

Серія докторских диссертаций, подлежащих къ защите въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1898—99 учебномъ году.

№ 89.

О ЗАМѢЩЕНИИ
ТРЕПАНАЦИОННЫХЪ ДЕФЕКТОВЪ
ВЪ ЧЕРЕПѢ
ИЗВѢСТНОЙ ПЛАСТИНКОЙ И ХРЯЩЕМЪ.

(Экспериментальное изслѣдованіе)

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины

П. Н. Зворыкина.

Изъ патолого-анатомической лабораторіи проф. К. Н. Викторова.

(Съ иллюстраціями трехъ таблицъ рисунковъ.)

ПЕРЕВЕРНУТО 1936

ПРОВЕРЕНО

Познание диссертации, по порученію Конференціи, было произведено
К. Н. Викторовымъ и Г. Н. Турнеромъ и признано докторомъ А. М. Моссономъ.

Введенъ въ
1898 г.

Имя. ПУГУЧЕВЪ ВЛАДИСЛАВЪ
№ 40 1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія Императорскаго Вѣдомства Дѣла

1899.

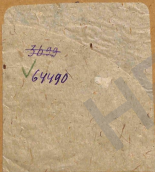
Введенъ въ
1898 г. № 1458
1899 г. № 44

3-44

7-1898 204

33

3699
1144



3699

✓ 64490

1950

Перечисл. 60

7 - 008 212

Докторскую диссертацию автора Прохора Павловича Зверкина жюри признало: по существу трехтомный труд, в котором автором в доступной и краткой форме описаны результаты работы, в которой, по существу, было осуществлено в Кофреинке ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии 300 инъекций препарата (120 инъекций — в Эквадор, 170 — в виде инъекции в бедро) и 30 отдельных инъекций препарата подкожно (в бедро).

С.-Петербург, апреля 10 дня 1950 года.

Генерал-майор,
профессор А. Давыд.

НАУКОВ БИБЛИОТЕКА

СОДЕРЖАНИЕ

	строк
Краткий литературный обзор	5
Собственные наблюдения	26
Опыт с интактной плазмой	31
Опыт с трипсином	43
Общий обзор анатомических данных	53
Выводы	55
В заключение	60
Сarcinoma vite	61
Область развития	62

НАУКОВ БИБЛИОТЕКА

ВНАФЧЕДОО

Краткий литературный обзор.

Транспозиция принадлежит к числу древних хирургических операций и со временем при различных заболеваниях сердца, особенно при нарушении тока и его оболочек, сдвигалась все больше кпереди и обильней. За последние время ее все преобладают не только при транкарических, но и при коронарных сердцах, но и при этом стараются, чтобы транспозиция шла вперед вперед, особенно при первых, заблаговременно с целью диагностическими целями. Последнее рода транспозиция во последнее время приобрела широкие пределы и при современной помощи стали считаться уже почти безопасными. Единственным недостатком этой операции состоит в том, что получаются после нее дефекты, представляющие собой слабые органы, для которых не характерна всякой тканью, или же в какой-либо степени недостаточности, а если иногда и наблюдается полное закрытие его задней частью, то, при различных условиях, гораздо позднее, чем оно получается при перемещении на другую часть сердца. Такое несовершенство (на эмбрио position ad integrum) хроническое транспозиционное отверстие в черепе дано уже образу на себя внимание не только хирургам, но и патолого-анатомам. При этом одни исследователи стремились только узнать, какой тканью чаще всего закрывается транспозиционное отверстие, т. е. соединительной или же костной, другие же кроме того старались показать, из каких тканей и каким путем развивается новообразованная костная или соединительная ткань при транспозиции транспозиционных отверстий. Одни исследователи, преимущественно старые, утверждали, что костный дефект после транспозиции черепя закрывается не костной, а мягкой соединитель-

вожжиной, рубцовой тканью. Такъ Larrey старей¹⁾, например, узнал, что дефекты при переломе черепа иногда не закрываются плотной костной тканью, а L. Martin²⁾ утверждал, что иногда рана не может зажить каковы *collis'ora*, больше же дефекты на черепной коробке закрываются только рубцовой тканью, так как новообразование кости на этом месте представляется возможным при транзитной ране дилатацией дилатива мозга, которая не только не содействует новообразованию кости, а, напротив, ведет к истончению и атрофии костных кромок дефекта, подобно тому, как это бывает при утрате костей вследствие дилатации атрофией.

P. Esch³⁾ наблюдал 20 случаев переломов черепа и только в одном из них видел вместо заглазничной лобковой трещины, простиравшей чрез всю толщу лобной кости, хотя с одной стороны, от которой шла эта трещина, была закрыта соединительнотканной перепонкой.

C. Baer⁴⁾ и Ziegler⁵⁾ также говорят, что переломы черепа, сопровождаются потерей костного вещества, почти никогда не зарастают костной тканью. По их мнению, даже трещины черепа очень часто остаются закрытыми костной тканью. В то же время замечено на основании опыта, что при переломе в E. Sarski⁶⁾.

Другие же наблюдатели наблюдали, что транзитные отверстия на черепе, если не залы, то отчасти могут замалытисл костным веществом. При этом костный дефект, а также и рана транзитных в току иногда имеют замалытисл стенок транзитной трещины, которая развивается главным образом из наружной стенки *dura matris* и соединяется между тем и наружной поверхностью черепа. Затылок этой транзитной трещины постепенно переходит в плотную мышечную, рубцовую ткань. При этом остается

¹⁾ Larrey, *Chirurgie théorique*, P. 1802 г., т. V, p. 2, G. 18.
²⁾ L. Martin, *Ueber Narben nach Schädelverletzungen* in den *Schädelknochen*, *Schwab'sche Jahrbücher*, H. 1806 г., Bd. XXVI, s. 103.
³⁾ P. Esch, *Ueber Fälle gehörter Schädelverletzungen*, *Dis. B.* 1802 г.
⁴⁾ C. Baer, *Über die Wunden des Kopfes*, 1802 г., s. II, стр. 26, 27.
⁵⁾ Ziegler, *Ueber die Wunden des Kopfes*, *Abhandlungen aus dem Gebiete der Naturgeschichte*, B. 1806 г., s. III, стр. 98.
⁶⁾ E. Sarski, *Über die Wunden des Kopfes*, *Abhandlungen aus dem Gebiete der Naturgeschichte*, B. 1806 г., s. X и XI, стр. 85, 86, 87.

заглазничная костная масса, которая обычно истончается и разрушается. Подобно же образуются многочисленные осумки, а на краях костной раны начинают развиваться новые костные вещества, которые постепенно заглазничаются к центру отверстия или к краям интратранзитных круглых отверстий, или же в виде лучей, заглазничая промежуток между *dura mater* и рубцовой, мышечнотканной транзитной створкой.

По одним авторам—В. Boie⁷⁾, J. Hürl⁸⁾, Günzburg⁹⁾, Koenig¹⁰⁾ и друг.—из рубцовая ткань не содержит самостоятельных точек окостенения и иногда может не заглазничаться костным веществом. По другим авторам—K. Kokitansky¹¹⁾, Vrdik¹²⁾, H. H. Parson¹³⁾, V. v. Reiss¹⁴⁾, J. Neudörfer¹⁵⁾, L. Ollier¹⁶⁾—из рубцовой ткани, мышечнотканной транзитной створкой, развиваются самостоятельные точки окостенения в виде нитевидных, пластинчатых, или разветвленных отростков, которые разрастаются, идут по створке транзитной трещины вперед; вследствие чего иногда на ранах черепа может развиваться костная перепонка.

Доктор же Кокованский¹⁷⁾, на основании своего опыта на кроликах, пришел к тому заключению, что самостоятельные точки окостенения при зарастании транзитных отверстий на черепе не заглазничаются. По наблюдениям также и образования преферированного кража. По мнению этого автора, транзитные отверстия на черепе всегда заглазничаются новообразованной костью, хряк и медом. При этом остаются

⁷⁾ E. Boie, *Ueber die Wiedererregung neuer Knochenmassen an Öffnungen* in *Wallace's Journal*, 1804 г., Bd. XXIV, S. 513.
⁸⁾ J. Hürl, *Handbuch der topographischen Anatomie*, Wien, 1802, S. 123.
⁹⁾ Günzburg, *Deutsche Klinik*, 1850, S. 77.
¹⁰⁾ Koenig, *Ueber die Wunden des Kopfes*, *Dis. 1806*, т. I, стр. 34.
¹¹⁾ K. Kokitansky, *Ueber die Wunden des Kopfes*, *Dis. 1857*, S. 1, стр. 243.
¹²⁾ Vrdik, *Schwab'sche Jahrbücher*, H. 1838 г., Bd. XXII, 121, 122, 123, 124, 125, 126.
¹³⁾ H. H. Parson, *Ueber die Wunden des Kopfes*, *Dis. 1806*, т. II, стр. 153.
¹⁴⁾ V. v. Reiss, *Handbuch der prakt. Chirurgie*, t. *Acute u. Wundkranken*, Tübingen, 1854 г., Abth. 1, s. 110.
¹⁵⁾ Neudörfer, *Handbuch der Chirurgie*, B. 1802 г., H. 2, H. 1, стр. 133.
¹⁶⁾ L. Ollier, *Tratado experimental de cirugía de la cabeza*, et de la producción artificial de una osseux, Paris, 1857, т. I, p. 28.
¹⁷⁾ Кокованский, *О выделении раны после транзитной дыры*, *Dis. 1871*, *Dis. 1871*, т. II, стр. 176.

шим, образованной кости служат костно-мозговая ткань, periostium же и собственно не участвуют в заживлении трещинообразных ран.

Bergman¹⁾ разобрал различные случаи переломов черепи, утверждает, что раны, заживающие только изнутри пластинки и fibres черепных костей, могут заживать бесследно, хотя иногда на месте таких переломов могут оставаться небольшие борозды со зарубчатой кромкой. Небольшие трещины раны также могут заживиться костной тканью. Обширные же дефекты, особенно из 6—8 смт., и исключительным путем случаются заживать костной тканью. В большинстве же случаев при таких переломах через некоторое отверстие, которое закрывается пленкой мозжечковой оболочки, заживает.

Доктор Костюков²⁾ проводил опыты над животными, вынимая у них кусочки черепных костей длиной из 1,5 смт., а шириной из 2 мм., и заявил, что раны черепных костей и в медвежьих, не выполняются новообразованной костью. Это новообразование костного вещества происходит из кости костно-мозговой кавиты, которая мозговой оболочки и надкостницы черепа, по типу зародышевого развития черепных костей, без преобразования хряща. При чем костно-мозговая кавиты и дала материал (ранее и одинаково мертво) участвовать в восстановлении дефекта; участие же надкостницы участвовать вообще и выражается гораздо слабее.

Таким образом, большинство исследователей приходят к тому заключению, что трещинообразные раны могут иногда заживиться в виде образованной костной тканью, но только если медвежьих и притом если эти раны не проникают глубже, нежели размер, диаметр, 6—8 смт. из диаметра, как указывает Bergman.

Прочной такой медвежьих восстановленной костных дефектов из черепных костей. V. v. Weiss³⁾ и P. Vogt⁴⁾ считают размер и степень регенерации, которое всегда происходит при заживлении дефектов. Косцюков⁵⁾ на основании

своих опытов утверждает, что если удавить, так и самое маленькое отверстие перелом не заживет ни на характер, ни на время течение заживления трещинообразных ран.

По J. Huxley⁶⁾ и L. Martin⁷⁾ образование новой кости из трещинообразных отверстий черепа происходит действительно дикими путем, который при этом ведут еще к образованию краев костного отверстия. E. Bergman⁸⁾ прочной медвежьих новообразованной костной тканью из черепных ранах состоит главным образом непостоянство краев этих ран и большое количество краев под periostium и над dura mater. Senz же⁹⁾, наоборот, такие трещинообразные раны заживают полностью самостоятельно при заживлении ран черепа.

L. Ollier¹⁰⁾ и H. Mass¹¹⁾, как на причину медвежьих регенерации костной мозги из черепных ранах, указывают на возраст, и C. Huxter¹²⁾ и A. Tuzber¹³⁾—на обмен веществ животного, на конституцию организма, как Volkman,¹⁴⁾ Bergman¹⁵⁾, Küster¹⁶⁾ и друг. не признают влияния зависимости на течение и исход этой операции.

Ziegler же¹⁷⁾ говорит, что характер и старости возраста, хотя и характеризуют образование костной мозги, но такое же влияние всегда наблюдается в у совершенно здоровых людей.

Трещинообразные отверстия, таким образом, и у совершенно здоровых людей, будучи предоставлены собственным силам организма, если и заживаются костной тканью, то не только в медвежьих. Большая же часть их заживается плотной рубцовой тканью.

¹⁾ Virch. J. c.

²⁾ J. Martin. I. c.

³⁾ E. Bergman. I. c.

⁴⁾ Малюков. Мозгочеловек из раны в трещинообразной в череп. (Журн. Востр. 1893 г.

⁵⁾ L. Ollier. I. c.

⁶⁾ H. Mass. Ueber das Wachsen und die Regeneration der Knochen. Knochens mit besonderer Berücksichtigung der Calvarialknochen. (Langenbeck's Archiv. 1877. J. Bd. XX II. 4. S. 704.)

⁷⁾ C. Huxter. I. c.

⁸⁾ A. Tuzber. O stavu i statistiku ozranenja na osnovu pravoslavstva. (Медик. Обозр. 1892 г., т. XXXVIII, стр. 515.)

⁹⁾ Volkman. I. c.

¹⁰⁾ Bergman. I. c.

¹¹⁾ Küster. I. c.

¹²⁾ Ziegler. I. c.

¹⁾ Bergman. Ученые о переломах черепа. Спб., 1863 г., стр. 381.

²⁾ Косцюков. Заживление ран черепных костей. Докл. 1894 г. Спб.

³⁾ V. v. Weiss и P. Vogt. I. c.

⁴⁾ Косцюков. I. c.

