

617.576/.577—002.3—036.8

NÁSLEDKY HNISAVÝCH ONEMOCNĚNÍ NA PRSTECH A NA RUCE

Doktor lékařských věd MUDr. J. KROUPA, z Výzkumného ústavu traumatologického v Brně,
ředitel prof. MUDr. Vladimír NOVÁK

Chirurgické písemnictví, zabývající se po II. světové válce hnisavými onemocněními prstů a ruky, charakterizují tato čtyři hlediska:

1. Písemnictví zpracovává celý problém, nejvíce z hlediska úspěchů medikamentózního léčení antibiotiky (nejčastěji penicilinu).

2. Zanechává v čtenáři dojem, že hnisavá onemocnění na prstech a na ruce ztratila podstatně ze své problematiky. Z toho přirozeně vyplývá pocit určitého bezpečí, pokud se týká dříve známých těžkých následků tohoto onemocnění.

3. Nezdůrazňuje dosti zřetelně základní úlohu chirurgických výkonů — obvyklého to způsobu ošetření hnisavých onemocnění v ambulantní praxi.

4. Publikované úspěchy dosažené léčbou antibiotiky často u vybraných nemocných svádějí pak lékaře k tomu, že snižují radikalitu chirurgického výkonu a tak přímo či nepřímo spoléhají více na antibiotika, ne vždy k prospěchu nemocného.

Při tom je zásadně nesprávné stanovisko klást konzervativní (medikamentózní) léčení proti chirurgickému výkonu. Tato léčba v závislosti na fázi zánětu, na lokalizaci hnisavého procesu a

v závislosti na úrovni vztahu etiologického faktoru v organismu může sice, i když zřídka, nahradit radikální výkon, častěji jej však připraví v tom smyslu, že proces ohraničí a tím spolupůsobí k omezení možného poškození tkání, ať již procesem (rozšířením nekrózy) nebo výkonem samým. Potenciální nevýhodou medikamentózní léčby je, že vyžaduje neustálé sledování vývoje procesu. Vždyť i zde je možno častěji, než se obecně myslí, zanedbat vhodný okamžik k radikální léčbě, to platí zvláště při stále rostoucí necitlivosti mikrobů — původců (etiologického faktoru) k použitému antibiotiku.

Uvedené důvody nás vedly k tomu, že jsme zkontrolovali výsledky léčení u našich přijatých nemocných v období 5 let (1954—1958). Při této příležitosti poukážeme na následky hnisavých onemocnění prstů a ruky tak, jak se vyskytly v našem materiálu. Zároveň chceme tak demonstrovat naše výsledky dosažené pod clonou některých antibiotik.

V tomto období jsme přijali na lůžko 261 nemocných s hnisavým onemocněním prstů a ruky, z toho 172 mužů a 89 žen. V tomto počtu nejsou obsaženy furunkly hřbetů prstů a ruky.

Tab. 1

HOSPITALIZOVANÍ NEMOCNÍ S HNISAVÝM ONEMOCNĚNÍM PRSTŮ A RUKY

V Ú T – 5 let 1954—1958	C e l k e m		Jedna a více ambulantních incizí před přijetím	
	Počet	%	Počet	%
Hnisavá onemocnění dlaňové strany prstů a ruky	224	85,8	108	48,2
Hnisavá onemocnění hřbetu prstů a ruky	31	11,9	2	6,5
Hnisavá onemocnění v oblasti nehtu	6	2,3	6	100,0
C e l k e m	261	100,0	116	44,4

Tab. 2

HOSPITALIZOVANÍ NEMOCNÍ S HNISAVÝM ONEMOCNĚNÍM DLAŇOVÝCH ČÁSTÍ PRSTŮ NA RUCE

V Ú T – 5 let 1954—1958		Záněty bříška prstů	Záněty pochvy šlachové	Záněty kostěného článku prstů	Záněty kloubu prstů	C e l k e m	%
Palec		26 4	11 7	5 5	1 1	43 17 (39,5 %)	26,5
Ukazovák		19 7	27 13	2 2	4 2	52 24 (46,2 %)	31,2
Prostředník		19 7	23 17	6 5	2 2	50 31 (62,0 %)	30,6
Prsteník		4 1	8 3	1 1	– –	13 5 (38,5 %)	8,0
Malík		2 1	1 1	2 2	1 1	6 5 (83,0 %)	3,7
Celkem	počet	70 20 (28,6 %)	70 41 (58,6 %)	16 15 (93,7 %)	8 6 (75,0 %)	164 82 (50,0 %)	100,0
	procent	42,6	42,6	9,8	5,0	100,0	

