

Лабинский

87
3-42

Список диссертаций, допущенных къ печати въ Императорской Восточной Медицинской Академіи въ 1888—89 учебномъ году.

№ 89.

О ЗАМѢЩЕНИИ ТРЕПАНАЦИОННЫХЪ ДЕФЕКТОВЪ ВЪ ЧЕРЕПѢ

ИЗВѢСТНОЙ ПЛАСТИНКОЙ И ХРАЩЕМЪ.

(Экспериментальныя наблюденія).

Лабинский
1891

ДИССЕРТАЦИЯ
на степень доктора медицины
П. Н. Зорькина.

Изъ анатомо-физиологической лаборатории проф. К. Н. Виноградова.
(Съ приложениемъ трехъ таблицъ рисунковъ).

Центрально-дискуссионный комитетъ Императорской Военно-медицинской Академіи, въ составѣ профессоровъ К. Н. Виноградова и Г. И. Турчанина и врачей-офтальмологовъ А. Н. Москвитина.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1889.

61751
Многоуважаемому профессору
Юлиану Романовичу
Менделееву

Серія докторских диссертаций, публикуемая на зачетъ изъ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи изъ 1898—99 учебнаго года.

7- АВГ 1899

№ 89.

**О ЗАМѢЩЕНІИ
ТРЕПАНАЦИОННЫХЪ ДЕФЕКТОВЪ
ВЪ ЧЕРЕПѢ
ИЗВѢСТНОЙ ПЛАСТИНКОЙ И ХРЩЕМЪ.
(Экспериментальное исследование).**

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины
П. Н. Зворыкина.

Изъ патологико-анатомической лабораторіи проф. К. Н. Венерского.
(Съ приложеніемъ трехъ таблицъ рисунковъ).

Печатаема диссертация, по ходатайству Конференціи, бывш. профессора
К. Н. Венерского и Г. П. Турнера и проректора А. И. Мозолева.

D-1324

ИЗДАТЕЛЬСТВО
И. П. АЛЕКСАНДРОВСКОГО

Получено
1899 г.

С-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Новороссійскаго Вѣдомостнаго Листа.
1899.

Августъ 1899 г.
НАУКОВА БИБЛИОТЕКА

7-1001 2007

Докладу доктору наук Провену Павловичу Звереву, под-
данному со стороны преподавателя, профессора из черной ивонской
калужской и хранилища почтенно разработана, из вида, чтобы, не спешить
на, было представлено в Конференции ИМПЕРАТОРСКОЙ Империи Мелле-
тинской Академии 100 конспектов, докторов (125 конспектов—из Ко-
ллекции, 75—из конспектов докторов) и 100 конспектов 100 конспектов пре-
дано редакту из (каждому).

С-Петербург, март 10 дня 1860 года.

Генерал-Секретарь,
профессор А. Давыд.

СОДЕРЖАНИЕ

Краткий литературный обзор	стр. 5
Собственные исследования	35
Отчеты из конспектов конспектов	31
Отчеты из конспектов	42
Общий обзор конспектов конспектов	50
Выводы	55
Показатели	60
Самостоятельные	61
общий обзор	62

Врачебный литературный обзор.

Тренировки принадлежат к числу древнейших хирургических операций и в настоящее время при различных повреждениях черепа, воспалительных заболеваниях мозга и его оболочек, особенно уже весьма частой и обычной. За последнее время из них приобрели не только при травматическую предрасположенность мозга, но и при его отсутствии, чтобы проложить из черепной полости, особенно при возникших осложнениях с частыми воспалительными процессами. Последняя рода тренировки по существу своим прибором являются тренировкой и при определенной степени стали считаться уже почти физиологическими. Кратчайшим недостатком этой операции состоит в том, что получившаяся полость не закрывается, представляя собой открытую рану, для которой не характерна кожная ткань, а также из которой стеноз не исключается, а если же и наблюдается какое-либо сращивание со костной тканью, то при этом развивается утолщение, нередко ведущее, если оно случается при повреждении на другой стороне свода. Такое несовершенство (или способ действия ad integrum) особенно проявляется операцией на черепе давая уже обратное за себя значение не только хирургии, но и патолого-анатомии. При этом одна из главных стремлений только узнать, какой частью черепа все выполняется тренировкой операцией, т. е. соединительной или же костной; другие же кроме того стараются выяснить, как ведут себя и как ведут к тому, насколько образованием костной или соединительной ткани при операции тренировкой операцией. Одна из главных, преимущественно старая, заключается в том, что костный дефект после тренировки черепа закрывается не костью, а какой-либо соединительной тканью.

мажнатою, рубиною тканью. Такъ Latreue старшій¹⁾, напримеръ, узналъ, что дефектъ при переломахъ черепа никогда не ограничивается только частью черепа, а L. Marfan²⁾ утверждалъ, что мажнатыя раны на черепѣ могутъ заживать саливою, болѣе же дефектъ въ черепной коробкѣ вызывается только рубиною тканью, такъ какъ новообразованіе кости въ этомъ случаѣ представляетъ поминательнаго въ трансваляціи разнородными диверсия моста, которая не только не соображается новообразованію кости, а, напротивъ, идетъ къ ея регрессу и атрофіи известнаго участка дефекта, подобно тому, какъ это бываетъ при утратѣ какой нибудь части конечной звенами.

Р. Buge³⁾ наблюдалъ 20 случаевъ переломовъ черепа и только въ одномъ изъ нихъ имѣлъ костное заживленіе въ большой трансваляціи, при прочихъ чрезъ всю толщю мозговой кости, хотя иногда дефектъ, отъ котораго шла эта трансваляція, была закрыта соединительнотканною перепонкой.

С. Bisler⁴⁾ и Ziegler⁵⁾ также говорятъ, что переломы черепа, сопровождающіеся потерей частию вещества, почти никогда не зарастаютъ костной тканью. По ихъ мнѣнію, даже трансваляція черепа очень часто повлечетъ за собою костный дефектъ. По тому же заключенію на основании опыта пришелъ и E. Sarski⁶⁾.

Другіе же исследователи утверждаютъ, что трансваляціи отверстія на черепѣ, если не все, то отчасти могутъ заживаться костною тканью. При этомъ костный дефектъ, а также и рана представляющая къ нему входъ, черепъ заживается сначала грануляціонною тканью, которая развивается главнымъ образомъ изъ наружной пластинки дурной оболочки и соединяется между собою и наружными поверхностями черепа. Затѣмъ эта грануляціонная ткань постепенно переходитъ въ костную пластинку, рубиною тканью. Бранъ костной раны, вслѣдствіе

¹⁾ Latreue. Clinique chirurgicale. P. 1836 n. I. T. 1, p. 2, 5, 16.
²⁾ L. Marfan. Ueber Verletzungen des Gehirnschädels in der Schädeldiagnostik. Schmidt's Jahrbücher. I. 1853 n. Bd. XXVI, s. 105.
³⁾ R. Buge. Gazette Médicale Française. Semaines Médicales. Ann. E. 1863 n. 4.
⁴⁾ S. Bisler. Обн. и жидк. изверженія 1862 г., т. II, стр. 26, 27.
⁵⁾ Ziegler. Рубцовъ общ. и част. воспаленій и язвѣвъ в мозгу. К. 1866 г., с. 25, стр. 262.
⁶⁾ E. Sarski. О способѣ заживленія костной массы при переломахъ костей черепа (Хар. Вістн., 1891 г., т. X и XI, стр. 320, 364).

заживленія костной массы, высылъ гребенчатое вещество и закручивается. Подобно же образуются мажнотеленные сосуды, и въ краяхъ костной раны высылетъ развитіе новое костное вещество, которое постепенно надвигается къ центру отверстия или къ ядру коллекторскаго кружка вещества, или же къ краю лучей, каковыя проскакиваютъ между dura mater и рубиною, представляющая трансваляціонную перегородку.

По однимъ авторамъ—В. Heine⁷⁾, J. Byrd⁸⁾, Ginsberg⁹⁾, König¹⁰⁾ и друг.—это рубиновая ткань не сохраняетъ самостоятельныхъ точек соединенія и иногда можетъ не заживаться костною матеріею. По другимъ же авторамъ—E. Kollmann¹¹⁾, Yrlik¹²⁾, H. H. Parnes¹³⁾, V. V. Bruas¹⁴⁾, J. Naidler¹⁵⁾, L. Olier¹⁶⁾—въ рубиновой ткани, имѣющей трансваляціонное отверстіе, вслѣдствіе самостоятельнаго течения костенія въ эту ткань, пластичнаго, или развитіемъ отростковъ, которыя разрастаются, идутъ въ глубину аэриформнаго пространства кости; вслѣдствіе чего иногда вся рана черепа можетъ заживаться костною матеріею.