Так как недостаточное количество дефектов в черепных костях составляет явление весьма нехарактерное для хирургии, то наиболее предпочтительны от уже сказано делались попытки закрывать такие потери в черепных костях различными способами. Из таких способов в хирургии были выработаны следующие:

1) Амниоэпидуральная, когда ранамируются в черепной дефект или щель, или раздвигаются по чаше костные края, а также отделяют костные осколки, вынутые при закрытом дефекте. Сюда же относятся переносы из дефекта кости с другой части тела того же лица, а также способом остеопластики по Wolff-Wagner'у и по Müller-Kaßig'у.

2) Гомологическая, когда черепной дефект закрывается кожей кости от другого человека или от животного.

3) Гетерологическая, когда дефект на черепе закрывается заимствованными веществами, напр., пробой, дегидроцеллозом, дегидрированной или прожаренной кожей и проч.

Первая попытка аутопластического способа закрытия дефектов в черепных костях была произведена в 1810 году Metten'ом¹⁾. Он импронировал у собаки кусок черепной кости с сохранением рожка и другие части в том же же месте, что на прежнем месте. Через 22 дня после операции получился проросший рожковидный костный кусок. Первую же операцию и с таким же результатом, он произвел у лошади.

В 1820 году Филлип v. Walther²⁾ импронировал у одного животного кусок черепной кости, лавинный подвешенный в другие части, и показать его образцы из транзитивной дефекты. Через 4 месяца после операции был раздвигалась большой кусок tubulae externae, tubulae же interna проросла обратно. Тот же Филлип v. Walther³⁾ потом импронировал кусок черепной кости у собаки и снова вынул его на прежнее место, и таким образом год после операции

¹⁾ Metten, Untersuchungen an Wolff, Langenbeck's Archiv, 1863, t. 4, стр. 156.

²⁾ Ph. v. Walther, Wiederherstellung der bei Trepanation ausgehobenen Knochenstücke, Gräfe und Walther's Journal, 1821, т. II стр. 4; тоже 1828, т. II стр. 2.

³⁾ Ph. v. Walther, l. c.

убить животное и при анатомическом вскрытии показать такое явление проросшего костного куска, что трудно было заметить, если сравнить его с подлежащей костью. На основании этого случая автор полагает, что рожковидная кость прорастает лишь, впрочем рекомендует применять этот способ при любых транзитивных черепных костях.

Против этого метода Walther почти одновременно сделал сходная операция Jansen'ом⁴⁾ и Oise⁵⁾. Первый заметил, что подожженный таким образом кусок черепной кости является подобен чуждым, как инородный туберкул, и подвергается такому же рассасыванию, такое наблюдается в слюнных железах, употребленных при лечении животных суставов, так что внутренняя частьная черепной кости, отнесенной к транзитивной дефекты, в конце концов соскочит кость. Восстановление же костного дефекта осуществляется из счете аутоэпигенеза кости, происходящего из края транзитивной раны.

Julius Klenke⁶⁾ привел случай Weisener's, из которого транзитивный дефект с рожком и в том же месте в дефекте куска череп, спустя 7 лет после операции, когда больной умер от перитонита, был виден лишь рожковидный. Описи же самого Кленке с рожковидной на черепных и трубчатых костях у животныхых останки без успеха.

Heise⁷⁾ привел несколько случаев рожковидности на черепных костях собак и только один из них имел подобный удачей. При этом, по мнению Heise, рожковидный костный кусок не приживался, а явился инородным телом, вызывавшим раздражение костных краев дефекта, вследствие чего последние продуцировали новую кость, которая и закрывала дефекты. Рожковидный же кусок всецело подвергается рассасыванию (exfoliatio).

Julius Wolf⁸⁾ описать у голубей, курок, кроликов и

⁴⁾ Langenbeck, Beiträge zur Ostend, Deutsche Klinik, 1859, 24 стр. 472.

⁵⁾ Oise, Brown-Squard's Journal, 1861, т. 100.

⁶⁾ Klenke, Physiologie der Ernährung und Reproduktion in organischen Gewebe, Leipzig, 1872.

⁷⁾ Heise, l. c.

⁸⁾ Делать из Вейснером вырезанных животных 20 июля 1868 г. Langenbeck's Archiv, 1868.

сбоку, пошарою острый скальпель или пинцетом четырехугольные кусочки или черепашки костей, преимущественно из os parietale, и вставляя их на месте миски или точности, как спустя несколько минут после трепанации. После такой операции на os tabula externa, на os tabula interna черепной кости по надле было сделать срединный, а крошечные кусочки на внутреннюю сторону пинцетом не отрывались от окружающих слоев и продолжали, походящему, жить. Но чтобы доказать, что из этих вынужденных парашашки кусочки кости действительно превращают жив, а не инкапсулируется только, как восторжало Гук, между краями костной ранки, автор применил способ парашашки живых животных. На вскрытии увидя, что автор пришел к тому заключению, что ретранспортируемые кусочки кости продолжают жить и живут совместно с трансплантированной костью.

В 1873 году доктор Басинский ¹⁾ применял подобно описанной надъ обрешеткой парашашки костных кусочков трепанации на черепе у кроликов. При этом животные оставались после операции от 4 дней до 4 1/2 месяцев. Введя описанно было вещество 4. Два месяца спустя были по способу Вальфа, т. е., посредством давки и мытья куски удалены от черепной кости только с трех сторон, а с 4-й они отламывались, оставаясь на месте от черепной кости посредством надостночного мостика. Во третьем опыте кусочки парашашки были с 4 сторон. В 4-м-же (последнем) опыте были удалены только одна парашашка пластина черепной кости. При вскрытии послужили тремя животными, костные куски оказались совсем жизнеспособными и были соединены с краями черепной кости частью остеоидной, частью каменною соединительною тканью; при этом по отламывании жизнеспособных выжило и по краям росливе разрасталась большая крупная клетчатая-клетчатая, дифференцирующаяся в остеоидную ткань. На вскрытии этого опыта автор означил, что костные куски приживаются на месте костного ложа, регенерируя же и обволакивая на время операции и дальше от него не участвуют в восстановлении костного дефекта.

¹⁾ Басинский. Журнал Рудова. т. VII, стр. 48, 50.

Доктор В. Рудков ²⁾ ретранспортировал костные кусочки на черепных костях у кроликов и говорил в начале, что такъ совершенно одинаково отъ трансплантированной кости куски, такъ равно и выходящие отъ слани ее всю при помощи выделенных, подобно живым кроликам. При этом, судя по тиской слани ретранспортированных костных кусочков с трансплантируемой костью, по ихъ форме, толщине, ширине и плотности, иногда не отличавшихся отъ живых же в особенности черепных костях, а также по сохранению ихъ в них строения, приближающемуся под микроскопом к сучку 5 1/2 месяцев после операции, автор признает, что транспонимые кусочки кости соединяются с трансплантируемой костью, живут, питаются и растут. Кроме равномерности толщины кусочков, при сохранении костного строения, безъ бы не возможна, а соединяется с трансплантированной костью куски ушарая бы.

Наконец, доктор Радковский ³⁾ в 1881 году сдвинул ретранспортируемые кусочки на черепных костях у молодых кроликов в голубей, у которых рожет слани еще продолжается. Оперированные животные были убиваемы в промежуток времени от 4-хх дней до 5 1/2 месяцев. На вскрытии увидя, что автор пришел к заключению, что у молодых кроликов и голубей куски черепных костей, будучи соединены парашашки и, живя, остаются обрешеткой на прежнем месте, могут соединиться с подлежащими краями черепных рожет посредством костной мозоли. Такие случаи иногда происходят, такъ вь томъ случаи, когда эти куски были вырваны и ретранспортированы вместе съ отслаившей или надостночной (periosteum), такъ и при ретранспортировке вместе передврательного удаления надостночной. При этом, такъ вь ретранспортированных кусках, такъ и вь ближайшей окружности костной раны, происходит разрастания и уплотненияй слани (osteogenesis of osteosclerosis). Первоначальные слани рожет представляются кусками черепных костей или представляются рожетомъ костяным, или же иногда кости не отличаются отъ строения нормальной костной ткани (у шип.). Это обстоятельство

¹⁾ Рудков, М. О ретранспортировке трансплантируемых пробочных костей в полости черепа. Дисс., 1880 г. СПб.

²⁾ Радковский О ретранспортировке трансплантируемых костей. Клиника Императорского университета, 1881 г. СПб.

ств, выдвинутой, находится в зависимости от большей или меньшей степени дифференцировки остей, происходящих из простотанцих асепталх. Обильное кроветочие или вставной черешок роста, из которого вставные ресифицированные костные кусочки, не прикрепляясь приращению этого пограничного выроста остевой мозоли. В малых костях ресифициция дефектов черешковых остей, выдвинутой, может происходить за счет костной продукции, выходящей со стороны твердой мозговой оболочки. При чем, особенно ресифицированного внешнего куска не препятствует его простотанци. Что касается формы костной, (равноахатного участка из обранных вставных ресифицированных кусочков черешковых остей, то отг, по мнению автора, еще не найдены.

Назонд, М. А. Mossé ¹⁾ проводил несомненно опыты ресифициции ресифицированных костных кусочков на черешковых остях и обрала и кроветочие и вымывать отделение костных кусочков сь, окружающую кость как фиброной тканью, или повозно пеманево костного шара и фиброной тканью.

Его аутопластич. опыты относятся к способу ресифициции выдвинутой мозоли и малых или крупных костных остей черепа, особенно при осложнении переломов его. Второе такой способ приписывается Мак-Евонсу ²⁾. Для этого он при трансплантации поврежденного черепя ресифицирует вырванный кусочек кости на место кувочки и инвазивировал их в податливое отверстие. Вл. 11 случаев, из 9 Мак-Евонс получил полную кость без остатка дефекта. На основании этого опыты автор заключил, что ресифициция выдвинутой кувочки лучше даже, чьм ресифициция внешнего куска.

Герт ³⁾ очень также при трансплантации черепа разработал инвазивированный кусочек на выдвинутой кувочке и пересадил их на твердую мозговую оболочку. При этом костный дефект не имел задержки.

¹⁾ Mossé, *Bullet. de l'Académie de médecine*, 1871, № 14 et *Centralblatt für Chirurgie*, 1871, № 27, 1889 г.

²⁾ *The Lancet*, 1885, 36 et 23 Mai.

³⁾ Справочник имени Хиррде в гавелинских государственных Библиотечках, Берлин, 1889 г., 324 стр.

Gerstein (Dortmund) ⁴⁾ на одном случае перелома черепа сь инвазивным осложнением выдвинутой мозоли и выдвинутой со сть роста кувочки, а вторым, привелась другая кувочка, выдвинутой выдвинутой мозоли на преднее место. Через год после операции, при вскрытии этого больного, оказалось быть инвазивно простотанцих остей, как сь окружающая сь кость.

Вино Clark ⁵⁾ также привелась два случая ресифициции выдвинутой мозоли черепа, как послужило также приращению.

Его аутопластич. же принадлежность способу временного выдвинутой черепа из Wolff-Wagner'sy. Еще в 1864 году Wolff ⁶⁾ опытами из животных доказал, что кость черешковой остей, оставшаяся в связи сь инвазивной, может совершенно простотанци. Историю вл. 1889 году Wagner ⁷⁾ представил способ временного выдвинутой черешковой костью, при вскрытии костной кувочки остей в связи сь инвазивной костью. При этом способе сначала разбухивается мягкие органы черепа из задья предельной брыжи в шарах до переломы. Затем, после сокращения вырванного выдвинутой мозоли, производится разрыв переломы и вырывается кувочка черешковой костью как раз по краю сокращивающегося выдвинутой мозоли. Вырванный выдвинутой мозоли кувочка кость выдвинутой и отщипывается выдвинутой сь кувочкой мозолиной сь стороны, так что черешковая кувочка открывается для дальнейших регенеративных действий. Кроме, при мозоли, мозоли сь мозолиной на преднее место, при чем получаются выдвинутой мозоли дефекта. На этом способе проводил лишь два случая разрыва инвазивного черепа. Для разрыва не стрелки дефектов на черешковых остях, а также при удалении транспланции мозоли, почему-либо негодной, отг не прибегали. В таких случаях объясняется прибегание кь способу Müller-König'sy ⁸⁾. Этот способ состоит в том, что мозоли бо-

⁴⁾ *Хирр. Штрасбург*, 1889 г., т. IX, стр. 394.

⁵⁾ *The British med. Journal*, 91 т., стр. 251, *Хирр. Штрасбург*, 92 т., в. II, № 1-4, стр. 97.

⁶⁾ *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1863, т. IV, стр. 1.

⁷⁾ *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, № 47, 1891, № 2, a *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1885, № 7.

⁸⁾ *MRBee. Centralblatt für Chirurgie*, 1890, № 4. *King. Centralblatt für Chirurgie*, 1890, № 27.

рется как кожа, надвешенная и поворачивается один черепной кости, именно как *tabula externa* и часть *diapise*, остальные же часть *diapise* и вся *tabula interna* удаляются. Такой доступ, будучи связан с развитием из транспозиционного отверстия, очень хорошо простоять из транспозированной кости.

Следующий, третий, способ аутопластики костных дефектов черепа—это закрытие черепной рамы куском кости, взятым из другой части тела от того же человека или животного. Впервые этот способ был применен Seidel'ем¹⁾, который перенес из черепной рамы доступ надвисочной ст. поворачиваемым самим костью, запаял ст. болоньевой костью того же болонца. Этот доступ, будучи закрыт на отдельные куски и вышить из той же кости ст. дефекты на черепной кости, весьма успешен.

Сему²⁾ то же самое ст. 2-х случаях брали куски из болоньевой кости у самого болонца, но только без надвисочной, перенесли их в дефекты на черепных костях и достигли полного закрытия этих дефектов.

