

Секретарь редакціи:

Горяевъ	19
Барыкинъ	2
Яхонтовъ	2
Любенецкій	2
Паринъ	1
Чирковскій	1

Казначей Общества:

Чалусовъ	26
Казанскій	2
Перимовъ	1

Библиотекари Общества:

Казанскій—26, Яхонтовъ—26, Чалусовъ—2, Барыкинъ—1, Сурковъ—1, Адамюкъ—1, Зарницынъ—1.

Члены ревизионной комиссіи:

Идельсонъ—25, Казембекъ—25, Геркенъ—18, Фаворскій—4, Казанли—2, Перимовъ—2, Сурковъ—2, Казанскій—1, Неболюбовъ—1, Чебоксаровъ—1, Боголюбовъ—1, Захарьевскій—1, Агафоновъ—1.

4. Баллотированы въ дѣйствительные члены Общества—А. А. Ловцовъ и М. Н. Никольскій. Оба избраны въ члены Общества: первый—съ однимъ отрицательнымъ голосомъ, второй—единогласно.

Предложены въ члены Общества: проф. С. С. Зимницкій (В. А. Барыкинымъ и М. Н. Чебоксаровымъ) и Д. М. Емельяновъ (В. Н. Паринымъ и К. М. Яхонтовымъ).

Въ 11 ч. в. Засѣданіе закрыто.

Товарищъ Предсѣдателя В. Первушинъ.

Секретарь К. Яхонтовъ.

ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ

6 февраля 1914 года.

Предсѣдательствовалъ товарищъ предсѣдателя д-ръ В. П. Первушинъ при секретарѣ М. С. Малиновскомъ.

Присутствовали члены О-ва: Боголюбовъ, Котеловъ, Цинкъ, Казанскій, Чалусовъ, Цыпкинь, Яхонтовъ, Агафоновъ, Горяевъ, Воскресенскій, Казанли, Поповъ, Перимовъ, Никольскій, Денике, Паринъ, Рождественскій, Донсковъ, Блитштейнъ, Болондзь, Львовъ, Лурія, Идельсонъ, Лоскутсвъ, Барякинъ, Адамюкъ, Молчановъ, Чебоксаровъ, Власовъ, Фаворскій, Чирковскій, Зарнищынъ и посторонніе посѣтители.

Научная часть засѣданія.

г. В. И. Котеловъ продемонстрировалъ больного съ *фосфорнымъ некрозомъ* нижней челюсти. Данный больной 20 лѣтъ тому назадъ работалъ на фабрику фосфорныхъ спичекъ. Послѣ ухода съ завода, гдѣ онъ проработалъ 16 лѣтъ, у него черезъ 1½ года появилось частичное омертвѣніе нижней челюсти. Процессъ постепенно захватывалъ все новые и новые участки нижней челюсти. При осмотрѣ въ настоящее время области нижней челюсти по нижнему ея краю наблюдаются дефекты въ кожѣ, числомъ 4; при чемъ эти дефекты открываются въ полость рта. Снаружи дефекты отчасти покрыты рубцовой тканью, сросшейся съ подлежащей костью, а изнутри покрыты слизистой оболочкой. При осмотрѣ полости рта въ правой половинѣ нижней челюсти отсутствуетъ альвеолярный отростокъ и остается незначительная костная полоска отъ тѣла нижней челюсти, покрытая частью слизистой, частью—рубцовой тканью. Восходящая вѣтвь правой половины нижней челюсти—безъ измѣненій. Лѣвая половина нижней челюсти занята въ большей своей части секвестромъ, который покрытъ отложеніемъ виннаго камня. Въ этомъ секвестрѣ имѣется углубленіе, наполненное отдѣляемымъ желтаго цвѣта. Восходящая вѣтвь нижней челюсти слѣва болѣе вздута, чѣмъ правая. На верхней челюсти также имѣются небольшіе некротическіе участки, въ особенности справа. На верхней челюсти имѣется *gingivitis marginalis*. Фосфорное заболѣваніе въ настоящее время встрѣчается крайне рѣдко. Schuchardt, принимая во вниманіе экспериментальныя изслѣдованія Wegner'a и клиническія наблюденія Rose и свои собственныя, пришелъ къ выводу, что фосфоръ, дѣйствуя на костную ткань, вызываетъ сначала размягченіе ея (маляція). Эта маляція при дальнѣйшемъ теченіи фосфорнаго заболѣванія замѣняется процессомъ окостенѣванія, которое выражается въ формѣ фосфорнаго періостита съ образованіемъ отдѣльныхъ плотныхъ или диффузно расположенныхъ остеофитовъ и въ формѣ фосфорнаго склероза съ сильнымъ уменьшеніемъ просвѣта костно-мозгового канала. Фосфоръ дѣйствуетъ на всѣ кости скелета и не ведетъ самъ по себѣ къ некрозу кости;

