

2. Больные с различными формами хронических заболеваний суставов с успехом лечатся на С. М. В., давая в среднем около 80% улучшения.

3. Деформирующие артрозы должны быть включены в число заболеваний, показанных для лечения на Сергиевских минеральных водах.

4. Больные с последним заболеванием должны направляться на курорт в течение ряда лет подряд, и курс лечения у них, по сравнению с другими артритиками, должен быть более продолжительным.

5. В ряде случаев инфекционного и ревматического артрита курс лечения может быть сокращен.

6. Больных с туберкулезным поражением костей и суставов не следует направлять на С. М. В.

7. Анкилозы суставов какого бы то ни было происхождения безусловно подлежат курортному лечению.

8. В ряде случаев целесообразно проводить комбинированное лечение, сочетая обычное серногрязевое лечение со специфическим антилюэтическим, вакцинотерапией, опотерапией, нонтофорезом, мототерапией.

Из санатории Упр. Кав. мин. вод № 8 в Кисловодске. (Руков. приват-доцент
З. И. Малкин, главврач И. Л. Шагинов).

К вопросу о влиянии нарзанных ванн на кровяное давление у больных с гипертензией и гипотонией.

А. Н. Беловой и Е. П. Мищенко.

С 4 кривыми.

Имеется много работ по вопросу о действии углекислых нарзанных ванн на сердечно-сосудистую систему, в частности на кровяное давление; но приходится отметить, что до сих пор данные о влиянии нарзанных ванн на кровяное давление довольно противоречивы и спорны.

Еще не решен вопрос даже о том, что главным образом влияет на кровяное давление, сама ли нарзанная ванна, температура ванны или чисто механические факторы.

Наблюдения последних лет над больными в пустых ваннах с последующим наполнением их водой приводят к выводу, что механические моменты играют в этом вопросе незначительную роль и что все колебания кровяного давления следует отнести за счет действия самих ванн (Бейер, Рабинович и др.).

Чтоб исключить спорный термический фактор, большинство проводили наблюдения над действием ванн индифферентной t^0 , т. е. в пределах 28^0-25^0 R.

Все ав. согласны с тем, что при погружении в нарзанную или мацестинскую ванну индифферентной t^0 кровяное давление падает у всех больных, а также и у здоровых, и в продолжение всего времени пребывания больного в ванне держится на пониженных цифрах; по выходе из ванны кровяное давление повышается (иногда, очень резко), а затем,

в последующем периоде, колебания его сильно варьируют у различных больных; по наблюдениям большинства кровяное давление в последующем после ванны периоде снова падает по сравнению с исходными цифрами, реже возвращается к первоначальному кров. давлению и еще реже продолжает повышаться.

Авторы, работавшие с ваннами различных температур, указывают, что в первые минуты пребывания в ванне температуры ниже 25° происходит повышение кровяного давления, не наблюдающееся в теплых и индифферентных ваннах, и выравнивающееся через 2—4 минуты (Чельцова, Бейер, Рабинович).

Довольно много работ посвящается вопросу о влиянии углекислых ванн на кровяное давление у гипертоников. Сравнительно слабо разработан вопрос о действии ванн на гипотоников.

Почти все наблюдения над гипертониками приводят к тому, что кровяное давление у гипертоников под влиянием углекислых нарзанных и сероводородных мацестинских ванн понижается как непосредственно во время и после ванны, так и в результате курса лечения, и понижение это является довольно стойким.

Понижение кровяного давления у гипертоников, по данным Михайлова, при органической форме гипертонии равняется в среднем 10—12 mm. Hg для систолич. давл. и 6—10 mm. для диаст., а при функциональных формах доходит до 20—30 mm. Hg. С этим совпадают и данные других авторов.

Данные относительно гипертоников весьма немногочисленны и разноречивы.

Многие ав. считают, что нарзанные и мацестинские ванны действуют на кровяное давление у всех больных одинаково, вне зависимости от состояния кровяного давления до начала лечения.

Наряду с этим есть указания на повышение кровяного давления у гипертоников под влиянием нарзанной ванны до нормы.

Groedel считает, что кровяное давление под влиянием углекислых ванн „должно стремиться от пониженных и повышенных цифр к норме“.