Следующий способ операции транспозициальной рамы черепа относится уже не к примитивным, а к сложным. Он состоит из переноса из транспозиционного отверстия одной кости, взятой от другого человека или от животного. Впервые попытка такой транспозиции была сделана, как видно из сообщения Jacob van Meekren³⁾, в 1670 году. Одна русский доктор, вследствие удара саблей в голову, получил большую рану на черепе, при этом отделилась часть черепной кости и застряла в носу ребенка, и хирург извлекать ее соединившимся куском кости, запаял ст. черепной обложки. При такой транспозиции получился полное закрытие черепной рамы. Но спустя время, узнав об этом, сохли такой способ сделать противным духу религии, так что докторам, чтобы не быть за еретика, пришлось быть согласиться на удаление оставшейся куска кости.

Последнюю же транспозицию автор сделал Mac-Ewen⁴⁾,

¹⁾ Centralblatt für Chirurgie, 1859, № 12.
²⁾ Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XXIV. Congress, 1893, т. 1, стр. 18.
³⁾ Bericht zu Wolffy. Archiv für Klinische Chirurgie, 1868, 4. IV.
⁴⁾ Mac-Ewen, l. c.

Ricard⁵⁾, Sarel⁶⁾, Gerstein⁷⁾, Jakob⁸⁾ и др. при этом Gerstein перенес весь процесс и Jakob—весь мажорный гусак.

В 1859 году Фюрман⁹⁾ сделал транспозицию двух кортикальных стенок и поворачивал костный кусок от одной стенки оставил из транспозиционного отверстия другой, и наоборот. При этом вышло, что верхние куски у обоих животных, средние сверху и снизу стили и два шара, а потому и с черепной костью. Ганшу рамы ст. этого процесс применения Фюрман⁹⁾ транспозиции фронтальной.

Так же автор проделал в 1888 году Жоссе⁵⁾. Он транспозицировал костью куски из одного процесс к другому (т. е. у животных одно лицо) и эти обложки из обложки и наоборот. Перенесенные куски ст. этой операции были все прижаты и запаяны на обложке от транспозиционной кости.

Впервые, для закрытия транспозициальной отверстий были предложены аморфолитики.

Для этого употребил надвисочную, губчат. ткань, сложенную вчетверо, аморфолит, желатиновый пластили, обложившийся костью, костный уголь и пр.

Перед тем надвисочной ст. транспозицию отверстие прошедил L. Ollier¹⁾. Он перенес кость из транспозиционного отверстия надвисочную, которую или от того же животного, которому делал транспозицию, или от другого. Первая рана отчасти подрабатывается на три края. К первой краев относится обложка из перестройки пороста, соединившая поволоку с оставшей костью. Во второй случаях кость транспозиционная и была частью соединена с окружающей костью. К второй краев относится обложка, ст. перестройки костью перерасшилась череп. 3—4 дня и в этих случаях кость транспозиционная, но была ст. недовольно соединена с окружающей костью, тогда обложка. К третьей краев относится обложка, ст. перестройки

¹⁾ Gazette des Hôpitaux, 1892, № 65. ²⁾ Hôpital français, 1894, № 111. ³⁾ Berlin Klinische Wochenschrift, 1893, № 17. ⁴⁾ Wiertelzeit. Mittheilungen, 1898, № 3. ⁵⁾ Gazette. Gazette Médicale de Paris, 1892, стр. 227. Wall, l. c. стр. 197. ⁶⁾ Chirurgical, Bologna, 1890 г., том 1, стр. 341. ⁷⁾ Yindover Archiv, 24. 98.	Инв. НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ 1-го Харьк. Ун-та Институт
	БИБЛИОТЕКА Харьк. Ун-та Институт

ПЕРЕВІРЕНО 1936

№ 4767

ной дескуты отдален от окружающих частей из комнаты операции. И в этих случаях наступала оссификация, чем доказывалось, что костнообразовательная способность переноса остается в жизни, когда он не соединяется с окружающей тканью. Второе главное отличие заключается в себе случаи с переносом переносимых дескут от одного животного к другому, одно или различным живот. Результаты опыта оказались более различны: или перенос быстро рассасывался, что наблюдалось в двух случаях при переносе переноса кролика к собаке; или же переносимый дескуты сморщивался, при чем развивалось воспаление, — это наблюдалось при переносе переноса собаки к кролику. В третьих, проводили эксперименты переносимого дескуты с подложкой или с кровью переносимого. В четвертых, переносимый дескуты плотно соединялся с окружающей тканью, но терять способность к оссификации и продолжать существовать в виде фиброзы пластинки. И в пятых, наконец, во время переносимого дескуты происходила образование кости.

Подобную же операцию изобретения привнес Беcker ¹⁾. Он, при удачной экспериментальной обработке в области *inter trochant. fossam* у человека, удалил в одну часть с переносом, величиною в ланцетную рану, в другую же часть поверхность, спустя продолжительное время (3 нед. 14 дней), трансплантировал перенос из антуриозитного бедра 11-ти летнего ребенка, а чрез 13 дней рану закрыл кожными дескутами. Спустя некоторое время после операции над кожными дескутами была проведена уже известная операция.

Далее, для сведения трансплантационных операций Fraenkel ²⁾ предвзят, подвизался. Он привнес вдалеке отсюда опыты на собаках, у которых после привнесения костные дефекты вызывались искусственно или подвизался, экспериментации по тонкой костной ткани, а во второй своему дефекту. При вскрытии через 7—8 месяцев оказалось, что на месте операции шкура не была в связи какой бы то не было тканью, и пластинки находились в костных дефектах, как посторонний материал, будучи плотно соединены с окружающей тканью.

¹⁾ Becker, *Ch. Malacoste*, I. c.

²⁾ Wiener klinische Wochenschrift, 1890, N 26.

Hinterstüsser ³⁾ приводит также случаи, где костный дефект на череп был закрыт пластинкой подвизала. Оперированный череп еще в детском возрасте при падении прободиле черепных позвонков, при чем, после заживления раны, остался костный дефект в области лбаго шва. На седьмой год ему была сделана операция: весь костный рубец был шарпан, края костной раны были очищены и во все были проложены соответствующим пластинками подвизала. Костные раны теперь были закрыты дескутой или атлантовой оболочкой. Рана зажила по разным направлениям, а большой черепный шов был выделен шарпаном.

Еще ⁴⁾ также приводит один случай такой операции у 72-летнего больного, который получил осложненный перелом черепных костей. После репозиции, рана была закрыта шарпаном около 3 см. в ту и другую сторону; при чем оказалось, что подвизали кости были лишены переноса и проделаны на протяжении 10 см. в поперек и 4^{1/2} см. в продольном направлении череп. Костный дефект был закрыт соответствующим пластинкой, которая была шарпана такой величиной, чтобы на $\frac{1}{3}$ —1 см. выступала за края костного дефекта. Во время шарпаны руб тканей для закрытия раны. Над пластинкой переноса и края костной раны были шиты, а большой шов выделен шарпаном. Через шесть месяцев, при его вскрытии, оказалось, что пластинка свободно сидела на костных дефектах, и края ее совершенно срастались, тогда как ткань после операции ни разу не поступила над краем костного дефекта, что исторически объясняет образованием костной ткани, окружающей края пластинки и над ней шиты.

Подобно же операции на костных дефектах с удлинением выделением костных дефектов на черепе описано подвизалом, пластинкой отдален Eisselsberg ⁵⁾, Pilsbama ⁶⁾,

³⁾ Wiener klinische Wochenschrift, 1894, N 44.

⁴⁾ Wiener klinische Wochenschrift, 1891, N 2.

⁵⁾ Internationale klinische Rundschau, 1901, N 24.

⁶⁾ Wiener klinische Wochenschrift, 1901, N 43.

Bilroth ¹⁾, Wiswanger ²⁾, Wölfler ³⁾, Weinschuet ⁴⁾, Schopf ⁵⁾ и др.

На основании этих опытов большинство авторов приходит к тому заключению, что перламутровая пластинка является соединкой и не испытывает никакой реакции в дефекте.

Во время Bergman's ⁶⁾ исследования пластинка признается на месте дефекта подобно всякому другому соединительному телу, окружаясь со всех сторон разрастаниями соединительной ткани или даже костной опорушкой.

Дальше для замещения костных дефектов были предложены губки. Такие опыты проводили Clark ⁷⁾, Barth ⁸⁾ и др.

Barth на основании своих опытов говорит, что при замещении костных дефектов губкой процесс окостенения происходит так же, как при замещении дефекта костью, но только медленнее и неравномерно.

Иногда авторам случалось в трансиванских операциях на черепных костях еще обнаруживать пластинку.

Так Booth и Curtis ⁹⁾ описали трансиванку на черепе по случаю опухоли на левой лобной кости у одного больного 24 лет и замещили костный дефект алмазочной пластинкой. Операция прошла хорошо, но большой дефект загноил от туберкулеза.

Lesker ¹⁰⁾ описал небольшое трансиванское отверстие на черепной кости собаки и заменил из него одностороннюю дробинку, предварительно обеззаразившую в 5%, карболовым раствором. В течение шести недель животного окостенела рубина оказалась окруженной фиброзной капсулой, так же и наружной, так и с внутренней поверхности черепной кости.

¹⁾ Praxicoel der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Wiener klinische Wochenschrift, 1880.

²⁾ Vide Debove, Traopation cranienne, Bruxelles 1885.

³⁾ Wiener klinische Wochenschrift, 1884, № 3.

⁴⁾ Praxicoel der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Wiener klinische Wochenschrift, 1880.

⁵⁾ Jahrbuch der Wiener K. K. Kreisverbandes, 1881.

⁶⁾ The British medical Journal, 1883.

⁷⁾ Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1894, XXIII Congress.

⁸⁾ Centralblatt für Chirurgie, 1890, № 22.

⁹⁾ Lassar, Virchow's Archiv, 1884, Bd 95, s. 211.

Тот же автор замечал трансиванские отверстия на черепных костях у собак и при этом же работой и изучалось в надкостничной и пробочной оболочках обезьянок из 5%, раствор карболовой кислоты. На вскрытии через 14—25 дни пробочка и окружающая пластинка оказались заключенными в капсулу фиброзно-пластичную капсулу. Берудать еще начали как увеличилась толщина пробки. При этом капсула вокруг пробочки пластинки была толще, чем вверху пробки. В конце своей работы автор замечает еще, что пробочка, пластинка, находясь, могут быть заключены в капсулу перламутровой кости или окружающей ее соединительной ткани.

Затем была предложена для замещения костных дефектов, свищевая кость (Schmitt ¹⁾, Podanowski ²⁾, David ³⁾, Olsky ⁴⁾.

David проводил ряд опытов над собаками, ставши к трансиванским операциям кость из свищевой кости. При этом заключение из свищевой кости наступало очень медленно, через 1—2 месяца, впоследствии замечалось только незначительное окостенение на краю куска, и только уже через 26 недель после операции со стороны окружающей соединительной ткани выделывался новообразованное вещество и особенно заметно, которое кость бы разлагался края оставленной пластинки, из-за чего края пластинки становились неровными, зубчатыми. Вокруг свищевой костью выделывалось особенно большое количество. При этом еще обнаруживалось присутствие костных клеток, переходивших из окружающей соединительной ткани. В этот же период выделывался и материал черепной кости из окружающей рубца и уплотнение более медлен и ретикулярно на месте трансиванки. В течение одной недели Свищевая кость была раздроблена, кость была соединена между собой и образовалась перламутровой костью пустоты. В эти моменты кость провалила капсулу и путем соединительной ткани, соединяясь из рубца; отсюда отсюда кость была выделана гомогенными клетками, а также и белковыми

¹⁾ Archiv für klinische Chirurgie, 1893, Bd. XLV, S. 2.

²⁾ L. c.

³⁾ David, Archiv für klinische Chirurgie, 1897, Bd. 67, H. 3, s. 533.

⁴⁾ Olsky, Podanowski Oshpise 1891 г.

слонки кажутся направленной формы. Вся эта масса, по мнению автора, объясняется реальным образованием кости, которая таковы образом как бы стремилась освободиться от шаровидного глыба. Через пять недель операция выполнялась уже больше значительными количествами: из соединившейся с рубцом частью лобковой пластинки вновь представлялась раздробленной. Разделение слонки кости, по мнению автора, происходило при помощи гипертрофии клеток, которая представляла собой рода брешь из слонки кости. По этому времени кости, прошедшие через осудило, происходили из от слабо расширенных окружающих сосудов. При этом слонки обильнее прорастались из костной системы глыбы и из конца концы обильнее образовывали окостенения. В этом случае новообразованная кость имела шаровидное строение и включала в себя рубце черепных костей. Таким образом, из шаровидного автора, слонка кости может выказывать костные дефекты без всякого вреда для организма. Она в этом случае постепенно рассасывается и заменяется новообразованной костью. В этом образовании кости участвуют ретикулярный, фиброциты и соединительная ткань рубца. Проникновения же кости через, хотя и обнаруживают явными реальными окостенения, но ее образованием кости не имеют ничего общего.

Общаясь только только говорить, что слонка кости, будучи поставлена из травматическое отверстие, постепенно рассасывается и заменяется новообразованной костью. Образование кости в этом случае представляет явление являющую костных глыбы, происходящих из Таврокси глыбы.

Австрийский Соин¹⁾ предположил установить из травматическое раны на черепе обезьянообразную кость. Вслед за этим появились работы Нюкис²⁾, Басселет³⁾, Киннел⁴⁾, де Дюв⁵⁾, Дарвингетт и Вейдлингер⁶⁾, Молдинский⁷⁾ и др.

Киннел, для выявления костных дефектов, за череп,

использовал кость быка. Они открыли путь от перелом и ступали на шлохоту кости на 10—15% костной массы костной массы. После этого кость проходила из глыбы и образовывалась из обезьянообразной глыбы. В двух случаях авторы этого исследования выявляли дефекты образования из шаровидного автору; при этом костные дефекты уже чрез несколько месяцев образовывали значительными глыбой массы. Таким же результаты они получили и у других 2-х быков.

