

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Нѣсколько словъ о мѣстной анестезіи эйкаиномъ В.

Проф. Н. А. Герцена.

Вопросъ о различныхъ способахъ анестезіи не перестаетъ до послѣдняго времени интересовать хирурговъ. Новый способъ анестезіи нижней половины тѣла, посредствомъ впрыскиванія раствора кокаина въ субдуральное пространство поясничной части спинного мозга, возникъ и разрабатывается въ самые послѣдніе годы.

Это настойчивое исканіе новаго, лучшаго способа анестезіи указываетъ на нѣкоторыя несовершенства и недостатки всѣхъ прежнихъ и объясняется требованіями практики. Люди слишкомъ боятся физической боли.... Примѣненіе оперативныхъ способовъ леченія часто не встрѣчаетъ согласія со стороны пациентовъ единственно въ силу болѣзненности нашихъ операций, и вліяніе этого момента можно замѣтить у больныхъ изъ всѣхъ классовъ населенія. При широкомъ и успѣшномъ примѣненіи анестезіи, хирургія съ ея методами леченія сдѣлалась-бы еще болѣе популярной, чѣмъ она есть въ настоящее время. Другой вопросъ о томъ, какъ сдѣлать, чтобы выполненіе анестезіи не было слишкомъ хлопотливымъ и не поглощало-бы много времени у врача, особенно земскаго, всегда занятого и вѣчно вынужденнаго дорожить временемъ и спѣшить.

Не менѣе важное второе общее показаніе къ примѣненію анестезіи—болѣзненность хирургическаго изслѣдованія въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Иногда возможно получить ясныя и достаточныя для діагноза данныя, лишь устранивъ рефлекторныя и инныя препятствія къ основательному и не спѣшному изслѣдованію,—препятствія, возникающія со стороны больного и связанныя съ болѣзненностью изслѣдованія. Случаи эти въ хирургической практикѣ, особенно при страданіяхъ носа, мочеполовыхъ органовъ, не очень рѣдки.

Занимаясь съ особымъ интересомъ вопросомъ объ анестезіи между прочимъ на матерьялѣ городской Александровской больницы

въ Казани, я однажды уже дѣлалъ докладъ въ Обществѣ врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ „о мѣстной анестезіи эйкаиномъ В“ преимущественно при мелкихъ амбулаторныхъ операціяхъ, которыя обычно какъ разъ и сопровождаются крикомъ и стономъ больныхъ. Доклада своего своевременно я не напечаталъ, теперь же въ виду того, что въ русской медицинской литературѣ нѣтъ сообщеній объ этой анестезіи, весьма цѣнной и удобной въ особенности въ земской практикѣ,—я хотѣлъ бы снова обратить на нее вниманіе товарищей. Эйкаиновая анестезія по простотѣ и быстротѣ своего выполненія стоитъ выше напр. Schleich'овской инфильтраціонной анестезіи, которая въ настоящее время обратила на себя вниманіе и русскихъ врачей. Кстати сказать, къ этой послѣдней, также какъ къ вопросу объ общей анестезіи бромистымъ этиломъ, я хотѣлъ бы возвратиться въ будущемъ, если позволятъ обстоятельства.

Препаратъ, выпущенный фирмою Schering'a подъ названіемъ эйкаина, былъ изслѣдованъ Vincі въ 1896 году въ отношеніи своего фізіологическаго и токсикологическаго дѣйствія и общалъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣстить кокаинъ; клиническія же наблюденія показали нѣкоторые существенные недостатки и неудобства эйкаина въ особенности въ глазной практикѣ. Въ 1897 г. фабрика выпустила другой препаратъ, названный въ отличіе отъ перваго эйкаиномъ В; первоначальный же препаратъ, который продолжали изучать и примѣнять, получилъ съ этого времени названіе эйкаина А. Эта справка объясняетъ смыслъ и значеніе буквы В при названіи эйкаина. Употребляется для растворовъ не само основаніе (бензоилъ виниль диацетонъ алкаминъ) а его солянокислая соль—eucainum В hydrochloricum Schering'a. О растворахъ такого именно эйкаина ниже и будетъ рѣчь. Физическія свойства эйкаина А и эйкаина В различны. Начать съ того, что первый даетъ при комнатной температурѣ растворы 10% крѣпости, а второй лишь 4½%—5%. Растворы эйкаина В постоянны, хотя, какъ я нѣсколько разъ наблюдалъ, изъ 4% раствора выдѣляются со временемъ, при стоянніи въ теченіе мѣсяца или болѣе, прозрачныя кристаллы въ видѣ иголь. Фізіологическое дѣйствіе раствора, какъ при долгомъ стоянніи, такъ и при многократномъ кипяченіи, не измѣняется, что позволяетъ надежно и просто стерилизовать растворъ передъ употребленіемъ. По нѣкоторымъ изслѣдованіямъ растворы эйкаина имѣютъ даже самостоятельное бактериоубивающее дѣйствіе. Для анестезіи употребляютъ растворы различной крѣпости, въ зависимости отъ мѣста и способа примѣненія средства. Для инъекцій я употреблялъ въ послѣднее время исключительно 2% растворъ, для смазыванія слизистыхъ оболочекъ 4%. Мои наблюденія касаются довольно значительнаго числа разнообразныхъ, хотя преимущественно мел-