Наряду с этим необходимо отметить, что имеются наблюдения, устанавливающие вообще неблагоприятное влияние углекислых ванн на больных с гипотонией, как это отметил J. Badal на съезде французских терапевтов в 1929 г. По его данным углекислые ванны дают у больных астеников с артериальной гипотонией с органическим функциональным поражением сердца неблагоприятные результаты. Некоторое улучшение наблюдается лишь у субъектов с не особенно низким давлением. Эти наблюдения ставят под вопрос целесообразность назначения CO₂ ванн больным с гипотонией. Вопрос о влиянии углекислых ванн на кровяное давление у различных категорий б-ных, несмотря на его высокое практическое значение, еще нельзя считать окончательно решенным.

Эти соображения и заставили нас заняться этим вопросом, главным образом, в отношении выяснения сравнительного влияния углекислых ванн на кровяное давление у гипертоников и гипотоников. Наблюдения велись исключительно над больными нашего санатория.

Гипертониками мы считаем больных с макс. кров. давл., не ниже 150 mm. Hg, гипотониками — не выше 105 mm. Hg у мужчин и не выше 95 mm. для женщин.

В настоящее время всеми признается, что кровяное давление зависит от многих моментов; при выпадении одного какого-нибудь регулирующего фактора на сцену должны выступать другие, потому нельзя ставить кровяное давление в зависимость только от одного какого-нибудь момента (сердце, сосуд, и т. п.). Исходя из этого соображения, мы при отборе нашего материала обращали главное внимание на состояние самого кровяного давления, которое было в центре нашего внимания.

Под нашим наблюдением гипертоников было 26, из них склеротиков—13 с нарушениями деятельности щитовидной железы—3, с пороками митрального клапана—4, с пороками аортальных клапанов—3, неврастеников—2 и с незаросшим Боталловым протоком—1, в том числе мужчин 18 в возрасте от 23 до 63 лет, кров. давл. у них между 185/85—143/85; женщин 8 в возрасте от 23 до 49 лет, кров. давл.—215/105—140/85.

Гипотоников было 30, из них с пороками митрального клапана—11, и один с пороком митрального и трикуспидального, с недостаточностью аортальных клапанов—3, неврастеников—5, с миокардитом—1, 1 с травматическим разрывом межжелудочковой перегородки и с артериосклерозом 8, в том числе мужчин 20 в возрасте от 20 до 56 лет, с кров. давл. 105/65—85/68 и женщин в возрасте от 20 до 48 лет с кров. давл. 95/60—82/40.

Каждому вновь прибывшему в санаторий больному при первичном осмотре измерялось кровяное давление; если у больного кров. давл. оказывалось отклоненным от нормы в ту или другую сторону, мы брали его под свое наблюдение: измеряли кровяное давление повторно несколько раз, чтобы убедиться, что данное состояние давления не является случайным и проверяли кров. давл. в течение 3-х дней, т. е. до получения больным первой нарзанной ванны.

Через 3 дня больной получал первую нарзанную ванну, разводную, t° в 28° по R. Мы наблюдали одну разводную ванну, затем целую той же температуры и, по возможности, каждую н. в. с понижением на 1° .

Больным, взятым под наблюдение, назначались ванны преимущественно в 28° — 25° , т. е. индифферентные, что было сделано для того, чтобы по возможности исключить термический фактор; только несколько наблюдений было проведено над ваннами с t° 24° и 23° .

Все ванны проводились до санаторного завтрака, между 6 и 8 часами утра; перед ванной каждый больной получал стакан молока с хлебом.

Самые наблюдения производились по обычной методике. Наш санаторий находился недалеко от Октябрьских ванн; больной приходил в ванное здание в научно-исследовательский кабинет, где отдыхал до ванны 15 минут лежа; здесь ему измерялось кровяное давление, затем он переходил в кабинку, которая находилась рядом, и погружался в ванну.

На край ванны одевалась специальная доска, на которую больной клал руку с манжеткой. Все измерения как в ванном здании, так и в санатории, производились на левой руке больного проверенными, одинаковыми аппаратами Riva-Rossi по слуховому методу Куроткова, всегда в одинаковом лежачем положении больного с высоко поднятой головой, приближающемся к положению в ванне.