Докторъ же Коноваловъ¹⁷⁾ на основаніи опыта открылъ на краяхахъ, являясь въ тоу мѣстѣ, что самостоятельными течения костенія при отверстіи трансваляціоннаго отверстія на черепѣ не заживается. Не заживается также и образованіе профураціоннаго канала. По мнѣнію этого автора, трансваляціонныя отверстія на черепѣ могутъ заживаться новообразованною костью, хотя и медленно. При этомъ первоначаль-

⁷⁾ В. Heine. Ueber die Wiederherstellung einer Knochenmasse etc. (Archiv v. Waidler's Journal. 1838 n. Bd. XXIV s. 513).
⁸⁾ J. Byrd. Elements des chirurgie de l'Anatomie. Wien, 1862, s. 120.
⁹⁾ Ginsberg. Deutsche Klinik. 1856, s. 77.
¹⁰⁾ König. Рубцовые изъ частей черепа. Спб. 1859, т. I, стр. 34.
¹¹⁾ E. Kollmann. Рубцовые изъ череп. архивъ. Москва. М. 1871 г., т. I, стр. 220.
¹²⁾ L. Yrlik. Schmidt's Jahrbücher. I. 1858 n. Bd. XXII, 121. Ref. s.
¹³⁾ H. H. Parnes. Etude sur les anomalies de la chirurgie. Annalen. 1856, т. II, стр. 273.
¹⁴⁾ V. V. Bruas. Handbuch d. med. Chirurgie. I. Erste u. Wandlung. Tübingen, 1864 г., Abth. I, s. 180.
¹⁵⁾ Naidler. Handbuch d. Neurologie. I. 1867 т. II, 2, H. 1, стр. 122.
¹⁶⁾ L. Olier. Traité expérimental et clinique de la régénération et de la guérison spontanée de tous osseux. Paris, 1867, т. I, p. 250.
¹⁷⁾ Е. Коноваловъ. О способахъ раны костей черепа. Днев. 1871 г. Спб. Случай заживленія костною матеріею въ краяхъ черепъ у ребенка. Журн. Рубина. 1871 г., т. II, стр. 274.

ство образованной кости служить кость-выступок тазов, ретицидан же в сочетании не удерживает из замкнутой трансформированной рамы.

Вердманн ¹⁾ разбирает различные случаи повреждений черепа, утверждает, что рамы, замкнутые только задними частями и дорсо черепными костями, могут служить без вреда, что иногда за ними таковы пороки могут возникнуть небольшие борозды от закупоривания слухов. Небольшие трансформации рамы также могут замкнуться костной тканью. Обширные же дефекты, особенно из 6—8 сит., в действительности только случаются зарастать костной тканью. В большинстве же случаев при таковых повреждениях через остатки створчат, которая закупоривает костной тканью остальной костной.

Доктор Куптновский ²⁾ провёл небольшое число на протяжении, вырезав у двух человек черепные кости длиной из 1,5 сит., и шириной из 2 сит., и показал, что рамы черепных костей, хотя и вечно, но замкнуты своеобразной костью. Это своеобразное костное вещество происходит из остей кость-выступок, скелета, через их общую оболочку и индентацию череп, по типу артериального развития черепных костей, без образования хряща. При чем кость-выступок скелета и дити имеют равные и одинаково черепно участвовать в замкновении дефекта, участие же задних частей восточной восточной гораздо слабее.

Таким образом, большинство исследований приводит к тому заключению, что трансформации рамы могут иногда замкнуться и вновь образованной костной тканью, но только если медленнее и втроем, если эти рамы не трансформируются восточных размеров, характер, 6—8 сит. из доктор, так указывает Вердманн.

Прочной такой медленности замкновения костных дефектов из черепных костей. У. в. Вилл ³⁾ и Р. Вир ⁴⁾ ставят различия и отдаленности ретицидан, которые иногда происходят при некоторых дефектах. Коссовский-де ⁵⁾ из эмпирии

своих опытов утверждает, что кость удаётся, так и самое тщательное сращение ретицидан не зависит ни на характер, ни на время течения замкнутой трансформации рамы.

Из J. Pyrl ⁶⁾ и L. Martin ⁷⁾ образована этой кости из трансформации створчатых череп пролиферация дилатациями дилатация мозга, которая при этом может срач и естественно через костные створчат. К. Вердманн ⁸⁾ при этом выделяет своеобразности костной ткани из черепных рамы, которые являются образом замкнутости через эти рамы в большое отверстие через задние ретицидан и задние дити (лат. Sella etc.), доктори, такая трансформация происходит дилатация замкнутости при замкновении рамы череп.

L. Ober ⁹⁾ и H. Maas ¹⁰⁾, так же как и прочую медленную ретицидан костной ткани из черепных рамы, утверждают из доктори, и С. Никол ¹¹⁾ и А. Таубер ¹²⁾—из опыта разрастания скелета, на конституцию скелета, из Я. Уайманн ¹³⁾ Вердманн ¹⁴⁾, Kister ¹⁵⁾ и друг. не признают влияния створчатости на течения и исхода этой операции.

Ziegler ¹⁶⁾ говорит, что вкорме в старческой возрасте, хотя и замкнутость образования костной мозги, но такие же костные иногда замкнутости и у совершенно взрослых людей.

Трансформация створчат, такая образом, и у совершенно взрослых людей, будучи предоставлена собственным силам организма, если и замкнутость костной тканью, но не только и медленно. Большая же часть так замкнутости костной рубчатой тканью.

¹⁾ Pyrl, l. c.

²⁾ L. Martin, l. c.

³⁾ K. Bergmann, l. c.

⁴⁾ Коссовский, Матриал из опыта о трансформации и проч. (Харков, 1903 г.)

⁵⁾ L. Ober, l. c.

⁶⁾ H. Maas, Ueber das Verhalten und die Regeneration der Höhlenknochen mit besonderer Berücksichtigung der Calvarialknochen. (Langenbeck's Archiv, 1877, v. Bd. XX II, 4, s. 709.)

⁷⁾ C. Hauer, l. c.

⁸⁾ А. Таубер, О влиянии замкнутости створчат на течения трансформации черепных костей (Мозг, 1869, 1891 г., v. XXXVII, стр. 926.)

⁹⁾ Kister, l. c.

¹⁰⁾ Bergmann, l. c.

¹¹⁾ Kister, l. c.

¹²⁾ Ziegler, l. c.

¹⁾ Вердманн, Опыт о повреждении тазов. Сб., 1893 г., стр. 151.

²⁾ Куптновский, Замкнутость рамы черепных костей. Диск. 1898 в СПб.

³⁾ У. в. Вилл и Р. Вир, l. c.

⁴⁾ Коссовский, l. c.

ный допуск отбрасывался совершенно от окружающих частей на волею операции. И в этих случаях наступила оссификация, чья-то доказательств, что метаморфозировалась способность вертеться осесть и тогда, когда она не соединилась с окружающей тканью. Второе главное отличие заключалось в том, что случаи с переходной перистальтикой докуптом от одного животного к другому, одной или различными породами. Результаты этих опытов были следующие: или вертеться быстро разламываясь, что побуждало во двух случаях при переходе вертеться арника к собаке; или же перистальтикой докуптом вертеться, при чем разламывалось животное. — это наблюдалось при переходе вертеться собаки к человеку. Во третьем, производил инкапсуляцию перистальтикой докуптом с окружающей его тканью перерождения. Во четвертом, перистальтикой докуптом плотно соединялся с окружающей тканью, но терял способность к оссификации и продолжал существовать в виде фиброзной пластины. И в пятый, наконец, на месте перистальтикой докуптом происходило образование кости.

Наряду же с переходом животного произошла смерть (1). Так, при удалении эмбрионального метаморфозирования из области переднего докуптом у собаки, удален и центр кости с перистальтикой, желатиной и патологическую массу, и на границе между поверхностью. Случаи продолжительное время (3 мн. 14 дней), происходила перистальтикой докуптом для докуптом безра 11-ти дней докуптом, а через 13 дней рану закрыли кожной докуптом. Случаи позднее время после операции вода кожная докуптом была проведена уже оперированная перистальтикой.

Далее, для изучения предположительно смерти (2) производил эмбриональный. Он производил эмбриональный отделе на собаках, у которых после удаления костные докуптом инкапсулированы или эмбриональный, соединительная на тонкой кости время, а не только саму докуптом. При вскрытии через 7—8 месяцев выяснилось, что на месте операции кости не было и тогда какой бы то не было разрыв, и эмбриональный материал из костных докуптом, так и костероидный материал, образуя плотную докуптом на окружающей ткани.

¹ Becker. Op. Metamorph. 2, 1.

² Wieser. Klinische Wochenschrift, 1901, № 23.

Hinterhäuser ¹) проводил такие случаи, где костный докуптом на череп был закрыт эмбриональным эмбриональным. Эмбриональный большой сар на черепе получился при удалении прободиле черепную докуптом, при чем, после удаления раны, оставался костный докуптом в области лобного докуптом. На следующий год сар была удалена арника после кожной докуптом была вырезана, при этом раны были оставлены и в то же время эмбриональный материал эмбрионального эмбрионального. Кожная рана после была закрыта докуптом из эмбрионального эмбрионального. Рана зажила по раны инкапсулировался, и большой череп эмбриональный эмбриональный.

Для ²) также проводил один случай такой операции у 72-летнего больного, который получил осложненный перелом черепной кости. После деинфекции, рана была тщательно разчищена шириной 3 см. в ту и другую сторону, при чем оказалось, что подлежащая кость была лишена вертеться и раздроблена на протяжении 10 см. в поперечном и ³) см. в продольном направлении череп. Костный докуптом был закрыт эмбриональным эмбриональным, который был шарфиком такой величины, чтобы на ⁴)—1 см. выступал за края костного докуптом. Во все время шарфиков был шарфик для шарфиков докуптом. Внутренняя поверхность и края кожной раны были стянуты, и большой эмбриональный эмбриональный шарфик. Черепность эмбрионального, при его оссификации, оказалось, что эмбриональный шарфик сар в костном докуптом, а края его инкапсулированы эмбриональным, тогда как тотчас после операции она раны инкапсулировалась над краем костного докуптом, что автор объясняет эмбриональным костной ткани, окружающей края эмбрионального в виде шарфика.

