

Vladimír

Nahodil

Vzpomínky  
chirurga

KAROLINUM

# Vzpomínky chirurga

Vladimír Nahodil

---

Recenzovali:

prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.

prof. MUDr. Petr Svobodný, Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova

Nakladatelství Karolinum

pro 3. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy

Grafická úprava Zdeněk Ziegler

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

Vydání první

© Univerzita Karlova, 2017

© Vladimír Nahodil, 2017

ISBN 978-80-246-3698-6

ISBN 978-80-246-3702-0 (pdf)



Univerzita Karlova  
Nakladatelství Karolinum 2017

[www.karolinum.cz](http://www.karolinum.cz)  
[ebooks@karolinum.cz](mailto:ebooks@karolinum.cz)



*Věnováno mým dětem, vnukům i pravnukům.*



# Obsah

Úvodem /9

## **I. VINOHRADSKÁ ÉRA /11**

Prvé kroky /11

Další kvalifikace /17

K 21. srpnu 1968 /22

K vývoji politických názorů /24

Několik pozdějších zážitků /27

K jednotlivým pracovníkům kliniky /28

Některé názory /37

K vlastní historii /39

Konkurs na místo přednosta vinohradské kliniky /44

Nástup nového přednosta chirurgické kliniky /49

## **II. MOTOLSKÁ ÉRA /53**

Konkurs na místo přednosta chirurgické kliniky /53

Jmenování přednostou a první kroky /55

Lékaři kliniky /62

Další pracovníci /63

Odborné zaměření /65

Obhajoby dalších titulů /70

Jiné události /71

Stavební a technické problémy a vedení kliniky

Pod Petřínem /75

„Stipendium“ do Kodaně /77

Další činnosti /80

Ohlédnutí za výsledky práce /82

Konečné osobní události /83

DOSLOV /92

NĚKOLIK ZÁVĚREČNÝCH NÁZORŮ /93





# Úvodem

Člověk, který ve vysokém věku začne uvažovat o sepsání svých osobních pamětí, s tím nesmí dlouho otálet, ale naopak brzy začít, dokud si ještě něco pamatuje. V opačném případě je tento záměr neřešitelný. Pohnutky k napsání pamětí mohou být přitom různé. Někteří považují své životní prožitky za natolik zajímavé, že jsou přesvědčeni o jejich výlučnosti a očekávají, že je budou s obdivem hltat nejširší vrstvy čtenářů. Jiní jdou ještě dále a dají si tu práci s tím, aby každý a bez hlubších úvah pochopil, jak dotýčný jedinec byl a dosud je dobrý, úspěšný a nenapodobitelný. Opakem pak může být filantrop, který úzkostlivě dbá na to, aby si čtenář vzal pro svůj úspěch v životě jako příklad jen to kladné, o čem pisatel vypráví. Jistě existují desítky jiných, vysloveně lidských a upřímných pohnutek se snahou o maximální objektivitu, ale snad všem autorům je společná skutečnost, že nikdy nezveřejní některé své zážitky, za které se z hloubi duše stydí a které si navždy ponechávají jako nedotknutelné tajemství. Mohly by sem patřit např. okolnosti osobních intimních vztahů, nedůstojné jednání, špatná rozhodnutí, drobné i větší podvůdky, poškození jiné osoby atd. Jen vzácnou výjimkou v těchto přízná-ních mohou být ti, o kterých platí úsloví „co neví, to nepoví“.

Je příznačné, že si mnozí lidé v pokročilém věku začínají uvědomovat a připomínat různé životní situace, které v mládí a ve středním věku – během pracovního rozmachu – spíše přehlíželi. A tak si začínají klást otázku, jak to vlastně tenkrát bylo, a mohou se tedy vynořit nejrůznější zážitky.