но костная ткань, благодаря разстройству ея питанія, становится крайне воспримчивой къ инфекціи, а послѣдняя вызываетъ ея омертвѣніе. Некрозъ можетъ встрѣчаться на всѣхъ костяхъ, но въ 90% на костяхъ челюстей и главнымъ образомъ на нижней.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ В. А. Перимовъ. Случай интересенъ съ общесанитарной точки зрѣнія, какъ показатель неудовлетворительнаго состоянія санитарнаго законодательства въ отношеніи производствъ, связанныхъ съ опасностью для жизни и здоровья рабочихъ. Въ настоящее время такіе случаи являются рѣдкостью, но не оттого, что улучшились законодательныя нормы, а исключительно потому, что въ производствѣ желтый фосфоръ замѣненъ краснымъ. Современныя производства, связанныя съ работами со свинцомъ, динитробензоломъ, ртутью, требуютъ соответственныхъ улучшеній въ санитарномъ законодательствѣ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ должны быть поставлены: запрещеніе женскаго и дѣтскаго труда, сокращеніе рабочаго дня, запрещеніе ночныхъ работъ, установленіе одного дня въ недѣлю для отдыха, страхование рабочихъ отъ болѣзней и др.

Д-ръ Цыпкинъ. Соглашается съ докладчикомъ, что фосфоръ самъ по себѣ не вызываетъ некроза, а только облегчаетъ путь къ инфекціи, ведущей къ омертвѣнію. Съ патолого-анатомической стороны трудно думать, чтобы дѣйствіе фосфора сказывалось только на кости и на надкостницѣ и чтобы имъ не затрогивался костный мозгъ.

Докладчикъ. На участіе костнаго мозга при хроническомъ отравленіи фосфоромъ вскользь указываетъ Schuchardt.

Д-ръ Казанскій. Меня смущаетъ, что фосфоръ при тяжелыхъ разстройствахъ, вызываемыхъ работой съ нимъ, какъ будто не причесть. Нѣтъ ли такихъ опытовъ, которые бы говорили о непосредственномъ дѣйствіи фосфора на кость?

Докладчикъ. Wegner экспериментами надъ кроликами, кошками и курами доказалъ, что при непосредственномъ мѣстномъ дѣйствіи фосфорныхъ паровъ на надкостницу возникаетъ періоститъ, при чемъ, если имѣлась инфекція, то послѣдовательно развивался некрозъ кости, если же инфекція отсутствовала, то не было и некроза.

Проф. Боголюбовъ. Случай интересенъ, какъ большая рѣдкость, хотя въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ (въ Австріи, напр.) такіе случаи и въ настоящее время встрѣчаются относительно часто, что объ-

ясняется тѣмъ, что здѣсь приготовленіе фосфорныхъ спичекъ является предметомъ кустарнаго производства. Не меньшій интересъ представляетъ и патологія фосфорнаго отравленія, до послѣдняго времени еще не изученная въ деталяхъ. Работа W a g n e r ' a — одна изъ немногихъ посвященныхъ вопросу патологіи фосфорнаго отравленія. Путемъ эксперимента съ несомнѣнностью установлено, что фосфоръ вызываетъ измѣненія въ костяхъ; за это же говорятъ наблюдавшіеся случаи фосфорнаго омертвѣнія костей при леченіи фосфоромъ остеомалятичекъ. Фосфоръ, повидимому, понижаетъ жизнеспособность кости, подготавливая тѣмъ путь для инфекціи, которая уже ведетъ къ омертвѣнію. Насколько не изучена патологія фосфорнаго отравленія, показываетъ тотъ фактъ, что одно время (въ 99 году) фосфорный некрозъ считали за бугорчатый процессъ, только развившійся на благопріятной почвѣ.