В ванне измерения кровяного давления производились каждые 3 минуты; затем больной выходил из ванны, заворачивался в простыню и теплое одеяло, ложился на кушетку тут же в кабинке, и ему снова измерялось кровяное давление; после этого больной одевался и выходил в исследовательский кабинет, где отдыхал на кушетке 25 минут; у большинства больных в течение отдыха кров. давление измерялось каждые 8 минут, у некоторых, в виду технических затруднений, только по истечении 25 минут. По возвращении в санаторий б-ной завтракал и ложился отдыхать; через час по возвращении из ванны снова измерялось кровяное давление и затем еще раз через 2 часа; кроме того, измерения производились в дни между наблюдаемыми ваннами.

Одновременно с измерениями кров. давл. каждый раз сосчитывались пульс и дыхание в течение $1'$.

У каждого 6-го проведено под наблюдением в среднем 3—4 ванны. Всего проведено наблюдений над 89-ю ваннами у гипертоников, 102-мя у гипотоников и 9-ю у нормотоников, итого в общем—200 ванн. Отдельных измерений кровяного давления произведено 2400.

На основании наших наблюдений мы можем расчленить действие нарзанной ванны на четыре фазы: I—сама ванна, II—момент выхода из ванны, III—отдых и IV—последовательное действие ванны.

Что касается 1-ой фазы, то наши наблюдения вполне совпадают с наблюдениями большинства аа, что в ванне кров. давл. понижается у всех больных, почти во всех ваннах, вне зависимости от состояния кров. давл. до ванны.

В наших случаях у гипертоников (в том числе и у гипертоников с артериосклерозом) мы имеем понижение кров. давл. в ванне, как max. так и min, независимо от t° ванны (28°—23°) у всех 100% больных.

Pd. у этих больных в ванне уменьшался в среднем на 6,7 мм. в 53,2% и увеличивался в средн. на 6,2 мм. в 30,6%; в остальных—оставался прежним.

У гипотоников кров. давл. в ванне обычно тоже понижалось.

Pd у гипотоников увеличивался в средн. на 7 мм. в 60,7% ванн, в 24,7% уменьшался в средн. на 6,4 мм. и в остальных оставался прежним.

Суммируя данные по всем группам больных, мы имеем понижение кров. давл. в ванне у всех 100% больных.

II фаза—момент выхода из ванны (или правильное изменение кров. давл. через 2' после конца ванны) характеризуется повышением кров. давл.

Если рассматривать изменение кров. давл. после ванны по сравнению с состоянием кров. давл. до ванны, т. е. с исходным кров. давлением, то мы наблюдали повышение их кр. давл. после ванны в 65% всех ванн; при сравнении кров. давл. после ванны с кров. давл. при последнем измерении в ванне, получается повышение в 99% ванн.

У гипотоников мы имеем повышение кров. давл. в большем проценте ванн, чем у гипертоников; наибольшее повышение давл. давали склеротики гипертоники, затем склеротики же гипотоники. Требуется поэтому большая осторожность при назначении нарзан. ванн склеротикам, особенно, гипертоникам.

Повышение их кров. давл. после ванны, по сравнению с его величиной при последнем измерении в ванне, мы наблюдали у гипертоников в 98% всех ванн, в средн. у склеротиков на 18,16 мм., у др. гипертоников на 17,76 мм.; у гипотоников во всех 100% в средн. на 13,42 мм. Мп. давл. у гипертоников повышалось во всех 100% ванн, в среднем у склеротиков на 14,07 мм., у др. на 13,61 мм.; у гипотоников в 96,0% в средн. на 12,82 мм.

Суммируя все эти данные, можно сказать, что во II фазе, кров. давл. повышается по сравнению с исходной величиной после большинства ванн вне зависимости от состояния кров. давл. 6-го до ванны и от природы патологического состояния этого давления.