кихъ операціонныхъ случаевъ. Дѣлая два года тому назадъ докладъ въ Обществѣ врачей, я основывался на слѣдующихъ наблюденіяхъ: вылученіе липомъ 4, атеромъ 14, вскрытій нарывовъ на туловищѣ 6, торакотомій 2, надлобковыхъ цистотомій 1, трахеотомій 1; извлеченій зубовъ 7, извлеченій постороннихъ тѣлъ 4, выскабливаній костныхъ туберкулезныхъ гнѣздъ 3, разрывовъ при панариціяхъ и флегмонозныхъ нарывахъ кисти 8, случаевъ перевязки *venae saephae* по *Trendelenburg*'у 2, проколъ барабанной перепонки 1, изслѣдованіе носоглоточнаго пространства съ зеркаломъ *Schmidfa* 3, ампутація пальцевъ 1, удаленіе раковыхъ опухолей губы 2, отсѣченіе миндалинъ 2, удаленіе вросшихъ ногтей 6, сшиваніе раны (у мальчика 11 лѣтъ) 1. Нѣкоторыя изъ перечисленныхъ операцій были сдѣланы у дѣтей 8—12 лѣтъ. Въ два послѣдніе года эйкаиновая анестезія примѣнялась мною и ассистентами также значительное число разъ, хотя точную статистику послѣднихъ случаевъ я привести не могу.

Разсмотримъ примѣненіе эйкаина при изслѣдованіи носа и нѣкоторыхъ другихъ полостей, и примѣненіе его при операціяхъ на кожѣ и другихъ органахъ. Для операцій въ полости носа средство не подходитъ и кокаина замѣнить не можетъ. При анестезіи кокаиномъ получается сильное сокращеніе сосудовъ и пещеристой ткани слизистой оболочки носа, вслѣдствіе этого рядомъ съ анестезіей мы получаемъ расширеніе носовыхъ ходовъ, лучший доступъ для инструментовъ въ сокровеннѣйшіе уголки носовой полости и гарантію отъ сильныхъ кровотеченій во время операціи, могущихъ помѣшать самому ходу ея. Эйкаинъ дѣйствуетъ на сосуды, парализуя стѣнки, вмѣсто сжиманія сосудовъ, наступаетъ ихъ расширеніе и набуханіе тканей. Противъ этого нежелающаго при операціи въ носу явленія можно бороться, примѣняя экстрактъ надпочечныхъ железъ, но техника анестезіи этимъ уже осложняется, и повторяю, при операціяхъ въ носу выгоды и преимущества стоятъ безспорно на сторонѣ кокаина.

Употребляли растворы эйкаина для анестезіи глотки и мягкаго неба въ случаяхъ, гдѣ необходимо возможно тщательно изслѣдовать нижній или верхній отдѣлъ глотки. Преимущество эйкаина въ этихъ случаяхъ несомнѣнно, такъ какъ эйкаинъ не вызываетъ мучительныхъ, устрашающихъ больного парестезій въ глоткѣ, которыя столь обычны при употребленіи растворовъ кокаина для смазыванія зѣва. Для анестезіи при изслѣдованіи прямой кишки и пузыря эйкаинъ очень удобенъ. Особенно примѣнимъ онъ у дѣтей, для которыхъ кокаинъ является вообще очень опаснымъ и ядовитымъ.