Предсѣдательствующій благодаритъ докладчика за сообщеніе и демонстрацію рѣдко встрѣчающагося заболѣванія.

2. Проф. В. Л. Боголюбовъ. *Непроходимость кишечника, вызванная ущемленіемъ кишекъ въ diverticulum Meckelii; laparotomia; выздоровленіе.*

Авт. сообщаетъ случай, гдѣ ему пришлось произвести оперативное вмѣшательство по поводу непроходимости кишекъ, вызванной ущемленіемъ ихъ въ diverticulum Meckelii. Изложивъ вкратцѣ вопросъ о развитіи Меккеліева дивертикула и патолого-анатомическія данныя, относящіяся къ означенному пороку развитія, докладчикъ указалъ на его хирургическое значеніе (воспаленіе—т. наз. дивертикулиты, омертвѣніе, присутствіе въ грыжахъ, различные виды непроходимости кишечника).

Въ случаѣ авт. дѣло шло о крестьянинѣ 27 л., который ранѣе былъ совершенно здоровъ. Больной захворалъ внезапно: появились сильныя боли въ животѣ, затѣмъ рвота, явленія непроходимости кишечника. На 8-й день послѣ заболѣванія доставленъ въ Госпит. хир. клинику при губернской земской больницѣ. Состояніе сравнительно сносное. Laparotomia. При операціи обнаружено ущемленіе кишечной петли посредствомъ Меккеліева дивертикула, который шелъ отъ тонкой кишки и прикрѣплялся къ ея брызжейкѣ. Резекція дивертикула, обшиваніе и инвагинація ограниченныхъ некротизированныхъ участковъ кишки (на мѣстѣ перетяжки кишекъ дивертикулемъ). Послѣоперационное теченіе не представляло особенностей. Больной поправился.

3. Онъ же. *Случай оперативнаго вмѣшательства (laminectomia) при туберкулезномъ спондилитѣ со сдавленіемъ спинного мозга.*

У больныхъ съ туберкулезнымъ спондилитомъ приходится не очень рѣдко встрѣчаться съ случаями, гдѣ имѣется сдавленіе спинного мозга. Причины сдавленія—различны, чаще: пахименингитъ, гнойники, костное сдавленіе (См. Соболевскій. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи параличей отъ сдавленія при туберкулезномъ спондилитѣ. Дисс. Спб. 1898). Какъ результатъ сдавленія наблюдаются тяжелыя явленія: параличи, расстройства чувствительности, тяжелыя расстройства пузыря, гесті, явленія трофоневротическаго характера.

Лѣченіе—въ извѣстномъ рядѣ случаевъ ортопедическое; какъ ultimum refugium—оперативное вмѣшательство: laminectomia или же удаленіе туберкулезнаго фокуса боковымъ, паравертебральнымъ путемъ (costotransversectomia—для грудной части позвоночника—Ménard, Дьяконовъ, Васильевъ, Левитъ и др.).

Случай автора. Больной татаринъ, 40 л. захворалъ 3 мѣсяца назадъ: сначала слабость въ ногахъ, страдалъ кашлемъ, кровохарканьями. Status praesens. Кифозъ въ области 1—3 груд. позвонковъ, спастическій параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей, полная анестезія въ области обѣихъ ногъ и нижней половины туловища приблизительно до пупка, рефлексы повышены, небольшое расстройство функціи пузыря и прямой кишки (недержание), пролежни, парѣтезіи въ ногахъ. Туберкулезъ легкихъ. Операция 10 декабря: Laminectomia—удалены дужки позвонковъ 1—5 грудного. По удаленіи остистыхъ отростковъ, дужка 5 груднаго позвонка вскрыта фрезой Douen'a (при помощи электромотора). Изъ этого отверстія уже легко было удалить и остальные дужки позвонковъ при помощи костныхъ щипцовъ, изогнутыхъ подъ угломъ. Обнаружены: pachymeningitis externa, внутрипозвоночный абсцессъ между передней поверхностью dura mater и позвонками—выдѣлилось болѣе столовой ложки гноя.

