

## ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

20 марта 1914 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Миславскій при секретарѣ  
В. Н. Паринѣ.

Присутствовали: Агафоновъ, Барыкинъ, проф. Боголюбовъ, проф.  
Вишневскій, Горяевъ, Даниловъ, Донсковъ, Дьяконовъ, Малиновскій,  
проф. Миславскій, Паринъ, Первушинъ, Перимовъ, Рождественскій,  
Флеровъ, Цыпкинъ, Чарушинъ, проф. Чистовичъ, Чалусовъ, Оаворскій.

М. О. Фридландъ. *Возможна ли жизнь при полномъ  
двустороннемъ пневмотораксѣ?*

Физиологія еще до сихъ поръ продолжаетъ смотрѣть на неосум-  
кованный двусторонній пневмотораксъ, какъ на такой патологическій  
процессъ, неизбѣжнымъ слѣдствіемъ котораго является быстрая смерть  
отъ асфиксіи (Landois, Nagel, Вериго и др.). Съ другой стороны, ос-  
новываясь на довольно многочисленной хирургической казуистикѣ слу-  
чаевъ, въ которыхъ при двустороннемъ пневмотораксѣ не только не  
наступала быстрая смерть, но даже нерѣдко цѣло кончалось полнымъ  
выздоровленіемъ, нѣкоторые хирурги (напр. Hochenegg) склонны обус-  
ловливать смертельность двусторонняго пневмоторакса лишь наличи-  
стью болѣе значительной величины травмы.

Съ цѣлью выяснить такое несоотвѣтствіе физиологическаго воз-  
зрѣнія съ фактами клиническаго наблюденія мною было произведено  
экспериментальное изслѣдованіе на собакахъ въ физиологической ла-  
бораторіи Казанскаго университета. Въ результатѣ своихъ опытовъ я  
пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Жизнь при неосумкованномъ, открытомъ дву-  
стороннемъ пневмотораксѣ является принципі-  
ально возможной и именно до тѣхъ поръ, пока діа-  
метръ отверстія пневмоторакса меньше поло-  
вины діаметра соответствующаго главнаго  
бронха.

2. Жизнь при указанномъ двустороннемъ пневмотораксѣ осуществляется благодаря пѣлесообразному измѣненію дыханія примѣнительно къ условіямъ, въ которыя поставленъ дыхательный аппаратъ: глубина и скорость дыханія увеличиваются, ритмъ—учащается.
3. Кровяное давленіе въ моментъ образованія пневмоторакса нѣсколько повышается, причемъ въ дальнѣйшемъ, или остается повышеннымъ, или постепенно падаетъ до нормы.

Преній по докладу не было.

Ф. Я. Чистовичъ демонстрировалъ два случая новообразований печени, которые представляли своеобразныя особенности и дали поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи.

Первый случай касается 33-лѣтняго мужчины, заболѣвшаго за годъ желтухою, увеличеніемъ и болѣзненностью печени, увеличеніемъ селезенки и асцитомъ. При изслѣдованіи въ клиникѣ былъ обнаруженъ туберкулезъ легкихъ, а заболѣваніе печени сочтено за гипертрофическій циррозъ, хотя вслѣдствіе слабой положительной антитриптической реакціи и отрицательной Вейнберговой не было вполне исключено и злокачественное новообразованіе. Эозинофиловъ 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

На вскрытіи обнаружено было въ глубинѣ печени исходящее изъ нея воротъ новообразованіе очень плотной (почти хрящевой) консистенціи, состоявшее гл. образомъ изъ фиброзной ткани; новообразованіе величиною съ яблоко, съ зигзагообразными краями; центральная его часть имѣла ясно ноздреватый характеръ, т. е. была пронизана мелкими полостями, содержащими желеобразныя прозрачныя массы. Большой сальникъ былъ сморщенъ въ поперечный плотный жгутъ, тоже ноздреватый на разрѣзѣ. Хотя на нижней поверхности діафрагмы и въ брюшинѣ мочевого пузыря и были мелкіе узелки, похожіе на диссеминированное новообразованіе, пораженіе печени имѣло полное сходство съ многокамернымъ эхинококкомъ. Такое предположеніе, сдѣланное на вскрытіи и опиравшееся между прочимъ на молодой возрастъ пациента, не оправдалось однако при микроскопическомъ изслѣдованіи. Новообразованіе въ печени оказалось аденокарциномой съ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, исходящей изъ крупныхъ желчныхъ протоковъ, очень богатой фиброзою стромой (*adenocarcinoma scirrhusum*) и образовавшей въ центрѣ узла кистовидныя полости съ очень густымъ прозрачнымъ содержимымъ; послѣднее своимъ сходствомъ съ оболочками пузырьковъ эхинококка, помѣшало правильному распознаванію.



