

# ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

16-го Февраля 1908 года.

Предсѣдательствоваль проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ д-рѣ А. В. Озворскомъ.

Присутствовали—Панъ, Соколовъ, Идельсонъ, Казанскій, Левханьянцъ, Надель—Пружанская, Горяевъ, Шибковъ, Островскій, Блудштейнъ, Гликманъ, Клячкинъ, Цыпкинъ, Опокинъ, Котеловъ, Кутлубаевъ, Эскинъ, Первушинъ и человѣкъ 50 гостей.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Дѣйств. членъ *Копыловъ*. «Леченіе по способу проф. Вег'а» (съ демонстраціей аппаратовъ).

## П Р Е Н І Я.

Цыпкинъ. Я самъ занимался этимъ способомъ. Въ моемъ распоряженіи было 22 случая самаго разнообразнаго матеріала. Я пользовался при леченіи и бинтомъ, причемъ результаты получились не вполне утѣшительные. Очевидно, нужно обладать большой техникой, чтобы достигъ хорошихъ результатовъ. При mastitis получается результатъ хорошій, но не всегда. При papagitium также результаты далеко не всегда хорошіе. По моему, необходимо различать, какой mastitis и какой papagitium, чтобы судить объ успѣхахъ примѣненія способа Вег'а. Напр. при каждомъ панариціи разница между результатами при

старомъ способѣ и способѣ Bier'a нѣтъ. Въ одномъ случаѣ панариція съ заболѣваніемъ сустава я получилъ результатъ только на 30-й день, причемъ получилась тугоподвижность сустава. Въ одномъ случаѣ mastitis я получилъ эффектъ на 5-й день, въ другомъ на 9-й день; 3-й случай—гдѣ былъ инфекціонный mastitis, я лѣчилъ 1 мѣсяць. Что касается вопроса о примѣненіи способа Bier'a при діабетѣ, то я считаю его еще не рѣшеннымъ. При флегмонѣ тендинозной я тоже не видѣлъ успѣха. При флюсахъ особенно быстро наступала анестезія, при незаживающихъ переломахъ успѣха нѣтъ. Что касается вопроса о бактерицидности при гипереміи пассивной, то многіе авторы относятся къ ней скептически.

Д о к л а д ч и к ъ. Я изслѣдовалъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ вліяніе венозной гипереміи на культуру стафилококковъ, причемъ обнаружилось, что венозная гиперемія оказываетъ убивающее дѣйствіе на нихъ.

Цыпкинъ. Надо различать характеръ процесса. Въ случаяхъ инфекціоннаго мастита нѣкоторые авторы не видѣли успѣха.

Клячкинъ. Я вижу, что методъ Bier'a—методъ старый. Напр. леченіе горячимъ воздухомъ было примѣнено Шерштейномъ въ Одессѣ противъ невралгій. Bier упрекалъ, что его методъ не примѣняютъ у душевно и нервныхъ больныхъ. Bier употреблялъ его при chorea съ хорошимъ результатомъ; при epilepsiae—же этого успѣха нѣтъ. Быть можетъ этотъ способъ имѣетъ значеніе при леченіи головныхъ болей. Невропатологи употребляли безсознательно сдавливаніе сонныхъ артерій при головныхъ боляхъ съ хорошимъ успѣхомъ. Мы давно уже употребляемъ активную гиперемію въ видѣ мушекъ и т.-д. По Bier'у можетъ быть и люмбальная пункція имѣетъ значеніе тоже благодаря вызываемой имъ гипереміи.

Казанскій. Мнѣ думается намъ необходимо выяснить сущность дѣйствія этого способа. Быть можетъ мы не знаемъ патологіи процессовъ, напр., чѣмъ отличается маститъ простой отъ инфекціоннаго?

Геркенъ разъясняетъ условный смыслъ этой классификаціи, не пользующейся общимъ признаніемъ.