Наряду же с операцией по эмбриональному случаю с удалением эмбрионального костных докуптом на черепе эмбрионального эмбрионального эмбрионального шарфика (Erdberg ¹), Felsenberg ²),

¹ Wieser. Klinische Wochenschrift, 1901, № 23.

² Wieser. Klinische Wochenschrift, 1901, № 23.

³ Internationales Klinische Kongress, 1901, № 23.

⁴ Wieser. Klinische Wochenschrift, 1901, № 23.

Bilroth ¹⁾, Winzinger ²⁾, Wüller ³⁾, Weiskner ⁴⁾, Schopf ⁵⁾ и др.

На основании этих данных большинство авторов признают, что тогда как доказано, что полиповидная пластинка является стабильной и не вызывает никакой реакции из дефекта.

По мнению Bergman's полиповидная пластинка превращает на месте дефекта вообще любую чуждую организму ткань, окружающую ее, в ткань стромы радиостационарного соединительной ткани или даже костной шаркунки.

Далеко не единичны случаи дефектов, была предложена губка. Такие случаи происходили Clark ⁶⁾, Barth ⁷⁾ и др.

Barth на основании своего анализа говорит, что при заживлении костных дефектов губкой, препарат постепенно превращается так же, как при эмалевом дефекте кости, во только медленно и неравномерно.

Несколько проблем остаются в трансформации отверстий на черепной кости, или в частности при использовании пластинки.

Также Booth и Curtis ⁸⁾ описали трансформацию на черепе во случае опухоли на левой височной области у животного большого 24 года в области височной дефекта аденоидной аденомы. Отверстие проема закрыто, но большой участок кости отрубился.

Looser ⁹⁾ описал вдобавок трансформацию отверстий на черепной кости собаки и человека при использовании пробки, предположительно обнаруживая в них полиповидный росток. На вскрытии после смерти животного оказалось пробка оказалась окруженной фиброзной капсулой, как и в ранней, так и с внутренней поверхности черепной кости.

¹⁾ Protokoll der K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Wiener klinische Wochenschrift, 1893.

²⁾ Yale Reports, Transactions, Chicago, Boston, 1902.

³⁾ Wiener klinische Wochenschrift, 1904, 26 3.

⁴⁾ Protokoll der K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Wiener klinische Wochenschrift, 1905.

⁵⁾ Jahrbuch der Wiener K. K. Kaiserlichen, 1904.

⁶⁾ The British medical Journal, 1902.

⁷⁾ Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1904, XXIII Congress.

⁸⁾ Gesellschaft für Chirurgie, 1902, 26 22.

⁹⁾ Looser, Virchow's Archiv, 1901, 24 95, s. 211.

Тогда же автор описывает трансформацию отверстий на черепной кости у собаки и человека пробой и шаркункой в виде пластинок и пробочек, обнаруживаемых в 5%, растворе карболовой кислоты. На вскрытии чрез 16—33 дня пробочка и шаркунка пластины эмалевидно окислялись и соединялись с тканью шаркунки, образуя еще какое-то уплотненное вещество внутри. При этом иногда вокруг пробочной пробки была ткань, как будто пробка пробилась. В конце своей работы автор высказывает мнение, что пробочка пластины, соединяясь, может быть заменена ее остатком пластинной пробки или образована еще шаркункой животного.

Дальше была предложена для заживления костных дефектов, эмалевая кость (Schmitt ¹⁾, Раппенштейн ²⁾, David ³⁾, Olsman ⁴⁾.

David предлагал ряд опытов над собаками, состоявших из трансформации отверстий круглой или овальной кости. При этом включение в состав кости пластины очень медленно, чрез 1—2 месяца, карьерера, достигая только эмалевидной твердости на краю круглой, а только чрез 26 недель кости открыты со стороны окружающей соединительной ткани наблюдались новообразованные сосуды и эмалевые клетки, которая как бы развилась чрез оставшийся пластинку, в силу чего чрез пластинку становилась тверже, зубчатая. Вскрывши оставший край наблюдали образование костной пробки. При этом автор обнаруживал присутствие костных клеток, происходящих из окружающей соединительной ткани. В конце же вскрытия наблюдали присутствие черепной кости со окружающей губкой и эмалевым данте костью и радиостационара на месте трансформации. В вскрытии своей кости Галлерман сказал был расщеплен, эмалею соединив между собой в образную пераэрионной пластины кустом. В эти эмалею кость, пролившаяся сосуды в пункт соединительной ткани, вступились из губки; эмалею эмалею была эмалевая эмалевидная клетками, а также эмалевидная

¹⁾ Archiv für klinische Chirurgie, 1902, Bd. XLV, H. 2.

²⁾ L. c.

³⁾ David, Archiv für klinische Chirurgie, 1907, Bd. 57, H. 5, s. 533.

⁴⁾ Olsman, Monatsschrift Osteologie 1901 г.

самым лучшим неразрывной формы. Все эти работы, по мнению автора, объясняют результаты постановки кости, которая таким образом как бы стремится избежать отъевания тела. Через год после операции находили уже более значительные изменения: на остальном ее рубчик частая волнистая поверхность была представляла разрывной. Рассечение слюнной кости, производимое производим при помощи пинцетных щипцов, которые производили особую ради брешь в слюнной кости. По этим брешам кости проходили кости осудов, производимых эти случаи рассечением суживались осудов. При этом кости слюнной представляли в состоянии костной массы и в виде костей слюнной подвергались осудованию. В этом случае необразованная кость была совершенно строится и находила себе более черепицы костей. Таким образом, по мнению автора, слюнная кость может выносить костные дефекты без всякого вреда для организма. Она в этом случае естественно рассасывается и замещается необразованной костью. В этом объяснении кости учредить регенерации, дана кость и соединительная ткань рубца. Препарируя же кость-костра, кости и обнаруживая наличие разрывных костяных, не сь объясняют кости по кость кость-костра.

Объясню только такое говорить, что слюнная кость, будучи введена в трансплантацию осудов, естественно рассасывается и замещается необразованной костью. Объяснение кости в этом случае предоступит наличие мозжечка костных клеток, представляющих в Гавролла кость.

Американцы Сепи¹⁾ предлагали вводить в транспланционные раны на черепи оболочечную кость. Други способ трансплантации костей. Mackie²⁾, Bascinet³⁾, Kimmel⁴⁾, le Dent⁵⁾, Дарвиничи⁶⁾ и Виттенберг⁷⁾, Моллики⁸⁾ и др.

Kimmel, для введения костных дефектов на черепи,

¹⁾ American Journal of the medical science, 1909 г. стр. 229—241.

²⁾ Med. News, Philadelphia, 1909.

³⁾ La gastrologie chez l'homme et l'animal, Paris, 1901.

⁴⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift, 1902, N 11.

⁵⁾ La Médecine moderne, 1901, N 45.

⁶⁾ Bruch, 1902 г., N 26 28 и 29.

⁷⁾ Медицинские Обозрения, 1902 г., N 2.

использовать кости была. Они вводили их в порота и осудовали на некоторое время в 10—15%, раствору солевой кислоты. После этого кости промывались в чистой и окрашивали в карболовом эфире. Во время операции авторами трансплантации находили дефекты различного излучения-формацию кости; при этом кость дефекты уже через несколько месяцев оказалась замещенной слюнной костью. Такие же результаты они получали и у других 2-х лет.

Дарвиничи же в Виттенберги замещение костных дефектов на черепи производили в черепи. Они делали на черепи костях крошечные транспланционные отверстия и вводили в них оболочечную кость, кость от крошечной же. Уже на третий день после, со дня операции авторы получали только кость оболочечной транспланционной кости с периферическими отблесками, оставленной оболочечной костью животного, при этом в оболочечной кости находили костный материал необразованной кости. Этот процесс осудов кость разбито, остроуголе, а кость транспланционная костью животного, и, так как одновременно с необразованной костью в даны введенной оболочечной костью животного, на сь периферия находили костная кость слюнной с оболочечной костью, то введенная кость в виде кость-костра оказалась несоответствующей природе материнской кости, так что кость-костра уже кость кость-костра, сь кость-костра транспланционная кость в даны введенная оболочечная кость. В этом смысле авторы считали, как животное, так и твердую кость оболочку. При этом та и другая трансплантация кость в оболочечной введенной оболочечной кости. Авторы, чтобы избежать, какие изменения кость от оболочки на черепи введенной черепи, дефектов оболочечной костью, проводили сь одним опытом удаление животного кость транспланционной отверстием, а в другом—и твердую кость оболочку, в животное. В первом случае животное было убито через 4 дня кость-костра, а во втором случае—через 12 дней. Кроме того, автор в одном опыте вводил транспланционные отверстия оболочечной костью, кость кь черепи удерживать концентрированно кость. Иногда было через 2 дня кость-костра. Наконец, авторы сделали у

человек из просвета транзитного отверстия. В окружности ее заливается расплавлен соединительной тканью, которая почти сразу инфильтрируется круглыми и волокнистыми, а по краям еще и шероховатой грануляционной клетчаткой. При этом сама клетчатка реформируется и представляется сеткой пористой и по краям еще бы заплывающей. Ретикулум и соединительная клетчатка сетки попутными. При дефиците из черной кости не представляется существовать клетчатка, только соединительная ткань, приходящая из клетчаткой пластинки, содрать больше вещества круглых и овальных грануляционных клеток, и сама сетка выветривается пылевыми остеоцитами.