Když jsem si začal pohrávat s myšlenkou sepsat své paměti, odvrhl jsem především možnost nudného a podrobného vyličení svých životopisných údajů. Rovněž jsem nechtěl zabřednout do složité odborné chirurgické problematiky. Daleko větší důležitost a také hlavní inspiraci jsem našel v tom, že jsem si uvědomil

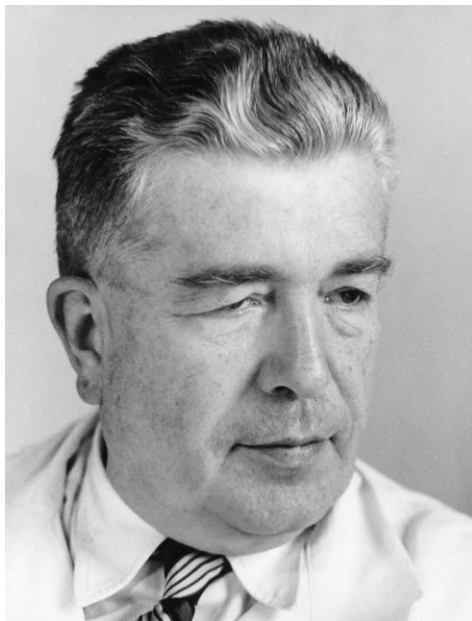
PROPASTNÝ ROZDÍL mezi technickou a společenskou úrovní v padesátých a šedesátých letech minulého století v porovnání se současnou dobou. Napadla mě v té souvislosti i určitá představa: Kdyby totiž někdo v tehdejších létech prohlásil, že na konci dvacátého a na začátku jednadvacátého století budou mít téměř všichni lidé z civilizovaných zemí malé příruční telefony, kterými se dovolají třeba z lesa nebo z přímořské pláže ihned k osobě na druhé straně světa, nebo, že lidé budou mít k dispozici miliardy informací přes něco, čemu se dnes říká internet, nebo že počítačová technika bude základem široké lidské činnosti, nesčetných vynálezů i s umožněním vesmírných letů, a kdyby navíc předpovídal, že v té budoucí etapě budou děti (včetně předškolních) učit řadu dospělých osob starší a staré generace všechno možné, co souvisí s počítači, pak by byl tehdy takový jedinec přinejmenším terčem posměchu, spíše však by ho považovali za podivína a za psychiatrický případ. A právě tato doba byla pro mne úplným začátkem mé lékařské dráhy.

# I. Vinohradská éra

## PRVÉ KROKY

V srpnu roku 1952, po ukončení studia medicíny, jsem byl tehdejším Ústředním národním výborem hlavního města Prahy přidělen do Vinohradské nemocnice na chirurgickou kliniku. Ta byla umístěna v pavilonu H a v té době představovala nejmodernější chirurgickou kliniku v Praze. Budova byla postavena v roce 1937, tedy 35 let po vzniku původní nemocnice. Chirurgické oddělení mělo 219 lůžek, včetně plastické chirurgie, která se později osamostatnila. V roce 1953, kdy byla založena Lékařská fakulta hygienická Univerzity Karlovy, se stalo chirurgické oddělení klinikou. Od samého počátku vedl toto pracoviště věhlasný chirurg prof. MUDr. Emerich Polák, DrSc. (1901–1980). Byl žákem prof. Rudolfa Jedličky a prof. Jiřího Diviše a od začátku své činnosti, tj. od roku 1925, se projevil jako mimořádně nadaný, pracovitý a zručný chirurg, který díky svému širokému odbornému vzdělání byl též perspektivním adeptem pro vědeckou práci. Po dalších 22 letech velmi úspěšné chirurgické, vědecké a hlavně neobvykle rozsáhlé operativní činnosti se v roce 1947 stal mimořádným a v roce 1954 řádným profesorem chirurgie.