Опокинъ. Я хотѣлъ бы сказать нѣсколько словъ по поводу теоретической стороны эффекта лѣченія застойной гипереміей по Вieg'у... Какъ на VII съѣздѣ россійскихъ хирурговъ, такъ и отдѣльными представителями нѣмецкой хирургіи во главѣ съ хирургомъ-патологомъ Lехег'омъ уже не разъ высказывались вѣскія мнѣнія, которыя заставляютъ думать, что теоретич. основы способа недостаточно ясны и стоятъ какъ бы въ противорѣчій съ понятіемъ о воспаленіи. Вieg, являясь своего рода умозрительнымъ реформаторомъ вопроса о воспаленіи, правда заставилъ многихъ авторовъ серьезно обратить вниманіе на иногда темные пункты главы о воспаленіи, и это его заслуга.

Дѣло въ томъ, что по вопросу о расасывающемъ дѣйствиі застойной гипереміи, нужно сказать, что способъ Вieg'a не близится къ природѣ, какъ на это указываетъ Вieg. Тотъ грануляціонный поясъ, который создаетъ природа, оказывается далеко не щадится при дѣйствиі застойной гипереміи. Бактеріи, токсины, эндотоксины при отсутствіи антитоксиновъ идутъ болѣе безпрепятственно выше и вредно отзываются на организмъ. Та форма псевдороджистаго воспаленія, которая наблюдается въ мѣстѣ дѣйствиі застойной гипереміи, зависитъ отъ токсическаго вліянія на сосуды, которые значительно расширяются, t° въ это время (послѣ снятія бинта) также очень высока. Д-ръ Оппель на съѣздѣ русскихъ хирурговъ высказался, что въ лѣченіи застойной гипереміей имѣетъ больше всего значеніе высасываніе и какъ бы самопромываніе раны, но въ тѣхъ случаяхъ замѣчаетъ Минщъ, гдѣ t° пала, а лучше и къ этой мѣрѣ не прибѣгать, такъ какъ между фасціями мышцами, положимъ на предплечьи, лимфа скопляясь увеличиваетъ гидравлическое давленіе, даются условія для механическихъ затековъ.

Далѣе, обращаясь къ эффекту лѣченія застойной гипереміей, важно сказать, что въ борьбѣ съ мѣстнымъ процессомъ имѣетъ больше значенія новая кровь новая лимфа. Съ внѣшней мѣстной вредностью борется весь организмъ. Самый серьезный моментъ въ лѣченіи застойной гипереміей всетаки скорѣй всего можно признать высасываніе, и жгутъ Вieg'a лишь только усиливаетъ дѣйствиіе всасывающей повязки.

Копыловъ. У насъ были тяжелые панариціи, а кожныхъ не было. Вопросъ теоретически пока не вырѣшенъ. Несомнѣнно Вieg увлекается, и я не полный сторонникъ его, но тѣмъ не менѣе способъ его заслуживаетъ распространенія.

Предсѣдатель. Докладъ д-ра Копылова имѣетъ для насъ особое значеніе въ силу того, что докладчикъ, какъ мы слышали,

былъ въ клиникѣ Вieg'a и такъ сказать у первоисточника могъ сдѣлать наблюденія, касающіяся способа Вieg'a. Что-же говорить намъ докладчикъ? Оказывается вся постановка леченія по Вieg'у въ клиникѣ его такова, что непредубѣжденному наблюдателю бросается въ глаза увлеченіе автора своимъ способомъ. Вieg въ случаяхъ сколіоза примѣняетъ леченіе горячимъ воздухомъ, и какъ мы слышали отъ докладчика—«приказалъ вынести всѣ приборы и машины издавна употребляемые хирургами при леченіи сколіоза». Господа, это очевидное увлеченіе, хотя и понятное всякому, кто знаетъ, какъ вообще заманчиво всякое обобщеніе идеи.