Tab. 3

HOSPITALIZOVANÍ NEMOCNÍ S HNISAVÝM ONEMOCNĚNÍM DLANĚ RUKY

V Ú T – 5 let 1954—1958		Záněty dlaňových prostorů	Záněty pochvy šlachové	Zánět záprstní kosti	C e l k e m	
					Počet	%
Palcový prostor		12 5	2 2	–	14 7 (50,0 %)	23,3
Malíkový prostor		5 3	1 1	–	6 4 (67,0 %)	10,0
Střední dlaňový prostor		33 10	–	1 1	34 11 (32,4 %)	56,7
Paronův–Pirogovův prostor		–	6 4	–	6 4 (67,0 %)	10,0
C e l k e m	počet	50 18 (36,0 %)	9 7 (77,8 %)	1 1	60 26 (43,3 %)	100,0
	procent	83,3	15,0	1,7	100,0	

Tab. 4

HOSPITALIZOVANÍ NEMOCNÍ S HNISAVÝM ONEMOCNĚNÍM DLAŇOVÉ ČÁSTI PRSTU
(BEZ ZÁNĚTU KLOUBŮ)

V Ú T – 5 let 1954—1958		Palec		Ukazovák			Prostředník			Prsteník			Malík			Celkem
		1. čl.	2. čl.	1. čl.	2. čl.	3. čl.	1. čl.	2. čl.	3. čl.	1. čl.	2. čl.	3. čl.	1. čl.	2. čl.	3. čl.	
Hnisavá onemocnění bříška prstů		8	18	6	6	7	6	6	7	1	2	1	–	–	2	70
Hnisavá onemocnění pochvy šlachové		6	5	12	13	2	7	13	3	4	4	–	1	–	–	70
Hnisavá onemocnění kostěného článku prstů		–	5	–	–	2	–	2	4	–	–	1	–	–	2	16
C e l k e m	počet	14	28	18	19	11	13	21	14	5	6	2	1	–	4	156
	procent	33,3	66,7	37,5	39,5	23,0	27,1	43,7	29,2	38,4	46,1	15,5	20,0	–	80,0	
	počet	42		48			48			13			5			

Tato hnisavá onemocnění postihují pravou ruku o něco čteněji (141 nemocných — 54 %) než levou ruku, což konečně odpovídá známým skutečnostem a převažujícímu postižení pravé ruky při úrazech vůbec.

Hnisavá onemocnění dlaňové strany prstů a ruky se podílejí na naší sestavě 85,8 %, hnisavá onemocnění hřbetů prstů a ruky 11,9 %. Zvláště jsou uvedena přijatá hnisavá onemocnění v oblasti nehtu, která se podílejí na naší sestavě 2,3 % (tab. 1).

Mimořádně důležité jsou údaje uvedené v rubrice „Jedna a více ambulantních incizí před přijetím“. Zde jsou uvedeni počtem a procentem ti nemocní, kteří byli ambulantně nejméně jedenkrát ošetřeni operativním výkonem před přijetím na lůžko u obvodního (závodního) lékaře, na chirurgickém oddělení mimo naši nemocnici a samozřejmě také v naší vlastní ambulanci. Zvláště je nápadné vysoké procento (48,2 %) takových nemocných v oddíle „Hnisavá onemocnění dlaňové strany prstů a ruky“.

Další tabulky (tab. 2, 3) se vyznačují detailním rozpisem údajů z prvního řádku předchozí tabulky „Hnisavá onemocnění dlaňové strany prstů a ruky“. Čísla uvedená v pravém dolním rohu jednotlivých obdélníků tabulky informují opět o počtu nemocných, kteří byli před přijetím na lůžko nejméně jednou incidováni ambulantně. Zvláště vysoká jsou tato čísla u zánětů pochev ohýbačů prstů, kde tvoří v celém sloupci 58,6 % všech nemocných uvedených v tomto sloupci. Ještě vyšší číslo je u zánětů kloubů prstů (75 %) a tento počet ještě dále stoupá u zánětů kostěného článku prstů, kde činí celých 93,7 %.