Въ зубной практикѣ эйкаинъ (почти исключительно эйкаинъ А) употреблялся многими, и на русскомъ языкѣ есть нѣсколько статей о примѣненіи эйкаина съ этою цѣлью (Залого, Палемъ, Абрам-

скій). Такъ какъ мнѣ, какъ и всякому хирургу въ нашихъ большихъ городахъ, при нѣкоторомъ уже распространеніи специальныхъ зубныхъ врачей, приходилось имѣть дѣло лишь съ особенно тяжелыми случаями экстракцій зубовъ, гдѣ уже дѣлались иной разъ неудачныя попытки экстракціи, то хорошіе результаты отъ примѣненія въ этихъ случаяхъ эйкаина В особенно говорятъ въ его пользу. Впрыскивался 2% растворъ въ десну внутренней и наружной стороны; удачное впрыскиваніе сейчасъ же узнается по рѣзкому побѣленію и опуханію десны; затѣмъ тотъ же растворъ впрыскивался между стѣнкой луночки и корнями зуба. Эта манипуляція не всегда и не сразу удается, вслѣдствіе трудности провести иглу въ узкій промежутокъ. Надо заботиться о томъ, чтобы не сломать конца иглы; и если не удастся продвинуть иглу съ внутренней или наружной стороны зуба, слѣдуетъ пытаться пройти ею спереди или сзади его корней, особенно если сосѣдніе зубы отсутствуют. Не удалось впрыскиваніе по направленію къ корню зуба,—у насъ остается еще пріемъ: впрыснуть растворъ въ надкостницу луночки съ наружной и внутренней ея сторонъ. Это послѣднее впрыскиваніе приходится дѣлать, примѣняя значительное давленіе на поршень, а потому, если игла не навинчивается на шприцъ или не закрѣпляется на немъ посредствомъ особаго шпепька, то впрыскиваніе не всегда удается. Когда разовьемъ большое давленіе на поршень, игла соскакиваетъ, и жидкость проливается мимо. Обыкновенный шприцъ Праваца для этихъ впрыскиваній неудобенъ, также неудобенъ и всякій другой шприцъ съ продольно вставляемой иглой, особенно если мы анестезируемъ одинъ изъ заднихъ зубовъ. Нѣтъ достаточно простора, чтобы подойти къ зубу съ прямымъ шприцемъ; здѣсь годится лишь шприцъ съ иглою, насаженной подъ прямымъ или тупымъ угломъ. При такомъ способѣ примѣненія эйкаина можно достигнуть совершенной анестезіи зуба, при малой при томъ затратѣ времени на ея производство. Въ случаѣ надобности можно безболѣзненно разрѣзать десну, отскоблить надкостницу и, сдвинувъ часть луночки, закончить самую труднѣйшую экстракцію. Но успѣхъ этой анестезіи зависитъ въ значительной степени отъ хорошихъ качествъ шприца.

Подобнымъ же образомъ поступаю я при вскрытіи Гайморовой пазухи черезъ зубную луночку. По удаленіи зуба, просверливается дно луночки одного изъ наружныхъ корней, при чемъ этотъ моментъ операціи если и бываетъ болѣзненнымъ, то въ весьма малой степени.

При операціяхъ въ прочихъ областяхъ тѣла эйкаинъ примѣнялся различнымъ способомъ, или въ видѣ послойныхъ анестезирующихъ инъекцій, или по принципу т. н. регионарной анестезіи. Техника примѣненія раствора въ обоихъ случаяхъ различна. Для