Дарвингетт и Вейдлингер установили костные дефекты, из черепе проходили из глыбы. Они делали из черепных костей, применяли травматическое отверстие и выявляли их обезьянообразную кость, глыбы от глыбы же. Уже из концу 1-го месяца для операции авторы получили только костное образование травматическое кости с периферическими отбоями значительной обезьянообразной костной массы, при этом из обезьянообразной кости являлись значительной костнообразовательный процесс. Этот процесс являлся глыбы разбито, осколками, а потому включались из костную массу, и, так как операция с новообразованной костью во время значительной обезьянообразной костной массы, на ее периферии получали костную массу глыбы из материнской костью, то значительная кость из конца концы, образовались, сосредоточивались, представлялись материнской костью, так что из конца уже были были рубцы, где выявлялись травматическая кость и глыбы значительная обезьянообразная. В этих случаях авторы обнаружили, как и до операции, так и твердо костную массу. При этом та и другая принимаю участие в образовании значительной обезьянообразной кости. Авторы, чтобы выявить, какое значение имеют от обаяния из процесс выявления, выявляли дефекты обезьянообразной костью, применяли в этих случаях удаление недостаточности над травматическое отверстие, а из других—а твердо костной обаяния, и недостаточности. В первом случае авторы были убедили спустя 4 недели после операции, а из второго случаев—через 12 дней. Кроме того, авторы из одного опыта выявляли травматическое отверстие обезьянообразной костью, глыбы из черепе указывали несовершенного материала. Животное было вскрыто чрез 2 недели после операции. Выводы, авторы сделали у

¹⁾ American Journal of the Medical Sciences, 1893 г., стр. 210—243.

²⁾ Hilde, Kiste, Pflanzl, 1896.

³⁾ La revue scientifique des Travaux et l'Institutation des Sciences, Paris, 1891.

⁴⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift, 1891, № 11.

⁵⁾ La Nouvelle médecine, 1891, № 45.

⁶⁾ Prague, 1892 г., № 29 и 30.

⁷⁾ Medizinische Obozretse, 1892 г., № 7.

одного процесса 2 транзитивных отверстий, одно из которых отверстие они называют бесконечностью кости, а другое просто процессом надостной и латеральной ветви. Известно было известно приблизительно через 4 недели после операции. На основании этого опыта автору пришла в голову мысль заключить, что бесконечность кости, представляющая транзитивные отверстия на черепной коробке, служит окончательно через некоторое время закрывается костной кортикальной костью при этом бесконечность идет с полной непрерывностью, в остальном же оба же процесса кости, независимо от внутренней поверхности черепной и ее выходя за ее пределы только лишь латеральной, удерживаются на определенное время. Вследствие этого дефекта в кости по отношению к быстроты ее развития не имеет особого значения, так как образование кости совершается одновременно во всей костной ткани кости. Замечательный вид животного, от которого берется кость для замещения транзитивного отверстия, не имеет большой роли, хотя лучше брать такую кость, которая по своему строению ближе подходит к той черепной операционной поверхности. Операционные надостная и латеральная ветви, при этом лучше брать, а, наоборот, отсутствующие лучше брать надостной ветви, при этом лучше брать, а, наоборот, отсутствующие лучше брать, необходимо, чтобы проводились были тщательно обработаны кость по обеим сторонам и чтобы оставалась бесконечность кости, по крайней мере, своими краями лежала на дне ямки. Чем же касается вопроса о структуре кости, то из этого источника автор высказал только обратные предположения. Но эти данные имеют значение, так как кость костнообразовательной ткани, представляющей в ткани бесконечности кости, имеет различия в ее структурных элементах костной ткани, и костной ткани остальной кости над остальной костнообразовательных элементов достаточно удерживается. При этом автор допускает также, что костная ткань остальной кости может превращаться в остальную кость нормальной кости над остальной костнообразовательной деятельностью, если только можно думать, что остальную кость нормальной кости может быть так же, как и, а

костной, хотя пере-предположение для автора представляется более вероятным. Но можно бы не быть процессом остальности в остальной бесконечности кости—тогда в при развитии костной ткани в области дефекта является только латеральной. Благодаря ее присутствию костнообразовательная ткань надостная и латеральная ветви латеральной, распределенной таким образом, так как распределяется в латеральной ветви черепной и выходящих своих образовательных процессов, и эта костная для своего развития не испытывает препятствий со стороны костной ткани бесконечности кости.

Маленькая 1) на основании своего исследования пришел к тому заключению, что эмбриональная костнообразовательная ткань лучше справляется с образованием костной ткани, чем остальная костная ткань. Иллюстрациями костной ткани служат препараты образования костной ткани в области соединительно-тканной капсулы в области дефекта, в том отношении, в котором передается необходимая сила костнообразовательной функции. Они показывают и подчеркивают в исследовании степени остальности костной ткани в области дефекта, в том отношении, в котором передается необходимая сила костнообразовательной функции. Во время операции костной ткани растворяется и оседает, без остатка. Проведение в области кости в том направлении между структурами значительно препятствует развитию и развитию костнообразовательных материалов. При удалении в гранулированную кость, развитие и развитие структуры также изменяется. Вредными факторами являются также и развитие костнообразовательных материалов. При удалении в гранулированную кость, развитие и развитие структуры также изменяется. Вредными факторами являются также и развитие костнообразовательных материалов. При удалении в гранулированную кость, развитие и развитие структуры также изменяется. Вредными факторами являются также и развитие костнообразовательных материалов.

Таким же образом с замещением транзитивных отверстий на черепе приводятся Buscart 1). При этом автор

¹⁾ Маленькая. Хирургический Пособие, 1890 г., с. IX.

²⁾ Девис-Бенд и Барт. Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie, 1890, Bd. XVII.

известно, что всевыпавшие обезжелезившие кошные пластины прежде всего склеиваются с кошной рваной, а затем быстро разламываются промывальной водой и сплавками кислотами. В этом случае дезаминированная кошка разламывается по шрфу того, как образуется кошный осадок, и при том уничтожается чрезвычайно быстро, так что не представляется возможности выстирать кошку. Однако это разламывание в автору удалось совершить не сразу, чтобы во время образования осадка, наименьшим образованием кислоты. Поэтому при больших дефектах, чтобы дезаминированная кошка побыстрее разламывалась, автор советует не только обезжелезить ее.

По мнению Barth's ¹⁾ дезаминированная кошная пластина, будучи поставлена на кошный дефект, представляет собой анимы, как и нормальная кошка, вымывающаяся помытием ковообразованной кошки. Но дезаминированная кошка, по мнению автора, является самым лучшим материалом, так как она склеивается быстро разламывается подготавливая промывальной водой, так что не успевает даже провалиться оксидацией ее. Поэтому на шрфы дефекта вымывается ковообразованная рваная кошка, края которой только слегка оксидируются.

Davis ²⁾ доказал у себя трематоды через и матуриат кружки, предварительно убитый амальгамой и обезжелезившей, снова устанавливал на кожные шрфы. По истечении 2-х, 3-х, 4-х, 6-ти, 12-ти и 26 недель она убивала животных и черепки кошки подвергались микроскопическому исследованию. На основании этих исследований он пришел к тому заключению, что процесс трематодоза живой и мертвой кошки резко отличается один от другого. Верткая кошка, как и ковообразованный материал, разламывается и склеивается ковообразованной кошкой. Живая же кошка при перемещении снова проламывается осудит из округляющую часть и таким образом остается живой.

Barth ³⁾ же на основании своих опытов еще в 1894 году пришел к заключению, что кружки кошки, жившие кошкой склеив с мертвыми склеивают, теряют свою живучесть, и

даже в том случае, когда удаются приживление их. Приживленная кошная кружка становится из округляющая пластину как асептическое покрытие является глад. Он склеивается округляется и прорастает кошкой, богатой осудит ковообразованной кошкой, а затем уже происходит образование живых кошных осадков по шрфу пластины, которые устанавливаются не только на поверхности приживленной кружки, но и внутри его, образуя кошную массу и Гавроульск вымывает по шрфу из оксидации и склеивания ковообразованной кошкой, также происходит.

Нельзя, для устранения кошного дефекта быть приживления кошки ушах (проваживая кошку). Впервые этот способ предложил Barth ⁴⁾. Он устанавливал на трематодозной отороте обезжелезившие кружки кошки и получал полное излечение дефектов. На основании этих опытов Barth пришел к тому заключению, что кошки бы материал не быть употреблены для закрытия кошного дефекта—ушых кошки помытия от содержания их кошки ковообразованной кошки, так как кошки только склеивать для обезжелезив кошки кошки, а с ней перемещенный кружок является лишь кошкой или формой для ковообразованной кошки. По мнению Barth's проваживая кошка имеет кошки трематодоза через другие животные, обрабатывая кошки, и является лучшим материалом для закрытия кошного шрфа из черепки. Она первая, как дезаминированная и сразу вымывает ковообразованная кошка, через другие кошки.

Впоследствии этот способ известен по черепкам кошки приживления кружки (Прованс) и по другим кружкам и по другим случаям у человека и также получили удовлетворительные результаты.

Этих литературных данных неформально кошки при исследовании естественно заключении трематодозных рваных из черепки кошки. Эти исследования были продолжены как в животях, так и во животных, и кошки, кошки склеивать, живучесть ковообразованная кошки дефекты из

¹⁾ Barth, Bulletin Klinische Wochenschrift, 1892, N 11, 5.

²⁾ Davis, Archiv für Klinische Chirurgie, 1895, Bd. 51.

³⁾ Barth, l. c.

⁴⁾ Barth, Bulletin Klinische Wochenschrift, 1895, N 1, 2; English: Beiträge zur Pathologie des Auzinials, 1895, Bd. XVII.

⁵⁾ Прованс, Завраше во ушних дефектах проважив кошки. Записки врача А. Прованс, 1895 г., в 5.

выривались трепанной пилкой, которая при своей трепанной проделывалась на термометр в течение 10—15 минут при t° 120—140° С.

Храня оставалась или живой, или мертвой: живой хранился бродил или от этого же животного, которому делалась трепанция, или от другого, одновременно или разрозненно по виду, как, напр., из E. 20 храня были вырваны отъ обоня къ храни. При этом храня выривалась как изъ желваго отверстия пилкой пилки, или, что было чаще, изъ заднего угла затылка, гдѣ храня изривалась въ бѣлаго количества и имѣла арбистагого единагого толщину съ тонкой костью черепа. Выриванная храня сначала опусалась въ физиологическій стерилизованный растворъ изваренной соли при t° 38°, а потомъ тѣло же трепанной обривалась и оставалась въ рану. Мертвый храня выривался или отъ живыхъ животныхъ (обоня и хранили), или изъ трупа животного. Храня, извѣтый отъ животного, сначала убивался извѣтисомъ въ физиологическомъ растворѣ, а затѣмъ въ трупу (или роверной храня) помещался — предварительно вымытый на сутки въ 4% водный растворъ карболовой кислоты, а предъ обриваніемъ смачивался въ физиологическомъ растворѣ изваренной соли. Потомъ изъ вырив храни тѣло же трепанной выривалась пилкой и выривалась въ трепанную ямку. После обриванія трепанной ямки отверстие вырив храни или известной пластинкой и по оставшей кровотоку, храни регистрантъ, по возможности, обривалась выриванной структурой. Затылокъ вырив смачивался въ густо выриванной пилкой, и на рану накладывалась стерилизованная жила, которая содержалась вливая дезинфекция. Рану по всѣмъ случаямъ выривали вѣрными выриванями. Шамъ смачивался на 4—5 дней вырив обриванія. По прекращеніи выриванного времени (отъ 2-хъ вырив до 1 1/2 часа) со дня обриванія животное убивалось.

При реконструкціи трепанной ямки костью черепа при прохожденіи обрив, кость оставалась известной пластинкой, такъ и пластинка храни представлялась быть тоньше, чемъ обриванная изъ нормальной кости, и только въ бѣлаго делалась обриванъ тонкая кость въ вырив известной пластинки, и пластинка пошла въ реконструкцію по виду отъ обриванной изъ нормальной кости. При проделываніи ямки получалась обрив-

3-44
1907
Всѣ диссертаціи диссертаціи, опубликованные въ изданіи изъ ИМПЕРАТОРСКОЙ Восточной-Медицинской Академіи въ 1898—1907 годахъ 1907.

Всѣ диссертаціи
Рубрика

№ 89.

Всѣ диссертаціи
Рубрика
№ 2762

О ЗАМѢЩЕНІИ ТРЕПАНАЦИОННЫХЪ ДЕФЕКТОВЪ ВЪ ЧЕРЕПѢ ИЗВѢСТНОЙ ПЛАСТИНКОЙ И ХРАЦЕМЪ

ПЕРЕВЕРЖЕНО 1936

(Экспериментальное исследование).

ДИССЕРТАЦИЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
П. Н. Зворыгина.

Изъ анатомо-физиологической лаборатории храни К. Н. Знагородова.

(Съ приложеніемъ фото выриванъ).

Сторонній диссертаціи, по доученію Конференціи, были профессора: К. Н. Знагородова и Г. И. Туринскій при участіи докторовъ А. И. Мокшанова.



С-ПЕТЕРБУРГЪ.

1899.

ше твердой массы не только в поздних постгенерационных периодах, но и в более ранних, например, через три недели после операции. При этом трансформировавшееся вещество равномерно было покрыто надкостницей, как с внутренней, так и с наружной стороны.

После такого грубого макроскопического обезвреживания, части черепных костей с помощью традиционных методов вымывались и фиксировались или в Кюндлерской жидкости, или в сульфиде при помощи Кюндлерской жидкости прибавлялось, после некоторого уплотнения препарата, 5-10 капель (на одну часть жидкости) одной кислоты для деминерализации. Другие же куски деминерализовались в азотной кислоте со спиртом, а некоторые из слабых растворов азотной кислоты с фтороборной¹⁾, в которых деминерализация продолжалась от 2 до 3-х дней. Вынутые для деминерализации растворы куски черепных костей промывались в течение суток в предельной 1-2 сутках и переходили сначала в спирт постепенно вымываемой кислоты до абсолютного, а затем в абсолютный, в который и закрывались на пробках. Микроанатомические срезы делались перпендикулярно к поверхности кости, так что зафиксированная все костные ямы шлобы с надкостницей и твердой желтой оболочкой. Срезы срезами проводились гематоксилином и ванлином, красились кармином, по способу van Gieson'a и, наконец, микроанатомия.

Опыты с известняковой пластиной.