Na záněty bříšek prstů a na záněty pochvy šlachové připadají stejná čísla výskytu (po 70 nemocných). Incizí v anamnéze je však víc jak dvakrát tolik u zánětů pochev šlachových než u zánětů bříšek prstů. Je ovšem pravda, že incize u této skupiny nemocných byly ambulantně provedeny většinou pod diagnózou „Zánět bříška prstů“. Diagnóza „zánět pochvy šlachové“ byla

stanovena klinicky až při přijetí a tehdy také byla ověřena operačním nálezem. Někdy se zánět na šlachovou pochvu rozšířil z okolí. Musíme však připustit i ty případy, že hnisavý zánět pochvy šlachové existoval již při ambulantním ošetření v den incize, jak pro to svědčí nejen operativní nálezy provedené po přijetí, ale také mechanismus úrazu (píchnutí), které někdy přímo zanesou infekci do pochvy šlachové.

V tab. 2 je vyznačen v součtech také podíl hnisavých onemocnění, připadajících v našem materiálu na jednotlivé prsty. Pořadí četnosti výskytu je toto:

1. ukazovák 31,2 %,
2. prostředník 30,6 %,
3. palec 26,5 %,
4. prsteník 8 %,
5. malík 3,7 %.

Můžeme si všimnout také pořadí četnosti výskytu incizí před přijetím:

1. malík 83 % (z 6 případů),
2. prostředník 62 % (z 50 případů),
3. ukazovák 46,2 % (z 52 případů),
4. palec 39,5 % (z 43 případů),
5. prsteník 38,5 % (z 13 případů).

V tab. 4 uvádím v %, jak jsou postiženy jednotlivé články prstů. Poslední článek palce je postižen v 66,7 % a rovněž vysoké číslo vykazuje malík (80 %). U druhého, třetího a čtvrtého prstu je konečný článek postižen méně často a nejvíce je postižen prostřední článek.

Čísla uvedená v pravém dolním rohu jednotlivých obdélníků druhé tabulky skrývají většinu našich neúspěchů. Jsou podrobně vypsány dále.

U nemocných se záněty pochvy šlachové jsme u 5 amputovali celý prst, popřípadě jeho části, a čtyřikrát jsme ztratili funkci prstů následkem sekvestrace, popřípadě extirpace šlach ohýbačů postižených prstů. Další 5 amputací prstů, popřípadě jejich částí, patří do skupiny „záněty kostěného článku prstů“ (2 amputace) a do skupiny „záněty kloubů prstů“ (3 amputace). Do této skupiny zařazujeme také

jedno úmrtí, kdy nám při amputaci distálního článku palce zemřel v baytinalovém opojení 65letý muž, trpící vedle hnisavého onemocnění palce ložiskovým zánětem plic.

Ve třetí tabulce uvádím sestavu našich nemocných s hnisavými procesy ve dlani ruky, přičemž se držím rozdělení dlaňových prostorů na palcový, malíkový a středně dlaňový tak, jak je uvádí Kanavel. Do stejné tabulky jsem zařadil také záněty pochvy šlachové. Z celého sestavení tabulky vyplývá, že tyto záněty postihují buď pochvu ohýbače palce v jejím průběhu v palcovém prostoru, popřípadě ohýbače malíku, v jejím průběhu v malíkovém prostoru. V této tabulce zvláště upozorňuji na záněty šířící se do prostoru Paronova — Pirogovova. Všechna onemocnění vznikla na palci, a to na II. článku palce ve čtyřech případech a na I. článku palce ve dvou případech. Z toho vyplývá také cesta, kterou se proces šířil: pochvou ohýbače palce do radiálního vaku, popřípadě dále přes ulnární vak do pochvy ohýbačů malíku. Dvě třetiny našich případů byly ošetřovány s touto komplikací s následným omezením funkce palce a malíku. V rubrice „záněty pochvy šlachové“ nejsou uvedeny u palce a malíku ty, které postihují Paronův-Pirogovův prostor.

Celkový počet nemocných, incidovaných nejméně jedenkrát předem ambulantně, dosahuje i na této tabulce poměrně vysokého čísla: 43,3 %.