послойной анестезіи возможно пользоваться обыкновеннымъ шприцемъ Праваца; начинаемъ дѣлать впрыскиваніе не въ подкожную клѣтчатку, а въ толщу кожи, именно въ толщу ея волокнистаго слоя. Игла вкалывается неглубоко и держится при вкалываніи почти тангенціально. При надавливаніи на поршень растворъ проникаетъ въ тканевые промежутки дермы, раздвигаетъ ихъ, при чемъ кожа блѣднѣетъ и образуется довольно рѣзко ограниченная припухлость—волдырь, похожій на эфлоресценцію крапивной лихорадки. Это мѣсто сейчасъ-же становится не чувствительнымъ. Иглу шприца продвигаемъ дальше и, нажимая на поршень, образуемъ по сосѣдству съ первымъ второй подобный же волдырь. Первый уколъ иглы и первое впрыскиваніе бываютъ въ извѣстной степени болѣзненны; для новаго и послѣдующихъ вкалываній иглы слѣдуетъ пользоваться периферіей уже существующаго поля анестезіи. Не торопясь со введеніемъ раствора, можно сдѣлать всю дальнѣйшую процедуру анестезіи почти безболѣзненной. Рядъ уколовъ и впрыскиваній дѣлается по линіи предполагаемаго разрѣза кожи, заходя на нѣсколько см. за начальную и конечную его точку. Поверхность кожи на мѣстѣ сдѣланныхъ впрыскиваній представляетъ теперь такую картину: виднѣн рядъ уколовъ изъ которыхъ точками или небольшими каплями выступаетъ кровь. По линіи впрыскиваній замѣтны четкообразныя припухлости въ видѣ сливающихся волдырей. Поверхность волдырей теперь уже не блѣдна, а напротивъ гиперемическаго или даже застойно-гиперемическаго цвѣта. Припухлость кожи распространяется и въ стороны отъ линіи впрыскиваній; здѣсь также видна довольно значительная и иногда очень широко распространившаяся гиперемія кожи. Если впрыскиванія были сдѣланы неудачно, не въ кожу, а въ подкожную клѣтчатку, то получается совсѣмъ другая картина. Волдырей и припухлости кожи нѣтъ, гиперемія кожи небольшая, а главное и анестезія получается небольшая. Вѣроятно, что впрыснутый растворъ очень быстро уносится токомъ лимфы съ мѣста впрыскиванія и не успѣваетъ развить своего физиологическаго дѣйствія. Для успѣха анестезіи необходимо, чтобы впрыскиванія были сдѣланы именно въ кожу, указаннымъ образомъ. Окончивъ впрыскиванія, слѣдуетъ выждать 5—6 минутъ и тогда начинать операцію; за это время область анестезіи распространяется вглубь на подкожную клѣтчатку. Теперь можно совершенно безболѣзненно разрѣзать кожу, подкожную клѣтчатку и предпринять въ нѣкоторыхъ случаяхъ дальнѣйшіе оперативные акты. Анестезированія одной кожи достаточно, чтобы многія операціи произвести или совсѣмъ, или почти безболѣзненно. Глубже лежащія части, если онѣ не въ воспаленномъ состояніи, сравнительно мало чувствительны; въ этомъ легко убѣдиться всякому наблюдательному хирургу.

Допустимъ, что мы вылушаемъ жировую опухоль. По обнаженіи опухоли и постепенномъ ея вылушеніи, мы доходимъ наконецъ до ея нижней поверхности. Пациентъ чувствуетъ небольшія боли, когда перерѣзываемъ или вообще работаемъ въ области сосудистой ножки опухоли, въ остальномъ операція проходитъ безболѣзненно.

При подобныхъ исключительно кожныхъ инъекціяхъ возможно почти безболѣзненно вскрывать и подострые глубокіе гнойники. Кожа и подкожная клѣтчатка разрѣзываются безболѣзненно, апоневрозъ и мышечные слои вмѣстѣ со стѣнками гнойника прокалываются быстро; обыкновенно удается обойтись безъ второго ряда впрыскиваній въ апоневрозъ и глубже лежащіе пласты тканей.

При резекціи ребра по поводу плевральной эмпіемы, вслѣдъ за разрѣзомъ кожи мы дѣлаемъ второй рядъ впрыскиваній въ мышцы и надкостницу; обнаживъ ребро, впрыскиваемъ растворъ подъ надкостницу ребра, особенно по его нижнему краю. Эти впрыскиванія сами по себѣ вызываютъ нѣкоторую боль, и ее можно ослабить, лишь не торопясь вводить растворъ, а впрыскивая постепенно и медленно.

Подобнымъ-же образомъ можно получить анестезію для легкихъ случаевъ секвестротоміи.

Для безболѣзненнаго удаленія кожныхъ атеромъ приемы анестезіи остаются тѣми-же самыми, требуется лишь осторожность, чтобы не проткнуть иглою стѣнки мѣшка и не впрыснуть растворъ въ его полость.

При острыхъ воспалительныхъ процессахъ впрыскиваніе раствора въ воспаленные ткани очень болѣзненно, поэтому въ подобныхъ случаяхъ мы отказываемся получить анестезію введеніемъ эйкаина на мѣстѣ сѣмага патологическаго процесса, а предпочитаемъ примѣнить растворъ по правиламъ такъ называемой регионарной анестезіи. Принципіально это совсѣмъ особый приемъ (Oberst, Ali Krogius).