Pd. во II фазе изменялся по сравнению с исходным у гипертоников и гипотоников тоже почти одинаково:

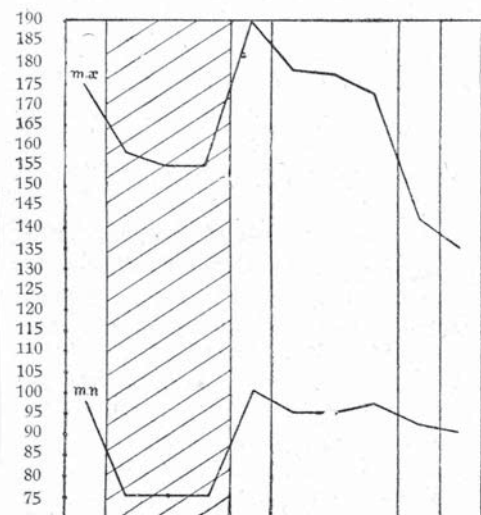
Изменение рд. во II фазе.

Группа б-ных	Увеличение		Уменьшение		Без пере- мен
	% ванн	ср. вел. в ммHg	% ванн	ср. вел. в ммHg	
Гипертоники	53,3	8,7	32,2	9,2	14,5
Гипотоники	58,8	8,6	30,0	5,1	11,2

III фаза—отдых больного после ванны дает в большинстве случаев снова понижение кров. давления.

Здесь интересно отметить некоторую разницу в данных у гипертоников и гипотоников: случаи повышения шх. кров. давл. после отдыха

5 ванна Ц. Н. 27° 10'.
 ммHg. До в. Ванна П. в. Отдых 1 ч. 2 ч.
 3' 6' 9' 2' 8' 16' 25'



Кривая № 1.

Б-ная Б-ва 49 л. Arteriosclerosis.
 Кров. давл. при поступл. 160/110.

ных, не отмечается. Только так же, как и в предыдущей фазе, склеротики, особенно гипертоники, дают более резкое повышение кров. давл., чем др. группы.

Итак, в III фазе, в наших наблюдениях, намечается некоторое незначительное, но все же различие в реакции кров. давл. у гипертоников и гипотоников под влиянием нарзанной ванны.

IV фазу—последовательное действие отдельных ванн мы могли наблюдать только в течение ближайших 2-х часов после ванны, точнее—после отдыха; причем мы должны указать, что не все б-ные отдыхали в течение этого времени, некоторые в промежутках между измерениями вели обычный образ жизни, в пределах санатория.

у гипертоников не превышают 12,0% ванн, а у гипотоников они наблюдаются в среднем 36,0%, т. е. втрое чаще, шх. кров. давл. у гипертоников повышается в средн. в 31,0% ванн, а у гипотоников в 48,0%. Понижение же шх. кров. давл., наблюдаемое у гипертоников больше, чем в 80,0% ванн, у гипотоников встречается в среднем в 52—53%.

В некоторых случаях, проверяя состояние кров. давл. во время отдыха каждые 8 мин., мы могли наблюдать его постепенное понижение у гипертоников и повышение у гипотоников (см. кривые №№ 1, 2, 3 и 4).

Особенной разницы в изменении кров. давл. во время III фазы у гипертоников и гипотоников в зависимости от причины их гипер- и гипотонии, как видно из вышеприведенных дан-

Мы измеряли кров. давл. через 1 час, считая от последнего измерения в ванном здании после отдыха, и затем через 2 часа. Кроме того, как мы уже указывали, и в дни между ваннами.

Сравнивая средние данные всех гипертоников с средними же данными всех гипотоников, без различия происхождения их гипер- и гипотонии, мы получаем заметную разницу в реакции кров. давл. у тех и других¹⁾.

Здесь ясно выступает значительное преобладание случаев с понижением кров. давл. у гипертоников и с повышением у гипотоников.

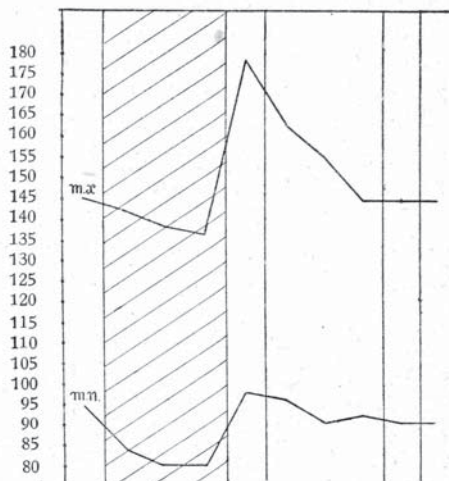
Что касается рд, то он под влиянием нарзанной ванны у гипертоников, преимущественно, уменьшался по сравнению с исходным, а у гипотоников увеличивался или оставался прежним.

