

SVENSK KIRURGISK FÖRENING
100 ÅR
1905–2005

Svensk Kirurgisk Förening 2005

Göran Ekelund (red), Boel Engarås, Ulf Gunnarsson, Rune Sjødahl, Göran Wallin



SVENSK KIRURGISK FÖRENING 100 ÅR

Utgivare/copyright Svensk Kirurgisk Förening

Layout: Barbara Dürr

Omslag: Stig Engelhardt

Fotobearbetning av R Cierpka, Medicinsk Informationsteknik, Björn Henriksson AB, UMAS, Malmö

Tryckt hos Elanders Tofters, Östervåla, 2005

ISBN 91-631-7466-9

Innehållsförteckning

1. Förord.....	1
<i>Göran Ekelund</i>	
2. Introduktion.....	3
<i>Jörgen Larsson</i>	
3. Kirurgins utveckling fram till 1905	6
<i>Lars Thorén</i>	
4. Kirurgin utveckling under perioden 1905–2005	20
<i>Lars Thorén</i>	
5. Särtryck ur Nordisk Medicin – Einar Key	30
6. Nordisk Kirurgisk Förening – dess betydelse för svensk och internationell kirurgi.....	39
<i>Sten Lennquist</i>	
7. Kirurgins stuktur i Sverige.....	44
<i>Jon Ahlberg, Lennart Forsgren</i>	
8. Kirurgisk verksamhet i glesbygd under början av 1900-talet. En studie i Norrland	55
<i>Sven Dahgren</i>	
9. Anestesiologi, intensivvård och perioperativ vård – en historisk återblick ...	64
<i>Henry Johansson, Torsten E. Gordh</i>	
10. Den kirurgiska patienten.....	78
<i>Bertil Hamberger, Göran Wallin</i>	
11. Ett modernt koncept för återhämtning efter kirurgi	83
<i>Olle Ljungqvist, Jonas Nygren</i>	
12. Kirurgins utveckling, sett ur ett organisatoriskt strukturellt perspektiv	87
<i>Ulf Haglund</i>	
13. Gynekologi och obstetrik på kirurgklinik.....	96
<i>Bo Lindberg</i>	
14. Oto-rhino-laryngologisk kirurgi i Sverige	101
<i>Tomas Gejrot, Jan Wersäll</i>	

15. Kort historik över svensk ögonsjukvård	105
<i>Ulf Havelius</i>	
16. Ortopedins utveckling i ett kirurgiskt perspektiv	111
<i>Richard Wallensten</i>	
17. Svensk Kirurgisk Förening – en av källorna till Svensk Handkirurgi.....	119
<i>Ann Nachemson, Lars Dahlin</i>	
18. Svensk urologis historia	123
<i>Peter Ekman, Erik Lindstedt</i>	
19. Svensk neurokirurgi – en historisk återblick.....	130
<i>Lars Wallstedt, Bengt Linderoth</i>	
20. Barnkirurgisk historik.....	138
<i>Leif Olsén</i>	
21. Om svensk plastikkirurgi 1938–2004.....	141
<i>Leif T. Östrup</i>	
22. Utvecklingen av thoraxkirurgin i Sverige till egen specialitet och till internationell ryktbarhet	150
<i>Christian Olin, Bengt Åberg</i>	
23. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård – rötter och grenverk.....	164
<i>Lars Wiklund</i>	
24. Endokrinkirurgins historia ur ett nationellt perspektiv	167
<i>Henry Johansson</i>	
25. Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi.....	174
<i>Jörgen Rutegård, Göran Ekelund</i>	
26. Svensk Förening för Övre Abdominell Kirurgi	181
<i>Ingemar Ihse, Lars Lundell, Johan Permert</i>	
27. Svensk Förening för Bröstkirurgi. Bröstcancer då och nu.....	188
<i>Jan Frisell, Christian Ingvar, Ann-Christine Källström, Jörgen Nordenström</i>	
28. Svensk Kärlkirurgisk Förenings bakgrund och historia.....	192
<i>Håkan Pärsson, Eric Wahlberg</i>	
29. Den laparoskopiska kirurgins utveckling i Sverige	195
<i>Agneta Montgomery, Dag Arvidsson, Joar Svanvik</i>	

30. Bräckkirurgins utveckling i Sverige.....	200
<i>Sven Bringman, Sam Smedberg</i>	
31. Kirurgiskt trauma, Svensk Förening för Traumatologi	203
<i>Per Örtenwall</i>	
32. Transplantationer: från försöksverksamhet till etablerad sjukvård	207
<i>Carl-Gustav Groth, Folke Nilsson</i>	
33. KIRUB – Kirurger under utbildning	212
<i>Conny Wallon</i>	
34. Kirurgprofiler i Sverige under 100 år	214
35. Föreningens tidskrift – Svensk Kirurgi	253
<i>Lars Olof Haftström</i>	
36. Acta Chirurgica Scandinavica/European Journal of Surgery	260
<i>Sten Lennquist</i>	
37. Kirurgisk forskning.....	264
<i>Tore Scherstén</i>	
38. Kirurger i samhälle och kultur	270
<i>Johannes Järhult</i>	
39. Kirurgutbildningen under seklet	280
<i>Boel Engarås, Göran Wallin</i>	
40. Arbetsförhållanden – glimtar ur kirurgens vardag.....	290
<i>Boel Engarås, Göran Wallin</i>	
41. Svensk Kirurgisk Förening och Svenska Kirurgförbundet	298
<i>Thomas Ihre</i>	
42. Minnesbilder från en period som facklig sekreterare i Svensk Kirurgisk Förening.....	307
<i>Folke Nilsson</i>	
43. Styrelsearbetet i modern tid.....	312
<i>Boel Engarås, Göran Wallin</i>	
44. Svensk Kirurgisk Förenings presidenter, ordföranden, sekreterare, redaktörer, hedermedlemmar och Acrelmedaljörer.....	335
45. Personregister.....	345