Что касается научныхъ основъ метода леченія застойной гипереміей, то какъ выяснилось изъ преній въ настоящемъ засѣданіи многое изъ относящагося сюда еще не провѣрено и высказанныя мнѣнія часто противорѣчивы. Но нѣкоторые безспорные факты подтверждающіе дѣйствительную пользу приѣмовъ Вieg'a напр. высасыванія гноя горшками, легко констатируются при внимательномъ наблюденіи. Насасываніе горшками болѣзненно и не достигаетъ цѣли укороченія болѣзни, если при чирьѣ напр. примѣнять насасываніе съ первыхъ-же дней, когда не обнаружилась еще головка чирья, и наоборотъ, примѣняя насасываніе, когда послѣдняя обнаружилась, мы можемъ наблюдать, какъ капля за каплей выдѣляется гной изъ очага, какъ постепенно выдѣляется смертвѣлая клѣтчатка. Въ этомъ случаѣ, примѣняя высасываніе по Вieg'у въ теченіи 1—2 дней, мы излѣчиваемъ болѣзнь, ибо удаляемъ гной и омертвѣлую клѣтчатку; и въ самостоятельно протекающихъ случаяхъ чирья, всякая болѣзненность пропадаетъ, какъ только будетъ отторгнуто все подлежащее отторженію. Такой эффектъ удаленія гноя провѣренъ тысячеклѣтними наблюденіями, только мы старались достигнуть его хирургическими разрѣзами, особеннымъ расположеніемъ противоотверстій, извѣстнымъ положеніемъ больного члена, а здѣсь та же цѣль достигается высасываніемъ. Поэтому поводу я напомнимъ сообщеніе проф. Феноменова объ одномъ врачѣ прошлаго столѣтія въ Поволжьѣ, который излечилъ трудную больную съ нагноеніемъ въ тазу, высасываніемъ гноя черезъ трубочку ртомъ.

Другое дѣло, когда говорятъ о леченіи застойной гипереміей посредствомъ наложенія жгута и требуютъ при этомъ строгаго соблюденія правилъ, безъ чего, утверждаютъ, не можетъ быть достигнуть и цѣлебный эффектъ. Если мнѣ говорятъ, что при правильно наложенномъ жгутѣ, пульсъ нисколько не долженъ мѣняться и конечность не должна синѣть, то я буду склоненъ думать, что при

подобномъ наложеніи жгута никакого застоя не происходитъ, что здѣсь кроется нѣкоторый самообманъ. Тысячелѣтнимъ опытомъ и ежедневнымъ наблюденіемъ провѣряется тотъ фактъ, что даже отъ застоя венозной крови при опущенной внизъ и воспаленной рукѣ (напр. при панарііи) сейчасъ усиливаются боли, и всякій такой больной инстинктивно поднимаетъ и укладываетъ больную руку у себя на груди. Ежедневнымъ опытомъ мы хирурги убѣждаемся, что нѣтъ болѣе дѣйствительнаго противовоспалительнаго и болеутоляющаго средства при острыхъ воспаленияхъ на конечностяхъ, какъ подвѣшиваніе ихъ по Фолькману, и потому мнѣ кажется въ этой рекомендаціи застойной гипереміи при острыхъ процессахъ лежитъ какое то недоразумѣніе. Возможно, что наложеніемъ жгута по правиламъ никакая застойная гиперемія и не вызывается.

Въ преніяхъ не упоминалось о леченіи туберкулеза суставовъ застойной гипереміей; это не значить, что наши сочлены хирурги не прибѣгали и не примѣняли застойной гипереміи въ этихъ случаяхъ. Но результаты далеко не всегда такъ ободрительны, чтобы польза леченія представлялась очевидной. Возможно, что улучшения, которыя наблюдаются у малосостоятельныхъ больныхъ, поступающихъ въ больницы и клиники, происходятъ исключительно вслѣдствіи того, что въ больницѣ пациентъ получаетъ мясо и вообще нѣсколько болѣе питательный столъ,—одного этого во многихъ случаяхъ достаточно, чтобы получилось рѣзкое улучшение въ теченіи суставной бугорчатки. Докладчикъ Н. В. Копыловъ сказалъ намъ, что онъ не могъ замѣтить улучшения въ состояніи здоровья бугорчатнаго больного, пользовавшаго въ клиникѣ Bier'a на глазахъ у докладчика,—улучшенія, на которое указывали и которое замѣчали врачи клиники.

