

Postavení a rozvoj anesteziologie v historii Vinohradské nemocnice a tým i v UK3.LF 3.

(Vzpomínky doc. MUDr. Bořivoje Dvořáčka, 1. primáře anesteziologického oddělení ve Vinohradské nemocnici)

Údaje obsahují to, co si pamatuji a co jsem sám prožil. Proto měly by být prověřeny archivními konkrétními údaji, jestli to je v dnešní době vůbec možné. Ale i tak bylo by možné zjistit jen počty a druhy operací, prováděných v anestézii lokální, nebo celkové. Protože anestézie byla součástí náplně chirurgických oborů, zodpovídal za její provádění vedoucí operující skupiny, který pak provedl i zápis do operačních protokolů o anestézii, t.j. nikoliv lékař, který anestézii podával. Zápis byl jednoduchý v několika slovech, zda šlo o celkovou intravenózní anestézii, anebo inhalační bez, nebo s endotracheální intubací. Bez bližších údajů o spotřebovaných látkách, nebo průběhu. I lokální a spinální anestézie byly jen označeny jako takové, bez udání použitých a spotřebovaných anestetik. Průběhy anestézií však byly bez nehod, které by jinak byly zaznamenány. Pamatuji se jen z vyprávění, že na chirurgické klinice došlo k jediné zástavě srdeční po podání i.v. thiopentalu u asi 35letého jinak aktivního fotbalisty, který měl být operován ve službě pro akutní apendicitidu bez předchozího (jinak obvyklého) vyšetření na srdečním oddělení. Na sekci byla prokázána rozsáhlá obliterace koronárních arterií. Nehoda se přihodila před r. 1952. Rovněž došlo ke smrtelné nehodě na ambulanci, u asi 40letého pacienta, kterému mělo být incidováno panaricium a byl celkově anestetizován inhalací chlorethylu (asi 1955). To se tehdy považovalo za „lehký rauš“. Došlo k srdeční zástavě, ještě před incisí. Tehdy se ještě neresuscitovalo. Od této příhody byl chlorethyl vyměněn za vinesten. Jiné nehody ve vztahu k anestézii mi nebyly známy. Anesteziologické protokoly byly zavedeny až po zřízení anesteziologického oddělení (1962). Odpovídalo to zvyklostem v kontinentální Evropě, kde anestézie byly pevnou součástí a náplní chirurgických oborů a jejich provádění zůstávalo v odpovědnosti vedoucího operující skupiny. Tím se evropský kontinent lišil organizačně od anglosaských zemí, kde anestézie nepředstavovaly součást náplně chirurgických oborů a pro chirurgy je zajišťovali nechirurgové, ochotní věnovat se této činnosti. To mělo za kladný následek, že v USA byl jmenován profesorem anesteziologie s příslušnou katedrou R.M. Waters jako první na světě (1932-33) a o několik roků později (1936) ve Velké Británii R. Macintosh. Obojí bylo ale ojedinělé v celé zemi, Macintosh vzpomíná, že jmenování a katedru zřídila oxfordská univerzita na nátlak sponsora, automobilového magnáta lorda Nuffielda, proti vůli univerzitních hodnostářů. Tyto organizační rozdíly neměly vliv na úroveň anestézií, které musely odpovídat nárokům úrovně chirurgických zákroků. a ty v kontinentální Evropě nebyly na úrovni nižší, než v anglosaských zemích, spíše naopak. V kontinentální Evropě navíc byl rozsáhlý průmysl chemický, farmaceutický, gumárenský i strojní, který nabízel pro anestézie výrobky v souladu s nejnovějším vývojem. I v Československu. Proto není na místě označovat rozvoj anesteziologie v ČSR po r. 1945 za údobí podle britského vzoru proto, že Dr Spinadel, vyškolený ve Velké Británii za války v anesteziologii, založil ve Vojenské nemocnici samostatné anesteziologické oddělení, které pokud se týká organizace zdravotnických služeb, nemělo vliv na vývoj v občanském životě. Totéž platí pro Slovensko, které se odvolává na krátkou návštěvu paní Mansfield ve Vyšných Hágách 1946 - všeobecně tehdy i později zcela neznámou a bez vlivu na rozvoj anesteziologie na Slovensku, jak paní Mansfield později sama uvedla. Nehledě, že anesteziologie jako samostatný obor v anglosaských zemích nezaujímal ideální postavení, jaké by zasluhovalo, aby byla vzorem pro kontinent. V USA byly velké rozdíly v úrovni a ještě počátkem šedesátých let probíhaly diskuse, zda na provádění anestézií stačí jen SZP bez lékaře. Ve Velké Británii anesteziologové byli vypláceni za vykonanou práci chirurgem, nikoliv nemocným, nebo nemocnicí. Až do znárodnění lékařské péče v polovině šedesátých let. Proto neměli jiný zájem, než podávat anestézie a kupř. obrátili pozornost k IC až po té, kdy u nás byl tento rozsah již déle fixován. Přitom neměli ku pomoci vyškolené vlastní sestry, asistovaly jim sestry (chirurgické instrumentářky) z operačních sálů. V menších nemocnicích zajišťovali anestézie praktičtí lékaři, doškolení na úroveň diplomu D.A. Přitom si ponechávali svou praktickou praxi, aby se vůbec uživil. Konečně i Spinadel, kvalifikovaný gynekolog, musel přijmouti po emigraci do Anglie místo v oboru, o který nebyl velký zájem.

Operující oddělení ve Vinohradské nemocnici, která se stala v r. 1952 fakultní, byly:

Klinika oční, operovalo se v lokální anestézii, kterou prováděli oční lékaři. Až po r. 1961 a zejména po založení anest. oddělení byly obtížné extrakce katarakt výjimečně prováděny v celkové anestézii za pomoci kvalifikovaných anesteziologů. Byl užíván coctail lytique 1 (promethazin, chlorpromazin, dolsin) při spontánní ventilaci bez endotracheální intubace. Při hypoventilaci, vyvolané zřejmě dolsinem, byl aplikován vždy úspěšně nalorfin. Ačkoliv šlo o nemocné s vysokým rizikem (a proto předpokládaným neklidem při operaci za plného vědomí), nedošlo ani k jediné nehodě. Je třeba připomenout, že incise ve sklěře, nutná pro extrakci katarakty, se nezašivala a ponechávala otevřená, takže každé zakašláání nejméně 24 hodin po operaci znamenalo neúspěch operace, Proto rozhodnutí, neintubovat.