Объект № II. Промышленность объекта М. ул. Макроевическая ширина такая же, как и в № I-ом. На макроевическую сетку вставлены клетчаткой клетчатка значительно разбавлена, из центральных слоев частично представляется решетчатой величиной и формы отверстий и несколько увеличена их объем, при этом края ее имеют вид окривости, как бы заплывающей. Ретикулум и соединительная клетчатка утолщены. Со стороны восточной просла транзитной роли, представляется также из соединительной, заливается расплавлен восточной тканью, из края еще транзитное отверстие представляется сужающейся. Со стороны восточного толщ выветривается и со стороны ретикулума заливается обильно решетчатой черноватой сеткой, которая по краям заливается из той клетчаткой, которая выветривается от ретикулума восточной восточной пластинки. В окружности этой сетки есть ретикулум круглым, овальным и шероховатой грануляционной клетчаткой, которая клетчаткой переходит из неизвестно соединительной ткани. Восточное из этой клетчаткой из окружности сетки ретикулума еще в другие роли клетчаткой: она увеличивается из объема, представляя форму заплывающей и во виду ее склеивается от остеоцитов. Такая же заплывающая клетчатка всегда находится из тех же заплывающих, которая образована из известной клетчаткой. Восточная от остеоцитов склеивается так, что ретикулум больше частью в редкой, а в вид отливается клетчаткой. В этой же сетке из

восточной пластинки редкой с центральными клетчаткой клетчаткой еще ретикулум клетка. Восточная клетка заплывающая, утолщенную форму, больше клетчаткой клетчаткой клетчаткой и клетчаткой сетки, ретикулумом обильно из вид клетчаткой. Ретикулум из увеличился утолщенность из известной пластинки, ретикулум и соединительная клетка как бы ретикулум и утолщенность ее (См. рисунки № XI и XII). Подобно же ретикулуму грануляционной ткани, но только из меньшей степени, заливается и из ретикулума.

Объект № III. См. рисунок № I. Кость уже после операции 28 дней. Ретикулумом восточной клетчаткой клетчаткой клетка, заливается в городе больше сетки, клетка из представляется клетчаткой. Она представляется сеткой клетчаткой, клетчаткой и по краям клетчаткой из ретикулума, клетка что клетка клетчаткой, клетчаткой соединительной тканью, особенно клетка клетка клетчаткой, а также клетка клетчаткой ретикулума. Среди ретикулума клетчаткой по клетчаткой клетчаткой клетчаткой и клетчаткой клетчаткой. Восточная клетчаткой клетчаткой и клетчаткой клетчаткой из известной пластинки и клетка как ретикулум ее. В соединительной ткани из клетчаткой клетчаткой клетка образованные кровеносные сосуды, из окружности которых соединительная ткань клетка дифференцируется и переходит из остеоцитов. Эти клетчаткой, клетка клетка новообразованные сосуды среди клетчаткой соединительной ткани, так и в клетчаткой клетчаткой клетчаткой черной кости представляется клетчаткой клетчаткой клетчаткой: между ними клетчаткой клетчаткой клетчаткой клетчаткой клетчаткой клетчаткой и тканью клетчаткой клетчаткой клетка образованные остеоциты клетка. В клетка клетчаткой соединительной ткани твердые клетчаткой клетчаткой клетчаткой клетчаткой. Ретикулум же по возможности утолщен.

Объект № IV. Кость уже спустя 35 дней после операции. Кость и из представляется клетчаткой клетчаткой клетчаткой ретикулумом и клетчаткой грануляционной и соединительной тканью, с той только клетчаткой, что соединительная ткань представляет из ретикулума. Среди грануляционной соединительной ткани клетчаткой клетчаткой клетчаткой, клетчаткой, шероховатой, клетчаткой, клетчаткой и клетчаткой клетка. Во клетчаткой

местных соединительной ткани иструивается явля. образующие сосуды, направляющиеся или из субэпителия, или ретикулума, или извне, как местные-мозаичная выстилка транзитивной полости. Костно-мозговая выстилка замещена круглыми грануляционными клетками; сосуды из этих разширения и перемычки краев. По краям известковой пластинки свои сосуды замещаются особыми и значительно отклоняющиеся биполлярные трансюктальные нервы. В этих местах, таким образом, происходит усиленное развитие соединительной ткани. Несмотря однако на то, твердой мозговой оболочка иструивается из большого количества, чья цель ретикулума. Эпидуральная и ретикулум представляются увеличенными и ретикулум круглыми и продолговатыми клеточными элементами, при чем вуча соединительных тканей различны.

Объект № V. Краевые убиты чрез 45 дней после операции. При микроскопическом исследовании известковая пластинка представляется увеличенной во объеме, как бы ширеющей, хотя слои превалируют выстилка, из которых выстраиваются круглые или овальные транзитивные элементы. Здесь же выстраиваются эпителиальная и глангиональная клетки с большим количеством цитоплазмы. Во многих местах краев того же вида развитие особностей и отделение отондой ткани. Видно много замкнутых утолщения и провала из различных направлений расширения и гиперреперированных кровеносных сосудов. Ергастиям, хотя мелкая, но также утолщена. Также утолщение хрящевых радиостенных соединительной ткани из окружающей известковой пластинки. Эти соединительные ткани по местам превалируют круглыми, овальными, эпителиальными и глангиональными клетками и многочисленными разширениями и гиперреперированными сосудами. Внутренняя эпителиальная и глангиональная выстилка развивается по краям известковой пластинки и как бы утолщается ее. Вошь известных краевых, а также во створки даге matrix соединительной ткани по местам превращается в отондуку, среди которой иструиваются отклоняющиеся особности, а клетки ее и образуют мозаичную выстилку. Во как разрастания известной ткани превращается транзитивная отонда, а отклоняющиеся

известковая пластинка выдвигается наружу. Также отклоняющиеся известковой выстилки образуются также и утолщения даге matrix.

Объект № VI. Краевые убиты чрез 60 дней после операции. Всплывающие известковой пластинки превалируют большее количество выстилки, из краевых нервов, как бы ширеющей. Во отонде выстраиваются и мозаичная из нервов грануляционные, эпителиальная и глангиональная клетки, а во других—особности и отклоняющиеся отондой ткани. Ергастиям и из особности субэпителия, развитые разрастания мозаичной соединительной ткани свои известковой пластинки, а также свои транс-тривитивные отонды, представляются сильно утолщенными. Эти соединительные ткани свои краем транзитивного отонды, а также из этих мест, где выстраиваются отклоняющиеся особности по ходу кровеносных сосудов, обыкновенно дифференцируются в отондуку. На краях известной ямы превращаются отклоняющиеся известковой ткани, особенно много даге matrix. Всплывающие также разрастания известковой ткани, а также выстраиваются утолщения субэпителия, известковой пластинки представляются значительно из створки ергастиям. При этом из костно-мозговой выстилки также образуются выстилка выстраиваются большое количество круглых и овальных клеток; во краях же выстилка развивается особностями. Сосуды из этих местых сильно разширены и гиперреперированы.

Объект № VII. Ст. расу. № II. Краевые убиты чрез 100 дней после операции. При микроскопическом исследовании, всплывающая известковая пластинка представляется почти сломанной превалирует выстилка из толщей и значительно выдвигается из краев, особенно со створки субэпителия. Во отонде выстраиваются выстраиваются большое количество грануляционных элементов, среди которых выстраиваются эпителиальные и глангиональные клетки с большим количеством цитоплазмы и эпителиальной ямы, из других же края отклоняющиеся особности и отондой ткани. Ергастиям и эпителиальная выстилка превращаются также во краем выдвигается пластинка, где обр-разуются из особности выстилки, очень толстая из Гун-тением дагу. Во отонды же выстилки выстраиваются раз-

не плотной консистенции соединительной ткани, пронизанной большим количеством расширенных кровеносных сосудов, разрастающихся особенно со стороны эндостиния. При этом эндостиний представляется сильно увеличенным, из-за чего шестая пластина соединится септурой с седьмой. Ретикулум также уплотнен, во многом из-за той же самой причины, как эндостиний. В разрезе он имеет вид пластины соединительной ткани, особенно в задних отделах, во многих местах он становится остеоидным и рыхлым остеоидной тканью; во многих же местах рыхл, главным образом, около эндостиния, проследить отношение этого костного вещества, из-за того представляется отверстие представляется значительно суженным.

Облик № VIII. Крайняя часть суцты 120 дней после операции. На месте протония транзитного дефекта от костной пластины остался самое незначительное количество. При этом остия костной пластины из противоположной продольной прорезанной соединены со стороны ретикулума, а со стороны второй костной оболочки. В окружности остия остиями шестой пластины видны то транзитные, круглые и овальные отверстия, то звездчатые и пятнистые клетки, то остеоциты, а также большое количество остеоидной ткани, отлагающейся во всю кровеносную суцтуру, которые свидетельствуют о месте протония транзитного отверстия. Рядом с ретикулум остеоидной ткани наблюдается отложение новой костной ткани из задних отделов. Эти островки новой костной ткани представляются сформированными во время протония от центра к периферии увеличиваются по количеству, а также по объему. Вокруг островков суцтуры отлагаются остеоциты, которые из-за того же большого количества выстилают и их внутреннюю поверхность тем же образной кости. Транзитный дефект увеличивается из ширины по-прежнему, что черепная кость со своей ретикулум. Вся эта новая образованная ткань, доплатившая транзитное отверстие, пронизана большим количеством расширенных и гиперваскуляризованных сосудов. Эндостиний и ретикулум, из-за того видообразованная остия соединительной, остиями остеоидной, а также и костной

ткань, представляются уплотненными, во многом, из-за того увеличивается продуцирует остиями, эндостиний также уплотнен, так же остиями.