Послѣоперационное теченіе: быстрое улучшеніе самочувствія, значительное возстановленіе произвольныхъ движеній въ нижнихъ конечностяхъ, возстановленіе чувствительности; спастическое состояніе конечностей почти исчезло.

Со стороны легкихъ—ясно выраженный туберкулезъ, больной лихорадитъ; ночные поты; выдѣленіе обильной мокроты.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Левитъ. По поводу перваго случая докладчика приводить два случая изъ собственной практики. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ дѣло шло относительно 2-хъ-лѣтняго мальчика, которому была сдѣлана операція по поводу врожденной грыжи, при чемъ въ грыжевомъ мѣшкѣ найденъ отростокъ, сначала принятый за appendix, но потомъ оказавшійся дивертикулумъ Meskelii. Второй случай касался беременной (III—IV мѣс.) женщины съ непроходимостью кишки. Больная, какъ и въ случаѣ докладчика, тоже не производила впечатлѣнія тяжело больной, наблюдалась, если такъ можно выразиться, «вялая» непроходимость. Операція произведена черезъ 20 часовъ послѣ поступления въ больницу (до этого больна была 6 дней), при чемъ при операціи оказалось, что непроходимость была вызвана перегибомъ кишки черезъ дивертикулъ Meskelii.

По поводу втораго случая докладчика д-ръ Л. отмѣтилъ, что по вопросу о леченіи костнаго туберкулеза имѣются два направленія—консервативное и радикальное (оперативное). Въ настоящее время большинство хирурговъ, въ томъ числѣ и русскіе хирурги, высказываются за консервативное леченіе. Для земскихъ хирурговъ проводить консервативное леченіе костнаго туберкулеза дѣло очень трудное, почти невозможное; почему приходится быть сторонникомъ радикальнаго леченія. При оперативномъ вмѣшателствѣ оппонентъ отдаетъ предпочтеніе операціи Menard'a (costotransversectomia), прежде всего потому, что она технически проще, чѣмъ laminectomia, ее легко можно производить подъ мѣстной анестезіей, между тѣмъ какъ laminectomia производитъ всегда ужасно тяжелое впечатлѣніе. Lannelongue изслѣдовалъ цѣлый рядъ спондилитовъ и только въ одномъ случаѣ не нашелъ гноя, слѣдовательно и съ этой точки зрѣнія преимущество остается за costotransversectomie'ей. Оппонентъ въ четырехъ случаяхъ (изъ нихъ 3 опубликованы) произвелъ операцію Menard'a, въ двухъ случаяхъ съ хорошимъ результатомъ. Если результатъ послѣ операціи Menard'a отрицательный, слѣдуетъ рекомендовать laminectomie'ю. Въ заключеніе оппонентъ указываетъ на нѣкоторые случаи произвольнаго излеченія туберкулезнаго спондилита, безъ всякой операціи, послѣ примѣненія обычной лекарственной терапіи (іодистый кали, рыбій жиръ). Въ этихъ случаяхъ можно предполагать наличность остраго отека мозговыхъ оболочекъ, который вызвалъ сдавленіе мозга, затѣмъ подъ вліяніемъ соотвѣтственной терапіи проходилъ, а вмѣстѣ съ нимъ исчезали клиническіе признаки сдавленія.

