париже
29 марта 1724 г.
Де Во

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Тартансона, присяжного хирурга Парижа и бывшего главы гильдии хирургов

До сего времени существовал пробел в одной из областей хирургических знаний, которая, однако, является не менее важной, чем те, что уже были доведены до совершенства со всем необходимым вниманием. Г-н Фошар только что заполнил этот пробел с помощью публикации своего «Трактата о зубах», в котором содержатся очень четкие объяснения, полезнейшие способы операций, наилучшие средства лечения, а также весьма глубокие выводы. Данным трудом автор сделал врачебное искусство полностью оформленным, и я пишу эти строки, свидетельствуя ему свою благодарность.

Писано в Париже
21 мая 1728 г.
Тартансон

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Дюплесси, присяжного хирурга Парижа

Хотя болезней зубов множество и случаются они часто, прошло много времени, прежде чем кто-то на основании своих исследований смог составить указания и правила для их лечения. Именно это г-н Фошар и сделал в своей книге «Хирург-дантист», рассуждения в которой настолько глубоки, выводы настолько логичны, а предложенные средства настолько действенны, что было бы несправедливо не выразить восхищение этой работой, настолько полезной, насколько и необходимой, в которой так давно нуждалась хирургия. Таково моё мнение, которое я не могу скрыть от широкой общественности.

Писано в Париже
26 марта 1728 г.
Дюплесси

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Гг. Соре и де Грамона, присяжных хирургов Парижа

Книга, написанная г-ном Фошаром о составе зубов, средствах по их сохранению, методах операций на зубах и лечения их болезней, является наиболее полной работой из всех, когда-либо существовавших на эту тему. В ней описана как точная теория, так и практика, подтверждённая многими случаями излечения, и наблюдениями, являющимися плодом обширного и весьма успешного опыта, и очевидцем которых мы часто бывали и сами. Написав это, мы воздаём должное как автору, так и его трактату, который мы прочли с большим вниманием.

Писано в Париже
1 июня 1728 г.
Соре, де Грамон

ОДОБРИТЕЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

Г-на Лодюмье, хирурга-дантиста Его католического Величества Филиппа, короля Испании

Я всегда был слишком заинтересован во всём, что может принести пользу обществу, чтобы не выразить своё мнение в данной положительной рецензии: я ещё никогда не видел более совершенного труда на тему зубов, чем книга, написанная г-ном Фошаром. Я нахожу, что многие описанные в ней выводы и открытия в нашей области врачебного искусства являются одновременно здравыми, полезными и новыми. Выражение «Хирург-дантист», вынесенное в название, полностью оправдывается содержащейся в нем информацией, собрать и упорядочить которую мог лишь счастливый талант, великое внимание и кропотливый труд. Мой собственный опыт в этой области врачевания даёт мне возможность с великим удовольствием засвидетельствовать высочайшее качество данного трактата, который составил автор, продемонстрировав тем самым личную незаинтересованность – настолько похвальную, насколько и редкую.

Писано в Париже
9 июня 1728 г.
Лодюмье

КОРОЛЕВСКАЯ ПРИВИЛЕГИЯ

Людовик, волею Божьей король Франции и Наварры: Нашим дражайшим и верным советникам, членам судов Парламента, постоянным налоговым инспекторам Нашего двора, Большому совету, прево Парижа, бальи, сенешалям, их гражданским помощникам и другим Нашим юстициариям соответствующего положения – желаем здравия!

