

NA POČÁTKU BYLO HLAVNĚ NADŠENÍ

MUDr. Lubomír Kirchmann

revizní lékař pro urologii, Šumperk

Ve stejnou dobu, kdy časopis Urologie pro praxi vstoupil do svého druhého ročníku, uplynulo 52 let od mé promoce na MU v Brně. I když nepochybně žijí povolanější pamětníci, neodolal jsem vyzvání člena redakční rady, primáře urologického oddělení nemocnice v Šumperku MUDr. Dušana Fügnera, k sepsání několika vzpomínek a ke krátkému zamyšlení nad naší společnou láskou – urologií.

Začínal jsem v době, která nenaplnovala požadavek urologie jako samostatného oboru spolupracujícího především s nefrologem. I ve větších nemocnicích se prováděla urologická operační na chirurgiích. Nemocní, kteří zásah nevyžadovali, byli přijímáni též na internu, případně na gynekologii. Šumperská nemocnice měla svým způsobem štěstí, že naši němečtí předchůdci, lékaři pod vedením primáře Ehrlicha, odchovance vídeňské chirurgické kliniky, se urologií zabývali, a tak když přišli v roce 1945 čeští lékaři, bylo oddělení vybaveno na tehdejší dobu slušným instrumentáři. Český přednosta, primář MUDr. Miroslav Sekanina, byl chirurg široce erudovaný, který se urologii nevyhýbal. K dispozici byla samostatná urologická vyšetřovna, vybavená dvěma diagnostickými a dvěma operačními cystoskopy, cystoskopem dětským a lithotryptorem. Firma Zeiss zaručovala tehdejší špičkovou kvalitu. Zvažme-li dnešní nároky na sterilitu, byl to ovšem počet velmi malý, hlavně vzhledem k tomu, že se provádělo relativně více invazivních vyšetření, často u několika pacientů za sebou, v době k tomu určené. Na vybavení operačních sálů nástroj se po válce významně podílelo zboží dodávané pomocnou akcí UNRRA, inspirovanou Spojenými státy. Průběžně se doplňovala zásoba katetrů a ureterálních cévek. Měli jsme kovové dilatátory a bužie, které umožňovaly jak „bougie a boule“, tak „bougie a la suite“. K základním vyšetřovacím metodám patřila chromocystoskopie indigokarminem, intravenózní a ascendentní pyelografie. Později jsme si „na koleně“ vyrobili primitivní zařízení k cystometrii. K lepšímu zviditelnění ledvin při rentgenovém vyšetření jsme zavedli insuflaci retroperitonea, kterou jsme prováděli atmosférickým vzduchem a nepamatuji komplikace.

Laboratoř nám poskytovala základní vyšetření moči, dále tzv. zbytkový dusík a postupně kreatinin a mineralogram. Dlouho jsme postrádali spolehlivé mikrobiologické vyšetření. Asi jsme kladli větší důraz na anamnézu a klinický nálezný. Tim jsme tehdy také zahajovali své referáty o nových pacientech na ranních konferencích. Dodržování některých pravidel mělo výhody, vzpomenu-li na sterilní rukavice při běžném cévkování a držení katetru „jako pero“ citlivými prsty, a značné nevýhody, z nichž příkladem budiž dobře míněná a brzy potom trestuhodná palpace tumorózně zvětšené ledviny, ke které byli i na prominentních odděleních studenti vyzýváni. Na druhé straně jsem se však již jako medik v šumperské nemocnici setkal s tím, že pacienti po prostatektomii byli ukládáni na vy-

hrazené pokoje a pečovaly o ně řádové sestry s letitými zkušenostmi s těmito operanty. S prostatiky jsme se setkávali denně a byla to doba, kdy ještě přicházeli nemocní, kteří se sami cévkovali a svůj katetr pečlivě uschovali stočený v tehdy typických kulatých krabičkách od krému na boty.

Bezprostředně po válce se ještě prováděly dvoudobé prostatektomie dle Freyera. Šumperskému chirurgickému oddělení slouží ke cti, že již koncem čtyřicátých let zavedlo retropubickou prostatektomii Millinovu. Bez možnosti heparinové prevence byla nejobávanější komplikací plicní embolie. Elektroresektor jsme ani později neměli. Koagulace papilomů jsme prováděli. V souvislosti s Millinovou operací nemohu nevzpomenout na „ostré diskuze“ na kongresech, které probíhaly mezi tehdejšími asistentem brněnské chirurgické kliniky Podlahovy Hrdličkou, jako zastáncem retropubické PE a prof. Bedrnou, který preferoval transvesikální suprapubickou sec. Harris-Hryntschak. My mladí jsme se ohromně bavili.