Докладчикъ. Вопросъ о леченіи туберкулезныхъ спондилитовъ еще недостаточно разработанъ. Въ однихъ случаяхъ клиническіе припадки, вызываемые спондилитомъ, проходятъ сами по себѣ, почти безъ всякаго леченія, въ другихъ—хорошіе результаты даетъ ортопедическое леченіе, въ третьихъ, наконецъ, нельзя обойтись безъ оперативнаго вмѣшательства. Оперативное вмѣшательство должно строго соответствовать патолого-анатомическому субстрату. Показанія къ ламинектоміи и костотрансверзектоміи за недостаточностью клиническаго матеріала не установлены, почему нельзя отдавать рѣшительное предпочтеніе той или другой изъ этихъ операций. По статистикѣ Соболевскаго при туберкулезныхъ спондилитахъ часто наблюдается пахименингитъ; въ такихъ случаяхъ операція Menard'a не поможетъ. Другое дѣло, если имѣется абсцессъ: здѣсь костотрансверзектомія является вполне цѣлесообразной.

Д-ръ Левитъ. При постановкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству при туберкулезномъ спондилитѣ важно опредѣлить наличие превертебральнаго абсцесса. Послѣдній діагностируется очень трудно. Опредѣлить абсцессъ выстукиваніемъ не всегда удается. Рентгеновскими лучами онъ также трудно опредѣляется: лица съ большой технической опытностью по рентгенодіагностикѣ находятъ, что распознать превертебральный абсцессъ съ помощью лучей Röntgen'a чрезвычайно трудно. Оппонетъ обращаетъ вниманіе на одинъ клиническій симптомъ, которымъ онъ пользуется при распознаваніи превертебральныхъ абсцессовъ,—это затрудненность дыханія у такихъ больныхъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ абсцесса не было, больные обычно на этотъ припадокъ не указывали.

Д-ръ Казанскій интересуется вопросомъ съ исторической точки зрѣнія: какъ смотритъ современная хирургія на леченіе туберкулезныхъ спондилитовъ прижиганіями съ помощью пакелена, какъ въ свое время практиковалъ проф. Виноградовъ? Въ нѣкоторыхъ случаяхъ успѣхъ былъ несомнѣнный.

Докладчикъ. Этотъ вопросъ касается больше невропатологовъ, чѣмъ хирурговъ.

Д-ръ Первушинъ. Туберкулезный спондилитъ—болѣзнь коварная: процессъ, казавшійся уже заглохшимъ, спустя нѣсколько мѣсяцевъ или лѣтъ нерѣдко вновь усиливается и можетъ вызвать явленія, свидѣтельствующія о сдавленіи спинного мозга; у лица, перенесшаго спондилитъ съ сдавленіемъ мозга благополучно, спустя нѣкоторое время вновь могутъ возникнуть прежніе симптомы. Поэтому съ прогнозомъ приходится быть осторожнымъ. Терапія не можетъ быть

шаблонной. Основной принцип леченія—покой, щаженіе больного органа—находить себѣ здѣсь наилучшее примѣненіе. Поэтому нашей нервной клиникой усвоенъ по отношенію къ случаямъ спондилита туберкулезнаго вообще, а тѣмъ болѣе спондилита со сдавленіемъ спинного мозга *консервативный* методъ леченія: вытяженіе на наклонной плоскости съ противовытяженіемъ на протяженіи ряда мѣсяцевъ, одного—двухъ и болѣе лѣтъ, и притомъ—усиленное питаніе. При этомъ умѣстно примѣненіе и отвлекающихъ на позвоночникъ (прижиганія и мушки), какъ мѣры вспомогательной, но ограничиться одной послѣдней мѣрой, конечно, невозможно, и тѣ благопріятные результаты, которые указываетъ сейчасъ М. В. Казанскій, зависятъ, конечно, не отъ примѣненія отвлекающихъ, а отъ вліянія тѣхъ лучшихъ условий, въ которыя были поставлены больные, нерѣдко въ клинику привезенные изъ далека, утомленные дорогой, что могло временно усиливать процессъ въ позвонкахъ. Подъ вліяніемъ подобнаго режима иногда довольно быстро—черезъ нѣсколько недѣль и даже дней—наступаютъ уже благопріятныя явленія, указывающія на ослабленіе сдавленія спинного мозга. Это, разумѣется, зависитъ отъ того, какъ справедливо указываетъ д-ръ Левитъ, что нарушеніе функций спинного мозга зависитъ, въ особенности въ началѣ, не столько отъ сдавленія ихъ плотной, неподатливой тканью, сколько отъ *отека* спинного мозга и его оболочекъ, возникающаго вслѣдствіе затрудненія кровяно-лимфообращенія въ области пораженнаго участка органа.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится возбуждать вопросъ и объ оперативномъ вмѣшателствѣ—именно тогда, когда возникаетъ увѣренность въ существованіи стойкой неподатливой ткани вокругъ мозга, сдавливающей его кольцомъ, или когда имѣется крупный абсцессъ и т. д. Но не слѣдуетъ упускать изъ вида, что и здѣсь возможно улучшеніе при терапіи консервативной. Въ одномъ лишь случаѣ вопросъ объ оперативномъ вмѣшателствѣ долженъ быть выдвигаемъ *настоячиво*—тамъ, гдѣ поражается шейный отдѣлъ позвоночника и возникаетъ опасность для пораженія п. rhēnēсі и его спинальных ядеръ, а, слѣдовательно, грозитъ параличъ діафрагмы со всѣми тяжелыми послѣдствіями. Тутъ не приходится долго ждать, и, если отъ терапіи консервативной не наблюдается никакого улучшенія, а возникаютъ полозрительные грозные симптомы, необходимо оперировать. Въ нашей клиникѣ въ минувшемъ полугодіи какъ разъ былъ подобный случай: у дѣвушки лѣтъ 13 былъ спондилитъ въ шейномъ отдѣлѣ позвоночника; сначала дѣло пошло на улучшеніе, а затѣмъ неожиданно довольно быстро послѣдовало ухудшеніе—параличъ п. rhēnēсі и черезъ нѣсколько дней смерть. При аутопсіи обнаруженъ