Мы впрыскиваемъ растворъ не на мѣстѣ предполагаемой операціи, а центральнѣй, въ нѣкоторомъ разстояніи отъ него, по возможности въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ главными нервными стволами, развѣтвляющимися ниже въ области предполагаемаго операціоннаго поля. Цѣль здѣсь та, чтобы, анестезировавъ нервный стволъ гдѣ нибудь на его протяженіи и разстроивъ его проводимость, сдѣлать всю область периферическаго развѣтвленія нерва нечувствительной. Принципъ регионарной анестезіи простъ и вѣренъ, осуществленіе-же его въ нѣкоторыхъ случаяхъ затруднительно. Надо анестезировать всѣ нервные стволы, подходящіе къ извѣстной области, напр. при вычлененіи въ лучезапястномъ суставѣ надо впрыснуть растворъ во влагалища по крайней мѣрѣ 3-хъ нервовъ: лучевого, срединнаго и локтевого, при томъ сдѣлать

выпрыскиваніе такъ, чтобы концомъ иглы не поранить самихъ нервныхъ стволовъ и не причинить сильнѣйшей боли, а въ то же время выпрыснуть растворъ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ нервнымъ стволомъ, чтобы жидкость успѣла оказать свое анестетическое дѣйствіе прежде чѣмъ будетъ унесена токомъ лимфы съ мѣста выпрыскиванія въ общій кругъ кровообращенія. Это условіе удастся осуществить лишь въ нѣкоторыхъ областяхъ и пользуясь нѣкоторыми особенными приѣмами. Между прочимъ способъ медуллярной анестезіи можно разсматривать какъ совершенное осуществленіе принципа регіонарной анестезіи. Здѣсь однимъ выпрыскиваніемъ анестезируются всѣ нервныя стволы направляющіяся къ нижней половинѣ тѣла. Здѣсь всѣ нервныя стволы идутъ соединенно, заключенные въ мѣшчкѣ твердой мозговой оболочки, здѣсь легко и подѣйствовать на нихъ анестезирующимъ растворомъ. Образовавъ сплетенія и разсыпавшись на отдѣльные нервы, идущіе каждый своимъ путемъ, чувствительныя волокна не могутъ быть легко перехвачены анестезирующимъ растворомъ на своемъ ходѣ. Нельзя съ увѣренностью сдѣлать выпрыскиваніе какъ разъ именно во влагалище нервного ствола. Для этого слѣдуетъ, хотя-бы нѣсколько обнажить нервъ и выпрыснуть растворъ подъ контролемъ глаза; но такой приѣмъ не всегда будетъ выгодно примѣнить уже въ силу его мѣшкотности. Чтобы гарантировать *возможно долгое пребываніе анестезирующей жидкости по сосѣдству съ нервнымъ стволомъ* можно временно прервать токъ лимфы, и это и составляетъ главный приѣмъ регіонарной анестезіи.

Накладываемъ на конечность эластическій жгутъ, прерываемъ движеніе въ ней крови и лимфы, и выпрыскиваемъ 2% растворъ эйкаина по ходу нервныхъ стволовъ, руководясь ихъ анатомическимъ положеніемъ. Растворъ, при остановкѣ кровообращенія и лимфатическаго тока, въ теченіи большаго промежутка времени дѣйствуетъ на ткани по сосѣдству съ мѣстомъ выпрыскиванія, и анестезія нервныхъ стволовъ можетъ получиться уже съ большою вѣроятностью, и не въ такой степени будетъ зависѣть отъ нѣкоторой возможной неудачи въ выборѣ самаго мѣста выпрыскиванія. Затѣмъ, регіонарная анестезія можетъ получиться, если мы дѣлаемъ выпрыскиваніе эйкаиномъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ полемъ операціи, въ центральную сторону отъ него, и инфильтрируемъ при этомъ не только кожу, но и подкожную клѣтчатку, при одновременномъ наложеніи эластическаго жгута на конечность выше мѣста выпрыскиванія.