V rubrice „zánět záprstní kosti“ je uveden proces lokalizovaný původně na II. záprstní kosti jako počasná osteomyelitida, která byla do té doby v klidu již 40 roků. U 75leté ženy vzplanula a rozšířila se do okolí, do středního dlaňového prostoru a přes zápěstní kloub na předloktí. Postup onemocnění byl zastaven amputací paže.

K naší sestavě uvedené v předchozích 4 tabulkách předkládám ještě několik čísel. Přijaté nemocné jsme léčili operativně ve 216 případech (82,6 %) a konzervativně v 47 případech (17,4 %). Konzervativní léčení obvykle záleželo v elevaci, často v rozsáhlé plošné aplikaci Višněvského olejbalzamické směsi a v podání antibiotik až celkově (PE, STM), nebo v lokálním užití (tyrothricin, bacitracin, neomycin). Nemocní, kteří byli po přijetí do nemocnice ihned opeřováni, dostávali ve většině případů během léčení antibiotika (90 % nemocných). Jenom 26 nemocných (10 %) antibiotika nedostalo. U těch byl zánětlivý proces ohraničen a podařilo se jej zvládnout jenom operativně. 175 nemocných (67,1%) dostávalo penicilin průměrně po 4—7 dní v dávkách 240 000 — 720 000 jednotek denně. 20 dalších nemocných (7,6%) dostávalo mimo uvedené dávky penicilinu ještě 5—7 dní streptomycin po 1 g denně. 25 (9,6%) nemocných dostalo k penicilinu v uvedených dávkách ještě nárazovou dávku sulfatiazolu. Zbývajících 15 nemocných (5,7 %) dostávalo celkově penicilin se streptomycinem a k tomu do rány (lokálně) tyrotricin, bacitracin, neomycin, popřípadě neomycin s bacitracinem. 30 nemocných dostalo

opakovaně do arteria cubiti 200 000 — 300 000 j. penicilinu v 10—15 mml 1% prokainu bez zatažení končetiny.

Jen u části raněných bylo provedeno kultivační vyšetření materiálu z hnisavých onemocnění a následné stanovení citlivosti na použité antibiotika. Někde se ukázalo, že nemocní dostávali penicilin se streptomycinem klinicky úspěšně, avšak podle rozboru citlivosti zbytečně. Rozbory citlivosti přicházejí někdy značně pozdě (za několik dní), když nemocný obvykle již překonal akutní fázi zánětu.

Ještě jedna skutečnost zasluhuje pozornosti. Pouze 25 (9,5 %) našich nemocných se nepamatuje na úraz, který předcházel hnisavému onemocnění prstů a ruky. 90,4 % nemocných upozorňuje na úraz v předchorobí. Tyto úrazy nebyly odborně ošetřeny, až na 23, u nichž byla provedena ambulantní sutura v prvních hodinách po poranění, a až na dalších 7, u nichž byla provedena dezinfekce, popř. obstrůk penicilinem a aseptický obvaz. Tito ranění také dostali profylaktickou injekci SAT. V průběhu léčení těchto raněných došlo k hnisavé komplikaci, k jejímuž zvládnutí postačilo uvolnění stehů a antibiotika místně a celkově jen v těch případech, kde bylo provedeno řádné chirurgické ošetření.

Dalších 39 nemocných dostalo profylaktickou injekci SAT za 3 — 7 dnů po úraze v době, kdy se dostavili k léčení s hnisavým onemocněním prstů a ruky. Do této skupiny patří onemocnění tetanem u 33leté ženy, u níž se z neošetřené řezné ranky vyvinul 4. den zánět lůžka nehtového III. prstu. Pacientka dostala 5. den po úraze profylaktickou injekci séra. Tetanus sám se objevil 8. den po úraze a jeho průběh byl mírný. Onemocnění bylo zvládnuto podáním 240 000 jednotek séra ve čtyřech dnech.

V této souvislosti uvádím, že stále ještě není rozhodnuto, jak postupovat v otázce profylaktického podání SAT u nemocných s hnisavým onemocněním prstů a ruky s úrazovou anamnézou v případě, kdy nemocní nejsou chráněni před tetanem očkováním (aktivní imunizací). V praxi jsou názory rozděleny. Jední, a těch je většina, se nestarají o úrazovou anamnézu hnisavého onemocnění na prstech a na ruce, a proto ani profylaktickou injekci SAT nedávají. Druzí si uvědomují potřebu postupovat stejně jako u zastaralých ran a dávají SAT u hnisavých onemocnění prstů a ruky, pokud se v anamnéze vyskytuje jasně poranění a pokud toto poranění není starší čtyř dnů. První svůj postup odůvodňují zkušeností, že u hnisavých onemocnění, zvláště chirurgicky ošetřených, se tetanus nevyskytuje. Naše zkušenosti tento jejich názor nepotvrzují.