Случай этотъ подтверждаетъ важное значеніе реакціи Вейнберга при подозрѣніи на эхинококкѣ.

Второй случай—пожилой мужчина 53 лѣтъ, заболѣлъ  $\frac{1}{2}$  года назадъ болями и увеличеніемъ печени и желтухой, быстро нараставшей; при поступленіи въ клинику обнаружено увеличеніе также и селезенки, очень малое количество эозинофиловъ въ крови (28 въ 1 куб. мм.) и рѣзкая положительная антитрипсиновая реакція. Вслѣдствіе быстро увеличивавшагося пораженія печени, сопровождавшагося кахексией, (реакціи Вейнберга не удалось сдѣлать) предположенъ *первичный ракъ* желчныхъ путей печени.

При вскрытіи найденъ многокамерный эхинококкѣ правой доли печени, распавшійся въ центрѣ въ полость съ темнозеленымъ дегтеобразнымъ содержимымъ и не обнаруживающій ясныхъ пузырьковъ (ноздреватости), обычно столь типичныхъ для этого паразита. Эхинококкѣ далъ не только диссеминаціонные узелки въ самой печени, но и *метастазы* въ портальныхъ лимфатическихъ железахъ и подъ плеврною V и VI реберъ слѣва. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило патолого-анатомическій діагнозъ и кромѣ того установило биларный циррозъ печени.

Насколько въ первомъ случаѣ раковое новообразованіе симулировало многокамерный эхинококкѣ, настолько во второмъ пораженіе могло быть легко смѣшано съ злокачественною опухолью (если оставить въ сторонѣ центральный очагъ расплавленія, столь характерный для многокамернаго эхинококка человѣка).

Н. К. Горяевъ 1-й случай. Установленный путемъ гистологическаго изслѣдованія діагнозъ—adenocarcinoma—ближе къ клиническому пониманію случая, чѣмъ діагнозъ, поставленный по макроскопической картинѣ—echinos. multiloc. Мы не думали о эхинококкѣ (не было характерныхъ пальпаторныхъ данныхъ, реакція отклоненія комплемента на эхинококкѣ дала отрицат. результатъ, не было эозинофилии). Хотя опухоль не прощупывалась, предположеніе о раковомъ процессѣ казалось очень правдоподобнымъ, и если въ концѣ концовъ былъ поставленъ діагнозъ «гипертрофич. циррозъ», то и онъ былъ не больше, какъ предположительнымъ.

2-й случай. Опухоль прощупывалась, но не представляла характерной для многокам. эхинококка твердости, такъ какъ опухоль открыта спереди печеночной тканью; реакція отклоненія комплемента не была продѣлана; эозинофилии не было (наличность эозинофилии навела бы на правильный діагнозъ; отсутствіе же эозинофилии не исключаетъ

эхинококка, какъ показываетъ между прочимъ и опытъ нашей клиники). Въ подобныхъ случаяхъ дифференціальный діагнозъ между карциномой и многокам. эхинококкомъ не можетъ быть проведенъ съ увѣренностью. Увеличеніе селезенки не могло рѣшить вопросъ; оно считается болѣе характернымъ для эхинококка; но у насъ слишкомъ свѣже было впечатлѣніе отъ перваго случая, о которомъ только что была рѣчь: здѣсь мы имѣемъ аденокарциному, а селезенка была значительно больше, чѣмъ въ разсматриваемомъ сейчасъ случаѣ. Въ данномъ случаѣ было еще одно явленіе, которое склоняло мнѣніе въ пользу рака: въ непосредственной близости опухоли у края печени прощупывался плотный узелъ величиной съ миндальный орѣхъ, обладавшій значительной пассивной подвижностью; этотъ узелъ мы склонны были разсматривать, какъ метастатическій раковый инфильтратъ. Вскрытіе же показало, что мы имѣемъ здѣсь прибавочную долю печени.