Примѣромъ перваго рода анестезіи послужить оперированіе панариція, развившагося на послѣдней фалангѣ котораго нибудь изъ пальцевъ. Поступаемъ слѣдующимъ образомъ: поднявъ руку большаго вверхъ на 3—4 минуты, накладываемъ кругомъ пальца или плеча эластическій жгутъ или ленту, при чемъ для пальца

улотребляемъ тонкую дренажную трубку, а для плеча предпочтительно — въ предупрежденіе болей отъ жгута—резиновую ленту, обертывая ею плечо нѣсколько разъ, пока не будутъ совершенно сдавлены плечевыя артеріи.

Затѣмъ при основаніи пальца съ наружной и внутренней сторонъ впрыскиваемъ въ подкожную клітчатку по полному Правациевскому шприцу 2% раствора эйкаина. Совершенная анестезія наступаетъ не ранѣе 5 минутъ. По истеченіи этого срока можно вполне безболѣзненно сдѣлать глубокій разрѣзъ пальца и выскоблить гнойный фокусъ острой ложкой.

Въ этомъ случаѣ анестезія получается отъ дѣйствія раствора эйкаина въ мѣстѣ впрыскиванія на пальцевыя нервы. Анестезія распространяется на всю область развѣтвленія этихъ нервовъ, слѣдовательно и на послѣднюю фалангу пальца.

Если представимъ случай флегмонознаго абсцесса въ подкожной клітчаткѣ на ладони, допустимъ—въ области межпальцевой складки, какъ обычно возникаютъ эти абсцессы отъ мозолей на ладонной поверхности кисти, то для анестезированія въ этомъ случаѣ поступимъ слѣдующимъ образомъ. Эластическая лента кругомъ плеча. Впрыскиваніе раствора эйкаина по всей периферіи воспалительнаго фокуса на тыльной и ладонной сторонахъ. Черезъ 5 минутъ обыкновенно наступаетъ анестезія.

Въ этомъ случаѣ трудно уловить и анестезировать болѣе крупныя нервныя вѣтви, снабжающія чувствительными волокнами ткани въ операціонномъ полѣ, и намъ остается подѣйствовать растворомъ на ближайшіе мелкіе нервы, которые идутъ въ кожѣ и подкожной клітчаткѣ въ ближайшей къ операціонному полю области. Теоретически надо допустить, что другихъ путей для нервовъ въ этомъ случаѣ не будетъ, и анестезирующій растворъ не преминетъ оказать свое дѣйствіе и при этомъ способѣ впрыскиваній.

Въ каждомъ частномъ случаѣ приходится измѣнять пріемы анестезіи въ зависимости отъ мѣста и рода патологическаго процесса. Иногда анестезія можетъ совершенно не удаваться, какъ было со мною неоднократно при вылученіи лимфатическихъ железъ въ паховой области.

Особенно хороша и удобна эйкаиновая анестезія при извлеченіи постороннихъ тѣлъ изъ пальцевъ и вообще подкожной клітчатки. Разрѣзъ, изслѣдованіе дна раны, растягиваніе ея краевъ, все производится безболѣзненно и безпрепятственно со стороны больного.

Во многихъ указанныхъ случаяхъ возможно примѣнять вмѣсто эйкаиноваго раствора, растворъ кокаина, но если принять во вниманіе частоту токсическихъ осложненій, необходимость пользоваться свѣжеприготовленными растворами кокаина и затруднительность

стерилизаціи ихъ, то преимущество болѣе удобнаго, безопаснаго и болѣе дешеваго средства останется за эйкаиномъ В.

Края операціонной раны, сдѣланной при эйкаиновой анестезіи, всегда припухаютъ и остаются такими въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, но это не служитъ препятствіемъ для заживленія первымъ натяженіемъ, если мы рану зашьемъ; напротивъ, при обилии пластическаго матеріала сращеніе происходитъ еще быстрѣе; не слѣдуетъ только туго затягивать швы. Припухлость краевъ раны происходитъ отъ расширенія сосудовъ и усиленія трансудаціи. Можно бы опасаться возникновенія въ этихъ условіяхъ значительныхъ паренхиматозныхъ кровотеченій, о которыхъ нѣсколько разъ упоминалось въ литературѣ объ эйкаиновѣ, но неправильныя, усиленныя кровотеченія могутъ появляться, вѣроятно, лишь въ исключительныхъ условіяхъ, по крайнѣй мѣрѣ я при своихъ операціяхъ ихъ не видѣлъ.