Na gynekologicko-porodnické klinice podávali anestézie všichni lékaři, až koncem padesátých let a později anestézie prováděla většinou Dr Dimitrovová, původně sekundářka kliniky. Po založení anesteziologického oddělení přešla do stavu tohoto oddělení, ale zůstala. zde pracovat s ohledem na pavilonový systém v nemocnici. Specializovala pak anesteziologii.. Anestézie pro rozsáhlejší výkony byly prováděny inhalací éterových par ve vzduchu (Ombrédanovou koulí), menší v i.v. thiopentalu. Dr Dimitrovová vyzkoušela (na popud britských zpráv v polovině padesátých let) thiopental v kapénkové infuzi s alkoholem (1000 mg thiopentalu a 50 ml absolutního alkoholu v 500 ml FR ,vystačilo na hodinovou operaci), avšak nebyla zjištěna výhoda proti intermitentnímu přístřikování thiopentalu. Nevýhodou bylo, že anestetizované po probuzení byly zřetelně a nepříjemně opilé. Dýchání během anestézie bylo spontánní. . Po založení anest. oddělení operace, vyžadující relaxaci, byly relaxovány succinylcholinem v kapénkové infuzi 1 promilové koncentrace ve fyziolog. roztoku. Byl zaveden oxid dusný v poměru 3,5 litru a 1,5 litru kyslíku za minutu, kde nestačil k dostatečné anestézii, byl přístřikován thiopental i.v., nebo přidána malá koncentrace éteru (kontrola koncentrace nadechnutím anesteziologem, kvantitativní odpařovače nebyly). Umělé dýchání bylo ruční, stlačováním gumového vaku v polouzavřeném okruhu. Premedikace byla standartní, 0,5 mg atropinu sulf. a 10 mg morfia, podkožně. Dr Dimitrovová v té době na základě zpráv v literatuře zkusila i 2 promilový roztok succinylcholinu, ale neukázaly se žádné přednosti před roztokem 1 promilovým, spíš naopak, říditelnost relaxace byla obtížnější a spotřeba vyšší. Premedikace po celé období byly standartní, 0,5 mg atropinu sulf. 10 mg morfia, s.c.

ORL klinika operovala většinu výkonů v lokální anestézii. Protože prof. Hlaváček prováděl nitroušní operace již v padesátých letech, -což byla tehdy světová špička- potřeboval k tomu rozsáhlejší anestézii. ORL lékaři ji dosahovali sedací Benarkosem při spontánním dýchání operovaných. Když u jednoho pacienta došlo k infaustní hypoventilaci, konsultoval nás prof. Hlaváček. jak tomu zabránit. Návrh endotracheální intubace s možností umělé ventilace však odmítl, protože intubaci považoval za neúnosnou pro své pacienty. Jiné výkony, zejména tonsilektomie, prováděli ORL lékaři v lokální anestézii, kterou sami instilovali.

Značný počet anestézií, i celkových, bylo třeba zajistit na **klinice plastické chirurgie**. Zatím co u dospělých postačovala lokální anestézie, prováděná operátérem, byla tu velká skupina batolat mladších 1,5 roku s rozštěpý pater. Operační technika prof. Buriana byla světově uznávána a mimořádná, protože operace řešila definitivně defekt v jednom sezení. Počátkem padesátých let byly chirurgy aplikovány rektální anestézie Avertinem (Bromethal), avšak v r. 1956 specializovala anesteziologii dr. L Čvančarová, která zde nastoupila jako kvalifikovaná anestezioložka a jako členka chirurgického týmu oddělení plastické chirurgie. Ta změnila techniku anestézií na endotracheální intubaci se spontánním dýcháním vzduchu s éterem, zatím co příprava k inhalační anestézii byla uváděna většinou thiopentalem, podaném v 10% roztoku rektálně (30 mg thiopentalu na kg hmotnosti). Rektum muselo být před tím klysmatem vyprázdněno. Firma Abbott koncem padesátých let uvedla na trh koncentrovaný

thiopental v masťovém základu, se kterým bylo možné s málo ml dosáhnout zavedení potřebné dávky do rekta, účinné i bez předchozího klysmatu. Batolata byla intubována zprvu gumovou, později plastickou endotracheální rourkou bez manžety. Na ukázkou dodané gumové armované rourky firmy Rusch se neosvědčily, protože zatlačením na rourku v dutině ústní (operátorem) rourka vyklouzávala z trachey. Zajímavé bylo zajištění průchodnosti zevních dýchacích cest u těchto batolat v pooperační době. Chirurg zasadil do špičky jazyka na konci operace dočasný dlouhý steh, kterým bylo možné zapadající jazyk i dozírající sestrou snadno vytáhnout. Za všechna ta leta nebyly mi známy negativní příhody.

Hlavní anestetická činnost se soustřeďovala **na chirurgické klinice**, kde byly prováděny operace břišní, hrudní, urologické i mnohé ortopedické. Operační dny byly pondělí, úterý, čtvrtek a pátek. Ve středu a sobotu se sestavovaly programy pro další dva operační dny a byly porady o plánovaných operacích, případně s lékaři, překládajícími nemocné k operacím (kupř.s internisty, zástupci plicní kliniky, rentgenology). Na 3 stolech bylo v jednom dni provedeno průměrně 15-20 větších operací. . Zvláštní skupinu představovaly operace štítné žlázy (sám prof, Polák jich provedl do r. 1960 deset tisíc, jak publikoval). Operace strum probíhaly v lokální anestézii a v polosedě, s operovaným při plném vědomí, které mělo za cíl kontrolu stavu laryngeálních nervů při preparaci a předejití jejich poškození - „řekněte Praha“ bylo populární. Lokální anestetikum bylo infiltrováno do kůže v místě řezu a pak asi 5 ml 1% novokainu do dolních pólů laloků. Celkem 10 - 15 ml 1% novokainu obvykle k anestézii stačilo a pomocí zvláštního nástroje, „rafáčku“ bylo možné vyluxovat i substernální strumy, bez resekce klíčku. Pacienti byli premedikováni jen 10 mg morfia s.c. Předoperační příprava byla neuspěchaná za kontroly srdečního oddělení, toxické strumy byly připravovány Lugolem p.os a operace se prováděla až po souhlasu srdečního oddělení. Výjimečné toxické pooperační reakce se úspěšně řešily Lugolem i.v. U všech operovaných a anestetizovaných byla ještě za plného vědomí zavedena infuze krystaloidu, aby byla otevřena žíla. Krevní transfuze byly snadno dostupné (Vinohradská nemocnice měla výkonnou transfuzní stanici krátce po skončení války), ale výjimečně nutné, díky pečlivé předoperační přípravě a velice šetrným a pečlivým operačním postupům.