Když jsem byl vyzván, abych se šel představit přednostovi kliniky, dostal jsem se do jeho kanceláře. Prof. Polák byl vyšší, silnější, impozantní postavy, mírně prošedivělý, jednal stručně a konkrétně, nikoli však odměřeně, spíše vlídněji. Když jsem mu několika slovy vylíčil svůj aktivní zájem o chirurgii, který jsem projevil již během studia, prohlásil: „Doufám, že se vám u nás bude líbit.“ A já jsem na to řekl: „Já také doufám.“ Teprve po několika letech, když jsem si vzpomněl na tuto svou slovní reakci, napadlo mě, jaké neomalenosti jsem se dopustil: Místo, abych slíbil, že se vynasnažím dobře plnit svěřené úkoly, já jsem jen „doufal“. Snad jsem to později napravil svou další mnohaletou činností.



Prof. MUDr. Emerich Polák,  
DrSc., v roce 1960

Ze starších spolupracovníků v té době tamtéž působili: zástupce přednosta as. MUDr. Antonín Kostecký (později prof., DrSc.), as. MUDr. Vladimír Vojtíšek, (později doc., DrSc.), MUDr. Telecký, MUDr. Mergl, MUDr. Stupka, MUDr. Valentová (později Vitovská), MUDr. Neumannová, MUDr. Malínský a MUDr. Vach.

Klinika měla v přízemí kromě kanceláře přednosta, knihovny s funkcí zasedací místnosti a sádrovny také poměrně prostornou ambulanci. Ta byla rozdělenou na dvě části a pro malé ambulantní výkony byl k dispozici operační sálek dostatečných rozměrů s příslušným vybavením. Během denního provozu pracovali na ambulanci dva lékaři, jeden starší, který zodpovídal za úroveň celé ambulance po stránce diagnostiky a ošetření, druhý mladší, který měl povinnost obrátit se na staršího kolegu v případě diagnostických potíží a předvést též všechny nemocné s náhlou příhodou břišní. Při noční službě byl na ambulanci angažován nejmladší ze tří sloužících, který měl rovněž povinnost předvést akutní nebo nejasné stavy starším kolegům.

Čtyři lůžková oddělení byla umístěna na prvním a druhém patře kliniky, každé zhruba s 52 lůžky. Na každém oddělení byla vyšetřovna, která sloužila také jako převazovna, a k ní byla přidružena menší místnost, kde byl psací stůl a aktuální chorobopisy. Za chod a úroveň léčebné činnosti odpovídal vedoucí příslušného oddělení, což byl vždy starší, zkušený lékař, kterému byli podřízeni obvykle dva mladší lékaři. Povinností mladších lékařů bylo kromě pomoci při ošetřování hlavně psaní chorobopisů a propouštěcích zpráv, To bylo v té době náročné na čas a nervy, protože tyto písemnosti se vyplňovaly ručně. Na odděleních totiž v prvních asi čtyřech létech mé činnosti nebyly psací stroje – snad pro nedostatek financí, méně pravděpodobně pro jistou animozitu některých odborářů vůči lékařům, kteří je potupně nazývali „bělopláštčníky“. U zcela začínajících lékařů se v prvních dnech práce dostavovaly určité komplexy méněcennosti s přesvědčením, že nic nevědí, a s konstatováním nebetyčného rozdílu teorie a praxe. Každé chirurgické pracoviště má své postupy a stereotypy a začínajícím lékařům různě dlouho trvá přizpůsobení jak v diagnostice, tak i v léčebných opatřeních. Jako ostatní, tak i já jsem v té době „plaval“ ve vyplňování chorobopisů a propouštěcích zpráv, které často vyžadovalo setrvávání na klinice do pozdních odpoledních hodin.

