

заднюю поверхность туловища). Следует также считаться с индивидуальной чувствительностью кожи и всякий раз защищать глаза. *Б. Иванов.*

Kubiczek, M. *Болеутоляющее действие яда кобры* (Polska gaz. Lek., 3—5, 1936).

Материал а. составляет 23 сл.; во избежание токсического действия яда доза при первом впрыскивании не должна превышать 2,5 МЕ. Дальнейшая дозировка зависит от случая и характера действия; пауза между отдельными впрыскиваниями должна быть не менее 3 дней, а максимальная доза не может превышать 20 МЕ. Яд кобры не оказывает действия при болях, обусловленных давлением на нервные окончания и стволы; хорошего результата можно ожидать при невралгии тройничного нерва, ишиасе и т. д. Необходимо считать, что в таких случаях яд кобры является не только болеутоляющим, но и средством раздражающей терапии. Если после первого впрыскивания развиваются симптомы анафилаксии, отеки, крапивница и зуд, то дальнейшее лечение противопоказано; то же относится и к первым явлениям отравления (тошнота, рвота и общая слабость). Лечение ядом кобры противопоказано у тяжелых больных с некомпенсированными пороками сердца, заболеваниями легких, острыми заболеваниями почек и далеко зашедшими новообразованиями. *Б. Иванов.*

René Mignot. *Внутривенное введение активированного растительного и животного угля* (Pr. Méd., № 10, 1936).

Метод введен в терапию проф. Saint-Laques из Монреаля, идея принадлежит проф. Coghlin, который применил его с успехом у животных в 1738 сл. различных инфекций и один раз на человеке, у своего ассистента, страдавшего хроническим рецидивирующим фурункулезом. В последнем случае излечение было достигнуто одной инъекцией.

Еще раньше Wedekind и Aritz пытались лечить легочный туберкулез внутривенными инъекциями животного угля. В конце 1933 г. Сен-Жак сообщил о 100 случаях применения этого метода при различных инфекциях. В последнее время вопрос заинтересовал ряд французских терапевтов. Проф. Сен-Жак применяет животный уголь, тончайшим образом размельченный. Tourgaie и Menetrel предпочитают активированный растительный уголь, обладающий значительно большей адсорбцией. Ряд условий делает инъекции безопасными: уголь должен быть чистым, тщательно измельчен и просеян; частицы не должны превышать размеров красного кровяного шарика; животный уголь готовится во взвеси с дистиллированной водой, а растительный — в физиологическом растворе. Доза 2—3 куб. см на инъекцию. Курс — 2—5—10 инъекций. В некоторых случаях комы при отравлении барбитуровыми препаратами Менетрель производил в течение суток 3—4 инъекции по 4—5 куб. см, чередуя их с инъекциями стрихнина.

В начале инъекции в шприц насасывается из вены немного крови, с которой взвесь смешивается. Введение угля безболезненно. Рекомендуется следить, чтобы из иглы не выступала капля взвеси, т. к. после этого получается в коже точечная татуировка. Сен-Жак и Менетрель считают показанным применение метода: 1) при острых инфекциях: а) общих — септицемия, послеродовые инфекции, острый инфекционный ревматизм; б) местных — фурункулез, пиодермия, гонококковые заболевания суставов, простатиты, орхо-эпидидимиты и др.

2) Подострые и хронические заболевания дают значительно менее выраженный эффект. При заболеваниях легких Сен-Жак получал хороший результат при послеоперационных осложнениях; при нагноительных заболеваниях легкого и бронхов введение угля хорошо переносилось больными, давало иногда снижение температуры, но не оказывало влияния на течение самого процесса. При тбк легких благоприятного эффекта не получено.

3) Интоксикации. Основываясь на адсорбирующих и нейтрализующих свойствах угля, Менетрель в 4 сл. применил вливание взвеси угля при отравлениях барбитуровыми препаратами с благоприятным результатом.