В. А. Барыкинъ. По поводу достовѣрности серореакціи для распознаванія рака и эхинококковъ есть полное основаніе для скептическихъ взглядовъ. Повидимому, къ этому же мнѣнію склоняется и клиника проф. А. Н. Каземъ-Бека, имѣющая, какъ видно изъ обстоятельной работы д-ра Молчанова, большой опытъ въ дѣлѣ діагностики рака и эхинококковъ при помощи реакціи Dungern'a, Abderhalden'a и др.

Проф. В. Л. Боголюбовъ сообщилъ 2 наблюдавшихся имъ случая многокамернаго эхинококка. 1) Случай многокамернаго эхинококка печени съ большой полостью размягченія, наполненной черно-зеленой жидкостью. Бронзовая окраска кожи. Больной оперированъ проф. Боголюбовымъ—вскрыта киста. Микроскопическое изслѣдованіе кусочка, вырѣзаннаго изъ печени, подтвердило діагностику многокамернаго эхинококка. 2) Случай многокамернаго эхинококка бедренной кости, переломъ бедра; случай оперированъ.

Проф. Ф. Я. Чистовичъ указалъ на огромныя затрудненія при клиническомъ распознаваніи въ приведенныхъ имъ случаяхъ и возможность вслѣдствіе этого діагностическихъ ошибокъ.

С. А. Флеровъ. *Случай операции при Spina bifida.*

22/II 1914 г. въ Казанской городск. Шамовской б-цѣ оперирована дѣвочка въ возрастѣ 1 годъ 6 мѣс. по поводу Spina bifida sacralis (meningocoele, осложненная выпаденіемъ конца спинного мозга, сросшаяся со стѣнкой мѣшка). Отмѣчается отсталость ребенка въ ростѣ и вѣсѣ, наличность foveolae cossugae и волосъ на лбу и плечахъ. Стоять и ходить еще не начинала. Въ остальномъ нормально.



Операция съ приподнятымъ тазомъ. Кожный разрѣзъ съ образованіемъ бокового лоскута. Обнаженный мѣшокъ перетянуть въ шейкъ провизорной лигатурой и отрѣзанъ вмѣстѣ съ 2 сент. приросшаго мозга. Швы черезъ культю мѣшка быстро завязаны по разрѣзѣ лигатуры и вправленіи мозговой культи. Поверхъ на культю еще два ряда инвагинирующихъ швовъ. Закрытіе дефекта въ позвоночникѣ мышечно-надкостничными лоскутами на ножкѣ, взятыми съ заднихъ подвздошныхъ впадинъ. Кожный шовъ пришелся сбоку отъ глубокихъ и закрытъ коллодійной ватной повязкой.

Послѣоперационное теченіе безъ параличей. Заживленіе первымъ натяженіемъ. На 12-ый день послѣ операциі ребенокъ выписанъ въ удовлетворительномъ состояніи.

Проф. В. Л. Боголюбовъ сообщилъ оперированный имъ случай *spina bifida occulta* у взрослого субъекта съ пересадкой куска *tibiae* для закрытія дефекта въ позвоночникѣ.

В. Н. Паринъ. Сообщение имѣло бы гораздо большее значеніе, если бы больной былъ прослѣженъ послѣ операциі продолжительное время. Къ сожалѣнію при спинно-мозговыхъ грыжахъ отдаленные результаты операциі не всегда благоприятны. Въ одномъ оперированномъ мною случаѣ *myelo-meningocele* (костная пластика) черезъ 2 года послѣ операциі наблюдались очень благоприятные результаты, а спустя 3 года наблюдавшій больного врачъ отмѣтилъ легкое паретическое состояніе нижнихъ конечностей. Случай докладчика, въ которомъ послѣ операциі наблюдалось повышеніе  $t^0$ , представлялъ бы дальше интересъ въ томъ отношеніи, чтобы прослѣдить, насколько справедливо утвержденіе Muscatello и клиники Garrè, что водянка головного мозга представляетъ осложненіе, развивающееся какъ послѣдствіе до—или послѣоперационной инфекции.

А. В. Фаворскій высказалъ предположеніе, что вырѣзываніе сегмента спинного мозга можетъ впослѣдствіи вредно отразиться на функціи первой системы ребенка. Извѣстно, что и при цѣлости мозга у дѣтей, гдѣ сначала не было никакихъ симптомовъ, въ 9—10 лѣтъ появляются симптомы пораженія спинного мозга. Если вырѣзывать сегментъ мозга, то, само собою разумѣется, что эти симптомы могутъ быть выражены рѣзче.