V praxi je třeba vidět příčiny hnisavých onemocnění v drobných poraněních prstů a ruky a v této souvislosti je také nutno vidět podle okolností možnost vzniku tetanových spór do takových drobných ran, zvláště způsobených bodnutím. Odtud také správná snaha o zvyklou prevenci tetanu bez rozdílu dnů, které uplynuly od úrazu.

Nejdůležitějším poznatkem této sestavy je skutečnost, že skoro polovina přijatých nemocných s hnisavým onemocněním dlaňové části ruky a prstů byla již před přijetím ambulantně ošetřena chirurgickým výkonem. Je třeba si uvědomit, že cílem operativního výkonu není jen otevření hnisavého ložiska, spojené s vypuštěním hnisu (je-li nalezen), ale současně i revize s odstraněním nekrotických částí tkání. Tohoto cíle nebylo pravděpodobně v prvních incizích dosaženo. Druhotný výkon má však vliv nejen na samotný průběh hojení, ale i na pozdější funkční výsledek. Část neúspěchů pramení ze špatné lokalizace zánětlivého procesu. Zjistili jsme například, že u zánětu pochvy ohýbače bylo incidováno na hřbetní straně prstu, popřípadě při hlubokém zánětu jednoho bříška incidováno na druhém bříšku atd. Pouze malou část neúspěchů v této souvislosti omlouvá postup infekce z původního dobře zjištěného a ošetřeného ložiska. Druhotný výkon v této souvislosti nepřináší pak z nedostatečné radikality, popřípadě ze špatné lokalizace ložiska. Celá tato skupina ambulantně ošetřených hnisavých onemocnění je zajímavá ještě tím, že zde bylo poměrně málo užito antibiotik ať v celkovém, či místním podání.

Již dříve jsem uvedl mezi neúspěchy léčby hnisavých onemocnění amputace jednotlivých článků prstů, popřípadě celých prstů, extirpace, popřípadě sekvestrace šlach ohýbače prstů, spojených se ztuhlostí kloubů postiženého prstu. Prsty po sekvestraci šlachy jsou postiženy celkovou atrofií, rezultující z průběhu celého procesu, a navíc často poruchou citivosti. Takové prsty jsou funkčně prakticky nevýhodnější než případná anatomická ztráta prstu v jiných případech.

Při kontrolách se ukazuje, že řada dalších následků trvalého charakteru (ztráta citivosti v oblasti poškozeného raménka či raméněk prstových nervů, parestázie v jizvách, různé stupně bolestivého syndromu ruky s iradiací do ramene, hluboké jizvy, ovlivňující pohyb sousedního kloubu atd.) se vyskytuje nápadně častěji právě ve shora vzpomenuté skupině s předchozími ambulantními incizemi. Nemocní se záněty pochev šlachových, kteří byli hospitalizováni ihned po první incizi po včasné diagnóze, nemají výpady funkce na postižené ruce. Někteří nemocní, kteří byli hospitalizováni až v průběhu pokročilého procesu, vykazují různé stupně ztuhlosti kloubů úměrně s destrukční činností probíhajícího hnisavého procesu. Dobré výsledky nacházíme u těch nemocných, kde vhodné léčení likvidovalo hnisavý proces v nejkratší době.

Zvláště vzpomenu na následky z poruchy nervové cévního svazku: Nervové cévní svazek může být porušen již v první incizi, zvláště z oboustranných anteriolaterálních či mediolaterálních řezů, daleko však častěji se to přihodí při opakovaných incizích, kdy celý svazek je v průběhu postupujícího procesu ohrožen postupující infekcí

samotnou. Průvodným následkem je ztráta citivosti a často, zvláště při oboustranném poškození, porucha troficity prstu, vyúsťující do typického atrofického prstu, který sám funkčně nezdátelný, postiženému v práci vadí, event. je příčinou dalších poranění nebo dalších infekcí.