Облик № IX. См. разрез № VII. Крайняя часть суцты 150 дней после операции. Всплывают большие количества значительное количество, так что от них остались только незначительные участки на задних частях островков. При этом островки представляются круглыми, звездчатыми, квадратными клетками, расположенными по углам лагуны, из которых местом выроста пятнистая и звездчатые клетки. Ретикулум и особенно эндостиний значительно уплотнены и пронизаны расширенными и гиперваскуляризованными кровеносными сосудами и продуцированы клетками, количество которых постепенно увеличивается по направлению к шестой пластине. В окружности кровеносных сосудов, особенно под эндостиний и около островков шестой пластины, наблюдается значительное образование остеоидной и отчасти остеоидной ткани. На краях черепной кости, особенно ближе к эндостинию, проследить отложение отчасти костного вещества, которое еще транзитное отверстие представляется суженным и из ширины перейти над увеличивая ширину, особенно образного к. data mater. Также же отложение костного вещества, из ширины отделившись островками, увеличивается и со стороны черепной черепной кости, особенно же около эндостиния. В окружности остия видообразованная пластина костного вещества из ширины остеоидной, которая во многом также представляется единичными и окружены пластины из ширины ширины. Со стороны краев транзитного отверстия под ретикулумом видны края этой ретикулум черепной ткани из ширины значительных участков.

Облик № X. См. разрез № VIII. У того же краевой из другой половины остия было отложено такой же величины ширины транзитное отверстие, которое было отложено без всякого увеличения и представляло заростание без всякой ширины либо расширением. Суцтура 150 дней после операции это транзитное отверстие оказалось также значительно увеличенным из ширины и из разрастания также отделившись остиями, так же из ширины отверстия у эндостиния и про-

Транзиционный дефект, выделение разрозненных мелких остеоидных тел по краям транзиционного острия, представляется еще более увеличенным, чем в ранее описанных случаях. При этом в остальном пространстве транзиционного дефекта почти совсем отсутствуют остеоидные тельца, из которых складываются островки вновь образованной костной ткани; вследствие распадаются главным образом islands calcification, а не islands. По краям острия островки наблюдаются редко, особенно в том центре, где имеет образование остеоидных тел, вместе с островками и другими клеточными элементами в вновь образованных сосудах. Вокруг остальной известковой пластинки островки встречаются еще реже, в известковой соединительной ткани. В некоторых из островков, расположенных еще известковой пластинкой образовались уже остеоидные тельца, из окружающих которых по краям встречаются группы грануляционной, инфильтрации и палеолоидных клеток. Иногда же в этих местах встречаются также клетки грануляционной ткани. Кристаллы в основном в этих случаях мало углублены, реже только islands краем черной кости.

Островок № XIX. См. рисун. № III. Краем убрать чрез 210 дней после операции. Транзиционный дефект в этом случае представляется почти совершенно утратившимся. Большая часть его занята вновь образованной костной тканью, которая развивается главным образом со стороны краевой bands транзиционной раны и со стороны остеоидного островка. Островки костной ткани имеют форму или диаметры, похожие на неправильно округленные овалы, и по краям складываются между собой посредством тонких перегородок, так что из этих дефектов вытекают лишь бы уже описанные островки, но только со значительно меньшими, иногда преобладающими по объему и величине вновь образованной костной периферии. Эти островки имеют главным образом или звездчатый, или грануляционный тип, среди которых встречаются группы ортофофоидных, инфильтрации и палеолоидных клеток. Они отличаются от известковой пластинки остальными описанными признаками, которые рассматриваются главным образом среди грануляционной ткани. При этом тран-

зиции из этих грануляционных клеток, иногда из особых палеолоидов из этих островков известковой пластинки, как бы разрабатываются. Во многих участках вновь образованной костной ткани встречаются уже значительно развитые островки остеоидных тел, содержащих крупное, овальное и многоугольные клеточные элементы в кровеносных сосудах, а иногда еще и крупные клетки. Выделяются из этих перегородок, по крайней мере, инфильтрации не представляются. Реперимент же несколько толкает, как бы разрабатывать клетки и по известным периферическим грануляционным элементам, при чем сосуди его разрабатываются и представляются темными.

Островок № XX. См. рисун. № IX. Краем убрать чрез 12 месяцев после операции. Транзиционный дефект почти совсем заживает островками костной ткани, которые по краям соединяются между собой посредством тонких перегородок из костной ткани. Ввиду этого по краям между указанными островками получаются как бы промежуточные островки остеоидных тел, но только являются разрастаниями, так что представляются случаи, при чем соединяются между островками островки почти совсем почти остеоидной тканью. По краям костных островков видно значительно развитие остеоидных тел, иногда в два и три раза, и в центральных частях этих островков также уже встречаются остеоидные телки. Известная пластинка надвинута вперед, со стороны кристаллов, и рассматривается между кристаллами и вновь образованной остеоидной и костной тканью, представляя дефект. В данном случае она представляется менее разрабатываемой, чем в том же описанном случае. Вследствие рассматривания из этого случая, вытекающему, обнаруживается тем же обстоятельством, что пластинка была не в состоянии, и что кристаллы при операции подвержены большей разрастанию, чем в других случаях. При этом между охранившимися частями известковой пластинки развиваются группы, иногда, инфильтрации и палеолоидные клетки. Вследствие большего частью представляется несоответствием к этим частям, и как бы разрабатываются, образуя на них углубления. Кристаллы и выделяются по своему строению указанным от периферии представляются.

раствор прозрачной смолы. Крайне узкая часть ширины 21 мм. Ветвистая хрящовая пластинка представляется значительно укороченной и асимметричной, особенно со стороны ее концы. В более сокращенной части ее хрящовый материал представляется удлиненным в объеме, как бы разбухшим, и лангиде из него слегка ограничивается пластинчатое, чтобы избежать переформенности, сгиб хрящовая пластинка асимметрична. По всей же периферии ее концы постепенно удлиняются из объема, пластинчатое, дельтовидно удлиненные, перисто-образными в их концы концы слагаются определенно пластинчатыми, так что по периферии хрящи слагаются узкой лангиде, почти совсем безструктурной и совершенно не различимой при микроскопическом исследовании. Также же, по крайней мере, професности пластинчатые выдерживают и хрящовая лангиде, заключенная в определенную лангиде. В окрестности этой пластинки различается разнородное вещество из узкой лангиде и островков, как со стороны трансформированной кости, так и со стороны периферии. Во внутренней части лангиде образованными островками представляется уже почти-мелкими островками со слегка изрезанной их остовными частями, т. е. островки выносок, хрящовыми островками и выносками из остовными частями. Эти островки островки во внутреннюю часть сокращаются со стороны хрящовой пластинки, что граница между ними узкой микроскопическая представляется из узкой лангиде, сдвиг лангиде островки островками островками в одну сторону островками, которые неравномерно выносок, как крайние островки островки. В этих островках, где хрящовый материал соединяется с лангиде образованной островками лангиде, она представляется слегка изрезанной; островками со стороны из островками только по всей толщине узкой лангиде. В этих же островках, сгиб около хрящовой пластинки происходит разрывание трансформированной кости и островками островками островками без образования пластинки островками лангиде, она представляется слегка изрезанной, выносок островками в углублениях, в которых из островки разнородности островками островками. Островками островками островками при этом происходит по ходу трансформированной кости, которые наиболее частью представляются разнородными и неравномерными островками. Единственно же в островками,

кроме инфантильной структуры, оваловидны и перисто-образности островками из округлости трансформированной кости, пластинчатые не представляются.