Что касается осложнений, то проф. Собразе обратил внимание на опасность реактивных изменений в легких и других паренхиматозных органах, вызываемых частицами угля и на возможность блокады ими ретикуло-эндотелиальной системы. Он предостерегает от применения метода. Менетрель, однако, настаивает, что тщательное приготовление угля и взвеси его исключает всякую опасность. Последний автор на 162 исследования имел 58% положительных результатов.

Механизм действия сложен и еще недостаточно изучен. Предполагавшийся гиперлейкоцитоз, как существенный фактор борьбы с инфекцией, будто бы вызываемый инъекциями частиц угля, не всеми подтверждается. Менетрель полагает, что скорее всего здесь играют роль электро-химические и физико-химические изменения в тканях (большое значение, вероятно, имеет перестройка элементов ретикуло-эндотелиальной ткани).

(Повидимому, метод требует тщательной проверки в условиях эксперимента и строгих клинических наблюдений со всеми необходимыми предосторожностями. Референт А. Г.).

А. Гильман.

## Заседания медицинских обществ.

### Казанский филиал Всероссийского общества микробиологов и эпидемиологов.

Заседание 26/XI 1936 г.

Вступительное слово, посвященное памяти проф. Н. П. Руфимского, произносит председатель о-ва проф. Р. Р. Гельтцер.

1) Доц. Ф. З. Амфитеатров сделал сообщение об общественной и научно-практической деятельности проф. Н. П. Руфимского.

2) Проф. Б. А. Вольтер сделал подробный отчет о расширенной сессии Ученого медицинского совета, состоявшейся в г. Москве с 13 по 17 ноября 1936 г. В докладе освещены вопросы этиологии, эпидемиологии и профилактики гриппа, а также вопросы иммунизации против сыпного тифа.

3) Д-р И. А. Кондаков сообщил о движении скарлатины по г. Казани в 1936 г.

Прения. Проф. А. Ф. Агафонов указал на целесообразность постановки подобных докладов, отметил недостаточную подготовленность со стороны органов здравоохранения в отношении профилактических мероприятий. Проф. Вольтер коснулся вопроса дезинфекции при скарлатине.

Состоялись выборы Правления Общества, причем оказались избранными: проф. Р. Р. Гельтцер — председатель об-ва, проф. Б. А. Вольтер, М. Н. Верещагин, А. Ф. Агафонов, доц. Б. Л. Мазур, д-р С. Ф. Немшилов, Сейфуллина, И. А. Казанцев, И. А. Кондаков, секретари д-р В. И. Попов и В. М. Чемоданов.

Правлением выработан план работ на 1937 г.

Секретарь Об-ва д-р В. Попов.

Заседание 14/XII 36 г.

1) Д-р П. П. Горет. О новом методе выделения чистых культур *Isс* бацилл. Докладчик сообщил о применении питательной среды, изготовленной по методу доц. Мазура для выделения чистых культур тбк.

Прения. Проф. Б. А. Вольтер отметил большой интерес и практическую ценность предложенного метода для диагноза тбк, особенно в тех случаях, когда бактериологическое исследование мокроты дает отрицательный результат.

Доц. Б. Л. Мазур делает дополнительные указания в отношении технических деталей посева мокроты по данному методу.

Проф. Р. Р. Гельтцер особенно подчеркивает практическую ценность метода, как дающего при посевах подозрительного на тбк материала 100% положительных результатов.

2) Доц. Б. Л. Мазур. О типах туберкулезных бацилл в свете учения о диссоциации.

Прения. Проф. Вольтер: доклад открывает новые проблемы в области диссоциации туберкулезной бациллы. Методика, примененная докладчиком точна, имеет все необходимые контроли, задумана оригинально, ведет к новым путям в области изучения тбк бацилл.

Д-р Немшилов высказывает пожелание заслушать на заседании Об-ва доклад доц. Мазура о синих тбк палочках.

Проф. Р. Р. Гельтцер, отмечая большой интерес доклада, считает целесообразным дальнейшее расширение опытов по изучению диссоциации тбк бацилл.

Секретарь д-р В. Попов.