Итак, та незначительная разница в реакции кров. давл. гипертоников и гипотоников на нарзанную ванну, которая намечалась во время отдыха, в течение ближайших после ванны часов выступает уже вполне отчетливо и заключается в тенденции к понижению кров. давления у гипертоников и к повышению его у гипотоников.

Основываясь на этих данных, мы и говорим о двух типах изменения кров. давл. под влиянием нарзан. ванны; о типе гипертоническом (кривые №№ 1 и 2) и о типе гипотоническом (кривые №№ 3 и 4). Первый обнаруживает тенденцию к понижению кров. давл., второй — к повышению его, т. е. и в том, и в другом случае имеется стремление кров. давления к нормальному уровню.

8 ванна 26' 10".

mmHg.	До в.	Ванна	П. в.	Отдых	1 ч.	2 ч.		
		3'	6'	9'	2'	8'	16'	25'

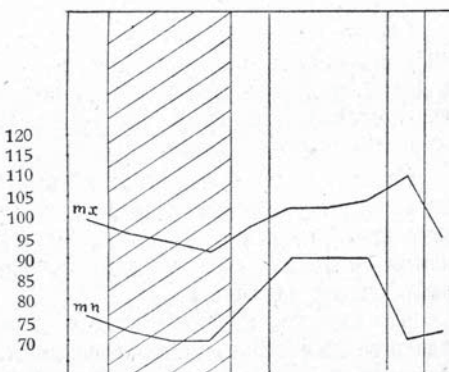


Кривая № 2.

Б-ной П-ко, 61 г. Arterioscler. Cor adipos.
Кров. давл. при пост. 170/100.

7 ванна Ц. Н. 27° 8'.

mmHg.	До в.	Ванна	П. в.	Отдых	1 ч.	2 ч.		
		2'	5'	8'	2'	10'	18'	25'



Кривая № 3.

Б-ная П-ва 40 л. Insuff. et sten. mitr.
Кров. давл. при пост. 95/65.

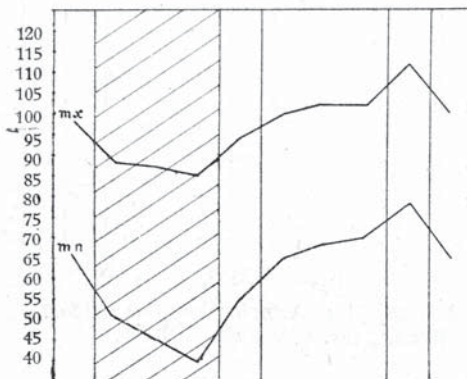
¹⁾ По техническим причинам таблицы не могли быть помещены. Ред.

Если проследить изменения кров. давл. еще дальше, а именно, по окончании курса лечения, то для гипотоников получается более бледный результат.

Из 28 гипертоников шх. кров. давл. понизилось у 27-ми. т. е. в 94,4%, в среднем на 25,0 mm. Hg; мп. у 22-х в средн. на 11,5 mm. (в 2-х случ. с недост. аорты, оно не определ.), повысилось у 4-х; рд уменьшился у 22-х, остался прежним у 3-х и в 1 случае увеличился.

Из 33 гипотоников шх. кров. давл. повысилось только у 14-ти, т. е. в 42,1% в средн. на 9,6 mm., осталось без изменения у 6-ти, а у остальных 13-ти понизилось в средн. на 8,7 mm.; мп. повысилось у 12-ти, понизилось у 11-ти; рд увеличился у 15-ти, уменьшился у 7-ми.

6 ванна Ц. Н. 25° 10'.
mmHg. Дов. Ванна П. в. Отдых 1 ч. 2 ч.
3' 6' 9' 2' 10' 18' 25'



Кривая № 4.

Б-ная С-ва 34 л. Sten. et insuff. mitr.
Кров. давл. при пост. 95/60.