Какъ-бы то ни было, какъ выяснилось изъ дебатовъ, примѣненіе высасывательныхъ банокъ Bier'a составляетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ цѣнное пріобрѣтеніе. Такъ леченіе нарывовъ грудной железы укорачивается, и что главное не бываетъ этихъ повторно развивающихся нарывовъ, истощающихъ терпѣніе больного и врача. О хорошихъ результатахъ леченія мастита высасывающими банками было заявлено здѣсь, и многіе видѣли хорошіе результаты отъ такого леченія. Равнымъ образомъ хорошіе результаты при леченіи флегмонъ синовиальныхъ влагалищъ сухожилій, результаты, недостижимые нашими обширными хирургическими разрѣзами, составляютъ крупный плюсъ въ пользу леченія этихъ процессовъ именно по методу Bier'a.

2) Проф. *Н. А. Геркенъ* демонстрировалъ удаленный операцией *appendix vermicularis*. Операция была сдѣлана черезъ 2 сутокъ отъ начала болѣзни. Симптомы заболѣванія характерны для остраго деструктивнаго аппендицита. Случай окончился летально. Оперировать слѣдуетъ по возможности раньше, т.-е. хотя-бы въ первые сутки. Далѣе докладчикъ повторилъ свое предложеніе Обществу заняться разработкой вопроса объ аппендицитѣ, поручивъ отдѣльнымъ членамъ выполненіе специальныхъ рефератовъ по этому вопросу. Открываются пренія по докладу проф. Геркена объ аппендицитѣ. Предсѣдательство передается секретарю Общества А. Фаворскому при секретарѣ О. Панѣ.

Проф. В. Ф. Орловскій: Считаю не безынтереснымъ дополнить картину болѣзни того случая, который представилъ намъ докладчикъ подъ № 4. дооперационнымъ ея теченіемъ. Больной поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Александровской больницы съ явленіями правосторонней плевропневмоніи; такъ какъ однако одинъ изъ врачей больницы высказалъ подозрѣніе, не имѣется ли въ данномъ случаѣ брюшнаго тифа, то на состояніе брюшной полости и особенно области слѣпой кишки мною при изслѣдованіи больного было обращено особенное вниманіе. Изслѣдованіе въ этомъ направленіи однако показало, что ощупываніе слѣпокишечной области, равно какъ давленіе на точку *Mac-Burney*'я и точку *Lenzmaun*'а, которая соотвѣтствуетъ мѣсту отхожденія червообразнаго отростка отъ слѣпой кишки, по крайней мѣрѣ, для большинства случаевъ, не сопровождается болѣзненностью ни въ мѣстѣ давленія ни въ отдаленныхъ участкахъ живота. Изслѣдованіе слѣпокишечной области по недавно предложенному методу *Blumberg*'а, получившему одобреніе со стороны такого компетентнаго лица, какъ *Ewald* дало также отрицательный результатъ. Въ виду этихъ данныхъ предположеніе о брюшномъ тифѣ и о какомъ-либо вообще процессѣ въ области слѣпой кишки было мною отвергнуто. Спустя нѣкоторое время у больного появился гнойникъ въ лѣвой околушной железѣ, вскрытый В. И. Котеловымъ, причемъ въ гною на ряду съ стафилококками обнаружены диплококки *Fränkel*'я. Изслѣдованіе крови по независящимъ причинамъ произведено не было. Еще до вскрытія нарыва было замѣчено накопленіе въ брюшной полости свободной жидкости, увеличивавшееся съ каждымъ днемъ; ему сопутствовали незначительныя разлитыя болевья ощущенія со стороны всей брюшной полости. Пробный проколъ далъ гнойную жидкость. Передавая въ виду этого больного