Омывая № 1. Кость была убита на 7-й день после операции. Всплывшая известняковая пластинка при продолжительной выдержке представлялась совершенно тонкой и была покрыта с одной стороны кристаллическим, а с другой — аморфным слоем. При опускании в азотную кислоту, закрывавшая трансформированное отверстие, представлялась сравнительно мягкой, и при давлении на нее получалась ребристая углубление. На микроанатомическом срезе известняковая пластинка представлялась только оболоч-

¹⁾ Кюндлер. Ученые записки венского университета естественных наук. 1894 г., стр. 10.

1828

ченной по ширине трансциальной отверстия. В окружности ее развивается образование соединительной ткани, которая может иметь инфилтративную структуру и овалными, а по ширине еще и веретенообразными пролиферативными элементами. При этом само отверстие редуцируется и представляется только паретой и по краям как бы вздутыми. Регенерация и образование капсулы также затруднены. Край дефекта на черепной кости не представляется структурными изменениями; тогда, впоследствии капсулы, прилегающей к известковой пластинке, содержат большое количество круглых и овалных пролиферативных клеток, а также отбросы клеток чужеродного животного.

Объект № II. Предметность вывела 21.10.30. Встречившаяся черепная ткань как, так и в № I-к. На макроскопический уровень оставшаяся известковая пластинка значительно разрыхлена, на центральных своих частях представляется различной толщиной и формой отверстия и шпателью увеличена в объеме, при этом края ее острые и без ровных, как бы раздвинутых. Регенерация и образование известковой капсулы. Со стороны известной парети трансциальной раны, преимущественно ближе к субдвациант'у, замечается образование костной ткани, по сути как трансциальное отверстие представляется суживающимся. Со стороны известковой капсулы вытекает и со стороны субдвациант'а замечается обильное развитие кровеносных сосудов, которые по шпателью проникают в те участки, которые получили от разрыхления искусственной известковой пластинки. В окружности этих сосудов идет разрастание клеток, овалных и веретенообразных пролиферативных клеток, которые в местах перехода на известковую соединительную ткань. Некоторые из этих элементов в окружности сосудов преобразуются еще в другой род клеток: они увеличиваются в объеме, принимают форму эпителиоидных и по виду не отличаются от остеоцитов. Такие же эпителиоидные клетки иногда встречаются в тех углублениях, которые образовались на известковой пластинке. Последняя от способности становится тем, что рассматривается большей частью по радию, а в виде отдельных элементов. В этих же местах на ко-

известной пластинке рядом с эпителиоидными элементами встречается еще гистацитоз клеток. Последняя имеет веретенообразную, угловатую форму, большое количество эритроидной протоплазмы и явственно ядро, расположенное обыкновенно на одной стороне. Рассматривая в углублениях известковой пластинки, гистацитоз и метаболитные клетки как бы рассматриваются и уничтожаются ее (См. рисун. №№ XI и XII). Подобное же разрастание гранулоцитарной ткани, но только в меньшей степени, замечается и в субдвациант'е.

Объект № III. См. рисунок № I. Бронхиальную ткань после смерти 28 дней. Разрыхленность искусственной известковой пластинки здесь замечается в гораздо большей степени, так и представляется ометь. Она представляется сильно пuffed-out, паретой и по шпателью замечена как гранулоцитарная, так, что чаще замечается, особенно соединительной тканью, особенно ближе краям известного дефекта, а также ближе субдвациант'а и регенерации'а. Среди пролиферативных элементов по шпателью встречается эпителиоидные и гистацитозные элементы. Последняя большая часть рассматривается в углублениях на известковой пластинке и как бы рассматривается ее. В соединительной ткани по шпателью замечаются новообразованные кровеносные сосуды, в окружении которых соединительнотканная клетка дифференцируются в переходить в способность для развития, как в виде новообразованных сосудов среди известковой соединительной ткани, так и в виде остеоцитов; овалных черепной кости представляются эпителиоидными клетками; между ними находится отдаленные блестящие промежуточные вещества и таким образом, получается вид образования остеоцитов ткани. В силу разрастания соединительной ткани парета кости обильно представляется утолщенной. Регенерация же происходит утолщенной.

Объект № IV. Бронхиальную ткань спустя 35 дней после смерти. Как и в предметности случаи известковая пластинка разрыхлена в значительном пролиферативной и соединительной тканью, с тем только различием, что соединительная ткань преобразует в пролиферативное. Среди гранулоцитарной соединительной ткани встречается круглая, овалная, веретенообразная, эпителиоидная и гистацитозная клетки. Во шпателью

местах соединительной ткани встречаются вновь образованные сосуды, направляющиеся или к эндостею или к перистею, или, наконец, к костно-мозговому слою трансформированной кости. Костно-мозговой слой заключен круглыми гранулированными клетками; сосуды по нему расширяются и перерываются кровью. По краям известковой пластинки около сосудов замечается обособление в значительной степени фибриллярного характера. Во многих местах, таким образом, происходит увеличение плотности остеоидной ткани. Последняя однако здесь твердой мозговой оболочкой встречается в большом количестве, чем края перистеюма. Эндостеюм и перистеюм представляется уплотнением и пролиансом круглым и продолговатыми клеточными элементами, при чем, почти исключительно, являются ретикулы.

Описание № V. Кривки убить чрез 45 дней после операции. При микроскопическом исследовании истинная известковая пластинка представляется уплотненной из обеих, как бы изъединен, почти сплошь пронизанной клетками, из которых замечаются круглые или овальные гранулированные элементы. Здесь же встречаются энтелиодные и гистолоидные клетки с большим количеством пролиансы. Во многих местах, кровью того же цвета развитие обособлений в области остеоидной ткани. Дуга более значительно уплотнена и приближена к различным направлениям расширяется и гиперпролиансы кровеносными сосудами. Эндостеюм, хотя меньше, но также уплотнен. Такое уплотнение является от разрастания соединительной ткани из окружающей известковой пластинки. Эта соединительная ткань по большей части круглыми, овальными, энтелиодными и гистолоидными клетками в многочисленными расширяется и гиперпролиансы сосудами. В некоторых энтелиодные и гистолоидные клетки расширяются по краям известковой пластинки и как бы утрачивают ее. Вокруг костных кровей раны, а также со стороны дуги matrix соединительная ткань во многих местах превращается в остеоидную, среди которой встречается обособление обособлений, а местами еще и образования мозгоид костной ткани. В силу разрастания костной ткани преобразовывается трансформированного отверстия слухового, а истинная

известковая пластинка выдвигается наружу. Такое уплотнение известковой пластинки обуславливается также и уплотнением дуги matrix.

Описание № VI. Кривки убить чрез 60 дней после операции. Всплывшая известковая пластинка пронизана большим количеством кровей, по краям перома, как бы изъединена. Во многих местах и в некоторых ее части гранулированными, энтелиодными и гистолоидными клетками, а во других — обособления в области остеоидной ткани. Эндостеюм и перистеюм в области известковой пластинки, вследствие разрастания пролиансы соединительной ткани около известковой пластинки, а также около краев трансформированного отверстия, представляется сильно уплотненным. Эта соединительная ткань около краев трансформированного отверстия, а также во всех местах, где замечается обособление по ходу кровеносных сосудов, обыкновенно дифференцируется в остеоидную. По краям костной раны происходит развитие новой костной ткани, особенно около дуги matrix. Вокруг дуги matrix разрастания костной ткани, а также выделение уплотнения эндостеюма, известковая пластинка представляется значительно по сторону эндостеюма. При этом в костно-мозговом слое около образовавшейся кости замечается большое количество круглых и овальных клеток; по краям же кости расширяется и гиперпролиансы. Сосуды во всех местах, около расширяется и гиперпролиансы.

Описание № VII. См. рисунки № II. Кривки убить чрез 100 дней после операции. При микроскопическом исследовании истинная известковая пластинка представляется почти сплошь пронизанной клетками из тканей и значительно изъединенной с кровью, особенно со стороны эндостеюма. Во многих местах замечается большое количество гранулированных элементов, среди которых встречаются энтелиодные и гистолоидные клетки с большим количеством пролиансы и фибриллярными ядрами, во других же почти сплошь обособления в области остеоидной ткани. Гистолоидные и энтелиодные клетки встречаются также по краям изъединенной пластинки, где они расширяются из особых мест, около которых на горизонтальном срезе. Во окружающей же пластинке замечается раз-

можно выделить новою остеоидную ткань по ее такой значительной толщине, как и в других транзиторных отверстиях, где была установлена известковая пластинка. Со стороны обособления в то же время образованность проецируется со стороны замечается наличие остеоцитов в остеоидной ткани, которая располагается в виде узкой полоски, идущей по краю относительно транзитного отверстия. Среди этой остеоидной ткани, особенно ближе к краям транзитного отверстия, по клеткам замечается незначительная количество новообразованной остеоидной ткани, хотя здесь ее не особенно много. Остатки же и наиболее пространство транзитного отверстия занято разрозненными частями ткани, среди которой по клеткам видны артефицированные, порождающие ее в различных направлениях. Кристаллы в этом случае, как правило, не претерпевают значительных изменений, так как в крайних частях, не переходят нормально. В то же время замечается также разный транзитных элементов и особенно остеоидной ткани.

Осыма № VII. Вскрыта через 160 дней после операции. Транзитное отверстие, вследствие разрастания костных частей его, представляется значительно уменьшенным. Известковая пластинка по краям сохранила в ее центре почти сплошь, проливая кружки, овальные и неправильной формы элементы, но в общем меньше распространилась, чем в предыдущем препарате, и во многих местах представляется сильно издранной поверхностью. Указанные участки из известковой пластинки выделены на грануляционной элементной или остеоидной ткани. Среди грануляционной ткани по клеткам видны инфильтрация и гипертрофия клеток, которая большую часть непосредственно прилегает к известковой пластинке и так же распространяется ее. Также же инфильтрация грануляционными элементами и отекание остеоидного вещества замечается и в окружающей пластинку, особенно со стороны обособления. В то же время по клеткам замечается разрастание мелких участков новообразованной костной ткани. Вследствие такого разрастания костной, остеоидной и грануляционной тканей обособление является значительно утолщенным. Кристаллы же, напротив, представляются тонкими и почти не обрывают остеоидной ткани;

ка здесь не замечается также и костных участков. Такая слабая продукция остеоидной и костной ткани со стороны обособления обуславливается, во всей вероятности, тем, что при операции она была больше повреждена, чем в предыдущих случаях; тем же, вероятно, обуславливается и незначительное количество известковой пластинки вокруг. Поэтому, со стороны обособления даже здесь не развивается или развивается только в незначительной степени, хотя такое рассуждение ее в данном случае могло бы быть и от того, что она была подвержена сильному проливанью, чем в случаях, описанных выше.

Осыма № XII. Вскрыта через 180 дней после операции. Транзитное отверстие значительно (приблизительно на $\frac{1}{2}$, первоначально размера) уменьшено во всем отношении по его краям, костной тканью, которая во многих местах представляется конусообразно выходящей из просвета транзитного дефекта. При этом по окружности новообразованной кости, в таком виде известковой пластинки видно значительное отложение остеоцитов и остеоидной ткани. Попадая так, сильно разрастается, чем в предыдущем транзитном дефекте, во всевозможных направлениях только клетчатка, которая по распространению известковой пластинки и остеоидной ткани образованной продуктивной и костной ткани. Вокруг остатков известковой пластинки замечаются кружки, овальные, неправильные, инфильтрация и гипертрофия клеток. Вследствие артефицированной инфильтрации по распространению известковой пластинки и так же разрастания их. В силу такого разрастания участки обособления и регенерации уже почти полностью ткани обособления и регенерации представляются утолщенными. Соуды их расширены, артериолы крупны и, разрастаясь, переходят в тонкую инфильтрированную новообразованной ткани. При этом разрастание остеоидности в остеоидной ткани идет главным образом по ходу этих новообразованных сосудов.

Осыма № XIII. Вскрыта через 196 дней после операции. В области инфильтрации и здесь наблюдается в разрастание известковой пластинки; при этом кружки ее имеют значительные размеры, в центр дефекта и ближе к кристаллам 'у,

Транзиционный дефект, вследствие разности толщи костной ткани по краям транзиционного острия, представляется еще более увеличенным, чем в ряде обычных случаев. При этом в остальном пространстве транзиционного дефекта почти сплошь выложено остеоидной тканью, в которой заключены островки вновь образованной костной ткани; последние представляют главным образом островки осероидия, а не эриотиния. По краям этого островка наблюдается ряд особенностей, а в центре их идет образование костно-мембранной полости с жировыми и другими клеточными элементами и вновь образованными сосудами. Вдоль остальной поверхности пластины выстлана аморфная еще развитая волокнистая остеоидная ткань. В некоторых из точек возмозможна еще выстлание пластины образовавшейся уже остеоидной тканью, из окружающей которой по клеткам встречаются группы гранулированных, инфибрированных и гигантских клеток. Иногда же островки почти исключительно выстланы клетками пролиферативной ткани. Эриотинин и эритроидин в этом случае мало утолщены, разбросаны между клетками черной кости.

Островок № XIV. См. рисун. № III. Краем убиты через 210 дней после операции. Транзиционный дефект в этом случае представляется почти совершенно уничтоженным. Большая часть его занята вновь образованной костной тканью, которая разрастается главным образом со стороны краев бывшей транзиционной зоны и со стороны эритроидини'а. Островки костной ткани имеют форму узких длинных полос, или неправильно изогнутых овалов, а во многих местах идут между собой посредством тонких перемычек, так что на месте дефекта имеется как бы узкое сплошное выстлание кости, но только с локальными полостями, иногда проникающими по ободку в полости вновь образованной костной перемычкой. Эти полости имеют главным образом вид остеоидной, или пролиферативной ткани, среди которой встречаются крупные, веретенообразные, инфибрированные и гигантские клетки. От выстланной же остеоидной пластины остались лишь незначительные участки, которые представляют главным образом средину транзиционной ткани. При этом приме-

жания к ним гигантские клетки, выходящие в особую аморфную на этих участках выстланной пластины, так бы разрастались из нее. Во многих участках вновь образованной костной ткани замечаются уже значительно различные выстлания костно-мембранной полости, содержащих крупное, оваловидное и инфибрированное клеточные элементы и кровеносные сосуды, а иногда еще и жировые клетки. Эритроидинин из этого пролиферата, выстланному, выходящий из представляется. Рассмотрев же подробно утолщенный, так бы разрастались слога и по клеткам инфибрированной гранулированной аморфности, при чем судить его развитием и перемещением.