Следовательно, понижение кров. давл. под влиянием нарзанных ванн у гипертоников наблюдается почти во всех случаях и фиксируется оно довольно прочно и на длительное время, повышение же у гипотоников встречается не столь постоянно, фиксируется оно очень не прочно и на очень короткое время.

Однако, и у тех и у других выступает все же определенная тенденция, хотя и противоположная по своему характеру, но одинаковая по своему биологическому значению, так как она стремится привести кров. давление к нормальному уровню и, следовательно, поставить организм в оптимальные условия.

Что касается изменений кров. давл. у нормотоников, то на основании немногих проведенных нами ванн, можно сказать, что они приближаются, в зависимости от исходной величины кров. давл., то к типу гипертоническому, то к типу гипотоническому, давая лишь более слабую реакцию.

Как мы уже упоминали, по наблюдениям некоторых аа, многие б-ные дают понижение кров. давления в первые дни по прибытии в Кисловодск, еще до приема нарз. ванн.

Таким образом, в результате лечения, мы не наблюдали у гипотоников того повышения кров. давл., которое они давали в ближайшие после ванны часы.

Изменение кров. давл. по окончании лечения мы проверили еще на 100 санаторных б-ных, и эти данные подтвердили предыдущие, а именно: гипертоники дали понижение кров. давл. в 100% от 10 до 50 mm. Hg, в средн. на 26,0 mm.; мп.—в 94,0% от 8 до 32 mm., в средн. на 16,0 mm. Гипотоники дали повышение шх. в 50% от 3 до 12 mm., в средн. на 7,5 mm., понижение в 20%; мп. повысилось только в 30%, а понизилось в 50% случаев (остальные случаи без изменений).

Мы наблюдали это понижение кров. давл., главным образом, у гипертоников, их.—в 75,0% всех проверенных нами случаев, в средн. на 15,0 мм. и мм в 50,0% на 8 мм.

Что касается самочувствия наших б-ных по окончании курса лечения, что как гипертоники, так и гипотоники во всех случаях отмечали субъективное улучшение. Конечно, здесь нужно учитывать влияние всех условий, в которых б-ной находился в Кисловодске, а не только действие нарзанных ванн.

Наблюдения над изменением под влиянием н. ванн пульса и дыхания проводились нами попутно с наблюдениями над изменением кров. давл., но так как мы не занимались специально этими вопросами, то предпочитаем сейчас не говорить о них.

Точно также мы не будем делать никаких выводов о значении температуры ванн, так как большинство наших наблюдений проведено над ваннами индифферентной температуры.

Выводы. 1. В действии нарзанной ванны на кров. давл. б-го можно различать 4 фазы. Наиболее важной для суждения о действии н. ванны является IV фаза—последовательное действие н. ванны.

2. Кровяное давление в ванне у всех б-ных, как гипертоников, так и гипотоников, *понижается*, а в момент выхода из ванны *повышается*.

3. В течение отдыха и ближайших после ванны часов наблюдается тенденция н. ванн *понижать* кров. давл. у б-ных с *гипертонией* и *повышать* у б-ных с *гипотонией* (выраженная чаще и яснее у гипертоников).

4. Понижение кров. давл. у б-ных с гипертонией фиксируется прочно и остается до конца лечения, как результат его. В противоположность этому повышение кров. давл. у б-ных с гипотонией носит очень нестойкий характер.

5. Едва ли можно говорить о специфическом действии н. ванн как фактора, понижающего кров. давл. у гипертоников. Влияние нарзанных ванн на кровяное давление является результатом общего реактивного действия нарз. ванн на организм, особенно на сердечно-сосудистую систему, которая в ответ на раздражающее действие углекислых ванн стремится притти в состояние оптимального биологического равновесия

В этом смысле можно говорить о регулирующем действии нарзан. ванн на сердечно-сосудистую систему.

6. Нарзанные ванны индифферентной t^0 могут иметь достаточно выраженное реактивное действие.