гноиникъ въ шейномъ отдѣлѣ и разрушеніе шейного позвонка. Операция не была примѣнена въ виду общаго тяжелаго состоянія больной.

Д-ръ Лурія. Есть еще методъ консервативнаго леченія хирургическаго туберкулеза, который при томъ даетъ поразительные результаты,—это леченіе солнечнымъ свѣтомъ, какъ его практикуетъ Rollier въ Leysin'ѣ. Мы врачи должны широко популяризировать этотъ методъ леченія, посылая нашихъ больныхъ на кумысъ въ степь, гдѣ такъ много солнца, которое и можно использовать для лечебныхъ цѣлей.

Д-ръ Перимовъ. Леченіе костнаго туберкулеза солнцемъ, конечно, вещь хорошая, но въ степи едва-ли это леченіе принесетъ пользу, такъ какъ по Rollier при гелиотерапіи играютъ главную роль ультрафіолетовые лучи, которыхъ какъ разъ и мало въ степныхъ мѣстностяхъ.

Д-ръ Паринъ. Указываетъ, что леченіе туберкулеза солнцемъ возможно примѣнять съ успѣхомъ не только на большихъ высотахъ, но и въ равнинахъ, въ приморскихъ областяхъ, причемъ во многихъ случаяхъ полученные результаты не уступаютъ тѣмъ, которыхъ достигъ Rollier въ своей клиникѣ. Наконецъ, можно пользоваться искусственнымъ солнцемъ—кварцевой лампой, съ помощью которой получаютъ также благоприятные результаты.

Предсѣдательствующій благодаритъ докладчика.

4. А. П. Воронжевъ. *Два случая таeniae papae.*

Преній по поводу доклада не было.

Предсѣдательствующій благодаритъ докладчика за сообщеніе.

Административная часть засѣданія:

1. Избраніе Предсѣдателя Общества.

Предсѣдательствующій. Въ виду того, что намѣченные въ прошломъ засѣданіи кандидатами на должность Предсѣдателя Общества профф.: Орловскій, Осиповъ, Агабабовъ, и Вишневскій отказались отъ баллотировки, прошу записками намѣтить новое лицо.

Записками намѣчаются кандидатами на должность Предсѣдателя Общества слѣдующія лица:

проф. Н. А. Миславскій 21 записка,
проф. В. Л. Боголюбовъ 2 записки и
д-ръ В. П. Первушинъ 1 записка.

За отказомъ В. Л. Боголюбова и В. П. Первушина отъ баллотировки, открытой баллотировкой единогласно избранъ Предсѣдателемъ Общества проф. Н. А. Миславскій.