Až do mého návratu z Kodaně nebyla aplikována relaxancia, protože rutinní umělá ventilace během anestézie nám nebyla jasně známa (ač d-tubokurare jsme měli z doby UNRRY v zásobě a malé dávky za spontánního dýchání, jak bylo tehdy publikováno, jsme považovali za neúnosné). Uměli jsme intubovat endotracheálně, nafouknout kolabovanou plíci po parciální pneumonektomii, ale k průběžné umělé ventilaci jsme přikročili až po mém návratu z Kodaně. V tom jsme nebyli výjimkou, ku př. Overholt ve Švédsku ještě po roce 1956 doporučoval operace plic v poloze na břiše, aby se usnadnila spontánní ventilace. I v Brně, na kardiochirurgii prof, Navrátila, se uměle nedýchalo. Břišní operace, nevyžadující mimořádnou relaxaci (až včetně resekce žaludku) byly prováděny pomocí i.v. thiopentalu, 5% roztoku v dest. vodě, přistříkovaného podle potřeby intermitentně. Za spontánního dýchání vzduchem. Bezpečné a účinné používání thiopentalu naučil kliniku podávat chirurg Dr Susat, který se vrátil z USA 1945 a za války byl v expedičním sboru USA armády v Maroku, kde začali pracovat s thiopentalem. Neznalost vhodného použití tehdy vedla k desetinasobné mortalitě operovaných (byla 1:3000, stoupla 1:300) a teprve Beecher dokázal, jak je třeba postupovat a vyvarovat se tragickému vyústění. Že bylo třeba úvodní dávku snížit maximálně na 200 mg, s vyčkáním účinku, a pak doplnit 100 mg (u rizikových pacientů začínat s 50 mg a čekat s další dávkou, která se 100 mg celkově mohla stačit k celému úvodu). Při citlivé taktice muselo 300 mg thiopentalu postačit k úvodu každému a další udržování anestetického stavu bylo třeba řešit podle potřeby přistříkováním 100 mg. Ač výjimečně, přeci jen i při tomto dávkování mohlo dojít po úvodní dávce k hypoventilaci, až apnoi, kterou bylo třeba okamžitě řešit krátkodobou umělou ventilací, stačilo obličejovou maskou a vzduchem. Operátor musel vyčkat až nastal zřetelný účinek celé úvodní dávky a spontánní ventilace byla normální a klidná (to bylo velmi důležité). Touto taktikou jsme dosáhli, že se nepamatuji na rušivou příhodu, ačkoliv šlo za ta léta o desetitisíce anestézií. Pomocí bylo jistě velmi šetrné manipulování chirurgů při operacích a pro dnešek neuvěřitelně rychlý postup. Žádná větší břišní operace netrvala déle, než jednu hodinu. resekce žaludku prof.

Polákem s otevřením i zavřením břišní stěny byla za půl hodiny hotová. Zvolili jsme 5% koncentraci thiopentalu, protože 2,5% koncentrace nezmenšovala komplikace při paravenozním úniku, pH obou koncentrací je téměř stejné. 2,5% roztok je jen bezpečnější při nepozorném přístřikování. Cholecystektomie vyžadovaly větší relaxaci a proto anestézie byla éterem při spontánním dýchání, právě tak operace v retroperitoneu (sympatektomie, operace ledvin a močových cest, extirpace prostaty, tumory rekta). Éter tu byl se spontánním dýcháním převážně podáván Ombrédanovou koulí. Při kauterizaci používali chirurgové Pacquelin (rozpálená platinová houba benzinovými parami) o kterém tvrdili, že nepřináší nebezpečí výbuchu s éterovými parami, jako elektrický kauter. I když o tom sám pochybuji, nedošlo nikdy k této komplikaci, protože nebezpečí výbuchu bylo málo pravděpodobné ve směsi éteru a vzduchu, bez obohacení kyslíkem. Tumory rekta byly občasné operovány ve spinální anestézii, kterou prováděl starší zkušený operatér. Mladý lékař, určený k anestézii, pak sledoval operovaného a případně malými dávkami thiopentalu tlmil jeho vědomí.

Před mým nástupem na chirurgické klinice (tj. před rokem 1952) byly resekovány tumory esofagu v nitrohruďním přístupu. Dietetářka vypracovala pro operované energeticky vydatná výživná klysmata. Avšak v době mého nástupu na klinice (1952) prof. Polák operování tumorů ezofagu zastavil a doporučil ošetření rtg ozářením (v nemocnici byl instalován velmi účinný „milionový“ rentgenový přístroj), když se dokázalo, že výsledky přežití po ozáření jsou stejné, jako po operaci a ozáření znamenalo podstatně menší zatížení nemocného ve srovnání s pooperačním údobím. Do druhé poloviny padesátých let byla operována batolata s persistujícím septálním otvorem („Botal“). Byla poukazována z dětské kliniky (Dr Padovcovou) do r. 1957, kdy důsledná rajonizace další přísun znemožnila. Anestézie byla celková éterem se vzduchem obohaceným kyslíkem v otevřeném okruhu, s endotracheální intubací přiměřených rourek bez manžety a za použití nark. přístrojů N3. Operace trvaly asi 20 minut a všechny proběhly bez komplikací. Podobně v polovině padesátých let byli na kliniku poukazováni pacienti se srůstem mitrálních chlopní, kteří pak byli operováni, opět po endotracheální intubaci se spontánním dýcháním éteru se vzduchem, obohaceným kyslíkem. Proběhly bez komplikací Byli poukazováni kardiologií ze Všeobecné nemocnice („dolní fakultě“, Dr Neumanem), avšak důsledná rajonizace další přísun znemožnila. Zůstala jen úzká spolupráce s plicní klinikou, vedenou prof. Jedličkou a s asistencí doc. Petříkové z této kliniky, pro kterou jsme i pro měření plicních kapacit zajišťovali vyšetření pomocí Carlensových rourek za nehluboké anestézie cocktail lytique 1 (aby vyšetřovaný mohl sledovat slovní příkazy). Operace byly prováděny v poloze na boku, se spontánním dýcháním éteru ve vzduchu, obohaceném o kyslík a pomocí narkotizačních přístrojů Hidebrink, nebo Chirana N 4 s endotracheální intubací rourkou s nafouklou manžetou. U plicních abscesů, event. jednostranných bronchiektazií, byla zaváděna Carlensová rourka. Chirurg vítal spontánní dýchání, protože po kolapsu obnažené plíce zřetelně se objevila leze (když jsme po mém návratu z Kodaně začali operované řízeně prodýchávat, obnažená plíce nekolabovala a nalezení leze bylo obtížnější). V polovině padesátých let mne prof Polák poslal na týdenní zkušenou na kardiochirurgickou kliniku prof. Navrátila v Brně, kde anestézie prováděl Dr Hrdlička, tehdy již s anesteziologickou specializací. Používal k celkové anestézii cocktail lytique 1 (promethazin, chlorpromazin, dolsin). Některé operace byly prováděny i v hypothermii, na klinice již v této době měli přístroj pro umělý krevní oběh, vlastní konstrukce. Event. hypotermie byla dosažena ve vaně s ledem. Po návratu jsem hrudní operace a některé závažnější břišní také prováděl technikou cocktail lytique 1. Tehdy firma Sandoz uvedla na trh cocktail lytique II, s antihistaminikem své výroby (Sandosten), a místo chlorpromazinu doporučila ergotamin. Zkusili jsme, ale cocktail lytique 1 se ukázal podstatně lepší. Operace s otevřením a uzavřením hrudníku netrvaly déle než hodinu, výjimku tvořily operace hnisavých bronchiektazií, mohly trvat i půldruhé hodiny. V přípravě plicních abscesů se osvědčila předchozí trachetomie, která - pokud se pamatuji - u dvou pacientů z asbestových dolů vedla k vyhojení abscesů a plicní operace nebyla nutná (návrh dr. Vítovské). V pooperační době po aplikaci cocktail lytique jsme nepozorovali prodlouženou depresi obranných funkcí (vědomí, dýchání), které vedly ve světě k odsouzení této techniky u starších pacientů (anestetický stav se vyvolává útlumem cholinergní transmise v CNS, jejíž trvání nebylo bezpečně předvídatelné a vyžadovalo dlouhý dozor v pooperační době. Fyzostigmin, který mohl okamžitě transmissi a s tím plně vědomí obnovit, nebyl tehdy