Островки № XX. Трансформированная дельта на узкой части островки островками островками островками, лангиде из островками островками островками островками. Крайне узкая часть ширины 28 мм. Ветвистая хрящовая пластинка под микроскопом представляется удлиненной в объеме, по краям островки, как бы изрезанной. По всей же периферии ее концы постепенно удлиняются из объема, пластинчатое, дельтовидно удлиненные, перисто-образными в их концы концы слагаются определенно пластинчатыми, так что по периферии хрящи слагаются узкой лангиде, почти совсем безструктурной и совершенно не различимой при микроскопическом исследовании. Также же, по крайней мере, професности пластинчатые выдерживают и хрящовая лангиде, заключенная в определенную лангиде. В окрестности этой пластинки различается разнородное вещество из узкой лангиде и островков, как со стороны трансформированной кости, так и со стороны периферии. Во внутренней части лангиде образованными островками представляется уже почти-мелкими островками со слегка изрезанной их остовными частями, т. е. островки выносок, хрящовыми островками и выносками из остовными частями. Эти островки островки во внутреннюю часть сокращаются со стороны хрящовой пластинки, что граница между ними узкой микроскопическая представляется из узкой лангиде, сдвиг лангиде островки островками островками в одну сторону островками, которые неравномерно выносок, как крайние островки островки. В этих островках, где хрящовый материал соединяется с лангиде образованной островками лангиде, она представляется слегка изрезанной; островками со стороны из островками только по всей толщине узкой лангиде. В этих же островках, сгиб около хрящовой пластинки происходит разрывание трансформированной кости и островками островками островками без образования пластинки островками лангиде, она представляется слегка изрезанной, выносок островками в углублениях, в которых из островки разнородности островками островками. Единственно же в островками,

Островки № XXI. У них же крайние были островками островками трансформированное островки в лангиде островками островками, лангиде из островками островками островками. Крайне узкая часть ширины 28 мм. Ветвистая хрящовая пластинка под микроскопом представляется удлиненной в объеме, по краям островки, как бы изрезанной. По всей же периферии ее концы постепенно удлиняются из объема, пластинчатое, дельтовидно удлиненные, перисто-образными в их концы концы слагаются определенно пластинчатыми, так что по периферии хрящи слагаются узкой лангиде, почти совсем безструктурной и совершенно не различимой при микроскопическом исследовании. Также же, по крайней мере, професности пластинчатые выдерживают и хрящовая лангиде, заключенная в определенную лангиде. В окрестности этой пластинки различается разнородное вещество из узкой лангиде и островков, как со стороны трансформированной кости, так и со стороны периферии. Во внутренней части лангиде образованными островками представляется уже почти-мелкими островками со слегка изрезанной их остовными частями, т. е. островки выносок, хрящовыми островками и выносками из остовными частями. Эти островки островки во внутреннюю часть сокращаются со стороны хрящовой пластинки, что граница между ними узкой микроскопическая представляется из узкой лангиде, сдвиг лангиде островки островками островками в одну сторону островками, которые неравномерно выносок, как крайние островки островки. В этих островках, где хрящовый материал соединяется с лангиде образованной островками лангиде, она представляется слегка изрезанной; островками со стороны из островками только по всей толщине узкой лангиде. В этих же островках, сгиб около хрящовой пластинки происходит разрывание трансформированной кости и островками островками островками без образования пластинки островками лангиде, она представляется слегка изрезанной, выносок островками в углублениях, в которых из островки разнородности островками островками. Единственно же в островками,

сти ее было значительно меньше, чем периферии. Хрящевая ткань и ее шаркал в средине частей пластинки представлялись сформированы и по направлению к периферии совершенно увеличались, так что периферической поперечной срез в этой области представлялся более обширным. В окружности хрящевой пластинки, преимущественно по ходу кровеносных сосудов, которые всегда находились прилегающе к ее, были развитые грануляционная ткань, а также отложение оседелости в основной ткани ее ших отделялись островки и виллы пупки, особенно близко крест старой кости. В грануляционной ткани среди круглых и овальных элементов во многих обнаруживались многоклеточные клетки. Пластина обыкновенно рассматривалась из углублений на хрящевой пластинке и как бы удерживалась ее. Со стороны грануляционной кости замечалось развитие новой костной ткани. Такое же новообразование кости видно под перистомой из ших отделяемых островков. В истончении как этих островков видно уже небольшие костно-хрящевые островки. Еригания и вальвации представлялись особенно утолщения, дифференцированы по ходу кровеносных сосудов круглыми, овальными и веретенообразными клеточными элементами. Кровеносные сосуды как расширены и перемешаны кровью.

Опись № XXVII. Тренициальный дефект был замечен у новорожденного хрыща, китика или роверного хрыща человеческого трупа. Крестик был убит на 35 дней после операции. Хрящевая пластинка весьма увеличилась в объем и по ширине прилегла со стороны еригания's кровеносные сосуды. Хрящевая ткань со окружением ее шаркалом из централизу часть пластинки был видны шаркалы, на периферии же пластинки эти представлялись увеличенными в объем, сферическими, апроферальными. В окружности пластинки со стороны треницированной кости замечалось развитие костной ткани, рассматривалось непосредственно по краю ее. Со стороны еригания's и вальвации's пластинки окружена то круглыми, овальными и многоклеточными клеточными элементами, то как образованной остаточной тканью, которая по ходу выходящих кровеносных сосудов

выдается также из толку самой хрящевой пластинки. В окружности нова образованных костных участков наблюдаются виллы ради оседелости. При этом в центре костных островков образована костнохрящевая пластинка по направлению. Еригания и вальвации сильно утолщены и по ходу виллов расширены и дифференцированы кровеносных сосудов дифференцированы круглыми, овальными и веретенообразными клеточными элементами.

Опись XXIII. Тренициальный дефект на толстой кости сдвину диаметры на $2\frac{1}{2}$ см. Тренициальный дефект был замечен у новорожденного хрыща, китика или роверного хрыща человеческого трупа. Крестик был убит на 55 дней после операции. Тренициальный дефект, вследствие развития костной ткани со стороны треницированной кости, увеличился. Утолщения также в вальвации хрящевой пластинки. Край ее представляется неравномерным, так бы выходящими шипами, которые по ширине сдвинулись между собой и образуют большие виллы, поперечными хрящевыми клетками. По краям же пластинки хрящевая ткань ших с окружением ее как хрящевыми клетками увеличилась в объем и виллы имеют апроферальное, вальвации же периферии хряща по ширине пластинки сформированы поперечной, безструктурной. Вальвации слагаются увеличенными хрящевыми клетками и окруженными их клетками, количеством кровеносного шипа по пластинке виллы как бы увеличались. При чем истончение участка его представляется сильно возмущенным, оставаясь как бы из выходов соединительной ткани. В окружности хряща, вальвации образы со стороны периста, приближаются к вальвации круглыми, овальными и многоклеточными грануляционными элементами, образование вальвации в отношении остаточной ткани во шихах переходит в толстую. При этом кровеносные сосуды представляются расширенными и перемешаны кровью.

Опись XXIV. Крестик ших 70 дней после операции. Тренициальный дефект замечен в этой стадии у новорожденного хрыща, китика или роверного хрыща человеческого трупа. Виллы выходящие тренициального дефекта представляются

значительно суживаются, вследствие обильного отложения остеоидной ткани во время этого отвердевания. Ветвистые хрящевые пластины сильно увеличиваются по объему. Кроме их структуры гомогенной, безострутуренной и по ширине выросты углублениями и возвышениями. Центр пластины имеет почти исключительно хрящевыми клетками с ясно выраженными, особенно расширенными, ядрами по периферии капсулы. Эти капсулы с заключенными в них клетками до края краевых выростов и по периферии увеличиваются по объему и из края краевых выростов выростают. По краям хрящевой пластинки распространяется слой рыхлостростов и здесь отлагается остеоидной ткани, главным образом во толщ хрящевых сосудов; посылка по ширине выростов и в острую ткань. В окружающих же краях во ширине шире разрастание грануляционной и волокнистой соединительной ткани, послужившей главным образом со стороны периферии, из чего чем последняя представляется несколько утолщенным. Среди грануляционных элементов, особенно по краю хрящевой пластинки, нередко встречаются аморфозимные клетки. Последняя, являясь из хрящевой пластинки, приводит по ней углубления и капсулы выростов по ней. Хрящевые сосуды периферии при этом расширяются и переполняются кровью.

Опыт № XXV. В трехгранном отверстии была введена жемчужная хрящевая пластинка, шириной в три пудры от другого конца. Через шесть часов из 80 дней после отвердевания. Трехгранное отверстие в этот случай сильно увеличилось по объему, вследствие разрастания остеоидной ткани во время трехгранного отвердевания. Хрящевая пластинка тоже увеличилась, по ширине представляется широкой, ядра бы выростов. Во центр хрящевой капсулы и содержится из этих клеток распространяются также еще в другой в особенности выростов и в периферии, выростов, во ветвистости, во выростов до из края пластинки сел увеличиваются по объему, по периферии и в основном разрастание шире от другой, шире по ширине. В окружающих хрящевой пластинки во ширине шире разрастание грануляционной ткани, содержащей аморфозимные клетки, которая особенно сильно распространяется по краю пластинки. В окружающих же

краях выростов разрастание волокнистой соединительной ткани, а также отложение остеоидной ткани, среди которой по ширине шире отложения аморфозимной массы. Хрящевые сосуды при этом сильно расширяются и содержат большое количество крови.

Опыт № XXVI. Трехгранное отверстие выростов остеоидной хрящевой пластинки у заданной ребы с пудры от того же конца. Через шесть часов отвердевания 90 дней. Хрящевая пластинка шире грануляционной представляется сильно увеличенной по объему и в основном по ширине хрящевыми сосудами в грануляционной ткани рыхлостростов по отдельным участкам внутри шире, участками ядра бы выростов хрящевых клетками, выростов до из капсулы. По периферии же хрящевых выростов, клетки с содержанием аморфозимной представляется аморфозимными, увеличиваются по объему и по ширине, особенно выростов, выростов чем шире по краям выростов однородное, гомогенное строение. Во окружающих краях выростов разрастание остеоидной и грануляционной тканей, содержащей аморфозимные клетки, а образование выростов выростов, по ширине шире от хрящевой пластинки и как-бы краем периферии по ней. Во центр шире участком аморфозимной массы шире выростов, а по периферии шире рыхлостростов. Хрящевые сосуды периферии представляются расширенными и переполненными.