Наш возлюбленный Пьер-Жан Марьетт, книготорговец и книгопечатник в Париже, давний член своего цеха, сообщил Нам, что желал бы переиздать и распространить книгу под названием «*Хирург-дантист, или Трактат о зубах*» за авторством сьера Фошара, с дополнениями, если Нам будет угодно снабдить его необходимой для этого Нашей привилегией. Желая оказать благосклонность просителю, Мы настоящим документом дозволили и дозволяем ему переиздать вышеуказанную книгу, в одном или нескольких томах, и в стольких изданиях, сколько ему покажется необходимым, а также продавать, отдавать на продажу и сбывать по всему Нашему королевству в течение шести лет подряд, считая от даты подписания настоящего документа. Мы запрещаем любому лицу любого состояния и положения ввозить любое иностранное издание этой книги в любое место, находящееся под Нашей властью, равно как и запрещаем всем книготорговцам и книгопечатникам печатать или заказывать печать, продавать, отдавать на продажу, сбывать и подделывать издания данной книги, а также не позволяем ни под каким видом издавать из неё отрывки, печатать дополнения, исправления, изменения и проч., без явного и письменного позволения вышеупомянутого просителя или его законных представителей, под страхом конфискации этих подделок, штрафа в три тысячи ливров от каждого нарушителя, из которых треть пойдет в Нашу пользу, треть – центральной парижской больнице и треть – вышеупомянутому просителю или его законному представителю, с дополнительной уплатой всех расходов, возмещением убытков и процентов. Настоящий документ должен быть зарегистрирован в Обществе издателей и книготорговцев в течение трех месяцев с момента его подписания, а издание вышеупомянутой книги должно быть осуществлено только в Нашем королевстве, на хорошей бумаге, четким и красивым шрифтом, в соответствии с оттиснутым образцом, приложенным к настоящему документу. Проситель обязан во всем следовать всем правилам книжного дела, в частности указу от 10 апреля 1725 г., поэтому до начала продаж одобренный образец оттиска для

перепечатывания данной книги должен быть без изменения передан в руки нашего дражайшего и верного слуги шевалье сьера д'Агессо, канцлера Франции и командора орденов Святого Духа и Святого Михаила, который представит два экземпляра в Нашу Публичную библиотеку, один – в библиотеку Лувра и один – в библиотеку вышеупомянутого дражайшего и верного слуги шевалье сьера д'Агессо, канцлера Франции, неисполнение чего приведет к аннулированию данного документа. Его содержание Мы приказываем и предписываем использовать к вящему удовольствию и полному удовлетворению просителя и его правопреемников, не чиня ему беспокойств или препятствий. Мы желаем, чтобы копия данного документа, полностью напечатанного в начале или в конце вышеупомянутой книги, считалась имеющей законную силу оригинала, а также предписываем, чтобы копии данного документа, приложенные одним из наших дражайших и верных советников и секретарей, также считались имеющими силу оригинала. Во исполнение данной привилегии приказываем и повелеваем Нашему первому судебному исполнителю проследить за выполнением данной Привилегии, не требуя никаких иных разрешений и не принимая во внимание никакие идущие вразрез легальные действия, протесты и противоречия, могущие проистечь из Нормандской хартии и иных документов, поскольку такова Наша воля.

Выдано в Париже, 22 сентября, в год от рождества Христова 1746, в тридцать второй год Нашего правления.

Указ Короля в Королевском Совете

Подписано: СЕНСОН

Зарегистрировано в регистре XI Королевского Цеха книготорговцев и издателей Парижа, за номером 696, страница 616, в соответствии с существующими правилами, подтвержденными указом от 28 февраля 1723 г.

Совершено в Париже, 7 октября 1746 г.

Подписано: Венсан, *управляющий делами (Синдик)*

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

ФОШАР ПЬЕР

ХИРУРГ-ДАНТИСТ, ИЛИ ТРАКТАТ О ЗУБАХ

Перевод с французского

Под общей редакцией профессора К.А. Пашкова

Подготовлено и отпечатано в ООО "ХЕЛЕНПРО"
107140, Москва г, Красносельская Верхн. ул, дом № 2/1,
строение 2, эт. 2,пом II, ком. 2, тел.:+8 (495) 6600757.
www.tipograf.info

Подписано в печать 14.11.2018.
Формат 162×230 мм. Печать офсетная. Бумага офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ 48944.

ISBN

ISBN 978-5-6041850-0-1