Z dalších škodlivých následků uvedu nevýhodné malé hluboké jizvy, které kříží prstové a dlaňové rýhy a často omezují pohyblivost prstů a ruky. Je nepříjemné, že takové jizvy pramení někdy i ze způsobu ošetření hnisavého ložiska.

Kontrola příčiny hnisavých onemocnění prstů a ruky, kontrola anamnézy, způsobu ošetřování, používání antibiotik, ukázala na některé okolnosti, které vedly k **neúspěchům** při léčení některých našich nemocných:

1. Podceňování řádné anamnézy (otázek po lokalizaci centra zánětu, otázek po neklidné a prodlé noci z bolesti atd.).

2. Odklad otevření hnisavého onemocnění, ačkoli nemocný pro bolesti nespál.

3. Zanedbání znehybnění postiženého prstu v lehčích případech prstovou dlahou a v těžších případech zpevněnou navíc sádrovou dlahou.

4. Nedostatečné znecitnění (celkově chloretyl — ještě nevhodnější chloretyl k zmrazení; infiltrativní znecitnění v přímém sousedství záníceného ložiska).

5. Nedostatečné otevření (nedostatečné odstranění nektrózy), nevhodné řezy, operace bez řádné asistence.

6. Tamponáda rány (ať již tuhými drény či longetou namočenou nejen v antisepticích, ale i v antibioticích).

7. Příliš časté převazy (porušování klidu), naopak však zanedbání převazu při vzestupu teploty, bolestech, při lymfangoitidě, popř. lymfadenitidě loketních a podpažních uzlin.

8. Užití antibiotik celkově bez dodatečné zkoušky citlivosti a bez řádného otevření ložiska.

9. Stereotypní ordinování penicilinu ať již jako jediné léčby hnisavého onemocnění nebo jako doprovázející léčby po chirurgickém výkonu (nevhodná aplikace, neracionální dávkování).

10. Vynechání výhodných místních antibiotik (neomycin s bacitracinem), zasahujících široké bakteriální spektrum vyskytující se v hnisavých onemocněních.

11. Léčení hnisavých onemocnění horkými koupelemi, třeba i v začátku procesu.

12. Zanedbání hospitalizace u těžkých onemocnění (tendovaginitis, ostitis) a zanedbání elevace končetiny.

13. Zanedbání pohybu znehybněných kloubů prstů, lokte a paže ihned po odeznění akutní fáze zánětu.

14. Užívání horkých koupelí, masáže a pasivních pohybů v návratné poúrazové péči.

15. Přehánění aktivních pohybů v návratné péči poúrazové, ačkoli nemocný udává bolest.

Závěr

Není správné, že hnisavá onemocnění prstů a ruky jsou podceňována v diagnostice i v léčení. Přitom běží o onemocnění závažné, které neztratilo ani v době antibiotik svá základní nebezpečí. K ošetřování hnisavých onemocnění je třeba řádného výcviku, znalostí anatomických, trpělivosti při vyšetřování, hlavně vědomí, že hnisavá onemocnění neléčíme incizí, ale excizí nekrózy, pokud se vyskytuje. Při ošetřování hnisavých onemocnění je třeba určitého komfortu v zařízení, řádného znecitnění a času. Tyto požadavky však obvykle nesplňuje přeplněná ordinace našeho obvodního, popřípadě závodního lékaře.

Dobře provedená operace zaručí sama o sobě jen zčásti dobrý funkční výsledek. Nezapomínejte proto na řádně vedené pooperační funkční doléčení vhodnou návratnou péčí poúrazovou.

J. K., Brno 12, Ant. Macka 7.

Souhrn

Podána zpráva o příčinách hospitalizace a o výsledcích léčení 261 nemocných s hnisavým onemocněním prstů a ruky, kteří byli léčeni ve VÚT v Brně v letech 1954 — 1958.

Na kontrolovaných výsledcích ukázáno, že hnisavá onemocnění prstů a ruky stále ještě neztratila podstatné ze své základní problematiky ani v období antibiotik.

Při kontrole výsledků a při rozboru léčebných způsobů se objevily některé okolnosti, které vedly k neúspěchům při léčení. Tyto okolnosti jsou podrobně uvedeny.

Některé údaje o těchto 261 nemocných jsou blíže rozvedeny na 4 tabulkách v textu. V těchto tabulkách je nápadně vysoký počet opakovaných incizí v průběhu léčení hnisavých onemocnění prstů a ruky.