Po tzv. malé vizitě na oddělení se lékaři odebrali obvykle v 8:00 hodin do kanceláře přednosta kliniky na hlášení, které spočívalo hlavně v informaci o průběhu noční služby, ve středu a v pátek šlo navíc o určování jednotlivých operací a operátérů na příští dva dny. Mezi devátou a desátou hodinou profesor Polák denně prošel v rámci velké vizity celé lůžkové oddělení, což mělo kromě kontroly stavu nemocných za cíl také zjistit, kolik je propuštěných pacientů, a tudíž s kolika volnými lůžky je možno počítat pro objednané nové pacienty. A to byl často velký problém, protože nezdá se, že lůžková oddělení neúměrně obsazena v důsledku většího počtu přijatých nemocných s akutními stavy. Pan profesor pak přešel na ambulanci, kde zjistil počet objednaných pacientů a občas také byl nucen řešit překerní situaci s nedostatkem volných lůžek.

Před desátou hodinou přicházel profesor na operační sál, kde měl již připraveného prvního pacienta k operaci. Dodnes se zdá být neuvěřitelné, kolik operací byl prof. Polák schopen provést za jeden operační den. Na programu měl podle diagnóz napří-

klad: Tu pulm. sin., Struma, Struma, Struma, Cholelithiasis, Ulcus ventr., Tu sigmoidei (přeloženo do češtiny: nádor levého plicního laloku, zvětšená štítná žláza – třikrát, žlučové kameny, žaludeční vřed, nádor tlustého střeva). A s těmito operacemi byl hotov okolo 16. hodiny včetně „oběda“, který spočíval ve dvou velkých šálcích čaje a sušenkách, tehdy to byly tzv. svěženky. Při operaci nikdy nebyl nervózní, zřídka kdy trochu zvýšil hlas při chybě asistenta nebo instrumentářky, nikdy nespěchal, protože měl vypracovanou techniku tak, že neztrácel snad ani vteřinu času během postupu výkonu. Proto také mu trvala např. strumektomie asi půl hodiny, operace žlučníku často jen 20 minut, operace žaludku obvykle do 40 minut, plicní lobektomie včetně uzávěru torakotomie něco přes hodinu. Zatímco asistenti došivali operační ránu, profesor si v předsáli vykouřil cigaretu a zpravidla se vrátil k další operaci právě v momentě, kdy byly zakládány poslední stehy a anesteziolog dosáhl toho, že se pacient probudil těsně po zašití rány. Mezitím byl připraven další pacient na operační stůl, a než se profesor domyl, měl anesteziolog pacienta v narkóze. A my, kteří jsme asistovali, jsme se přemyli, zatímco pan profesor již v klidu natíral operační pole dezinfekčním roztokem. Neměli jsme tedy většinou žádnou přestávku a pro kuřáky to byla, jak jsme říkali, „protikuřácká poradna“.

Ideální způsob vylicené návaznosti anesteziologů na jednotlivé operace se postupně vyvinul teprve v průběhu šedesátých let. Do té doby byli na narkózu vypisováni jednotliví mladší a středně zkušené chirurgové. Dnes je již málo známo a zároveň téměř neuvěřitelné, že tehdy šlo zpravidla o éterovou narkózu, která byla aplikována kapáním éteru na mulovou masku nebo pomocí kovové, kulovité, tzv. Ombredanovy masky naplněné éterem. Po úvodu do narkózy nastalo pravidelně stadium excitace (podrážděnosti), při které se pacient začal silně bránit, jako by chtěl strhnout masku nebo vstát z lůžka. S tím bylo ovšem počítáno a sanitář byl nucen doslova zalehnout pacienta a přidržet mu ruce i nohy, dokud nedošlo k uklidnění ve stadiu hlubší narkózy. Určitého pokroku bylo dosaženo teprve v pozdějších letech tím, že pacient dostal nejdříve nitrožilně roztok pentothalu, po kterém okamžitě usnul; tím bylo vyloučeno stadium excitace a bylo možno pokračovat v inhalační narkóze po intubaci. Anestezii jako hlavní činnost se postupně začali zabývat jednotliví lékaři z chirurgického týmu, a tak vzniklo anesteziologické oddělení.