Въ преніяхъ по этому вопросу приняли участіе С. А. Флеровъ, В. Н. Паринъ, В. А. Перимовъ, А. Д. Сперанскій.

В. Н. Паринъ. Въ отношеніи къ спинному мозгу при операциі хирурги держатся такого же мнѣнія, какъ и невропатологи, стремятся

падают спинной мозгъ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ хирургу не остается ничего, какъ изсѣчь спинно-мозговой стержень (Myelo-meningocele). И рядъ клиническихъ наблюдений съ благопріятнымъ исходомъ вполне оправдываетъ подобнаго рода образъ дѣйствій хирурга, тѣмъ болѣе что, какъ показали изслѣдованія, спинномозговой стержень при myelo-meningocele обычно представляется перерожденнымъ.

В. А. Перимовъ указалъ также на необходимость въ нѣкоторыхъ случаяхъ удаленія спинномозгового стержня, иначе пришлось бы отказаться отъ операціи, которая сопровождается благопріятными послѣдствіями.

А. Д. Сперанскій. То обстоятельство, что на выставленномъ докладчикѣмъ микроскопическомъ препаратѣ часть клѣтокъ спинного мозга представляется нормальной, еще не говоритъ о ихъ нормальной функциональной способности. Кромѣ того, принимая во вниманіе, что въ разсматриваемомъ случаѣ спинной мозгъ достигалъ нижняго конца крестцоваго канала, тогда какъ нормально мѣстомъ окончанія его служить нижняя граница 1-го поясничнаго позвонка, нельзя не признать, что спинной мозгъ сохранилъ эмбриональный типъ. При этихъ условіяхъ невозможно навѣрное ожидать возстановленія функціи удаленнаго при операціи участка спинного мозга и ставить это удаленіе въ упрекъ докладчику.

Предсѣдатель. Всякій хирургъ стремится сохранить спинной мозгъ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ передъ хирургомъ возникаетъ вопросъ, что выгоднѣе, вырѣзать ли спинно-мозговой стержень или оставить больного на вѣрную погибель.

М. С. Малиновскій. *Къ вопросу объ искусственномъ раннемъ разрывѣ плоднаго пузыря при нормальныхъ родахъ.*

Существующее ученіе о роли и значеніи плоднаго пузыря въ механизмѣ родового акта за послѣднее время поколеблено клиническими наблюденіями Голландской школы съ проф. *van der Hoeven*омъ во главѣ. На громадномъ матеріалѣ (10000 родовъ) Лейденской клиники *v. d. Hoeven* старается доказать, что значеніе и роль плоднаго пузыря въ механизмѣ родовъ значительно переоцѣниваются, даже больше того, по его мнѣнію, при *нормальныхъ* родахъ будетъ гораздо лучше, если яйцевыя оболочки разорвутся раньше, чѣмъ позже, и потому онъ считаетъ правильнымъ рвать плодный пузырь во время родовъ раньше положеннаго срока (полнаго открытія), даже очень рано, напр. при открытіи маточнаго зѣва въ 4 см. (приблизительно на 2 съ небольшимъ



пальца). Полученные *v. d. Hoeven*'омъ результаты поразительны. Здѣсь все хорошо: родовой актъ значительно ускорился, послѣродовой періодъ протекалъ безукоризненно,  $\%$  оперативныхъ пособій даже уменьшился, вреднаго вліянія на ребенкѣ не замѣтно и т. д.