въ хирургическое отдѣленіе я просилъ В. И. Котелова при операциі обратить особенное вниманіе на область червеобразнаго отростка. При этомъ я исходилъ изъ слѣдующихъ соображеній. Общеизвѣстно, что червеобразный отростокъ является наиболѣе частымъ источникомъ перитонитовъ у мужчинъ; а съ другой стороны, мы знаемъ изъ изслѣдованій Adria'n'a, Simonina, Kretz'a и др., что аппендицитъ можетъ присоединяться къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, какъ ревматизмъ, ангина, рожа, скарлатина, паротитъ и т. д., Являлось въ виду этого предположеніе, не имѣемъ ли мы и здѣсь дѣло съ метастатическимъ заболѣваніемъ червеобразнаго отростка, осложнившимся перитонитомъ. То обстоятельство, что явленія аппендицита были невыражены, не могло заставить отказаться отъ такого предположенія, такъ какъ наблюденія Marchand'a, Tuffier'a, Klesk'a и др. показали, что червеобразный отростокъ можетъ на вскрытіи обнаружить значительныя воспалительныя измѣненія, гдѣ при жизни никакихъ болевыхъ ощущеній не было, гдѣ, слѣд., аппендицитъ протекалъ скрытно. Операциа, какъ мы слышали, подтвердила правильность моихъ предположеній. Случай такимъ образомъ интересенъ въ нѣсколькихъ отношеніяхъ: 1) онъ показываетъ, что аппендицитъ можетъ протекать скрытно, не давая рѣзкихъ болевыхъ ощущеній, даже при осложненіи гнойнымъ перитонитомъ 2) онъ подтверждаетъ, что аппендицитъ можетъ присоединиться къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ; 3) онъ показываетъ, насколько необходимо быть осторожнымъ при оцѣнкѣ показаній къ терапевтическому и хирургическому вмѣшательству.

Послѣ этихъ замѣчаній я позволю себѣ высказаться по поводу предложенія докладчика подвергнуть вопросъ объ аппендицигахъ подробному изученію въ нашсмъ Обществѣ съ тѣмъ, чтобы придти по этому вопросу къ опредѣленному заключеніемъ. Я всецѣло присоединяюсь къ этой мысли. Дѣйствительно, въ ученіи объ аппендицитѣ имѣется еще много спорныхъ пунктовъ не только для лицъ различной специальности, напр., терапевтовъ и хирурговъ, но и среди дѣятелей одной специальности. Такъ, напр. въ отношеніи столь существенно важнаго вопроса какъ леченіе, такой талантливый клиницистъ, какъ Dieulafoy утверждаетъ, что «il n'existe pas de traitement medicale de l'appendicite,» такъ какъ, по его мнѣнію, аппендицитъ не есть лишь мѣстная болѣзнь, а общее инфекціонное заболѣваніе, локализованное лишь въ опредѣленномъ органѣ, но всегда способное дать цѣлый рядъ неблагопріятныхъ осложненій въ видѣ пораженій печени, почекъ, кровеносныхъ сосудовъ, желудка и т. д. Въ противовѣсъ этому крайнему взгляду приведу мнѣніе другаго клинициста, именно Renvers'a, которое гласитъ: «не безъ оружія

стоимъ мы у кровати больного аппендицитомъ; напротивъ, мы стоимъ вооруженные опытомъ, что въ правильномъ примѣненіи клизмъ, покоя и средствъ, успокаивающихъ боли и перистальтику кишечника, мы имѣемъ средство не только облегчить состояніе больного, но и создать условія, при которыхъ излеченіе наступаетъ само собой». Въ виду ряда подобныхъ разнорѣчій совмѣстное обсужденіе въ нашемъ Обществѣ всѣхъ вопросовъ, касающихся аппендицита, на основаніи литературныхъ данныхъ и личнаго опыта нашихъ сочленовъ—терапевтовъ, хирурговъ, гинекологовъ, патологоанатомовъ и т. д., представляется мнѣ задачей въ высокой степени желательной. Принимая однако во вниманіе серьезное значеніе предварительной работы, быть можетъ, лучше было бы назначить подготовку соотвѣствующихъ докладовъ не къ сентябрю, какъ предлагаетъ инициаторъ проф. Н. А. Геркенъ, а къ веснѣ будущаго года, объявивъ вопросъ объ аппендицитѣ программнымъ въ нашемъ Обществѣ; тогда для совмѣстнаго обсужденія мы могли бы пригласить и товарищей Поволжья, устроить такимъ образомъ при нашемъ Обществѣ съѣздъ врачей Волжско-Камскаго края.

И д е л ь с о н ь считаетъ желательнымъ разработать и профилактику appendicitis. Между прочимъ за причину его считаетъ культуру, такъ какъ негры и краснокожіе не болѣютъ имъ. Быть можетъ здѣсь играетъ роль обиліе пищи, отсутствіе правильности пищеваренія, состояніе зубовъ, неправильная утилизанія брюшного пресса при дефекаціи. Существуетъ мнѣніе, что appendix есть пережитокъ антропоморфическихъ формъ.