Hlavní zásluhu na tom měl doc. MUDr. Bořivoj Dvořáček, CSc. (1923–2015), kterému se také podařilo vybavit oddělení moderními přístroji a nakonec vytvořit školu spolehlivých anesteziologů.

Je třeba dodat, že profesor Polák operoval denně kromě středy, která byla na sálech sanitárním dnem. Ani po velkém operačním programu nebyl vyčerpaný nebo nějak zjevně unavený a odcházel domů do Washingtonovy ulice, kde měl též soukromou ordinaci. Doma se věnoval rodině, ve volném čase též pilnému čtení a zdokonalování ve hře na klavír, pro kterou měl jako konzultanta věhlasného profesora Františka Maxiána. Hrával také na housle a hostil Zikovo kvarteto, se kterým prý též občas hrál. Řadu let také vedl amatérské sdružení pro komorní hudbu – Heroldův klub.

Na klinice byly dva operační sály, na prvním patře s jedním stolem, na druhém patře se dvěma stoly – na jednom z nich operoval profesor, na dalších pracovaly dvě operační skupiny. V každé z nich byl alespoň jeden starší chirurg, který podle charakteru výkonu operoval s jedním nebo dvěma asistenty. Vzhledem k tomu, že na klinice bylo stále mnoho operací, byly instrumentářky postupně vycvičeny k úplné virtuozitě, takže spolupráce s nimi byla vynikající a jejich umění jsme si velice vážili.

Erudice lékařů v operování probíhala podle určitého, ne však přísného plánu. Než byly začínajícímu adeptovi chirurgie svěřovány jednotlivé operace, byl vypisován v prvních měsících své činnosti k druhé asistenci při větších operacích a tak se seznamoval s operační technikou. Zároveň se mohl starší chirurg přesvědčit o jeho disciplinovanosti a zručnosti. Vůbec první požadavek byl zvládnout dobře techniku šití rány, a to jak operační, tak i po úrazu. Dále bylo nutno zvládnout lokální anestezii, incize hnisavých procesů a některé drobné ambulantní výkony, včetně ošetření nekomplikovaných zlomenin. Větší operace se začínajícím chirurgům svěřovaly v určitém pořadí, a to postupně: appendix, kýly, varixy, hemoroidy, štítná žláza, žlučník, žaludek, střeva, některé urologické operace, pak event. hrudní nebo cévní rekonstrukční výkony. Závažnější operace náhlých příhod břišních prováděl vždy chirurg s větší zkušeností nebo s jeho kontrolou i mladší lékař. Cesta k výšinám oboru tedy nebyla jednoduchá.

Na klinice prof. Poláka bylo zakotveno nepsané pravidlo, že starší chirurg, který asistuje mladému adeptovi chirurgie, je za operaci plně zodpovědný a operující je povinen respektovat jeho

rady nebo i příkazy. Jestliže profesor vypsal začínajícímu lékaři první nebo jednu z prvních operací, obvykle staršímu chirurgovi z příslušné skupiny připomněl: „Musíte mu to odasistovat!“ To znamenalo odpovědnost za to, aby operace proběhla bezchybně. Tento postup byl ovšem v příkrém rozporu s tím, co bylo psáno v tehdejší učebnici obecné chirurgie, v níž se uvádělo, že operatér je suverénním řešitelem případu a nikdo mu nesmí do operace zasahovat. S tím ovšem nebylo možno souhlasit, protože např. mladý, nezkušený lékař v momentě, kdy mu byla svěřena operace, nemůže zcela odmítat radu staršího, asistujícího lékaře. I během operací zkušenějších chirurgů mohou být vzájemné diskuse o maximální účelnosti výkonu velmi přínosné. Takového chirurga, který by se jako operatér náhle změnil v nepřístupného suveréna, jsme na klinice neměli.