Случаевъ отравленія эйкаиномъ В до сихъ поръ не извѣстно. Одно ясно выраженное отравленіе мы наблюдали въ больницѣ у больного съ туберкулезными свищами въ лѣвой паховой области, которому было выпрыснуто всего около 0,12 эйкаина В. Припадки состояли въ крайнемъ безпокойствѣ, даже буйствѣ больного, выпадающаго съ операціоннаго стола; въ субъективныхъ замѣраніяхъ съ судорожныхъ сокращеній конечностей, мускулатуры лица, языка, и въ весьма мучительныхъ парестезіяхъ со стороны чувствительнаго нерва, которыя больной не могъ хорошенько намъ описать, но на которыя жаловался еще по истеченіи сутокъ; больной чувствовалъ на ощущеніе противнаго кислаго запаха, который онъ сравнивалъ съ запахомъ хлороформа (?). Потери сознанія не было. Лечение было выжидательное. Тяжелые припадки продолжались около 6 часовъ.

Я объясняю это отравленіе случайнымъ впрыскиваніемъ раствора прямо въ вену. Кромѣ этого единственнаго раза всѣ прочіе случаи эйкаиновой анестезіи протекали безъ малѣйшихъ слѣдовъ токсическаго дѣйствія эйкаина. Максимальныя дозы, какія мнѣ пришлось примѣнить, не превышали 0,4 gr. Другіе безнаказанно впрыскивали и большія дозы.

Въ заключеніе позволю себѣ кратко формулировать все выше сказанное слѣдующимъ образомъ.

1. Примѣняя по извѣстнымъ правиламъ растворъ солянокислаго эйкаина В, мы можемъ многія простыя операціи производить совершенно безболѣзненно, или по крайней мѣрѣ можемъ добиться такого уменьшенія и ослабленія боли, каковымъ съ практической точки зрѣнія можно вполне удовольствоваться.

2. Техника эйкаиновой анестезіи вообще проста, не отнимаетъ много времени, но въ примѣненіи къ частнымъ случаямъ нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ.

Литература. *Vinci*, Ueber ein neues lokales Anästheticum, das Eucain. *Virchow's Archiv* 1896, Bd. CXLV. *Oberst* см. *Fernice*, Ueber Cocainanästhesie. *Deutsche medicin. Wochschr.* 1890, № 14. *Ali Krogius*, Zur Frage von der Cocainanalgesie. *Centrbl. für Chirurgie* 1894 № 11. *Залоза*, Евкаинъ въ зубной хирургіи. *Хирургія* 1893, т. III, № 14.

Изъ Казанской клиники нервныхъ болѣзней.

О леченіи табической атаксіи по методу Frenkel'я и по его модификаціямъ ¹⁾.

Д-ра М. М. Меринга.

Въ одномъ изъ засѣданій секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней на послѣднемъ съѣздѣ Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проф. Тарновскій, коснувшись симптоматологіи сухотки спинного мозга, процитировалъ замѣчаніе Charcot, что „при *tabes dorsalis* имѣется столько же симптомовъ, сколько буквъ въ алфавитѣ“, добавивъ отъ себя, что „симптомовъ этихъ, пожалуй, и еще немножко болѣе“.

Съ приведеннымъ замѣчаніемъ нельзя не согласиться: дѣйствительно, *tabes dorsalis* преимущественно предъ всѣми остальными заболѣваніями нервной системы отличается богатствомъ своей симптоматологіи и богатство это продолжаетъ увеличиваться чуть ли не съ каждымъ днемъ, являясь результатомъ усидчивыхъ и кропотливыхъ изысканій невропатологовъ у постели больныхъ.

Полученные такимъ путемъ, рассматриваемые сообща и сравниваемые другъ съ другимъ симптомы эти оказываются далеко не одинаковаго значенія и достоинства.

Ради большаго удобства своего разсмотрѣнія они подраздѣляются обыкновенно на извѣстныя рубрики и категоріи, различныя въ зависимости отъ того, какой въ основу ихъ классификаціи оказывается положеннымъ принципъ.

Мы можемъ, напр., дѣлить симптомы на „ранніе и поздніе“, если будемъ руководиться принципомъ хронологическимъ; мы будемъ третировать ихъ въ качествѣ „объективныхъ и субъективныхъ“ въ зависимости отъ характера изслѣдованія нервной системы нашихъ паціентовъ и т. д., и т. д.;—мы, словомъ, можемъ классифициро-

¹⁾ Докладъ, читанный въ Обществѣ Врачей при Казанскомъ Университетѣ 29 ноября 1900 г.