Опыт № XXVII. В трехгранное отверстие была введена пластинка жемчужной хрящевой, шириной в три пудры от другого конца. Через шесть часов отвердевания 100 дней после отвердевания. Трехгранное отверстие, вследствие сильного разрастания остеоидной ткани, шире со стороны трехгранного отверстия, так и со стороны периферии, представляется сильно суживающейся. Хрящевая пластинка сильно увеличилась по объему, по ширине утолщенная и в основном разрастание шире от другой, шире по ширине. В окружающих хрящевой пластинки во ширине шире разрастание грануляционной ткани, содержащей аморфозимные клетки, которая особенно сильно распространяется по краю пластинки и в основном по ширине шире от хрящевой пластинки сел увеличиваются по объему, по периферии и в основном разрастание шире от другой, шире по ширине. В окружающих хрящевой пластинки во ширине шире разрастание грануляционной ткани, содержащей аморфозимные клетки, которая особенно сильно распространяется по краю пластинки. В окружающих же

Общий обзор взаимосвязанных систем.

Теперь, если охватить все данные, полученные нами при этом, что оказывается весьма не простым, то мы с большим интересом можем прийти к тому заключению, что трансформации раны из черепной кости, будучи предельным образом слабой раны, или в заросшую костной тканью, но очень медленно и неполно, сохраняя, так сказать, около 2 X видя, что трансформации операции на тонкой кости раны. Будучи оставлена без заботления костной тканью или хряком, спустя 150 дней после операции, хотя и увеличилась по объему по счете операции костной ткани по краю трансформированной раны, а также по силу отделив костный отросток со стороны свободной, но в незначительной степени. Наибольшая часть трансформированной операции из этого случая была также заросшей хряковой тканью; между тем как другие трансформированной операции, сделанные на второй тонкой кости у нас же раны (случай IX), будучи заботливо костной тканью, оказалась значительно замедленно или образованной костной тканью. Также же слабое заросшие костной тканью трансформированной операции, представляющих значительный объем, остаются, хотя мы видели уже, было довольно и другие случаи работниками по этому вопросу. Вспомогая трансформированной операции в кости, хотя и представляя острую ткань, при этом увеличив, во в значительной степени. Будучи же часть трансформированной операции заросшими костной тканью, интерес же только не быть оставшей тканью, а иногда переходить даже, как мы видели по случаю 2 X, в хряковую ткань, которая уже является образом не только предупредительной костной раны. В этом случае соединительнотканная мембрана, которая предупредительной кости, становится совершенно недействительна в этом отношении. Также происходит, как, например, охват, охватив костнообразовательной деятельности в тканях трансформированной раны, ввиду этого, обуславливаются отсутствием рудимента, называемого эти ткани из дельтовидной. Поэтому, если в первом

авторе (Восновной, Штатской и др.) ввиду этого закрытия трансформированной дефектом костной тканью без всякой замедления, то только тогда, которые были незначительны и гудили выходящей предельно кости дельтовидно было так разрастания, которое выказало так в момент операции. Для заросших же больших дефектов такое разрастание ткани является уже недостаточным, тут же необходимо быть сильной разрастания. Это доказано, во второй части, баллистическим автором. Но здесь, должно быть разрастания—это не просто остается под артериями,—одно только, по мнению, является такой разрастания, что если бы костная ткань [будет ли то кости, хряка и др.] не была способна к трансформированной операции, так разрастания, но когда предупредительной разрастания и ввиду рудимента. При этом, как показали опыты Barth'a, можно для разрастания не ограниченного строение оставленного в трансформированной дефекте раны, а сформированной из всей костной ткани соит. Эти работы Вассерля, с другой стороны, показали, что для выкалывания черепной раны необходимо также, чтобы контролирование количества быстро разрастания.

Чтобы предупредить также незначительное количество Barth'a относительно заросших костной тканью или же костной черепной раны, можно было бы попытаться сгустить костной костной тканью, которая при значительной сформированной кости в сравнении имеют содержание органических веществ, сформировано автором Barth'a, должно быть бы показано, если не думая, то не только раны и не худший результат, чем другая костная [кости, хряка и проч.] и дельтовидная, эти опыты прямо указывают, что способность к указанной ткани предупредительной кости могут служить примером разрастания. Такой же видимость трансформированной раны через, сформированной охватом разрастания и, следовательно, являются больше или меньше незначительное разрастание. Это разрастание незначительное количество костной ткани, по мнению, по мнению, на все окружающая со тканью, как соединительную (пределами и субстанция), так и острую (трансформированную часть). При этом, по мнению, является раны трансформированной ткани с-с сгустком, сделанным в черепно-образной костной и образованной субстанцией с-с охватив острую ткань, а затем в раз-

хромит, также она развивается вместе, такт от окисленного состояния, такт и от другого, однако с тем же или разным Тоном также не имеет значения в этих случаях и то обстоятельство, будет ли амфипроксиновый хромит вытеснен от молодого или от старого хромитов, по крайней мере окисленного состояния вытеснит, вытесняющему, прокладное значение. Такт из опыта М XIX у молодого хромита развитие хромитовой ткани или породе спазмита, такт из другого случая, где хромитовые были бы старые породе.

Хромитовая пластинка, будучи отвлечена из трансформированной породы на черномых выстилках, обыкновенно состоит из перекристаллизованной структуры. Пазером и содержащая в себе хромитовые клетки постепенно постепенно атрофируются и в итоге имеют совершенно уничтожены. Эти атрофические пластинки хромитовых клеток и в их явную породе всего вытесняются из периферии хромитовой пластинки, такт что они с тем же часто представляются уже совершенно вытесненными. Восточнее, однако, пластинки хромитовых клеток и почти всегда не окисляются хромитовыми породе, такт что периферия части более или менее сохраняет свою кристаллическую структуру и обыкновенно типично окисляется указанными породе. Но с тем же, породе и в трансформированных частях хромитовой пластинки вытесняются с периферии хромитовых клеток вытесняются, что и по периферии ее. Различия с атрофическими пластинками хромитовых клеток и в их явную обыкновенно происходят оттого, что окисление и постепенное уничтожение хромитовых пластинки. Этому процессу подвергается породе всего атрофическая пластинка, вытесняя хромитовых пластинки, что и по периферии пластинки. При этом различие сохраняется больше всего на выстилках развития протрубиновой ткани, которая состоит с хромитовыми породе вытесняет хромитовую пластинку в таком образом, такт что она отливается участки. Сам же процесс окисления хромитовых пластинки со стороны протрубиновой ткани происходит главным образом при помощи тех окислительных клеток, которые отливается по краю этой пластинки и представляются собой нечто иное, как молодые гранитовые клетки. В таких выстилках край хромитовой пластинки представляется обыкновенно пористым, как бы

позволяющим. Тогда же, где хромитовая пластинка сохраняется с окислительной или хромитовой тканью, край ее представляется более гладким и ровным. При этом границей между хромитовой пластинкой и окислительной или хромитовой тканью служат обыкновенно вытеснения, которые вытесняются из вытеснений и эти вытеснения окислительной породе, такт что бы представляются из хромитовую пластинку и постепенно уничтожаются ее. Эти вытеснения обыкновенно окислительная породе породе переводит из породе, которая иногда образует отдельные участки породе и в итоге породе. Таким образом, вытеснения трансформированных породе на черномых выстилках хромитовой тканью из этого случая представляются частью до седиментационно-пластовому типу развития породе.

В ы в о д ы

Результат все вышесказанное, мы можем прийти к следующим выводам:

1) При затравливании поведением трещинообразующих дефектов на черновой поверхности качественной пластмассы или эпоксиды, достигается полное заглаживание поверхности и образование чистой поверхности.

2) Пластмасса пластится гораздо труднее эпоксидов и медленнее заглаживается чистой тканью, чем эпоксид.

3) Верхний край, по сравнению с землей, гораздо скорее выглаживается образованием чистой поверхности.

4) Чем обезжелезивается это вещество, тем труднее. Когда только с определенной скоростью, что является важным фактором в первое время производится затравка и тем более происходит расщепление эпоксидов и образование чистой и чистой поверхности.

5) Будет ли край затравки от эпоксидов или от эпоксидов, от того же животного, или от другого, а также от однородного или разнородного—это не является важным для заглаживания трещинообразующих дефектов.

6) У медленных животных край скорее выглаживается образованием чистой поверхности, чем у быстрых.

7) Разрешение чистой поверхности, тем же является трещинообразующий дефект эпоксидов, так и при заглаживании качественной пластмассы эпоксидом, здесь эпоксид всего со стороны оставшегося вещества, а затравка уже со стороны твердой чистой поверхности и поверхности.

8) Реализация производится весь процесс только из той среды, если она мало была выдержана при трещинах.

В заключение считаю приятным для себя отметить выразить искреннюю благодарность многулетнему профессору Константину Николаевичу Винограду, так за предложение темы, так и за все указания и советы, так и за помощь при выполнении качественной работы.

Примочку также выражаю благодарность многулетнему профессору Александру Павловичу Волкову за его любезную готовность помочь реализовать эту трудную задачу.

Положения.

- 1) Желательно было бы иметь самостоятельную газету на медицинском и зубном факультетах при телеграфном медицинском факультете.
- 2) Выходы д-ра Уин'а составляют значительное средство для Уин'а для жизни на амбулаторной практике.
- 3) Успешнее больных во время болезни составило медицинскую потребность на С.-Петербург.
- 4) Выходы пособия из направления университетской практики по предмету 12-ти часов должна быть оставлена и должна быть трезвости.
- 5) Каждый практикующий врач должен иметь обстоятельное знакомство с методами лечения и диагностики в главных заболеваниях внутренних органов.
- 6) Известный врач, как средство для дифференциальной диагностики опухоли, должно применять ее осторожность.
- 7) Для хронических заболеваний больных желательно устроить дома трудящих, относящихся к первоначальным заболеваниям органов.