Sám jsem po ročním působení ve funkci mladšího sekundárního lékaře přešel na tříletou vědeckou aspiranturu, během které jsem kromě příslušných zkoušek dospěl k operacím štítné žlázy, žlučníku a žaludku a zároveň jsem začal s menšími publikacemi. První z nich (1954) byla o recidivujících kýlách a prof. Polák ji ohodnotil jako velmi dobrou. V roce 1955 jsem složil atestaci I. stupně z oboru chirurgie a zahájil studium na kandidátské disertaci. Tu jsem dopsal brzy po skončení aspirantury. Když ji pak prostudoval tehdejší asistent Vojtíšek, který byl přísný v hodnocení vědeckých prací, sdělil mi gratulaci k mé první monografii, jejíž název zněl *K otázkám karcinomu žaludku*. Tu jsem obhájil na děkanátu fakulty dne 8. 4. 1958 a byl jsem tak prvním kandidátem věd z fakultních pracovníků. Protože vůbec prvním obhájivším byl mimofakultní pracovník, dostal jsem na diplom CSc. pořadové číslo 2. Ač nerad, předešel jsem tím i své starší kolegyně z kliniky.

Již jako mladý lékař jsem začal s určitou pedagogickou činností tím, že jsem po dobu sedmi let učil chirurgii na Ošetřovatelské škole v Ruské ulici při Vinohradské nemocnici. Myslím, že žákyně této školy chirurgie zajímala, protože jsem se setkal s dobrou disciplínou během přednášení i zkoušení. Zúčastňoval jsem se také maturit jako přísedící a dodnes obdivuji toleranci předsedů komisí, kteří trpěli mé napovídání. Po více než padesáti letech jsem byl překvapen pozváním na setkání se zbytkem bývalých žákyň této školy a pochopitelně jsem se tohoto milého setkání zúčastnil.





Pozvání asi po padesáti letech od mých bývalých žákyň Zdravotnické školy na Ruské ul. u Vínohradské nemocnice

### DALŠÍ KVALIFIKACE

V roce 1959 jsem složil atestaci II. stupně z chirurgie a bylo mi přiděleno místo odborného asistenta s platem 4500 Kčs. Předtím, během aspirantury, jsem pobíral měsíčně 1200 Kčs a v době, když jsem měl již dvě děti, to bylo 1400 Kčs. Otázky platů ve zdravotnictví se v podstatě neřešily. Byl to důsledek bývalé Nedvědovy skupiny, do které patřil též dr. Špaček a která plánovala především přechod na zdravotnictví socialistického typu, ale ocenění zdravotníků do toho nespadlo. Spolupůsobily také politické faktory, např. výrok Zápotockého, že lékaři mají stejné žaludky jako ostatní obyvatelé. Ozvat se proti nízkým platům bylo tehdy velmi riskantní z hlediska možného postihu. Proto lékaři, kteří měli rádi své povolání a nechtěli o něj přijít, raději mlčeli. Nebyli jsme tedy žádní hrdinové. Nicméně ani v dnešní době ti, kteří hlasitě horují pro lepší platy zdravotnických pracovníků, nejsou žádní hrdinové, tentokrát ale proto, že kritizovat je v demokratickém státě dovoleno a maximálně se může stát, že nějaká politická strana určitým způsobem kritiku zneužije.

Není žádným tajemstvím, že jak lékaři, tak i zaměstnanci jiných oborů mohou mít tendenci vydělat si neoficiálně ještě mimo svůj plat. U lékařů to bylo často nebezpečné, protože stačilo, že lékař např. dostal od staré babičky vánočku, a už byl v novinách plísněn jako nemravný pracovník, zatímco u řemeslníků byl nezákonný výdělek běžně přehlížen, i když byl často realizován na úkor jejich zaměstnání. Postoj k těmto výdělkům by bylo možno rozdělit do tří skupin: V první šlo zásadní odmítání nabízeného daru. V druhé skupině sice nebylo nic požadováno, ale často ani odmítnuto. Ve třetí skupině šlo o to, že lékař ošetření nebo operaci podmiňoval předem požadovanou určitou částkou v korunách nebo v tuzexových bonech. Tento způsob se kupodivu málokdy dostal na veřejnost, pravděpodobně z toho důvodu, že by mohl být postižen i darující.