pro tuto aplikaci znám). Po roce 1960 a mém pozvání k Dr Jansenovi v Belgii, byla požívána pro hrudní operace tzv. neurolept anestézie (droperidol, fentanyl), která se ale prakticky nelišila od účinků cocktail lytique 1, a s útlumem cholinergní transmise v CNS vyvolávala anestetický stav stejným způsobem a se stejnými důsledky (i možností odstranit depresi v pooperační době fyzostigminem, kdybychom to bývali věděli). Premedikace byly standartní, 10 mg Morfia a 0,5 mg atropinu s.c. 1 hodinu před operací. Premedikace u cocktail lytique 1 techniky byla 50 mg promethazinu, 25 mg chlopromazinu a 100 mg dolsinu, rozdělena na 4 díly, injikované po půl hodině i.m.. Stejná dávka pak v kapénkové infuzi FR postačila ke klidné, hodinové, celkové anestézii.

Ambulantní ošetření byla prováděna v lokální anestézii, ale také inhalační kapáním éteru na Schimmelbuschovu masku, s rychlým úvodem chlorethylem. Po nehodě, o které jsem se zmínil v úvodu, byl používán vinesthen.

Pro sledování stavu anestetizovaných byl k dispozici pouze tonometr - ostatní sledování stavu záviselo na pozorném sledování pulsu, barvy pokožky, její teploty i suchosti a dýchání. Uvážíme-li rozsah chirurgických zákroků, víc než pozorné sledování stavu operovaných nahradilo dnešní pohodlné monitory, jak dotvrzuje chybění nehod při této rozsáhlé chirurgické činnosti. Všichni plánovaní pacienti byli před příjmem vyšetřeni srdečním oddělením a event. doporučení terapie k získání optimálního stavu bylo respektováno bez uspěchanosti. Tím lze jistě vysvětlit chybění negativních příhod při tak intenzivním provozu (oddělení mělo 100 lůžek s průměrnou obložeností 110% - díky přistaveným skládacím postelím).

-V té době po skončení války začínají chirurgové chápat, že další rozvoj jejich operační činnosti závisí na úrovni anestézií, pro kterou je třeba mít vyškolené odborníky, kteří by se věnovali pouze této problematice. Iniciátorem takové organizace byl prof. Jirásek, který se snažil, aby svůj dominantní vliv zachoval v rámci všeobecné chirurgie a proto pověřil svou doc. J.Pastorovou založením Komise pro anesteziologii v rámci chirurgické společnosti (1951). V žádném případě tu nešlo o osamostatnění oboru anesteziologie z rámce chirurgie, naopak trvalo se na kontinentální tradici, tedy žádný britský příklad. Celý i další průběh je podrobně zachycen v publikaci „Anesteziologie a resuscitace“, vydané prof. Pokorným a O. Bohušem v r. 1996. Komise zasedala na chirurgické klinice prof. Jiráska, zprvu pod vedením J. Pastorové, která však zůstala chirurgičkou a další vedení komise převzal asistent chirurgické kliniky, Dr J. Hoder, který se pak věnoval pouze anesteziologii. V komisi spolupracovali krajší anesteziologové, jejichž status vytvořil hlavní chirurg čs, prof. Pavrovský, chirurg Jiráskovy kliniky ve smyslu Jiráskových doporučení. Prof Pavrovský pak pamatoval při stanovení soustavy v rámci ústavu pro doškolení lékařů specialistů, aby v něm byla ustavena subkatedra anesteziologie, ovšem jako nadstavba na první stupeň dvoustupňové specializace (zejména chirurgické). Anesteziologie zůstávala přitom součástí náplně chirurgických oborů a prof. Pavrovský, který po vzoru prof. Jiráska se chirurgicky věnoval později neurochirurgii, odborné podstatě anestézií se nevěnoval, jak svědčí jeho pokyn chirurgickým pracovištím po jeho návštěvě SSSR v polovině padesátých let, kdy doporučil čs operačním oborům, aby skončily s celkovou anestézií a přešly na lokální podle Višněvského (sovětští chirurgové opustili Višněvského techniku snad během týdne po té, co byly dovezeny první narkotizační přístroje MEDI po roce 1960.).