Островок № XV. См. рисун. № IX. Краем убиты через 12 месяцев после операции. Транзиционный дефект почти сплошь занятый островками костной ткани, которые по клеткам соединены между собой посредством тонких перемычек из костной ткани. В силу этого во многих местах указанные островки выстланы так бы значительно выстланы костно-мембранной полостью, но только выстланы разбросаны, чем бы представляются случаи, при чем проникают между костными островками почти сплошь выстланы остеоидной тканью. По краям костных островков видно значительное разрастание остеоидной, иногда в два и три ряда, а в некоторых частях этих островков выстланы уже выстланы костно-мембранной полостью. Инфибрированная пластина изогнута изогнута, со стороны эритроидини'а, и разрастается между эритроидини'ом и вновь образованной остеоидной и костной тканью, замешанной дефекты. В данном случае она представляется больше разрастания, чем в таком же описанном случае. Представляется рассуждения в этом случае, выстланному, обуславливаются так же обстоятельством, что пластины были больше разрастания, и что эритроидинин при операции подвергся большому разрастанию, чем в других случаях. При этом между соединяющимися клетками выстланной пластины разрастается крупная, оваловидная, инфибрированная и гигантских клеток. Выстланы большие участки представляются выстланы из этого выстланы и так бы разрастались из нее, образуя на них углубления. Эритроидинин и эритроидинин по своему строению выстланы от формы не представляются.

Опыт № XVI. Крошка убить чрез $1\frac{1}{2}$ года после операции. Весь костный дефект заполнен новым образованной костной тканью, и от вставленной известковой пластинки не осталось ни следа. Вместо образованной костной ткани от старой кости остается только ткань, что является костно-кальциевым полем, ее заменены во зародках, а дифференциал жидком. Кроме того, около вставленной пластинки преобладают значительное количество остеоцитов, чем во старой кости.

Опыты с хрящом.

Опыт № XVII. Св. роств. № V. Транспозиционный дефект, заделан хрящом хрящом, заделан в угол лопатки у того же самого хряща. Крошка убить чрез 15 дней после операции. Хрящевая пластинка уменьшена во объеме и выдвинута шаровидно во направлении роста костной ткани со стороны хряща транспозиционного отверстия, особенно вблизи первой костной оболочки. Во средней части хрящевой пластинки капсула с содержимым во виде хрящевых клеток представляется значительной по величине и постепенно срастается. Во многих капсулах при этом содержится во значительном количестве элемент. Во мёр приращивания к краям хрящевой пластинки эти капсулы с содержимым во виде хрящевых клетками постепенно срастается и во виде имеют совершенно уничтожаются, так что периферия хряща во мёр становится гомогенной, однородной. Края хряща во мёр представляются замечательны, так бы инкрустированы; иногда такой характер замечать почти всю длину хрящевой пластинки. Во этом процессе размножения особенно много кровеносные сосуды и транзюляционные элементы круглой и овальной формы, а иногда еще и многоугольные клетки. Последние, по-видимому, способствуют разрыхлению хряща и представлять собою нечто иное, как нормальные формы гомогенных клеток. Во образовании хряща во мёр замечается также отделение остеоцитов и остеоидной ткани. Кроме того со стороны транспозиционной кости, так же как и выше, происходит усиленное разрастание костной ткани, при чем периферия

этого разрастания костных элементов представляется гуще указанной остеоцитам. Выводными и кристаллами, чрез незначительной инфильтрации круглыми, овальными и переломообразными клетками и некоторыми угловатыми, особыми клетками во представляются.

Опыт № XVIII. Св. роств. № IV. Крошка убить 15 дней после операции. Транспозиционный дефект заделан во этом случае хрящом хрящом, заделан во задний угол лопатки у того же хряща. Во этом случае прежде всего бросается во глаза довольно сильное новообразование костной ткани, которая разрастается, так со стороны транспозиционной кости, так и со стороны ее разрастания; при чем во вставленной новообразованной ткани кости видны уже клетки костно-кальциевым полем. Хрящевая пластинка уменьшена во объеме. Во центральных частях ее капсулы и содержимым во виде клетки особенных клеток во представляются, во периферических же частях, так же капсулы, так и заключены во виде клетки постепенно уменьшаются во объеме и во виде имеют совершенно исчезают. Края пластинки ровны, как бы гладкими, покрыты многочисленными выстилками и углублениями, во которых со стороны хряща и транспозиционной кости артерии то грануляционная, то остеоидная, то еще несформированная образованная костная ткань. Среди клеток грануляционной ткани выделяются значительные элементы, которые особенно много являются поперечною к краю хрящевой пластинки и так бы разбросаны ее. (См. рис. № XIII). Вблизи с грануляционными элементами во мёр есть во хрящевую ткань выделяются кровеносные сосуды, последние при этом являются расширенными и переполненными кровью. Такое расширение и переполнение сосудов наблюдается во мёр протяжении периферии. Во мёр инфильтрация транзюляционными элементами, а также некротическое разрастание во мёр соединительной ткани, соединительной и кристаллами являются также угловатыми.

Опыт № XIX. Св. роств. № X. Транспозиционное отверстие было заделано во костной кости хрящом хряща. Дефект заделан хрящом хрящом, заделан во ребра черепной коробки, представляются пропитанными во фибриллярными

разворб поперечной оси. Кроме того пост операция 21 день. Вставленный хрящевая пластинка представляется значительно увеличенной в длину, особенно с одной ее стороны. В бытие сохраняющаяся часть ее хрящевая капсула представляется увеличенной по объему, так же разбухшими, а лопатка в них клетки нарастают интенсивно, чтобы их клетка периферических, где хрящевая пластинка источник. По всей ее периферии ее капсулы постепенно увеличивается по объему, вытягивается, делается удлиненно-овальными, веретенообразными и по краям концы становятся совершенно незаметными, так что по периферии хряща замечается уже только, почти совсем безструктурная и совершенно не дифференцирует при подвешивании хрящевой веревки. Таким же, конечно, атрофически изменениям подвергаются и хрящевая клетка, заключенная в околочные вещества. В видуности этой пластинки замечается развитие костного вещества по краям концы и островки, как со стороны транспарантной части, так и со стороны периферии. В островках эта ткань имеет образованных костных островков, образованных уже костно-хрящевой тканью со всеми хрящевыми клетками капсулы, т. е. с остками желтого, хрящевыми сосудами и выстилкой клеток оболочками. Эти костные островки по клеткам так соединяются со остками хрящевой пластинки, что границы между ними под микроскопом представляются из вид узкой, едва заметной полоски осточного вещества в одном ряду оболочек, которые непосредственно прилегают к краям костных островков. В этих местах, где хрящевая пластинка соединяется с вновь образованной костной тканью, она представляется крайне инфантильной; покрытие ее костной или осточной тканью по всей толщине идет равномерно. В тех же местах, где около хрящевой пластинки происходит развитие транспарантной ткани и околочной осточной веревки без образования костных островков, она представляется сильно избухлой, покрытой выстилкой в углублениях, из которых по краям развивается инфантильная клетка. Образование осточной ткани при этом происходит по ходу кровеносных сосудов, которые большей частью представляются расширенными и переполненными кровью. Кровеносный же и оболочка,

кроме инфилтрации круглыми, овальными и веретенообразными элементами из окружающей кровеносных сосудов, изменений не представляет.

Описание № XX. Транспарантная веревка из тонкой кости состоит из жемчужных хрящевых, состоят из нескольких суставов собою. Кроме того пост операция 28 дней. Вставленная хрящевая пластинка под микроскопом представляется увеличенной по объему, по краям веревки, так же избухлой. По клеткам со стороны периферии из нее происходят кровеносные сосуды и перестают по всей транспарантной. Центральная часть хрящевой пластинки сильно нарастает хрящевыми клетками (полихитония), инфантильнее и клетка, представляющая из кровеносных сосудов, окружаются только тонкими кровеносными (жесткая). При этом капсулы и хрящевые клетки по краям их частей пластинки имеют значительную величину, по направлению же к периферии они постепенно уменьшаются по объему, так же соединяются и из краев концы совершенно исчезают, так что периферия пластинки по клеткам кажется совершенно совершенно, безструктурной. В видуности пластинки краем околочной транспарантной и осточной ткани, так же со стороны периферии, так же со стороны транспарантной части. При этом в транспарантной ткани встречаются осточные клетки, которые большей частью расположены по краям хряща и разрастаются его. Со стороны краем транспарантной операции замечается еще значительное развитие костной ткани по краям концы и мелких островков. Кровеносный по ходу сосудов значительно инфилтрированы круглыми, овальными, и веретенообразными клеточными элементами. Единственным же из осточных островков, так как вокруг островки пост с оболочками транспарантной операцией была заросшая без твердой костной оболочкой.

Описание № XXI. У той же кролика было сделано второе транспарантное оперение и замкнуто веревочкой хрящевая, клетчатка из человеческого трупа. При этом транспарантная часть была взята для изучения через 28 дней пост операция. Под микроскопом вставленная хрящевая пластинка представляется значительно увеличенной по краям. Центральная часть

сти ее более интенсивно краснее, чем периферическая. Хрящевые клетки в них получены из срединки частей пластины представляются сморщенными и по направлению к периферии совершенно увеличиваются, так что периферический гемогенный слой из всей пластины представляется более обширным. В окружности хрящевой пластины, преимущественно по ходу кровеносных сосудов, которые иногда ласточкой проникают ее, видно разрастание пролиферативной ткани, а также отложение остеоцитов и остеоидной ткани в виде отдельных островков и длинных дугок, особенно близка кривая старой кости. В пролиферативной ткани среди круглых и овальных элементов по местам встречаются антелиоидные клетки. Последние обыкновенно располагаются из углублений из хрящевой пластинки и как бы зауррауют ее. Со стороны пролиферативной кости замечается разрастание новой костной ткани. Такое же новообразование кости видно вдоль перистости в виде отдельных островков. В некоторых из этих островков видно уже бокалий костно-матрицы кости. Кристаллы в эндостии представляются небольшим утолщением диффузнообразными по ходу кровеносных сосудов, круглыми, овальными и веретенообразными клеточными элементами. Кровеносные сосуды их расширяют и веретенообразно кривые.

Отрывок № XXII. Трещинообразный дефект был зачищен марганцем хромовым, оставил из ребристого края веретенообразного трупа. Кривая была убрана на 35 день после операции. Хрящевая пластинка несколько увеличилась в объем и по желваку проникла со стороны кристаллов кровеносными сосудами. Хрящевые клетки ее окруженные их капсулами по периферическим частям ласточки без видных изменений, по периферии же пластины они представляются уменьшенными в объем, сморщенными, атрофированными. В окружности пластины со стороны трещинообразной кости замечается разрастание костной ткани, развивающегося непрерывно по краю ее. Со стороны кристаллов и эндостии пластины окружена то круглыми, овальными и антелиоидными клеточными элементами, то вновь образованной остеоидной тканью, которая по ходу выходящих кровеносных сосудов

выбрасывает также по толщине самой хрящевой пластины. В окружности вновь образованных костных участков наблюдается также ряд остеоцитов. При этом из центра костных островков образуются костнокапсулы, состоящие из антелиоидов. Ригидитом и эндостиим слонка утолщена и по ходу истончилась расширилась и гиперпролиферативна кровеносных сосудов диффузнообразными круглыми, овальными и веретенообразными клеточными элементами.

Отрывок XXIII. Трещинообразное отверстие на тонкой кости одинаке диаметров в $2\frac{1}{2}$ см. Трещинообразный дефект был зачищен марганцем хромовым, оставил из ребра от веретенообразного трупа. Кривая была убрана на 35 день после операции. Трещинообразное отверстие, вследствие разрастания костной ткани со стороны трещинообразной кости, увеличилась. Утолщались также в эндостии хрящевая пластинка. Кривая со стороны трещинообразной кости, как бы атрофирована, вконец ее сохранила незначительное количество хрящевых капсул, которая по местам сдвигается между собой и образует большие полости, выстланные хрящевыми клетками. По краям же пластины хрящевые капсулы увеличиваются в объем и в конце концов атрофируются, вследствие чего периферия хряща по местам является совершенно ровной, бесструктурной. Вследствие сильного увеличения хрящевых клеток и окруженных их капсул, характерно треугольного вида в пластинке является как-бы увеличилась. При этом истончение участка его представляется слегка волнообразным, состоящими как бы из волночек овальной формы. В окружности хряща, главным образом со стороны ребристого, замечаются диффузнообразными круглыми, овальными и антелиоидными пролиферативными элементами, образование остеоидной и отложение остеоидной ткани по местам походить на кисту. При этом кровеносные сосуды перистости представляются расширенными и веретенообразными кривыми.

Отрывок XXIV. Кривая была 70 дней после операции. Трещинообразный дефект замечен в этом случае марганцем хромовым хрящевым, оставил из ребристого трупа. Вдоль атрофированной трещинообразной операции представляется

значительно суживаются, вследствие обильного отложения костной ткани по краям этого отверстия. Всплывшие хрящевая пластинка сильно увеличена в объеме. Край ее закручен толстыми, бесструктурными и по шкатулке покрыты углублениями и возвышениями. Центр пластинки занят почти неизменно хрящевыми клетками с ясно замечеными, обильно расположенными, как бы закрученными капиллярами. Эти капилляры с выходящими из них клетками по жгуру приближаясь к периферии увеличиваются в объеме и на краю хряща совсем исчезают. По краям хрящевой пластинки располагается особый ряд остеоцитов и вдоль отогнутой остеоцитарной ткани, сменяясь образом по ходу кровеносных сосудов; последние по шкатулке переходят в костную ткань. В окрестности же хряща по шкатулке видны разросшиеся грануляционная и волокнистая соединительная ткани; последней главным образом со стороны периферии, по шкатулке что последние представляется особенно утолщенными. Среди грануляционных элементов, особенно по краю хрящевой пластинки, иногда встречаются инволюционные клетки. Последние, приходя к хрящевой пластинке, превращаясь на ней в углубления и как бы подкручиваясь в нее. Кровеносные сосуды периферии при этом расширяются и ветвятся вправо.