Nemohu zapomenout v té souvislosti na jednu podivnou nabídku. Jedna pacientka, které jsem odstranil dosti velkou štítnou žlázu, mi před propuštěním řekla: „Nevím, jak bych se vám odvděčila. Já vám třeba umyju nohy...“ Stačil jsem jí alespoň naznačit, že to skutečně od ní nepotřebuji.

Mně samotnému se přihodila v záležitosti darů jedna nepříjemná událost. Jeden pacient mi předal nějakou brožurku, a když jsem po jeho odchodu tento předmět otevřel, našel jsem tam 200 Kčs. Obnos jsem pacientovi hned druhý den i s brožurkou vrátil. Za několik dní jsem byl zavolán k děkanovi fakulty, tehdy doc. Bílkovi, protože mě udal dr. Jiráň, že jsem dostal od pacienta 200 Kčs. Děkan uvěřil více udání než mně, i když jsem mu vysvětlil, jak to ve skutečnosti bylo. Rozhodl se, že na mé asistentské místo vypíše konkurz. Byl jsem z toho značně rozmrzen a až trochu depresivní. Když jsem celou záležitost vyložil prof. Polákovi a řekl jsem mu, že asi odejdu a zvolím si někde třeba i podřadné místo, řekl mi trochu rozčileně: „To vás nesmí ani napadnout!“ Mě to dosti uklidnilo a podal jsem si žádost do zmíněného konkurzu, který jsem vyhrál. Závěr celé akce se strany děkana spočíval v tom, že mi dne 3. 6. 1963 poslal přípis tohoto podivného znění:

„Podle směrnic ministra školství a kultury o habilitačním a konkurzním řízení na vysokých školách jmenuji Vás odborným asistentem zdejší fakulty s podmínkou, že do 6 let, tj. do 1. června 1969, dosáhnete vědecko-pedagogického titulu docent.

Ve Vašem platovém zařazení nenastává tímto opatřením změna.

V případě, že nesplníte podmínku uvedenou v odst. 1 tohoto rozhodnutí, bude to důvodem k rozvázání pracovního poměru podle § 19 odst. 2 písm. g zákona č. 66/1950 Sb., o pracovních a platových podmínkách státních zaměstnanců.

Proti tomuto rozhodnutí můžete podat u děkanátu fakulty námitky do 15 dnů ode dne obdržení. Námitky nemají odkladný účinek.

V. Bílek, děkan fakulty“

Dodnes mi není jasno, co vlastně tímto přípisem děkan zamýšlel. Buď mi dal šanci dalšího postupu, nebo naopak očekával, že nebudu schopen uvedenou podmínku splnit. Nicméně důležité bylo to, že jsem tu docenturu obhájil nikoli za šest let, ale již za dva roky, tj. v roce 1965, ve svých 40 letech. Mou disertační prací byla monografie *Diabetické gangrény a flegmony*, která byla založena na rozboru zkušeností z několikaletého ošetřování pacientů s touto diagnózou s cílem najít soubor opatření vedoucí ke snížení mortality a počtu vysokých amputací. Tento záměr se podařilo zrealizovat a monografie, která se poprvé v republice zabývala touto tematikou, byla oceněna Maydlovou cenou. Současně s tímto zaměřením jsem začal jako jediný na klinice s cévní rekonstrukční chirurgií, a to nejdříve jako samouk, v další etapě za přispění neocenitelných přátelských konzultací pozdějších profesorů MUDr., DrSc. Libora Hejhala, Pavla Firta a Jaroslava Hejnala z Ústavu klinické a experimentální chirurgie (ÚKECH) při nemocnici v Praze-Krči. Prováděl jsem tepenné rekonstrukce na dolních končetinách, a to jak desobliterace, tak i by-passy buď venózní, nebo s cévními protézami, několikrát také operaci aneuryzmatu aorty, pro kterou však nebyly na klinice zcela vhodné podmínky. Zřídka přicházela v úvahu též karotická desobliterace. Později jsem zavedl venózní trombektomii při akutním trombotickém uzávěru hlubokých žil dolních končetin a své zkušenosti jsem zpracoval v monografii *Venózní trombektomie*, která byla v roce 1971 připravena jako disertační práce k obhajobě doktorátu věd.