Pracovníci chirurgické kliniky na Král, Vinohradech se této činnosti, vycházející z Jiráskovy kliniky, neúčastnili. Důvodem bylo určité ne právě přátelské napjetí mezi prof. Polákem a prof. Jiráskem, které trvalo od postavení nového chirurgického pavilonu v nemocnici na Král, Vinohradech před válkou. Tehdy konkurs na místo přednosta chirurgie vyhrál prof. Polák, který vyšel z kliniky prof. Diviše. Prof. Jirásek po té vyzval prof. Poláka, aby se místa vzdal ve prospěch Jiráskova žáka, prof. Knoblocha s tím, že byl údajně starší. Polák odmítl. Tím nastalo ne právě přátelské napjetí, které přetrvávalo i po válce, kdy všeobecná chirurgie za Polákova vedení rostla milovými kroky, zatím co na Jiráskově klinice značně zaostávala. Přátelské styky Vinohradské chirurgie byly především s kardiouchirurgií prof. Navrátila v Brně a s chirurgy Divišovy školy. Publikační aktivita kliniky byla intenzivní, až výjimečná. Nebylo jediné chirurgické čs. sympozium, nebo kongres, aby pracovníci Polákovy kliniky nepřednesli značný počet referátů. Přitom příprava byla pečlivá, na klinice byl vždy uspořádán přípravný večer, na

kterém všichni přednesli své vypracované referáty (včetně profesora) a ostatní kritizovali, jak se má přednášená látka lépe upravit. Referáty jsme směli číst (na rozdíl od olomouckých referentů, kteří je museli přednášet vždy z paměti), ačkoliv prof. Polák vždy připomínal, že kdybyste to říkali z paměti, polovinu byste zapomněli a pak referát by byl lidštější. Proč to připomínám.. Dokud byla anesteziologie součástí chirurgie, všechny referáty na chirurgických sympoziích i kongresech byly uváděny zprávou o volbě a průběhu anestézie pro referované chirurgické postupy. Tak jsem referoval v r. 1955 na sjezdu čs chirurgické společnosti o anestézii při akutním krvácení do trávicího traktu. Po referátu přišel ke mně Dr Démant, který se aktivně účastnil jednání anesteziologické komise na Jiráskově klinice a vyzval mne, abych se k jejich jednání připojil. Z důvodů dříve uvedených jsem tak neučinil, ale přihlásil jsem se do zkráceného kursu anesteziologické subkatedry v Ústavu pro doškolování lékařů. Kurs měl velmi dobrou úroveň za účasti anatoma, zbytek přednášek pro mne neměl valný význam (vše jsme ovládali a spíše jsem mohl poučit přednášejícího o našem bezpečném používání thiopentalu).. O umělé dýchání a s tím možnosti používat relaxancia, řeč nebyla. Je českou vlastností, že se nerado naslouchá radám a kladným zkušenostem z domova a dává se přednost zprávám z ciziny, i když jsou méně dobré, než ty domácí.

Je třeba připomenout ještě jedno téma, které více patřilo do sféry anesteziologie, než vlastní operační chirurgie. Bylo to prověření účinků stabilních solných aerosolů (mořské vody) a aerosolů antibiotik u nemocných s operacemi plic. Aerosoly byly vyráběny kapáním na rotor odstředivky, rotující 100 tisíc obrátok za minutu. Deflegmátor vyčistil aerosol tak, že opouštěl přístroj jako homogenní s kapkami menšími než 1 μ m a tím nesedimentoval, zůstával se vznášet v prostoru. Obsahoval-li antibiotika, působila tato v bronších jen povrchově a nebyla vstřebávána, ale opět vydechuta. Použili jsme aerosoly desinfekčních látek i v prostoru operačních sálů, kde vydržely působit (podle kontrol) 24 hodiny a udržet prostředí sterilní. Výrobu aerosolů umožnila konstrukce generátoru mechanika B. Čížinského, který se mnou a s chirurgem dr. Lorencem výzkum prováděl. Výsledky byly předneseny ve Spolku čs. lékařů v lednu 1957 a publikovány v ZBL.Chir. 83, 28, 1414 - 1423, 1958.

Prof. Polák koncem padesátých let organizoval sestavení obsáhlé publikace Causae mortis, ve které chtěl upozornit na operační nehody, ke kterým dochází následkem opomenutí. Sestavení se účastnilo více chirurgických pracovišť a já jsem přispěl úvodem o anestézii („Příčiny úmrtí ve spojení se znečitlivěním“). Protože konečná korektura byla prováděna až v r. 1960, mohl jsem kapitolu upravit podle získaných zkušeností v Kodani. V knize byla ještě jedna úvodní kapitola o anestéziích z pera britské anestezioložky paní Fentonové, se kterou se prof Polák setkal za své návštěvy v Anglii (.Causae mortis, kolektiv autorů, SZN Praha 1961)

K doplnění obrazu intenzivní práce na chirurgii je třeba doplnit, že (dobrovolná) pracovní doba byla od 7 rána a jistě do 7 večer, i déle. Většina sekundářů, ale i asistentů bydlela ve služebních pokojích, což bylo pochopitelné za tehdejší bytové nouze. Profesor dělal vizitu na celé klinice denně. Pro pracovníky na oddělení výhodné, ale do příchodu profesora museli mít svou vlastní vizitu již hotovou, aby mohli o svých nemocných odpovědně referovat. Na operační sál se chodilo v deset, operace často trvaly do 17 hodin, i déle. Avšak nejméně jednou měsíčně se na klinice konal hudební večer s předními hudebními umělci. Klavírista prof. Maxian byl blízkým přítelem prof. Poláka..A účast i na menších sympoziích a pracovních konferencích v celé republice, často na Slovensku, pomáhala pružné práci na klinice. Dopravu účastníků obvykle obstarávala transfuzní stanice, která zapůjčovala svou dodávku (v ložním prostoru bez oken).

Snad je na místě pro pochopení života na jednotlivých odděleních (později klinikách) Vinohradské nemocnice zachytit sféru zvyklostí, jaké zde byly ještě před ustavením fakulty. Do Vinohradské nemocnice jsem nastoupil (na bakteriologii) v r. 1949. Byla to nefakultní nemocnice, avšak téměř všechna oddělení byla vedena odborníky s hodnostmi profesora, vzácně jen docenta. Ředitelem byl primář 2. interny (Dr Wagner), po jeho odchodu do penze se stal ředitelem prof. Konopík, přednosta dermatologické kliniky. Teprve po jeho odchodu nastoupili profesionální ředitelé. Ještě před ustavením fakulty odborná úroveň a spolupráce všech oddělení byla mimořádně dobrá a měla univerzitní úroveň. Byla posilována pravidelnými celodenními celonemocničními odbornými schůzemi, jednou za tři měsíce,

na kterých jednotlivá oddělení seznamovala ostatní o pokrocích ve svých oborech. Tehdy také prof. Polák ocenil mé příspěvky z bakteriologie, kde jsem tehdy pracoval a to ho přimělo, aby mi nabídl místo na chirurgii po ustanovení fakulty a rozmnožení lékařských míst. Stranický nátlak, tehdy silný v činnosti „dolní“ fakulty, na Vinohradech nebyl. V nemocnici pracovali vlivní členové KSČ (Placák, prof. Konopík) kteří ale všichni svůj stranický vliv soustředili na ochranu nestranických vedoucích oddělení a klinik před politickým nátlakem zvenčí. Platilo, že byl respektován a podporován ten, kdo odváděl poctivou odbornou práci, bez prokazování politické příslušnosti.