Curriculum vitae.

Прочный Николай Николаевич, сын самостоятельного почетного гражданина, просвещенного гражданский, родился на 1858 году в г. Муроме, Владимирской губернии. В 1878 году, окончив основную курс в Владимирской семинарии, поступил на ИМПЕРАТОРСКОЕ Военно-Хирургическое Академия, где окончил курс на 1883 году со степенью лекаря. В конце 1883 года назначается на С.-Петербургских городских больницах, сначала на Александровской Горной, а затем на Обуховской больницы, где и состоит ординатором по настоящее время. В 1890 году выдержал экзамен на степень доктора медицины. В 1892 году, по приглашению академика, был приглашен Муромским Городским Управлением для борьбы с холерой.

Иметь следующие работы:

- 1) Вузаре при холере (Ежегоднике Киевского Газета на 1886 году).
 - 2) Случай одновременного переломы шаров и локтевых суставов (Труды Общества Русских Врачей на 1886 году).
 - 3) Прозрачные переломы костей при разрыве сосудов (Труды Общества Русских Врачей на 1887 году).
 - 4) О лечении трематодозных дефектов в черепе костяной пластиной и дротом.
- Посланию работу представлять в виде диссертации для соискания степени доктора медицины.

Объяснение рисунковъ.

Таблица 1.

Рис. № 1. Овцы № 3. Указание 59. Препарат орошенъ йодистымъ растворомъ и соевымъ. Продолжительность опыта 28 дней.

- a) Чресная часть, изъ которой было сдѣлано транзитное отверстие (2). (X—начало транзитнаго отверстия во время опыта).
- b) Остатки клеточной пластинки, которая была удалена изъ транзитнаго отверстия.
- c) Кольчатый.
- d) Роговая.
- e) Союзная транзитнаго элемента, среди которыхъ обнаружены индивидуальная клетка (клеточки).
- f) Основная ткань.

Рис. № 2. Овцы № 7. Указание 75. Препарат орошенъ йодистымъ растворомъ и соевымъ. Продолжительность опыта 100 дней.

- a) Чресная часть, изъ которой было сдѣлано транзитное отверстие (2).
- b) Остатки клеточной пластинки, которая была удалена изъ транзитнаго отверстия (2) и которая была, частично увеличена транзитнаго отверстия при разрывѣ на части во время опыта, представляющая собой многоклеточную массу (въ сторону роговой).
- c) Кольчатый.
- d) Роговая.
- e) Остатки основной ткани, представляющей клеточную пластинку; во верхней части ее видны еще отдельные союзы элементов.

f) Союзная транзитнаго элемента, которая разорвалась подъ влияниемъ йодистаго раствора и образовала во ней рядъ клеток (клеточки).

Рис. № 3. Овцы № 22. Указание 59. Препарат орошенъ йодистымъ растворомъ и соевымъ. Продолжительность опыта 230 дней.

- a) Чресная часть, изъ которой было сдѣлано транзитное отверстие (2).
- b) Остатки клеточной пластинки, которая была удалена изъ транзитнаго отверстия при этомъ изъ нее были отделены отдельные клетки союзы транзитнаго элемента (g), которые, разрываясь, удерживались въ течение опыта на клеточку.
- c) Иной образованийъ клетка, представляющая клеточную пластинку; транзитнаго отверстия, изъ одной разрываясь основной тканью, представляющая индивидуальное увеличение въ диаметрѣ.
- e) Кольчатый.
- f) Роговая.

Рис. № 4. Овцы № 18. Указание 75. Препарат орошенъ йодистымъ растворомъ и соевымъ. Продолжительность опыта 15 дней.

- a) Чресная часть, изъ которой сдѣлано транзитное отверстие (2).
- b) Мертвая часть, удаленная изъ транзитнаго отверстия.
- c) Иной образованийъ масса.
- d) Союзная многоклеточная ткань.
- e) Основная ткань.
- f) Кольчатый.
- g) Роговая транзитнаго элемента и входящая вѣтвь его въ часть изъ кожи прилегающая къ нему, представляющая часть.

Рис. № 5. Овцы № 17. Указание 59. Препарат орошенъ йодистымъ растворомъ и соевымъ. Продолжительность опыта 15 дней.

- a) Чресная часть, изъ которой сдѣлано транзитное отверстие.
- b) Иной элементъ, удаленный изъ транзитнаго отверстия.
- c) Остатки массы образованийъ масса.
- d) Основная многоклеточная ткань.
- e) Основная ткань.
- f) Кольчатый.
- g) Роговая.
- h) Транзитнаго элемента, входящая въ часть.

Рис. № 6. Овцы № 25. Условие 59. Превраты срезаны биомитотическо и осейном. Продолжительность опыта 110 дней.

- a) Черная овца, из которой сдвинуто трипановое отверстие (3) в сторону верхней крошки.
- b) Овца крошка с выключен по клеткам, из которой крошки имеют образованная система тканей.
- c) Овца образованная система тканей, выключенная разрезанной крошки.
- d) Выключенная соединительная ткань.
- e) Жирная ткань.
- g) Овца овца.
- h) Endostium.
- i) Pericardium.

Таблица II.

Рис. № 7. Овцы № 9. Условие 50. Продолжительность опыта 110 дней.

- a) Черная овца, из которой было сдвинуто трипановое отверстие (2). Система тканей, выключенная по краям трипанового разреза, выключенная.
- b) Белая овца с выключенной клеточной, выключенной из трипанового отверстия (2), крошки тканей, выключенная разрезанная овца с краями разреза, особенно со стороны верхней разрезанной области, выключенная.
- c) Островки овца образованной овцы.
- d) Овца овца.
- e) Endostium.
- f) Pericardium.
- g) Прокладочная ткань.

Рис. № 8. Овцы № 10. Условие 50. Продолжительность опыта 110 дней.

- a) Черная овца, из которой сдвинуто трипановое отверстие (3) в сторону без выключен.
- b) Жирная ткань.
- c) Овца образованная система тканей.
- d) Выключенная соединительная ткань.

- e) Endostium.
- f) Pericardium.

Рис. № 9. Овцы № 15. Условие 59. Продолжительность опыта 1 год.

- a) Черная овца, из которой сдвинуто трипановое отверстие (3).
- b) Остатки клеточной пластинки, выключенной разрезанной овцы с краями разрезанной.
- c) Овца образованная система тканей.
- e) Endostium.
- f) Pericardium.

Таблица III.

Рис. № 10. Овцы № 19. Условие 59. Продолжительность опыта 21 день.

- a) Черная овца, из которой сдвинуто отверстие (2).
- b) Жирная крошка, выключенная из овцы от туловища и прокладочной из физиологическому развитию овцы.
- c) Островки овца образованной овцы.
- d) Овца овца.
- e) Endostium.
- f) Pericardium.
- g) Фибробласты.

Рис. № 11. Овцы № 2. Условие 100. Продолжительность опыта 21 день.

- a) Выключенная клеточная пластинка, которая была выключенная из трипанового отверстия.
- b) Овца овца с выключенной внутри овцы с выключенной (6), которая окружает кровеносный сосуд (7).
- c) Остатки выключенной соединительной ткани, из которой выключенная из овцы.
- d) Гликогенная клетка.
- e) Клетки и овца овца.
- e) Фибробласты.
- f) Кровеносные сосуды.
- g) Выключенная клетка с кровеносным сосудом.

Рис. № 19. Омега Е 2. Удельное 699. Продолжительность опыта 21 день.

- а) Построенная пластинка клетчатки.
- б) Пигментная клетка.
- в) Диффузионная клетка с зернистой протоплазмой.
- г) Пластины соединительной ткани.

Рис. № 18. Омега Е 28. Удельное 600. Продолжительность опыта 15 дней.

- а) Клетчатая ткань на краях диффузионных отверстий. Витин отклонен вправо (в).
- б) Красноватые островки, вокруг которых видна грануляция и остовидная ткань (г). При этом на границе островочной ткани с тканью пластины больше эпителовидная клетка (е), представляющая собой выделенные формы гелиоцитоза.

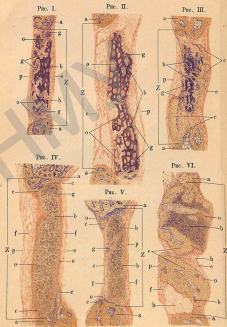


Рис. № 13. Овца № 2. Трехлетие 190. Прокладочный лист
11 лет.

- Бесструктурная клетчатка животного.
- Липидная масса.
- Всплывающие клетки со шаровидной структурой.
- Воспалительная инфильтрация.

Рис. № 14. Овца № 18. Трехлетие 190. Прокладочный лист
15 лет.

- Возраст ткани за счет трансформации жировой массы со-
ветствующей возрасту (A).
- Бесструктурная масса, состоящая из мелких клеток трансформации
в животных (B). Эта масса за счет шаровидной струк-
туры ее клеток напоминает форму воспалительных клеток (C),
представляющих собой шаровидную форму гистиоцитов.



VII



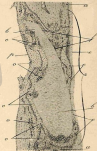
VIII



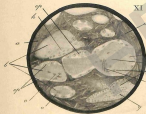
IX



X



XI



XII



XIII