Благопріятные результаты, полученные *v. d. Hoeven*'омъ на такомъ большомъ матеріалѣ, заставляютъ насъ провѣрить существующіе взгляды о функціяхъ плоднаго пузыря. Руководствуясь послѣднимъ соображеніемъ, докладчикъ и предпринялъ въ завѣдуемомъ имъ Лихачевскомъ Родильномъ Отдѣленіи опытъ провѣрки положеній, выставленныхъ *v. d. Hoeven*'омъ. Наблюденія велись по опредѣленной системѣ, причемъ докладчикъ старался по возможности слѣдовать тѣмъ предписаніямъ, которыя ставилъ на первомъ планѣ *v. d. Hoeven* (брались только случаи черепныхъ предлежаній, тазовыя, а тѣмъ болѣе поперечныя, положенія исключались совсѣмъ, узкій тазъ съ с. в. ниже 10 см. также служилъ противопоказаніемъ для искусственнаго ранняго разрыва пузыря). Результатъ наблюденій заносился на особую выработанную карточку. Общепринятый способъ обозначенія степени раскрытія зѣва (на пальцы) замѣненъ инструментальнымъ, для чего докладчикъ сконструировалъ приборъ, которымъ можно довольно точно измѣрять степень раскрытія маточнаго зѣва въ сантиметрахъ. Приступая къ наблюденіямъ, интересно было провѣрить: 1) какъ вліяетъ искусственный ранній разрывъ плоднаго пузыря на теченіе періода раскрытія, 2) какъ въ этихъ случаяхъ будетъ протекать послѣродовой періодъ, 3) прослѣдить вліяніе ранняго разрыва пузыря на внутритрубныя функціи ребенка, 4) какъ будетъ великъ  $\%$  оперативныхъ пособій при родахъ съ искусственно разорваннымъ пузыремъ и 5), наконецъ, какія осложненія встрѣчаешь въ теченіи родового акта послѣ искусственнаго ранняго разрыва плоднаго пузыря.

Докладчикъ далекъ отъ мысли на основаніи своего микроскопическаго опыта (100 родовъ) дѣлать тѣ или другіе выводы; если онъ и дѣлаетъ нѣкоторыя обобщенія, то только въ предѣлахъ перваго впечатлѣнія, которое онъ получилъ при своихъ клиническихъ наблюденіяхъ.

Результаты своихъ наблюденій докладчикъ представилъ въ видѣ двухъ таблицъ, причемъ въ одной изъ нихъ помѣщены данныя, касающіяся многородившихъ (62), а въ другой—первородящихъ (38).

Докладчикъ слѣдующимъ образомъ резюмировалъ свои впечатлѣнія: укороченіе періода раскрытія въ результатѣ искусственнаго, разрыва плодныхъ оболочекъ, по крайней мѣрѣ для многородившихъ, кажется, не подлежитъ сомнѣнію. Особенно это слѣдуетъ сказать отъ

носителю второй половины этого периода, начиная съ открытія зѣва приблизительно на 6 см. Что касается первородящихъ, то у нихъ въ однихъ случаяхъ получалось несомнѣнное укороченіе періода раскрытія, а въ другихъ—наоборотъ—удлиненіе; въ одномъ случаѣ получились типичные сухіе роды. Благопріятное вліяніе искусственнаго ранняго разрыва плоднаго пузыря на теченіе родовъ у I—рагае слѣдуетъ поставить, по мнѣнію докладчика, подъ большимъ сомнѣніемъ. Въ этомъ еще болѣе его убѣждаютъ тѣ случаи родовъ у первородящихъ, при которыхъ имѣлись, хотя бы самыя незначительныя, но все же препятствія или со стороны таза (с. в. 10 см.), или со стороны плода (ребенокъ свыше 4000 грм.). Одинъ изъ такихъ случаевъ пришлось кончить щипцами, въ другомъ—энергично примѣнять выжиманіе плода по *Kristeller*'у. На 100 случаевъ родовъ съ искусственнымъ раннимъ разрывомъ плоднаго пузыря септическихъ заболѣваній не было. На 62 такихъ родовъ у M—рагае только въ 2 примѣнялся *Kristeller*, а на 38 родовъ у I—рагае одинъ разъ пришлось наложить щипцы, въ одномъ—примѣнить выжиманіе плода по *Kristeller*'у и въ одномъ—прибѣгнуть къ впрыскиваніямъ питуитрина. Среди осложненій, которыя встрѣчаешь при родахъ съ искусственнымъ раннимъ разрывомъ плоднаго пузыря, докладчикъ на первомъ мѣстѣ ставитъ разрывъ шейки, который ему пришлось наблюдать у многородившей съ очень ригидной шейкой. Разрывъ былъ очень большой, такъ что пришлось наложить 16 узловатыхъ швовъ. Что касается разрывовъ промежности то у I—рагае таковой отмѣченъ только 1 разъ, а у многородившихъ разрывовъ не было. Въ двухъ случаяхъ у M—рагае наблюдались небольшія, атоническія кровотеченія, не потребовавшія впрочемъ никакихъ особыхъ мѣропріятій. Докладчикъ отмѣчаетъ большую болѣзненность схватокъ послѣ искусственнаго разрыва пузыря. Осложненій съ послѣдомъ не было. Что касается ребенка, то на 100 случаевъ отмѣчено только 2 случая легкой асфиксіи (отхожены), причемъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ асфиксія получилась послѣ извлеченія ребенка щипцами, а въ другомъ—была *placenta praevia marginalis*.