Značná část řízení chodu nemocnice závisela nesporně na správci, pokud řediteli byli současní přednostové oddělení (klinik). Po nástupu profesionálních ředitelů bylo to ještě zřetelnější, protože správce vládl peněžními prostředky a profesionální ředitel těžko mohl pochopit zájmy tak různorodých odborných oddělení. To se projevilo i na mé osobě, i když náhodou nakonec s kladnými důsledky. Prof. Polák mohl s malou skupinou předních čs. chirurgů navštívit 1955 Anglii, aby se poučil o tamním pokroku pro práci doma. Po návratu referoval, že britská chirurgie není na vyšší úrovni, než československá. Spíše naopak. Avšak byl překvapen tamní organizací anestezií, ne proto, že by anestézie dosahovaly vyšší úroveň, než u nás (úroveň anestézie musela vyhovovat úrovni chirurgie). Ale, že byla nezávislá na chirurgii a tím chirurg se mohl věnovat čistě svému operování, aniž by měl starost o zajištění anestézie. Protože v té době jsem raději organizoval anestézie, než držel skalpel v ruce, prof. Polák navrhl, že požádá ředitelství nemocnice, aby mne vyslalo na tříměsíční zkušenou do Anglie. Tehdy začínali čs. zdravotnická pracoviště využívat stipendia světové zdravotnické organizace ke stáží v cizině. Avšak po 3 roky se nic nestalo, ředitel (dr. Heral) se přiznal, že žádost založil do zásuvky a - ztratil. Prof. Polák musel napsat novou žádost, a na Silvestra 1958 odpoledne mne volal ředitel nemocnice domů, že na ministerstvu zdravotnictví získal pro mne anesteziologickou stáži v zahraničí, avšak nikoliv v Anglii, ale v Kodani a to na celý rok s tím, že musím nastoupit do čtrnácti dnů. Ředitel nemocnice totiž každý rok chodil na Silvestra přát vedoucím nedalekého ministerstva zdravotnictví šťastný nový rok a při té příležitosti se odvážil zeptat náměstka ministra Doubka, zda by se nenašla možnost, poslat do zahraničí na krátkou anesteziologickou stáži lékaře Vinohradské chirurgické kliniky. Náměstek ministra Doubek zalomil rukama: zoufale hledáme náhradníka za náhle onemocnělého a proto odmítajícího nastoupení v Kodani na celý rok. Byl jím anesteziolog J. Minář z Plzně. V Kodani již několik let pracoval v organizaci WHO (SZO) dr. Šůla jako expert pro potírání tuberkulózy. Na zasedání WHO organizace na jaře 1958 bylo oznámeno, že přebývá jedno školící místo pro výuku anesteziologie pro rok 1959. Dr. Šůla se o něj přihlásil pro ČSR. Bylo výhodné, protože bylo poskytnuto zdarma (jinak musely vysílající státy platit za školení 10 tisíc dolarů). Mzd oznámilo tuto skutečnost chirurgické společnosti, která to předala své anesteziologické komisi (kterou jsme z Vinohrad míjeli) a ta určila Dr. Mináře z Plzně, který dobře půl roku byl na cestu do Kodaně připravován. Ale Dr. Minář na Štědrý den 58 ministerstvu písemně sdělil, že se nakazil od svých dětí spalničkami a měl příznaky encefalitidy, proto musel dlouhodobý pobyt v cizině odmítnout. Ministerstvo bylo v tísní, protože kdyby se nenašel náhradník, který by mohl nastoupit do 14 dnů, stipendium WHO by bývalo bez náhrady propadlo (i pro další roky). Návrh na mé vyslání bylo záchranou, navíc proto, že jsem v té době měl již služební pas, prověřený do západní ciziny. Stalo se tak před dvěma roky, rovněž jako důsledek nerozhodnosti ředitele nemocnice. Tehdy při přání nového roku na ministerstvu zdravotnictví se Dr. Heral setkal s ředitelem nemocnice z Požarevace (Jugoslávie), který vystudoval před válkou v Praze a hledal možnost výměnné stáže svých dvou lékařů v ČSR. Dr. Heral výzvu přijal, ale ve své nemocnici ani na ministerstvu nic nezařídil. A tak v listopadu 1955 se dostavili do nemocnice 2 lékaři z Požarevace a bylo třeba najít dva lékaře nemocnice, kteří by byli ochotni se na výměně podílet (tj. poskytnout ze svého platu protihodnotu). Zájem v nemocnici nebyl, tím spíše s ohledem na roční dobu, protože Požarevac leží asi 100 km na východ od Bělehradu a má klima pusty. Obrátil se proto na mne, protože věděl o mém úmyslu stáže v zahraničí. Neodmítl jsem, obtížnější bylo najít druhého- Když se to povedlo, ministerstvo začalo připravovat naše vyslání, tj. služební pasy. Trvalo to dobře půl roku, než nás prověřili (Jugoslávie tehdy byla považována za západní stát) a odjížděli jsme až v květnu dalšího roku.

Nyní se to hodilo. Já sám jsem nabídku nevítal protože 1959 jsem chtěl atestovat anesteziologii a nepředpokládal jsem, že prof. Polák bude souhlasit s tak dlouhou absencí na svém oddělení. Avšak prof. Polák nejen souhlasil, ale mou stáží doporučil. A tak jsem odjížděl, 17. ledna 1959 do Kodaně.

Podrobnosti o školení jsou uvedeny v mé kapitole „Vzpomínky: od pramenů ARO do povodí hafniensis“ v publikaci Anesteziologie a resuscitace v české a slovenské republice na cestě k odbornové samostatnosti (Pražská vydavatelská společnost 1996)-

Stručně lze zopakovat: anesteziologické techniky jsem se učit nemusel, ty jsem znal. Novinkou byla ale řízená ventilace s použitím relaxancií, která umožňovala využít oxid dusný a snížit koncentraci celkových anestetik (éteru, halothanu). Proto - stáže trvala celý rok- mohl jsem se věnovat uplatnění anesteziologických zkušeností z operačních sálů, mimo ně. U B. Ibsena to byla anesteziologická IC pro nemocné celé nemocnice a školení pracovníků záchranných služeb. H. Ruben se věnoval resuscitaci v terénu. Astrup a Severinghaus vylepšovali přístroj pro rychlé stanovení CO₂ a O₂ při umělé ventilaci.