2. Предсѣдательствующій сообщилъ о результатахъ возложенной Обществомъ на него и М. В. Казанскаго миссiи—переговорить съ проф. В. Н. Болдыревымъ относительно сдѣланнаго послѣднимъ письменнаго заявленія на имя предсѣдателя Общества О. Я. Чистовича (декабрь 1913 г.) о своемъ желаніи выйти изъ состава членовъ О-ва.

В. Н. Болдыревъ 4/и заявилъ делегациі, что относился и относится съ полнымъ уваженіемъ къ Обществу врачей при И. Каз. У-тѣ и его дѣятельности, и что ни Общество, ни его президіумъ не подавали ему повода, побудившаго его выйти изъ состава О-ва, что, напротивъ, онъ признателенъ Обществу, выслушивавшему его сообщенія. Что касается до его письменнаго заявленія о выходѣ изъ состава членовъ О-ва, то формѣ этого заявленія онъ не придавалъ рѣшительно никакого значенія и не считалъ ее для Общества неприемлемой, неудобной и очень сожалѣеть, что она была такъ понята Обществомъ и что какъ его выходъ изъ О-ва, такъ и его заявленіе взволновали Общество врачей, съ которымъ онъ не предполагаетъ порывать связи.

Общество вполне удовлетворилось объясненіями проф. В. Н. Болдырева и постановило считать инцидентъ исчерпаннымъ.

3. Баллотированы и единогласно избраны въ члены Общества: проф. С. С. Зимницкій и д-ръ Д. М. Емельяновъ.

4. Заслушаны и утверждены протоколы предыдущихъ засѣданій.
5. Д-ръ Агаѣоновъ сдѣлалъ предложеніе о желательности помѣщать въ протоколахъ краткое резюме доклада.

Постановили: обсудить предложеніе въ засѣданіи Бюро Общества.

6. Общество принципиально выразило согласіе на предложеніе В. П. Первушина, реагировать на чествованіе 50-лѣтія дѣятельности нашего русскаго земства путемъ принесенія привѣтствія юбилейному засѣданію Казанскаго Губернскаго Земства и, быть можетъ, путемъ устройства посвященнаго роли Общества врачей въ жизни земства засѣданія.

7. Предложены въ члены Общества врачей:

Д-ръ В. С. Левитъ (врачъ земской больницы въ г. Ардатовѣ).

Д-ръ Л. И. Коробковъ.

Д-ръ Г. И. Перекроповъ.
Д-ръ А. Б. Терегуловъ.
Д-ръ В. А. Елкинъ.
Д-ръ Е. С. Алексѣевъ.

Предсѣдатель В. Первушинъ.

Секретарь М. Малиновскій.

ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ

27 февраля 1914 года.

Предсѣдатель: Н. А. Миславскій; секретарь: М. С. Малиновскій.

Присутствовали члены Общества: Лурія, Горяевъ, Первушинъ, Паринъ, Чебоксаровъ, Агафоновъ, Бѣляевъ, Зимницкій, Каземъ-Бекъ, Вишневскій, Зарницынъ, Емельяновъ, Цыпкинъ, Панъ, Чирковскій, Рождественскій, Эллисонъ, Дьяконовъ и посторонніе посѣтели.

Предсѣдатель, открывъ засѣданіе благодарить членовъ Общества за высокую честь и довѣріе, которыми они его почтили, избравъ своимъ предсѣдателемъ.

I. Демонстраціи:

г. В. Ф. Ивановъ. *Демонстрація больного съ акромегалией* (изъ нервной клиники).

Объективное изслѣдованіе больного далеко не закончено, однако, не надѣясь на то, что его удастся долго удержать въ клиникѣ, докладчикъ спѣшитъ показать его въ виду крайней эксквизитности случая. Больной—45 л., женатъ, имѣетъ 8 человекъ здоровыхъ дѣтей, происходитъ изъ здоровой семьи. О своей болѣзни рассказываетъ слѣдующее: 16 л. назадъ простудился на рыбной ловлѣ, послѣ