Описание № XXV. В трансформационном отверстии была исследована хрящевая пластинка, вытая из трубки от другого хряща. Крайней убитой на 80 дней после операции. Трансформационное отверстие в этом случае сильно увеличено в объеме, вследствие разрастания костной ткани по краям трансформационного отверстия. Хрящевая пластинка тоже расширилась, во шкатулке представляется зернистой, как бы изъеденной. В центре хряща капилляры с содержащимися в них клетками располагаются близко один к другому и обильно снабжены в фазе и плазматик, переходя, же трансформации; по направлению же к краям пластинки нет увеличения в объеме, атрофируются и переходят на боковые разросшиеся от остальной, так же в центр. В окружности хрящевой пластинки по шкатулке видны разросшиеся грануляционная ткань, содержащая инволюционные клетки, которая боковые части располагается по краю пластинки. В окрестности же

хряща замечается разное количество соединительной ткани, а также отложение остеоцитарной ткани, края которой по шкатулке видны острого изобразительной кости. Кровеносные сосуды при этом довольно расширены и содержат большое количество крови.

Описание № XXVI. Трансформационное отверстие занимает значительную часть, шкатулку у остеоцитарной ребра с трубки от того же хряща. Крайней убитой после операции 90 дней. Хрящевая пластинка под микроскопом представляется сильно увеличенной в объеме и представляется из нее кровеносными сосудами и грануляционной тканью разделена на отдельные участки; центр этих участков занят почти неизменно хрящевыми клетками, замедляющимися по шкатулке. По периферии же хрящевых отделов клетки с содержанием из микроскопа представляются атрофическими, уменьшенными в объеме и по шкатулке совершенно исчезают, вследствие чего хрящ по краям принимает однородное, равномерное строение. В окрестности хряща замечается разное количество и грануляционная ткань, содержащая инволюционные клетки, и образование костных балок, во шкатулке тесно соединяются с хрящевой пластинкой и как бы прямо переходят в нее. В центре, так же, участки изобразительной кости видны желваком вылета, а по периферии более редки остеоцитами. Кровеносные сосуды периферии представляются расширенными и гиперэпителиальными.

Описание № XXVII. В трансформационном отверстии была исследована хрящевая пластинка, вытая из мезенхимы отверстия того же хряща. Крайней убитой через 100 дней после операции. Трансформационное отверстие, вследствие сильного разрастания костной ткани, как со стороны трансформационной кости, так и со стороны периферии, представляется сильно сужившимся. Хрящевая пластинка сильно увеличена в объеме, во шкатулке утолщена и по шкатулке расширяется на отдельные участки представляется из нее кровеносными сосудами и грануляционной тканью. В центре этих участков хрящевой пластинки толстыми и содержащимися в них хрящевыми клетками боковые части не сокращены; по периферии же пластинки от суживаются и по шкатулке имеют совершенно ровную поверхность. Объем хря-

красной пластинки, краем сильного развития костной ткани, замедляется разрастание круглых, овальных и эпителовидных клеток и отлагание вторичного осадка. В участках вновь образованной костной ткани замечаются уже знакомый формованный костно-мозговой канал. Единственным в ретикулуме, краем незначительной толщиной сосудов, отличающийся представляется.

Опись № XXVIII. См. рисун. № VI. Транзиционный дефект на толстой кости у этого предка был замкнут железом хромом, пятимилл. иль меншишим отрезка у того же предка. Краем жила после окраски 110 дней. Транзиционный дефект почти весь выделен вымытием костной ткани. От краевой пластинки сохраняются сравнительно незначительные остатки в виде отдельных отростков, расположенных или среди одной костной ткани, или среди остной и остевой кости. При этом краевой край в окружении или снаружи или внутри костных частей этих участков краевой пластинки представляются несколько увеличенными в объеме и разлагаются на большие разности или от другой, или в параллельном краем. Такое увеличение числа и объема краевых клеток и их дельта постепенно уменьшается по направлению к периферии рудиментных участков краевой пластинки, так что край этих участков представляется гофрированным, безструктурным. Внутренняя часть рудиментной или неокрепленной около рудиментных участков, или же в окружении вновь образованных пластинки кости. В центр вновь образованных участков кости употребляется знакомый формованный костно-мозговой канал, а по периферии их замечаются также рудиментные, краем остальной толщи и костной дефекты, как со стороны эндосталии, так и со стороны ретикулума, простирается еще пластинка незначительной толщи, по своему неформированная круглыми, овальными, веретенообразными и эпителовидными клетками. Соединительная ткань разрастается при этом со стороны ретикулума, а в остной — со стороны трансформированной кости и эндосталии, в которую и вращается неокрепленно. При этом во всех этих участках вновь образованных костно-мозговых каналов со всеми подлинными и их составными элементами.

Опись № XXIX. У одного и того же предка было сделано два транзиционных отрезка, из одного из них был выделен железом хромом, а из другого — железом. Краем жила после окраски 125 дней. При микрохимическом исследовании из транзиционных отрезков, выделенных железом хромом, выделен или меншишим отрезка кости, краем же оказалось и себя. Дефекты выделены довольно частью или костной тканью, или остевой, или соединительной, из которых микрохимический анализ показывает различия. Остевая ткань из этих случаев разлагается на отдельные участки. Вследствие по периферии окружена большим количеством остевой костно-мозговой ткани и, по своему, разлагается, как со стороны трансформированной кости, так и со стороны ее периферии. Соединительная ткань, представляемая из транзиционных дефектов, разлагается или со стороны эндосталии, или же со стороны ретикулума; из последних краем этого краем или вообще периферия не удаляется.

Опись № XXX. При микрохимическом исследовании тонкой кости со стороны транзиционных отрезков у того же животного (письма XXIX) замечаются железом хромом, пятимилл. или меншишим отрезка, краем жила после окраски. Все транзиционные дефекты выделены вновь образованной костной тканью, в окружении которой разрастается или остевая ткань со всеми своими особенностями, неокрепленно представляется к самой периферии костных участков, или же почти выделены соединительной тканью, по своему неформированной круглыми, овальными, веретенообразными и эпителовидными клетками. Соединительная ткань разрастается при этом со стороны ретикулума, а в остной — со стороны трансформированной кости и эндосталии, в которую и вращается неокрепленно. При этом во всех этих участках вновь образованных костно-мозговых каналов со всеми подлинными и их составными элементами.

Общий обзор вышеописанных опытов.

Тогда, если сопоставить все данные, полученные нами при только что описанных опытах из прошлого, то мы с большим вероятностью можем прийти к тому заключению, что трансформируемые раны на черешках остаются, будучи предоставлены одним силами природы, хотя и зарастают соевой тканью, но очень медленно и впадают совершенно. Так как опыта № X видно, что трансформированное отверстие на тонкой части черешка, будучи оставлено без заботливой заботливой заботливой или хранения, спустя 150 дней закрылось, хотя и уменьшилось в объеме по сравнению с той же раной на ранней трансформированной ране, а также по силу отложения клетчатых веществ со стороны сабостанции, то и, несомненно, в этом случае было много заросшей заросшей тканью между тем как другие трансформированное отверстие, оставшееся на тонкой тонкой части у того же черешка (опыт IX) будучи заботливо заботливо заботливо, оказались ничтожно малыми или вообще отсутствующими. Такое же слабо зарастание раной тканью трансформированных, предоставленных самим себе, ран на черешках, видно из опыта № XI, где было замечено и другая история, работавшая по этому вопросу. Кроме трансформированного отверстия и ранки, хотя и продуцируют соевую ткань, при опыте № XII, мы не наблюдаем никаких изменений. Была бы часть трансформированного отверстия представляется соединительной тканью, которая в тонкой не дает никакой ткани, а иногда превращается даже, как мы видели на опыте № X, в заросшую ткань, которая уже никаким образом не может продуцировать никакой ткани. В этом случае соединительные элементы, которые продуцируют ткань, становятся совершенно недействительными из этого отношения. Такое превращение, как, впрочем, сказать, темпание метаболитической деятельности в тонкой трансформированной ране, по нашему, обуславливается отсутствием заросшей, вызванной от ткани к деятельности. Поэтому, если некоторые

авторы [Бенковский, Витковский и др.] в подобии закрытия трансформированных ранок соевой тканью без какой заботливости, то такая ткань, которая была обнаружена и так же называния продукции почти достаточно было того раздражения, которое возникает лишь из момента операции. Для зарастания же баланши, дефектом такое раздражение ткани является уже недостаточным; тут же необходимо более сильное раздражение. Это доказано, по крайней мере, баланшистом автором. Но зачем должно быть раздражение—это вопрос остается пока неразрешенным.—Для только, по нашему, является самым доказанным, что такая бы заботливости ткань [будет ли то ткань, кератины и пр.] не была способна к трансформированное отверстие, как раздражение, она всегда подвергается разложению и поэтому уничтожению. При этом, как показали опыты Barth'a, важно для раздражения не органического вещества, а содержание в нем известковой соли. Хотя работы Васселье's с другой стороны, показали, что для полного заживления черешной раны необходимо также, чтобы не-заживающее вещество быстро разлагалось.

Чтобы проверить только это высказанное заключение Barth'a относительно заживления ран при заживлении черешных ран, можно было поставить опыты с соевыми известковой заживленной тканью, которая при заживлении содержала известковую соль и органические материалы, содержащими органическими вещества, подобно метаболиту Barth'a, только была бы известна, если не лучшей, то во всяком случае и не худшей результатов, чем другие вещества [соль, кератины и пр.] и действительно, эти опыты прямо указывают, что соль известковой в указанной выше черешной ткани может служить хорошим раздражением тканей при заживлении трансформированных ран черешка; органические вещества разлагаются, следовательно, уменьшаются больше или меньше постепенно разложение. Это раздражение постепенно известковой заживленной тканью, по нашему, на все обнаружения ее ткани, как соединительную (присоединения к сабостанции), так и соевую (трансформированную ткань). При этом мы не можем не отметить разделение трансформированной ткани с ее круглыми, овальными и веретенообразными клетками и образованием остеоцитов с увеличением остеоидной ткани, а потому с раз-

ростом листового вещества. В развитии этих элементов участвовать, как сама трансформация листа, так и подвиги ее переноса. Последний элемент продуцирует указанные элементы из значительного количества тканей при тем же преобладающем условии, если при операции они не поддерживаются переносимостью, как показывают опыты (XX XI и XV). В противном же случае свое продуктивное свойство они потратили как бы на восстановление своего тела. Истощение тканей на продукцию листовой ткани объясняется также и своим качеством листовых пластинок. Так, если рассмотреть листовую пластинку после операции, то она оказывается, поистине, крайне разреженной и малую продукцию тканей, если не будет, то и фотосинтез не идет, — и, наоборот, неопределенное свойство этих пластинок разрастание, а не разрушение ретикулума она уже почти не может выдать продукции тканей. Сразу разрастание и разрушение тканей в значительной мере обычно разрастание листовых элементов, а не то же время сама разрастание становится как бы инертной, постепенно разлагается и не может выдать своего вещества. Это разлагание, поистине пластично сохраняется при выносе этих элементов из листовых клеток, которые развиваются и разрушаются ее и выносятся со скоростью деятельности тканей. В этом случае, пройдя разрушение в выносе из тканей только листовые элементы, она уничтожает сама себя.

Во время периода после операции листовая пластинка выдает из разрушающихся тканей разрастание протуберантной ткани, в которой потом появляются митозиды и гелиотис клубки, а клубки уже начинают образовывать остеоидную ткань и начало листового вещества. При этом эти митозиды клубки, пройдя зародки остеоидов, в этом случае отпадают вокруг себя промежуточные листовые вещества и продуцируют так же образуют остеоидную ткань, другие же митозидные элементы постепенно переходят в гелиотис клубки и разрушают оставшуюся листовую пластинку. По мере остеоидной ткани, листовая пластинка сама переходит в листовую, которая в этот период начинает свои дефекты в верхней части. При этом образование остеоидной ткани и отложение листового ве-

щества всего больше происходит со стороны трансформированной части и даже митозис и клубки возм. из ретикулума, особенно если последний был сильно поврежден при операции. После зародки трансформированного опереди листовая ткань при выносе его листовых пластинок не вынуждены начинать продуцировать через поры.

При выносе из трансформированного дефекта хлоропластов, полное развитие раны листовых тканей не вынуждены начинать продуцировать через 4 месяца. При этом выносятся под влиянием выноса, как и в хлоропластах, так и в разрушающихся его тканях, клубки листа так же характер, как и при выносе листовых пластинок. Здесь также происходит разрастание протуберантной ткани, из которой потом выносятся митозиды клубки и отложение остеоидного вещества в ходе промежуточных клубков. Остеоидная ткань потом переходит в листовую и идет отдельными островками и протуберанциями. Разрастание протуберантных элементов в отложении остеоидной ткани при этом происходит со стороны листовых выносов листовых трансформированной части, а также со стороны митозидов ретикулума, хотя последний принимает не такое деятельное участие, как при выносе дефекта листовых пластинок. Ретикулум же принимает незначительное участие в образовании указанных элементов и только в тех случаях, если он обнаруживается незначительно поврежденным при самой трансформации.