Ч а л у с о в ь. Вопросъ объ аппендицитѣ былъ программнымъ на съѣздѣ въ Берлинѣ, гдѣ онъ занялъ много времени. Считаю, что, разъ поставивъ себѣ программный вопросъ, наше Общество и въ будущемъ сохранить этотъ порядокъ работы и думаю, что намъ не слѣдуетъ отказываться отъ намѣчаемаго пути. Съ своей стороны могу заявить; что я согласенъ написать рефератъ по одному или нѣсколькимъ вопросамъ тѣмъ болѣе, что имѣю довольно большой собранный матерьялъ по вопросу объ аппендицитѣ.

Г е р к е н ь. Я не желалъ-бы обсуждать доложенные случаи по существу и давать въ этомъ направленіи разъясненія; не считалъ-бы также полезнымъ откладывать начало работы до слѣдующаго года. Черезъ годъ можетъ быть выбрано новсе бюро Общества, и неизвѣстно,



какъ оно отнесется къ заготовленной уже въ видѣ рефератовъ работѣ. Вообще приходится торопиться жить; и я не думаю, чтобы предполагаемая работа была не по силамъ Обществу. Конечно, если г.г. младшіе преподаватели и вообще члены Общества откажутся взять на себя написаніе рефератовъ,—литературную обработку вопроса, тогда начинаніе наше можетъ кончиться неудачей, лучше отъ него отказаться; но кажется этого нельзя предполагать. Кромѣ того мы можемъ привлечь врачей Волжско-Камскаго района къ нашему дѣлу, ознакомивъ ихъ съ нимъ путемъ разсылки письма и пригласивъ ихъ присылкой матерьяловъ, исторій болѣзней, препаратовъ и докладовъ принять участіе въ предпринимаемомъ нами дѣлѣ, и это будетъ первымъ шагомъ сближенія нашего Общества съ врачами всего Волжско-Камскаго края. Поэтому я полагаю-бы, что не слѣдуетъ откладывать начало работы до весны или далѣе до осени, а нынѣ-же выработать программу рефератовъ и распредѣлить порученія написать ихъ непременно къ осени съ тѣмъ, чтобы осенью-же приступить къ обсужденію вопроса въ рядѣ засѣданій. Выработка программы можетъ быть поручена бюро Общества, исполненному, если это будетъ признано необходимымъ, тѣми или другими лицами.

Предсѣдатель предлагаетъ Обществу врачей или избрать комиссію для разработки этого вопроса или же поручить это бюро Общества съ тѣмъ, чтобы оно представило свои соображенія къ слѣдующему засѣданію.

Проф. Орловскій предлагаетъ соединиться для этой цѣли бюро Общества врачей съ бюро Общества младшихъ преподавателей для разработки программы вопроса.

Предсѣдатель ставитъ на голосованіе свое предложеніе съ поправкой проф. Орловскаго; предложеніе принимается единогласно.

#### Административная часть.

Предсѣдательствуетъ снова проф. Геркенъ.

1) Послѣ обсужденія предложенія д-ра Кутлубаева объ организаціи курсовъ по холерѣ для врачей Волжско-Камскаго района, Обще-

ство постановило: въ виду отсутствія матеріальныхъ средствъ и научныхъ лабораторій въ распоряженіи Общества отклонить это предложеніе.

2) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія отъ 7-го апрѣля 1907 года.

3) Принято къ свѣденію заявленіе (черезъ предсѣдателя Общества) профъ Груздева о выходѣ его изъ членовъ Общества, согласно примѣчанію къ § 29 устава Общества.

4) М. В. Казанскій предложилъ увѣковѣчивать память умершихъ членовъ Общества печатаніемъ некрологовъ, и просилъ доложить Обществу о результатахъ подписки въ пользу семьи умершаго д-ра Овчинникова, бывшаго членомъ Общества.