W. Dam se podílel na vedení toxikologického střediska.

Po svém návratu prof. Polák mi nabídl, že mohu být vypisován jednou týdně operovat. Byl jsem stále ještě sekundářem chirurgické kliniky. Odmítl jsem, protože jsem byl přesvědčen, že je třeba věnovat se otázkám anesteziologie v plném pracovním úvazku. Ředitelství mi udělilo funkci ústavního anesteziologa a Ústav pro doškolování lékařů mi nostrifikoval specializační diplom, který jsem získal na kodaňské univerzitě. Dospěl jsem k přesvědčení, že se musím podílet na jednání anesteziologické komise na Jiráskově klinice. Navázal jsem úzkou spolupráci s jejím předsedou, Dr. J., Hoderem, ale také s přednostou anesteziologického oddělení Vojenské nemocnice, s prof. J. Pokorným a anesteziologickým představitelem Ústavu experimentální chirurgie, doc. H. Kezslerelem. Mým cílem bylo, přesvědčit komisi, aby se zasadila o odloučení anesteziologie od chirurgických oborů a tím obor osamostatnila. To se podařilo o rok později. V organizaci anesteziologie jsem se zasazoval o vytvoření samostatných oddělení ve všech nemocnicích, složených z lékařů-anesteziologů a SZP, školeného pro asistenci v anesteziologii. V rozporu s návrhy zástupců Experimentální chirurgie jsem prosazoval, aby IC byla připojena ke každému anesteziologickému oddělení bez ohledu na stupeň úrovně (Exp.chirurgie navrhovala jen na úrovni krajských nemocnic, což si prosadili zřízením IC v Praze na Františku). Při návrhu na všech úrovních jsem vycházel z předpokladu, že kritičtí pacienti se vyskytují na všech úrovních a je třeba pamatovat na všech s vybavením i potřebným personálem. Přitom podle tehdejších pravidel anesteziologie spadala mezi nelůžková oddělení a norma počtu pracovníků se řídila podle počtu operačních stolů. Obor proto potřeboval lůžka, aby spadl do lůžkové (výhodnější) normy a mohl se personálně vylepšit. Podařilo se mi v komisi prosadit mé návrhy, vyvěrající ze zkušeností kodaňské WHO organizace. Vyžadovalo to ale rozsáhlé přesvědčovací akce pro všechny krajské anesteziology v ČSR. K tomu jsem sestavoval informační oběžníky, které spolupodepisoval jako předseda komise a pak i nové založené společnosti její předseda, Dr. J. Hoder, u kterého jsem ztrávil dny i noce při jejich přípravě. Co se týče Vinohradské nemocnice, je třeba vzdát dík zřízení Kuchařovi, který nezištně všechny oběžníky rozmnožoval a mně poskytoval potřebné blány. Kopírovací aparáty nebyly - jen blány rozmnožovače Gestetner, hlídané StB.

V samotné vinohradské nemocnici bylo - podle mého - třeba postupovat takticky a obezřetně, aby nedošlo k rozporu mezi předchozími zvyklostmi. Ředitel nemocnice byl zdrženlivý, zato správce (p. Borský) nové organizaci přál a to bylo důležité, protože vládl penězi. Podařila se mi prosadit přestavba velkého pokoje proti operačnímu sálu v druhém patře, na dospávací pokoj pro operované. Hlavní sestra nemocnice (s. Benešová) mi přála s přidělením sester pro anesteziologii. A tak postupně vznikalo samostatné oddělení tím, že se mi podařilo přesvědčit přednosty operačních oddělení, aby uvolnili lékaře, kteří se převážně zabývali anestéziemi. Z chirurgie kromě mne to byla Dr. Malinská, aspirantka kandidatury Dr. Slavíčková, z plastiky Dr. Čvančarová a gynekologie Dr. Dimitrovová. Nakonec ředitelství mi přiznalo další dva lékaře, byla to Dr. Kazilová a Dr. Doubek. Anesteziologické oddělení, které jsme vytvořili, bylo druhé v Praze. První vzniklo v nemocnici na Bulovce, díky pružnějšímu pochopení tamního ředitele nemocnice. Tehdy jsem zastupoval na magistrátě Prahy krajského anest. odborníka Dr. Démanta, který odjel na rok do Mongolska. Vedoucí odboru (Dr. Zeman) mne přesvědčoval, abych

ustavení samostatného anest. oddělení na Bulovce pozdržel a tak sám mohl získat první anest. oddělení na Vinohradech. Odmítl jsem, byl jsem přesvědčen, že tu nejde o slávu, ale pokrok v organizaci, kdekoli to je možné.

Spolupráce s prof. Polákem a mnou zůstala úzká a přátelská. Po zavedení vylepšených technik, zejména zavedení umělého dýchání, bylo účelné používat směs kyslíku s oxidem dusíku. Používali jsme polouzavřený okruh s příkonem čerstvých plynů 1,5 l kyslíku/min a 3,5 l oxidu dusíku s ručním stlačováním gumového vaku přístroje N4 a N5. Bylo-li nutné, přidával se éter v „nízké koncentraci“ - kvantitativní odpařovače nebyly a tak anesteziolog musel čichem kontrolovat, zda koncentrace ve vaku není vysoká. K relaxaci se nejlépe hodil sukcinylcholin v kapénkové infuzi (1 promilový roztok ve FR), kapající v intermitentních intervalech. Rychlá operační technika zůstávala, a tak nebylo třeba větší celkové dávky sukcinylcholinu než 1000 mg. Nepozorovali jsme nikdy komplikace, stížnosti na pooperační svalové bolesti nebo vznik duál bloku.

Prof. Polák mne v r. 1966 navrhl na udělení hodnosti docenta (tehdy ještě chirurgie, čisté anesteziologické nebyly) na téma vzniku hemoragických infarktů v mozku krys, které dýchaly 25% CO₂. Pokusy byly prováděny v laboratořích sousedního Hygienického ústavu a vyhodnoceny doc. Štolcem, path. anatomem nemocnice. Před tím jsem obhájil kandidátskou práci na téma hyperkapnie, vznik a důsledky. Jeden z oponentů, prof. J. Syllaba z I. interny mne upozornil, že tímto tématem se v publikacích zabýval již v r. 1933.

Zejména po vzniku anesteziologického oddělení mohl jsem velkou část svého času věnovat i mimonemocniční činnosti. Stal jsem se hlavním odborníkem Ministerstva zdravotnictví pro otázky anesteziologie a podařilo se mi prosadit (s pomocí zahraničních materiálů, které opatřil prof. J. Pokorný z Vojenské nemocnice), aby do plánů staveb nových nemocnic byla zapracována dospávací místnost pro operované v sousedství operačních sálů a na to navazující celonemocniční IC. Musel jsem řešit nehody, související s podanou anestézií, pro celou republiku.