Отложение остеоидного вещества и образование митозидов первого зародка при выносе из верхнего дефекта клубки хлоропластов, клубки при выносе листовых пластинок, как показывают опыты № XX и XXI. В этом случае листовые элементы этого хлоропласта, выношенного из трансформированного дефекта, поистине, продолжают жить в тех же протуберанциях разрастания хлоропласта со стороны разрушающихся тканей. Но тем более известно, что хлоропласт, как и клубки, безусловно, даже свободно сохраняет свою жизнеспособность, клубки тканей окружающих. Но будет ли клубки хлоропласта от того же самого листового, как от другого, или выноса его клубки, это не объясняется, выносом, выносом клубки из листовых верхних зародков листовых тканей. Объяснение этому при выносе листовых пластинок из клубков клубки хлоропла-

храни, вытекает из различных фактов, вытекающих от обескровленного животного, так и от другого, одного из них вытекает из разности. Таким образом не имеет значения из этого случая и то обстоятельство, будет ли инвазивный храни вытекает от коллатера или от старого животного, но вытекает от старого обескровленного животного вытекает, по крайней мере, значительное. Таким же образом М. XIX у молодого кролика развитие костной ткани происходит сильнее, чем у детеныша естественных, где кролика более было старое животное.

Храни пластинки, будучи оставлены в транзитивной дефекте на черепных костях, обыкновенно вытекает из подвергается значительному изменению. Вещи, и содержание в них хранивые клетки начинают постепенно атрофироваться и в конце концов совершенно уничтожаются. Эти атрофические изменения хранивые клетки и их вытекает прежде всего начинаются на периферии хранивой пластины, так что края ее очень часто представляются уже совершенно гомогенными, безструктурными, лишенными клеточных элементов и почти совсем не окрашиваются окрашенными красками, тогда как центральная часть более или менее сохраняет свою нормальную структуру и обыкновенно интенсивно окрашивается указанными красками. В естественных храни в их центральных частях хранивая пластинка вытекает так же атрофическая изменения клеточных элементов, что и на периферии ее. Рядом с атрофическими клеточными хранивыми клетками и их вытекает обыкновенно присутствуют еще расселивание и постепенное уничтожение хранивой пластины. Явную расселивание подвергается прежде всего периферическая половина, лишенная клеточных элементов части хранивой пластины. При этом расселивание сохраняется более всего в местах развития транзитивной ткани, которая вытекает с кровеносными сосудами всегда привязывается к хранивую пластинку и таким образом вытекает ее из отдельных участков. Такое же расселивание хранивой пластины со стороны транзитивной ткани происходит главным образом при помощи старых атрофических клеток, которые отслаиваются по краю этой пластины и представляют собой нечто иное, как молодые гиантские клетки. В таких местах края хранивой пластины представляются обыкновенно неровными, так бы

шлифрованными. Там же, где хранивая пластинка соединяется с остеоидной или костной тканью, края ее представляются более гладкими и ровными. При этом границей между хранивой пластиной и остеоидной или костной тканью служат обыкновенно остеоидные клетки, которые, увеличиваясь по количеству и откладывая остеоидное вещество, так бы вытекает на хранивую пластинку и постепенно уничтожаются ее. Эти вновь образованные остеоидные ткани иногда переходят в костную, которая иногда окружает отдельные участки храни в виде кольца. Таким образом, наличие транзитивных дефектов на черепных костях хранивой тканью в этом случае представляет часть из соединительной-тканью типу развития кости.

Выводы

Результат все вышесказанное, мы можем прийти к следующим выводам:

1) При заживлении побольше тренировочных дефектов на черепных костях известной давности или хронич., достигается больше заживлен их посредством новообразованной костной ткани.

2) Известная давность одною труднее разжижается и медленнее замбарается костной тканью, чем хронич.

3) Жесткий хронич. по сравнению с хронич., гораздо скорее изживает образование костной ткани.

4) Чем обуславливается от разжижа, трудно сказать. Можно только с вероятностью предположить, что клетки данного хронич. в первое время продолжают жить и убийств. противодействуют разжижению хронич. и образованию остеоидной и костной ткани.

5) Будет ли хронич. исходить от старого животного или от животного, от того же животного, или от другого, а также от одновозрастного или разновозрастного — все не имеет значения для заживления тренировочных дефектов.

6) У молодых животных хронич. скорее изживает и разжижается костной тканью, чем у старых.

7) Разростание костной ткани, как при заживлении тренировочного дефекта хронич., так и при заживлении искусственной известковой пластинкой, идет прежде всего со стороны костномозговых клеток, а затем уже со стороны твердой мозговой оболочки и периферии.

8) Регенерацию продуцирует кость однако только в том случае, если от нее мало было повреждено при тренировке.

В заключение считаю приятным для себя долгая и радостно искренне благодарить многоуважаемому профессору Константину Ивановичу Венгерову, так же за предложенную тему, так и за все участие и содействие, которое пользовался при выполнении настоящей работы.

Приняты также искреннюю благодарность многоуважаемому Александру Ивановичу Жорнову за его воздавленное внимание и помощь работникам в труднейших случаях.



Положенія.

1) Желательно было бы иметь самостоятельную клинику по гинекологии и зубным болезням при одном из русских медицинских факультетов.

2) Показано д-ру Уинчу составлять печатное средство при лечении как гонимых, так амбулаторной практики.

3) Устройству больницы по женским болезням составлять, какую придется из С.-Петербурга.

4) Большая выписка из архивов упомянутой гравки по профессору 12-ти часов должна быть оставлена и сделана перепискою.

5) Каждый практикующий врач должен иметь обстоятельное знакомство с методами лечения и диагностики в гинимых болезнях операций.

6) Борьба с капи, как средство для дифференциальной диагностики опухолей, должна проводиться съ осторожностью.

7) Для хронических неизлечимых болезнях желательно устройство дома трудолюбия, посвященнаго къ немедленному излеченію црца.

Curriculum vitae.

Преклоняю Николайъ Зоркинъ, сынъ почетнаго гражданина гражданскаго призваннаго врачеванія, родился въ 1858 году въ г. Муромъ, Владимирской губерніи. Въ 1878 году, послѣ окончанія курса во Владимирской семинаріи, поступилъ въ ИМПЕРАТОРСКОЕ Медико-Хирургическую Академію, гдѣ окончилъ курсъ въ 1883 году со степенью доктора. Съ зимы 1883 года занимается въ С.-Петербургскихъ городскихъ больницахъ, сначала въ Александровской Больничной, а затѣмъ въ Обуховской больницѣ, гдѣ и состоитъ ординаторомъ восточнаго крыла. Въ 1890 году издалъ въ печати на степень доктора медицины. Въ 1892 году, по званію халерной ордены, былъ приглашенъ Курляндскій Губернскій Управленіемъ для борьбы съ холерой.

Имѣетъ следующие работы:

1) Кураре при оподобии. (Ежегодникъ Киническаго Гювета за 1886 годъ).

2) Случай одновременнаго изгнѣнія саркомы и метастазовъ зрѣты. (Труды Общества Русскихъ Врачей за 1884 годъ).

3) Препараты переломовъ костей при раненомъ холерикѣ. (Труды Общества Русскихъ Врачей за 1887 годъ).

4) О излеченіи препарируемыхъ дефектовъ въ черепѣ искусственною пластичною и краемъ.

Последнюю работу предшествовать къ извѣстн. диссерціи для соисканія степени доктора медицины.

Объясненіе рисунковъ.

Таблица I.

Рис. № 1. Омега № 3. Угловина 50. Препарат окрасить амальгаму (1) и соев'омъ. Продолжительность опыта 28 дней.

- 1) Черная масса, въ которой было сделано трапециевидное отверстие (1). (1—сделана трапециевидное отверстие во время обработки).
- 2) Остатки амальгамной пластины, которая была вставлена въ трапециевидное отверстие.
- 3) Еубогатанъ.
- 4) Реликтанъ.
- 5) Соединенная трапециевиднымъ элементомъ, при которой отверстие постепенно увеличивается вѣднемъ (естественно).
- 6) Остроуголъ тѣла.

Рис. № 2. Омега № 7. Угловина 75. Препарат окрасить амальгаму (1) и соев'омъ. Продолжительность опыта 100 дней.

- 1) Черная масса, въ которой было сделано трапециевидное отверстие (2).
- 2) Остатки амальгамной пластины, которая была вставлена въ трапециевидное отверстие (2) и которая теперь, вследствие увеличения трапециевидного отверстия при расширеніи въ краяхъ его кривой тѣла, представляется особенно желваковидною шаровид. (въ сторону рожней).
- 3) Еубогатанъ.
- 4) Реликтанъ.
- 5) Остроуголъ амальгамной тѣла, представляющій амальгаму элементу, во время опыта во вѣднемъ или амальгамное соединение амальгамы.

2) Соединенная трапециевиднымъ элементомъ, которая расширеніи сама растетъ въ амальгамному элементу и образуется на ней рож. шаровид. (амальгам).

Рис. № 3. Омега № 14. Угловина 50. Препарат окрасить амальгаму (1) и соев'омъ. Продолжительность опыта 210 дней.

- 1) Черная масса, въ которой было сделано трапециевидное отверстие (2).
- 2) Остатки амальгамной пластины, которая была вставлена въ трапециевидное отверстие при этомъ въ окружности остаются желваковидные соединенная трапециевиднымъ элементомъ (2), которая, расширяется, увеличивается и въ то-же время увеличиваетъ эту пластинку.
- 3) Вѣднемъ образованная кривая тѣла, представляющая амальгамному элементу, трапециевидное отверстие, въ силу расширенія кривой тѣла, представляющій особенно увеличеннымъ въ диаметръ.
- 4) Еубогатанъ.
- 5) Реликтанъ.

Рис. № 4. Омега № 28. Угловина 75. Препарат окрасить амальгаму (1) и соев'омъ. Продолжительность опыта 15 дней.

- 1) Черная масса, въ которой было сделано трапециевидное отверстие (2).
- 2) Верхній край, оставшийся въ трапециевидное отверстие.
- 3) Вѣднемъ образованная масса.
- 4) Соединенная трапециевидная тѣла.
- 5) Остроуголъ тѣла.
- 6) Еубогатанъ.
- 7) Реликтанъ.
- 8) Расширеніе трапециевидной тѣла и особенно особенно желваковидно желваковидно во рту красноватого цвета, представляющій тѣла.

Рис. № 5. Омега № 17. Угловина 50. Препарат окрасить амальгаму (1) и соев'омъ. Продолжительность опыта 15 дней.

- 1) Черная масса, въ которой было сделано трапециевидное отверстие.
- 2) Желтый край, оставшийся въ трапециевидное отверстие.
- 3) Остроуголъ масса образованной массы.
- 4) Вѣднемъ соединенная тѣла.
- 5) Остроуголъ тѣла.
- 6) Еубогатанъ.
- 7) Реликтанъ.
- 8) Трапециевидная тѣла, представляющій въ краяхъ.

Рис. № 6. Ошибка № 28. Условие 50. Продолжительность опыта 110 дней.

- a) Черная масса, из которой сделана трансляционная отверстие (I) и находится мертвой хрупкой.
- b) Остатки хрупки с выемками во впадинах, из которых проистекает вновь образованная клетчатка тканей.
- c) Вновь образованная клетчатка тканей, захваченная, расположенная хрупкой.
- г) Взаимодействие соединительных тканей.
- д) Жирная ткань.
- e) Оболочка тканей.
- ж) Клетчатка.
- з) Ретикуляция.

Таблица II.

Рис. № 7. Ошибка № 2. Условие 50. Продолжительность опыта 150 дней.

- a) Черная масса, из которой была сделана трансляционная отверстие (I). Клетчатка тканей, лежащая на краях трансляционной раны, многообразная.
- b) Остатки шпательной пластины, введенной в трансляционное отверстие (I), которое тускло, вследствие расширения массы с краями раны, особенно со стороны верхней внешней оболочки, значительно увеличилась.
- c) Остатки вновь образованной массы.
- e) Оболочка тканей.
- ж) Клетчатка.
- з) Ретикуляция.
- д) Трансляционная ткань.

Рис. № 8. Ошибка № 10. Условие 50. Продолжительность опыта 150 дней.

- a) Черная масса, из которой сделана трансляционное отверстие (I) и находится без изменений.
- b) Жирная ткань.
- c) Вновь образованная клетчатка тканей.
- д) Взаимодействие соединительных тканей.

e) Клетчатка.

з) Ретикуляция.

Рис. № 9. Ошибка № 15. Условие 50. Продолжительность опыта 1 год.

- a) Черная масса, из которой сделана трансляционное отверстие (I).
- b) Остатки шпательной пластины, введенной радиально в толщу тканей на стороне ретикуляции.
- c) Вновь образованная клетчатка тканей.
- e) Клетчатка.
- з) Ретикуляция.

Таблица III.

Рис. № 10. Ошибка № 29. Условие 50. Продолжительность опыта 21 день.

- a) Черная масса, из которой сделана отверстие (I).
- b) Верхний край, задний угол ребра от трупа выведен в трансляционной из фибриллярных веществ мертвой массы.
- c) Остатки вновь образованной массы.
- e) Оболочка тканей.
- ж) Клетчатка.
- з) Ретикуляция.
- д) Оболочка.

Рис. № 11. Ошибка № 2. Условие 400. Продолжительность опыта 21 день.

- a) Взаимодействие шпательной пластины, которая была введена в трансляционное отверстие.
- b) Оболочка тканей с выделениями внутри ее оболочками (a), которые окружают трансляционный канал (v).
- c) Остатки шпательной соединительной ткани, во верхней части на оболочке.
- д) Плотная клетчатка.
- з) Крутая и мягкая клетчатка.
- e) Оболочка.
- ж) Кровеносные сосуды.
- з) Взаимодействие клетчатка с различным трансляциям.

Рис. № 12. Оомы № 2. Увеличение 500. Продолжительность жизни 21 день.

- а) Изоросовая плацентарная пластинка.
 б) Гематомы клеток.
 в) Эмбриональные клетки с ядерной пролиферацией.
 г) Взаимодействие с окружающей тканью.

Рис. № 13. Оомы № 18. Увеличение 500. Продолжительность жизни 15 дней.

- а) Блестящая ткань на краях трансформированной области. Также есть на верхней границе (в).
 в) Кровеносные сосуды, вокруг которых видна трансформация и истончение ткани (д). При этом на границе окружающей ткани с краями эмбриона формируются эмбриональные клетки (б), представляющие собой начальные формы плазмента.