Литература. 1) Franz, M. Groedel. Физические методы лечения болезней сердца и сосудов. 1927 г.—2) И. А. Ициксон. О средствах, понижающих кров. давл. Русская клиника, № 57. 1929 г.—3) Badal. Съезд французских терапевтов в 1929 г. Presse. méd. 1929 г.—4) К. Ф. Михайлов. Труды Бальн. ин-та. Т. II. 1925 г.—5) А. А. Прозоровский и А. В. Кузнецов. Труды Бальн. ин-та. Т. I. 1923 г.—6) В. А. Бейер. Труды Бальн. ин-та. Т. III. 1924 г.—7) М. С. Рабинович. Труды Центр. гос. ин-та курорт. 1928.—8) И. С. Правдин. Курортное дело, № 2. 1926.—9) О. И. Чельцова. Труды Бальн. ин-та. Т. I. 1923.—10) С. Л. Рогачевский. Вестник современной медицины, № 13. 1929.—11) С. Л. Заводской. Врач. газ. № 6. 1929.—12) И. А. Виноградов и Д. Л. Биберфельд. Азербейд. мед. ж. № 1. 1929.—13) А. И. Нестеров. Кур. дело. № 9—10. 1925.—14) П. Е. Кавецкий и Д. Б. Шмуэльсон. Кур. дело, № 3. 1929.—15) И. Л. Фокерман. Клинич. мед., № 23. 1927.—16) М. Я. Арьев. Труды Бальн. ин. Т. I. 1923.

Из Факультетской хирургической клиники Казанск. госуд. ун-та (Директор профессор А. В. Вишневецкий) и Терапевтической клиники Каз. гос. ин-та для усоверш. врачей имени В. И. Ленина (Директор проф. Р. А. Лурья).

К хирургическому лечению абсцессов легких.

Ю. И. Зака и М. И. Ойфебаха.

Настоящее сообщение составляет лишь часть работы по изучению легочных абсцессов, разрабатываемых терапевтической клиникой и-та, и касается главным образом случаев хирургического их лечения, наблюдавшихся совместно с хирургической клиникой у-та.

Материал в 48 сл., накопленный терапевтической клиникой за последние 5 лет (1925—29 г.), показал, что легочные абсцессы не представляют собой той большой редкости, о которой говорили старые авторы (Труссо, Лаеннек и др.). В этом сыграло роль не только то обстоятельство, что клиника начала обращать больше внимания на распознавание этих случаев, но, повидимому, участвовавшие гриппозные эпидемии во многом объясняют значительное распространение этого заболевания и у нас.

Отсюда понятно то внимание, которое уделяется этой главе легочной патологии не только интернистами, но и хирургами, и отоларингологами.

Однако, мы до сих пор еще не имеем общепринятого мнения в вопросах терапии легочных абсцессов и статистический материал пестрит разноречивыми данными. Это с достаточной ясностью видно из того, что наряду с указаниями многих хирургов о значительном проценте (до 60—90%) смертности при консервативном лечении, терапевты приводят внушительный материал самоизлечения абсцессов (от 10—50%) без активного вмешательства.

Но разногласия существуют не только между терапевтами и хирургами, но и среди представителей каждой специальности. В чем же кроются причины разного подхода терапевтов к хирургическим методам лечения? Их можно свести к следующим основным моментам: 1) до сих пор, несмотря на ряд подсобных методов—рентген, лаборатория—случаи абсцессов нередко в работе практического врача не распознаются и фигурируют под диагнозами туберкулез легких, гнилостный бронхит и т. д.; 2) позднее распознавание абсцессов легких терапевтами и отсюда направление их в тяжелом запущенном состоянии к хирургам для операции—этим отчасти объясняется печальная статистика неблагоприятных исходов хирургического метода, 3) преувеличение опасностей оперативного вмешательства, его технических трудностей, и боязнь осложнений (кровотечения, хронический незаживающий свищ, диссеминация процесса, рецидивы и т. д.) и, наконец, 4) спонтанное излечение абсцессов путем прорыва в бронх с последующим рубцеванием.

Если же обратиться к взглядам хирургов на применение оперативного метода при легочных гнойниках, то мы среди них видим представителей, с одной стороны, активного и быстрого хирургического вмешательства как только распознан легочной абсцесс, а с другой стороны, ряд виднейших представителей хирургии в Западной Европе и у нас