Författarregister

Utöver nedanstående författare hänvisas till förteckning i slutet av kapitel 34.

- Jon Ahlberg**, docent, chefsläkare, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Stockholm
- Dag Arvidsson**, docent, överläkare, Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
- Sven Bringman**, överläkare, Kirurgiska kliniken, Södertälje
- Sven Dahlgren**, professor em, (Umeå Universitet), Uppsala
- Lars Dahlin**, docent, överläkare, Handkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
- Göran Ekelund**, docent, f d chefsöverläkare, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
- Peter Ekman**, professor, överläkare, ordf Svensk Urologisk Förening, Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
- Boel Engarås**, Socialstyrelsen
- Lennart Forsgren**, docent, f d överläkare, Danderyd
- Jan Frisell**, professor, överläkare, Kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
- Tomas Gejrot**, docent, f d överläkare, (Kristianstad)/Åhus
- Torsten E Gordh**, verksamhetschef, Anestesi kliniken, Uppsala Akademiska sjukhus
- Carl-Gustav Groth**, professor em, Karolinska Institutet, Stockholm
- Lo Hafström**, professor em, överläkare, VO Kirurgi och transplantation, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Ulf Haglund**, professor, överläkare, Kirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Bertil Hamberger**, professor, överläkare, Kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
- Ulf Havelius**, överläkare, Ögonkliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
- Thomas Ihre**, docent, f d överläkare, f d ordförande Svenska Läkaresällskapet, Stockholm
- Ingemar Ihse**, professor, chefsläkare, Universitetssjukhuset, Lund
- Christian Ingvar**, docent, överläkare, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Lund
- Henry Johansson**, professor em, Uppsala universitet
- Johannes Järhult**, professor, överläkare, Kirurgiska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
- Ann-Christine Källström**, överläkare, Vrinnevisjukhuset, Norrköping
- Jörgen Larsson**, professor, överläkare, ordf Svensk Kirurgisk Förening, Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
- Sten Lennquist**, professor em, Linköpings Universitet
- Bo Lindberg**, docent, överläkare, Uppsala
- Bengt Linderöth**, docent, överläkare, ordf Svensk Neurokirurgisk Förening, Kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
- Erik Lindstedt**, docent, f d överläkare, Universitetssjukhuset i Lund

Olle Ljungqvist, docent överläkare, Mag-tarmcentrum, Ersta sjukhus

Lars Lundell, professor, överläkare, Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Agneta Montgomery, docent, överläkare, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Ann Nachemson, verksamhetschef, ordf Svensk Handkirurgisk Förening, Handkirurgisk klinik, Göteborg

Folke Nilsson, professor, Sahlgrenska Akademin, Göteborg

Folke Nilsson, docent, Skanör

Jörgen Nordenström, professor, överläkare, Kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Jonas Nygren, docent, överläkare, Karolinska Institutet, Divisionen för Kirurgi, CFSS, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Christian Olin, professor em, (Linköpings Universitet), Stockholm

Leif Olsén, docent, f d chefsöverläkare, Uppsala

Johan Permert, professor, överläkare, Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Håkan Pärsson, docent, överläkare, AO Planerade operationer, Helsingborgs lasarett

Jörgen Rutegård, docent, överläkare, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

Tore Scherstén, professor em, Sahlgrenska Akademin

Rune Sjädhall, professor, överläkare, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Sam Smedberg, överläkare, AO Planerade operationer, Helsingborgs lasarett

Joar Svanvik, professor, överläkare, Universitetssjukhuset, Linköping

Lars Thorén, professor em, Kirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Eric Wahlberg, docent, Kärlkirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Richard Wallensten, docent, överläkare, ordf Svensk Ortopedisk Förening 1998-2001, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Göran Wallin, docent, överläkare, Kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Conny Wallon, överläkare, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Lars Wallstedt, chefsöverläkare, Kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Jan Wersäll, professor em, Stockholm

Lars Wiklund, professor, Anestesi-kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Bengt Åberg, docent, verksamhetschef, ordf Svensk Thoraxkirurgisk Förening, Thoraxkliniken, Karlskrona lasarett