5) Предсѣдатель, какъ редакторъ «Казанскаго Медицинскаго Журнала», обратился къ членамъ Общества со слѣдующимъ заявленіемъ. Съ самаго возникновенія Казанскаго Медицинскаго Журнала страдалъ неполнотою и такъ сказать случайностью отдѣлъ рефератовъ въ этомъ журналѣ: или они были чересъ-чуръ спеціальны, напр. исключительно по психіатріи, или они были отрывочны, по совершенно не связаннымъ между собою вопросамъ, и не всегда своевременны. Причина такого нежелательнаго явленія, неблагоприятно отражающагося на судьбѣ журнала, понятна. Хорошіе рефераты можно имѣть, если платить за работу, а журналъ средствъ для этого не имѣетъ. Кромѣ того нашъ журналъ, выходящій не всегда своевременно, даже случайные свои рефераты даетъ послѣ того, какъ о реферируемыхъ работахъ уже были сдѣланы сообщенія въ «Русскомъ Врачѣ» или «Медицинскомъ Обзорѣніи». Мнѣ кажется, что мы должны пока рѣшительно прекратить печатаніе рефератовъ объ отдѣльныхъ работахъ, появляющихся въ иностранной медицинской литературѣ. Но этотъ отдѣлъ Журнала можно оживить, если г. г. желающіе будутъ давать сводные рефераты, какъ нѣмцы говорятъ: «Sammelreferaten», т. е. если въ связной формѣ будутъ реферированы 5, 10, 20 болѣе важныхъ работъ за послѣдніе годы по какому нибудь одному вопросу, представляющему въ данное время особый интересъ въ той или другой спеціальности. Напр. изъ хирургической литературы въ настоящее время могъ-бы быть представленъ сводный рефератъ по вопросу о новыхъ направленіяхъ въ леченіи переломовъ длинныхъ трубчатыхъ костей; объ успѣхахъ вправленія застарѣлыхъ

вывиховъ черезъ разрѣзы и т. д. Эти сводные рефераты, касаясь болѣе важныхъ но мало выясненныхъ вопросовъ прикладной медицины, могли-бы получить большое значеніе для извѣстнаго круга читателей, и интересъ къ нашему Журналу и спросъ на него могъ-бы возрасти. Необходимо кромѣ того, чтобы члены Общества печатали свои оригинальные труды въ нашемъ Журналѣ; иначе, если всякую болѣе цѣнную въ научномъ отношеніи статью мы станемъ направлять въ Петербургъ или Москву, что-же придется печатать въ органѣ Общества—«Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ?».

6) Баллотировка въ члены Общества:

проф. В. П. Осиповъ—18 избир. о неизб.

И. М. Тимофеевъ—17 изб. 1 неизб.

А. К. Цинкъ—15 изб. —2 неизб.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

Иванъ Михайловичъ Тимофеевъ. Сынъ фельдшера, род. въ 1876 году въ Казанскомъ уѣздѣ. Среднее образованіе закончилъ во второй Казанской Гимназіи въ 1896 году, специальное—на Медицинскомъ Факультетѣ Казанскаго У—та въ 1903 году, послѣ чего прослужилъ два года врачомъ въ Самарской губерніи. Лѣтомъ 1905 года поступилъ въ Александровскую больницу г. Казани сверхштатнымъ ординаторомъ, а лѣтомъ 1906 года перешелъ на ту же должность въ хирургическую клинику профессора В. И. Разумовскаго, гдѣ съ Іюля 1907 года утверждёнъ штатнымъ ординаторомъ. Въ 1908 году выдержалъ испытаніе на степень доктора медицины.

Александръ Карловичъ Цинкъ. Сынъ учителя гимназіи, род. въ 1879 году въ г. Эривани. Среднее образованіе закончилъ въ 1-ой Пензенской Гимназіи въ 1895 году, специальное—на Медицинскомъ Факультетѣ Казанскаго У—та въ 1900 году со степенью лекаря съ отличіемъ. По окончаніи курса занимался въ Пензенской Земской Губернской больницѣ, преимущественно въ хирургическомъ отдѣленіи, которымъ въ 1905 и въ половинѣ 1906 г. завѣдывалъ самостоятельно. Въ то же время состоялъ секретаремъ Пензенскаго Медицинскаго Общества. Съ осени 1906 года занимается въ качествѣ сверхштатнаго ординатора въ хирургическомъ отдѣленіи проф. Н. А. Геркена въ Александровской больницѣ г. Казани.