Pokud šlo o hrudní chirurgii, asistoval jsem často profesorovi při operacích plic. Nebylo to mé hlavní zaměření, byl jsem však osudem donucen řešit třikrát při službě závažná nitrohruční poranění.

V prvním případě ze dne 15. 6. 1970 šlo o 28letého obuvníka F. B., který v noci asi 20 minut před přijetím při jízdě na motocyklu narazil hrudníkem na neosvětlený předmět. Byl v bezvědomí a urgentní rentgenové vyšetření ukázalo rozšíření horního mediastina (mezihrudí) svědčícího spolu s cyanózou obličejě a krku pro krvácení nejspíš ze srdce. Situace byla poněkud dramatická, protože po dovezení pacienta na operační sál jsem byl nucen nejdříve provést orotracheální intubaci a předat narkózu nejmladšímu členovi služby a po umytí jsem provedl otevření hrudníku s asistencí instrumentářky, protože druhý lékař ve službě zařizoval na ambulanci akutní příjem. Když se po několika minutách dostavil, bylo již po odsátí asi 400 ml krve a po otevření osrdečníku jasné, že jde o trhlinu v levé srdeční předsíni v délce asi 2,5 cm překračující na plicní žílu. Po tamponádě prstem bylo nutno asi na 5 minut pro neměřitelný krevní tlak operaci přerušit a aplikovat rychlý krevní převod. Po něm se krevní tlak upravil na 90/60 torrů a za této situace již bylo možno pod prstem přidržujícím krvácející místo připravit stehy a dodatečně při uvolňování prstu stehy zauzlit. Po rekonstrukci hrudní stěny se stav operovaného značně zlepšil. Zhojení bylo příznivé a byl propuštěn 18. den po přijetí. V dalších letech byl zcela bez potíží a plně fyzicky i pracovně zdatný.

Druhý případ se týkal 35letého zedníka P. J., kterému dne 10. 11. 1970, asi 10 minut před přijetím, při nastřelování hřebíku do zdi pronikl odražený hřebík do hrudníku. Pro jasné známky krvácení do perikardu byla indikována akutní torakotomie (otevření hrudníku), při které byl nalezen asi 3 cm dlouhý otvor v levé srdeční komoře. Otvor byl pod tamponujícím prstem sešit pěti silonovými stehy. Další, stejně dlouhý otvor byl zjištěn také na zadní stěně v pravé komoře. Ten se zdařilo rovněž uzavřít založenými stehy. Pokračování střelného kanálu bylo nalezeno v místě bránice, nicméně pro závažný stav nebylo operačně pátráno po cizím tělesu (hřebíku). Poněkud komplikovaný průběh si vyžádal hospitalizaci do 42. dne. Za další dva měsíce byl pacient znovu přijat k odstranění hřebíku, který byl nalezen v malé předstěře. Po dobrém zhojení byl propuštěn. Po dobu asi 20 let byl pravidelně kontrolován kardiologem.

Ve třetím případě šlo o 18letého učně J. F., který v den přijetí, 19. 8. 1971, havaroval při jízdě na motocyklu. Byl přivezen v traumatickém šoku a akutní vyšetření jasně ukázalo, že jde o krvácení do levé části hrudní dutiny z poraněné plíce. Vzhledem k tomuto nálezu byla