Резюме

Автор сообщает о причинах госпитализации и о результатах лечения 261 больного, лечившегося с 1954 по 1958 год по поводу гнойных заболеваний пальцев и кисти рук в Научно-исследовательском институте травматологии в г. Брно.

На основании результатов лечения находившихся под контролем больных, автор указывает на то, что проблематика гнойных заболеваний пальцев и кистей рук даже в эпоху антибиотиков все еще не перестала быть актуальной.

При контроле результатов и при анализе способов лечения были выявлены некоторые обстоятельства, обусловившие неуспех лечения. Автор подробно перечисляет эти причины.

Некоторые данные, касающиеся упомянутых (261) больных более подробно рассмотрены в 5 таблицах, помещенных в статье. В этих таблицах бросается в глаза большое число повторных инцизий, которые приходилось делать в течение лечения гнойных заболеваний пальцев и кистей рук.

Summary

The causes of hospital treatment and the results obtained in 261 patients with septic fingers and hand treated during the period 1954—1958 in the Research Institute of Traumatology, Brno, are reported.

The results after follow-up show that septic fingers and hand have hitherto not lost substantially their importance in spite of antibiotics.

Follow-up and a survey of therapeutic methods revealed some of the causes which led to therapeutic failure. These causes are discussed in detail.

Some data on these 261 patients are presented in five tables in the text. In these tables is the high number of repeated incisions during the treatment of septic fingers and hand remarkable.

Pisemnictví

1. Belkevič, V. S.: Sov. med. 21, č. 9, 90—93, 1957.
2. Böhler, L.: Die Technik der Knochenbruchbehandlung. 12. a 13. vyd., Wien 1951.
3. Bunnell, S.: Med. Deporte y trab. 18, 104—110, 1954.
4. Burnham, P. J.: Industr. Med. Surg. 27, 67—69, 1958.
5. Courty, L., Langeron, P., Carlier, G.: J. Sci. med. Lille 72, 181—185, 1954.
6. Dumas, B.: Rev. Practicien 6, 3526—3528, 1956.
7. Dupertus, S. M.: Plastic reconstr. Surg. 12, 167—171, 1953.
8. Eufinger, H.: Dtsch. med. Wschr. 83, 47, 1958.
9. Fišman, L. G.: Ortop. Travm. Protez. č. 1, 57—61,
10. Gosse, L.: Rev. Practicien 6, 3547—3553, 1956.
11. Gosse, L.: Acta orthop. belg., suppl. III ke sv. 24, 29—33, 1958.
12. Gosset, J.: Rev. Practicien 6, 3513—3518, 1956.
13. Iselin, M.: Rev. Practicien 6, 3521—3522, 1956.
14. Jirásek, A.: Hnisavá onemocnění prstů a ruky. Praha, Melantrich 1935.
15. Jugowski, F.: Pol. Przegl. chir. 31, 417—422, 1959.
16. Kanavel, A. B.: Infections of the hand. London 1934.
17. Klement, M.: Acta chir. čech. 23, 236—243, 1956.
18. Kroupa, J.: Rozhl. chir. 35, 337—352, 1956.
Rozhl. chir. 33, 441—452, 1954.
Acta chir. čech. 23, 244—252, 1956.
19. Lassar, G. N.: J. Mo. med. Assoc. 51, 275—279, 1954.
20. Laqua, A.: Hefte z. Unfallheilk. No. 55, 219—224, 1957.
21. Lerner, I. O.: Ortop. Travm. Protez. č. 1, 90—92, 1955.
22. Loudon, J. B., Miniero, J. D., Scott, J. C.: J. Bone Joint Surg. 30-B, 409—430, 1948.
23. Málek, P.: Chráněné koagulum. Státní zdravotnické nakl., Praha 1953.
24. Robins, R. H. C.: J. Bone Joint Surg. 34-B, 567—571, 1952.
25. Schönbauer, H. R.: Chirurg. Praxis 135—140, 1957.
26. Strmiska, J.: Rozhl. chir. 37, 801—806, 1958.
27. Ušolceva, E. V.: Chirurgija č. 6, 40—43, 1955.
28. Ušolceva, J. V.: Chirurgija č. 10, 82—85, 1950.