Stejně jako dnes, byla nejčastějším onemocněním urolitiáza se svou širokou problematikou. Řešili jsme operační indikace. Vše otevřenou metodou. Při lumbotomiích jsme dbali na neporušenou inervaci jako prevenci nepříjemných tzv. Imbertových kýl z ochablosti stěny. Při šití močových cest byl dosažitelný chromcatgut.

V traumatologii si daná situace vyžadovala radikálnější přístup, to znamenalo častější odstranění poraněné ledviny. V nemocnici neexistovala krevní banka, natož transfúzní stanice. Dnešní lékaři si obtížně představí situaci, kdy řidič se sanitkou objíždí se seznamem dobrovolné dárce příslušné krevní skupiny a dovezeného pak pokládáme na lehátko vedle operovaného a Jubého stříkačkou přímo z žíly do žíly transfundujeme většinou maximálně 500 ml krve. Bylo tedy požadavkem provést operaci rychle a hlavní starostí při nefrektomii byla orientace na funkci druhé ledviny.

Operace se prováděly v celkové nebo lumbální anestezii. Na počátku mé chirurgické dráhy to znamenalo ještě primitivní otevřenou kapaci narkózu éterem.

Z ostatních urologických onemocnění dlužno vzpomenout na prostaty. Zde je rozdíl velmi markantní a myslím, že se nadělalo dost škody vysokým dávkováním estrogenu. Téměř je zbytečné uvádět, že některé urologické problémy, dnes vysoce aktuální, byly tehdy nutně i pro urologicky zaměřeného chirurga, okrajovou záležitostí. Naše chirurgie vždy dobře spolupracovala s olomouckou klinikou prof. Rapanta a později s urologickou klasikou prof. Kučery. Osobně vděčně vzpomínám na několikaměsíční stáž na urologické klinice v Brně, kterou v šedesátých letech po zakladateli prof. Neuwirthovi vedl prof. MUDr. Karel Uhlíř. Specializoval se na zvládnutí všeobecné chirurgie a sledovat ho při ileocystoplastice bylo požítkem. Jeho průkopnic-

ká činnost při endoresekcích je všeobecně známa. Poně-
vadž sám dobře poznal terén, měl pro lékaře z okresních
nemocnic velké pochopení.

Nezapomenutelný zážitek mi v padesátých letech po-
skytl doprava zraněného s hepatorenálním syndromem
na tehdy jedinou umělou ledvinu v ČSR na 3. interní klini-
ku prof. Herlese v Praze. Letěli jsme letadlem typu Dako-
ta z letiště v Holicích za počasí, které nedovolilo přistání
v Ruzyni. Vzhledem k našemu pasažérovi nás navedli na
vojenské letiště ve Kbělicích, kde jsme přistávali při výšce
mračen 200 metrů a prakticky stejné viditelnosti na dálku.
Tehdy čekali na klinice také pacientku z Varšavy a další-
ho pacienta z Káhiry. Naš vojenský pilot, kapitán, jediný –
zborcený potem – přistál. Snad není na škodu připomenout
tuto příhodu při dnešním počtu dialyzačních center.

Závěr

Více než 300 let před Kristem konstatoval Aristoteles,
že moč vzniká z krve protékající ledvinami. Přibližně ve
stejně době Hippokrates považuje „vyřezávání kamenů“ za
lékaře nedůstojné. V době, kdy u nás žijí tisíce lidí s trans-
plantovanými ledvinami, v době, která umožňuje netuše-
nou medikamentózní terapii a skýtá stále novější vyšetřo-
vací i operační metody, v čase nebývalých možností ošet-
řovatelské péče, si upřímně přeji, aby na otázku: „Kam
kráčíš, urologie?“ zněla odpověď: „K lepším a všestranně
prospěšným zitrkům.“

Časopis nechť pomáhá při řešení každodenních a proto
nejdůležitějších problémů urologické praxe.