#### П Р Е Н І Я.

Б. Н. Агаѳоновъ. Ученіе о механизмѣ родовъ, покоящееся на работахъ, главнымъ образомъ, Schröder'a, въ настоящее время подвергается пересмотру и переоцѣнкѣ тѣхъ данныхъ, на которыхъ оно основано. Такъ, напр., по вопросу о работѣ мускулатуры матки во время родовъ появилось изслѣдованіе русскаго автора *Вербова*, а по вопросу о функціи плоднаго пузыря голландца *Van-den-Höven*'а. Однако,



не смотря на то, что выводы послѣдняго, основываясь на 10000-мъ матеріалѣ, съ перваго взгляда кажутся довольно убѣдительными, нужна еще очень большая провѣрка предложенія *Van-den-Höven*'а о раннемъ разрывѣ пузыря при родахъ, такъ-какъ основанія этого предложенія, приводимыя авторомъ, довольно условны и поверхностны, а нѣкоторыя изъ нихъ даже малопонятны (напр., какъ можетъ пузырь задерживать движеніе головки *впередъ* въ періодѣ раскрытія?) На этомъ основаніи нужно горячо привѣтствовать провѣрку названнаго метода, предпринятую д-ромъ *М. С. Малиновскимъ*, хотя и на небольшомъ, сравнительно, матеріалѣ. (Данныя *Bosser*'а не имѣютъ нужной доказательности). Эти изслѣдованія показали, что наиболѣе выгоднымъ моментомъ разрыва пузыря является время такъ назыв. «переходныхъ схватокъ», когда уже начинается вступать въ дѣйствіе брюшной прессъ,—а это бываетъ при раскрытіи не маломъ, именно, около 4-хъ пальцевъ. Но мы и раньше знали, что въ зтотъ моментъ разрывъ пузыря во многихъ случаяхъ полезенъ, какъ ускоритель родовъ путемъ усиленія дѣйствія родовыхъ силъ, почему и пользовались имъ и до *Van-den-Höven*'а. Далѣе д-ръ *Малиновскій* указываетъ на возможность значительной травмы шейки матки при раннемъ разрывѣ пузыря и возможность черезъ это инфекціи. Совершенно вѣрно. По моему мнѣнію нужно во *всѣхъ* случаяхъ провѣрки предложенія *Van-den-Höven*'а обращать вниманіе на травматизацію шейки, осматривая ее *всякій разъ* зеркалами. Если здѣсь травмы будутъ больше, то болѣе шансовъ и на инфекцію. Что пользы въ томъ, что при раннемъ разрывѣ плоднаго пузыря роды скоро прошли, но они сопровождались болѣе травмой и для инфекціи открыли больше путей: тогда-какъ, мы знаемъ, при цѣломъ пузырьѣ, роды продолжаются хотя часто и сутками, но при медленномъ раскрытіи шейки, получается меньше травмы и инфекціи нѣтъ. Затѣмъ при раннемъ разрывѣ пузыря нужно обратить обидительное вниманіе и на послѣдовый періодъ родовъ. Вообще, предложеніе *Van-den-Höven*'а требуетъ въ своемъ примѣненіи большой осторожности и разносторонней провѣрки.

#### Административное засѣданіе.

1. Заслушанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.
2. Предсѣдатель О-ва довелъ до свѣдѣнія, что депутація, избранная на предыдущемъ засѣданіи для выраженія благодарности бывшему предсѣдателю О-ва проф. Ф. Я. Чистовичу, выполнила возложенную на нее задачу.

3. Предсѣдатель сообщилъ, что предположеніе о печатаніи въ Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ резюме научныхъ сообщеній на одномъ изъ общеевропейскихъ языковъ въ настоящее время можетъ осуществиться и при томъ безъ затраты денежныхъ средствъ со стороны О-ва: г-жа Фридландъ любезно изъявила желаніе оказать помощь О-ву безвозмезднымъ переводомъ резюме статей.

Постановили: выразить благодарность г-жѣ Фридландъ за ея готовность помочь О-ву.

Предсѣдатель Н. Миславскій.

Секретарь В. Паринъ.

---