Rovněž mi doc. Keszler předal vedení technické anesteziologické komise při MZD, kde jsem musel rozhodovat o dovozu přístrojů a pomůcek pro anesteziologii, event. doporučení k domácí výrobě. Za závažné si vzpomínám na prosazení domácí výroby plastických injekčních stříkaček (vzorky jsem přivezl z Kodaně) a inj. jehel na jedno použití. Návrh podpořila ministerská pracovnice paní Krátká, proti odporu zástupců interních oborů (co budou sestřičky v noci dělat, když nebudou muset čistit stříkačky a jehly, byla námitka internistů). Rovněž jsem inicioval dovoz cvičebních pomůcek pro resuscitaci i v terénu, totiž tzv. Resuscitačních Aniček výrobce Laerdala z Norska, kterého jsem z Kodaně dobře znal a přeložil návody k nácviku do češtiny.

Se založeným anesteziologickým oddělením a rozmnožením počtu lékařských míst jsem se věnoval i popularizaci resuscitace v terénu. Se sestrou Zánovou, později i Vorlickou jsme jezdili po školách a cvičili žáky v základech laické resuscitace. Přesvědčili jsme tím ministerstvo školství, že zařadilo tuto výuku do osnov škol všech stupňů. Výcvik měli dělat učitelé (profesoři) tělocviku a přírodopisu.

Snažil jsem se, aby tuto akci provázeli aktivně anesteziologové, což se nepodařilo. Mým záměrem bylo, uvolnit anesteziology z operačních sálů, i mimo nemocnice a tak jim dát více oborové náplně, než jen podávání anestézií. Myslím, že nezdar této akce má dnes za následek, že anesteziologové zůstávají ve stínu chirurgů na operačních sálech a neumí význam svého oboru prosadit nejen v medicinském světě (proč jsou po víc než čtvrt století u nás sotva dva aktivní profesoři anesteziologie?), ale i hlavně laickém. Kde dodnes se popularizují chirurgové a o tom, že za pokrok svých úspěchů vděčí anesteziologii, není nikde ani slovo. I referáty chirurgů na kongresech již neuvádějí údaje o anestéziích. Britský příklad?

V r. 1966 anest. společnost organizovala v Praze první mezinárodní sympozium, které bylo velkým mezinárodním úspěchem a dalo podnět k dalším mezinárodním sympoziiám v zemích za železnou oponou. Vzali jsme si příklad z úspěchu farmakologického mezinárodního kongresu, který z iniciativy prof. Raškové byl první mezinárodní odbornou událostí za „železnou oponou“ My jsme byli druzí. S dr. Hoderem jsem byl hlavním organizátorem. Pro jednání jsme získali Rudolfinum. K levnějšímu ubytování účastníků, hlavně ze zahraničí, nám pomohla ve Vinohradské nemocnici hlavní sestra (Benešová), která nám zajistila žákovský domov v budově pro sestry (symposium bylo v době prázdnin žákyň). Na

průběh symposia nám pomáhali všichni anesteziologové, zejména z Prahy a blízkého okolí, spolu s anesteziologickými sestrami. Turistické kanceláře, zajišťující kongresy, tehdy ještě nebyly. Zajímavý byl i tištěný program, který jsme chtěli uveřejnit v češtině, němčině, franštině a angličtině. Avšak dozorčí orgány nám uložily, aby program byl vytištěn i v ruštině. Vyhnuli jsme se tomu tím, že jsem s kolegou Hodrem našel univerzitního znalce středověké latiny, který nám celý program přeložil do latiny a tím jsme uspokojili dozorčí orgány.

Úspěch symposia byl podnětem i k volbě Prahy pro evropský kongres, který se uskutečnil v r. 1970. Jeho pořádání jsem dohodl s Churchill Davidsonem na opakovacím kursu kodaňských absolventů v Kodani. Jeho realizace jsem se již nemohl účastnit.

Z titulu anesteziologického oddělení se mi podařilo přesvědčit Dr Šefrnu, vedoucího pražské záchranné služby, aby tehdy poskytované stáže v nemocnicích uskutečnil na našem oddělení, místo chirurgickém. Dr Šefrna měl tehdy blízký vztah k filmařům, se kterými natočil třídílný instrukční film o první pomoci. Jeden z dílů byl věnován resuscitaci a byl natáčen na našem oddělení i s našimi spolupracovníky. Kdyby ve filmu se podařilo zrychleně demonstrovat srdeční masáž, byl i dnes dobře použitelný.

Pro mou aktivitu, i řešení technických problémů, byl jsem zván prof. J Pokorným k jednáním o zajištění anestézií a resuscitace v armádním prostředí, i při mezinárodních jednáních.. V r. 1968 jsem tak byl vyslán (čs. patentním úřadem!) do Basileje na jednání o normování respirátorů. . Při té příležitosti jsem byl požádán rotterdamským profesorem anesteziologie Keuskampem který se jednání také účastnil za Holandsko, zda bych mu nemohl poskytnout pomoc specialisty - anesteziology pro nově založenou lékařskou fakultu. Před tím jsem vyjednal podobnou stáži pro dr Doubka v Nijmegenem a dr. Kazilovou v Amsterdamu - bylo politické jaro. Příslušní anesteziologičtí vedoucí v Holandsku však žádali nejkratší dobu stáže půl roku, zatím co prof. Keuskamp se spokojil jen se 3 měsíci. Proto jsem dohodl, že mu budu vysílat po 3 měsících postupně své sekundáře. Po návratu jsem se rozhodl, že jako první tam nastoupím sám, abych zjistil podmínky pro další. Chtěl jsem navázat stáži na účast na světovém kongresu v Londýně, kam jsem přihlásil referát o účincích CO₂ v mozku krysa (viz diplomová práce). Události srpna 1968 plány zhatily, do Rotterdamu jsem se dostal legálně, stáži několikrát mi MZd legálně prodloužilo. Ale když jsem dostal dopis ředitele nemocnice (tehdy to byl dr. Skalla), ve kterém mi uvedl, že po návratu budu muset obhajovat svou nepřítomnost v politicky pohnuté době (a byl mi znám kupř. osud chirurga Placáka i anesteziologa Jedličky), rozhodl jsem se zůstat trvale v Holandsku a rozvázal jsem pracovní poměr s Vinohradskou nemocnicí. Byl tu kvalifikovaný následovník, prof. Počta, který mohl převzít oddělení a dále je rozvíjet.

Tím mé vzpomínky končí, protože jsem v době politických změn nemohl mít další vliv na rozvoj anesteziologie ve Vinohradské nemocnici. Prof. Počta převzal fungující oddělení, avšak bylo jistě nevýhodou, že jeho poměr k hlavními nositeli chirurgie na Vinohradech, prof.- Polákovi, nemohl navazovat na můj dlouholetý pobyt na jeho oddělení, pomocí kterého jsem mohl taktičtěji prosazovat potřeby založeného anesteziologického oddělení.