Per Örtenwall, docent, överläkare, PKMC SU/Västra Götalandsregionen, Göteborg

Leif T Östrup, professor em, Linköpings Universitet

FÖRORD

GÖRAN EKELUND

Med anledning av Svensk Kirurgisk Förenings 100-årsjubileum har föreningen önskat att beskriva utvecklingen under seklet. För jubileet tillsattes en jubileumskommitté, som tillika fungerat som redaktionskommitté (se nedan). Det gångna seklet har varit det hitintills mest omvälvande inom kirurgi. Mycket av det som hänt har väl beskrivits i tidigare publikationer till exempel av Wolfram Kock, Einar Ljunggren och Gustaf Giertz. Ett högtidstal som hölls av John Hellström 1954, och publicerades i *Nordisk Medicin*, illustrerar på ett förnämligt sätt svensk kirurgi vid den tiden och åren dessförinnan. Vi har därför funnit det intressant att här återge detta ta in extenso.

Av nämnda skäl har denna bok koncentrerats till den senare delen av seklet även om mycket som hänt under första sekelhalvan beskrivs även här. Ja, boken inleds även med en medicinhistorisk bakgrundbeskrivning av tiden fram till 1905.

Vi har valt att be om hjälp, för de olika avsnitten vi bestämt oss för, av kunniga kollegor eller föreningar inom vart och ett av dessa områden. Boken är alltså till stora delar närmast en antologi. Det är många författare (se författarregister) som bidragit till denna skrift och vi tackar här för allt detta. Vi tackar också för det mycket fina och effektiva samarbete som vi haft.

Svensk Kirurgisk Förening har inte haft något egentligt arkiv men väl en mycket stor mängd handlingar samlade i många pärmar och lådor. Av utrymmesskäl har detta material fått inhysas på några sjukhusarkiv. Här har Boel Engarås, Göran Wallin och Rune Sjödahl lagt ner ett gigantiskt arbete med att sortera och katalogisera detta. Ordnat på detta sätt kommer materialet framöver att förvaras på Svenska Läkarsällskapet för framtida intressenter. Detta material har varit till stor hjälp vid författandet av denna bok. Tyvärr är materialet inte helt komplett på alla punkter och så omfattande att det inte alltid gått att finna det man sökt. Av denna anledning ber vi om förståelse om vissa uppgifter saknas. De läsare som råkar ha sådana uppgifter får gärna meddela Svensk Kirurgisk Förenings kansli som tacksamt tar emot det till glädje för framtida skribenter.

Eftersom boken har så många författare har det resulterat i olika skrivstilar och i överlappningar. I den redaktionella bearbetningen har mycket sådant tagits bort eller flyttats men vi har ändå avsiktligt låtit liknande beskrivningar komma fram i flera kapitel – och delvis med olika nyanser. Det skall också vara möjligt att bara läsa enstaka kapitel för den som så vill.

Författarna har redan från början informerats om att sådan redaktionell bearbetning skulle ske. Det gäller framförallt de kapitel som rör profiler inom svensk kirurgi. Här har vi fått hjälp av många kollegor runt om i landet och för att få någon struktur på det heterogena materialet har vi för just det kapitlet anlitat en professionell skribent.

Svensk kirurgi har under seklet genomgått en betydande uppdelning i olika specialiteter och subspecialiteter. En del av dessa ingår inte idag i Svensk Kirurgisk Förening – men gjorde det tidigare under seklet och det är därför naturligt att inkludera beskrivning av hela den kirurgiska familjen.

Vi är medvetna om att många inte läser sådana här skrifter från pärm till pärm. Från oss som arbetat med denna bok vill vi dock sända hälsningen att det för oss varit synnerligen intressant och lärorikt att få ta till oss all denna historiska kunskap och hoppas förstås att läsarna av denna bok skall uppleva detsamma. Med en lite positiv travestering av känd devis avslutar vi med – ”Den som kan sin historia har framtiden för sig”.

För Svensk Kirurgisk Förenings jubileums- och redaktionskommitté

Augusti 2005



Jubileumskommittén: Boel Engarås, Göran Ekelund (ordförande), Ulf Gunnarsson, Rune Sjödahl, Göran Wallin och Tobias Kjellberg. Som adjungerad till kommittén har Svensk Kirurgisk Förenings ordförande Jörgen Larsson aktivt deltagit.

Barbara Dürr på föreningens kansli har varit till mycket stor hjälp och har svarat för sättning av kapitlen med montering av bildmaterialet.

INTRODUKTION

JÖRGEN LARSSON

Svensk Kirurgisk Förening högtidlighåller i år sitt 100-års jubileum. Jubileet uppmärksammas med ett symposium i Stockholm, en middag i Stockholms Stadshus och med denna jubileumsbok som beskriver svensk kirurgis utveckling framför allt under den senaste hundraårsperioden. Jubileet är en verkligt unik händelse som ger anledning till att både se tillbaka och att se framåt.



Föreningens första hundra år har varit förenade med en revolutionerande utveckling för kirurgi. Denna dramatiska utveckling möttes tidigt med skepsis av en del av etablissemangen. Så sent som 1874 skrev den kände Londonkirurgen Sir John Eric Erichsen att "buken, bröstkorgen och hjärnan kommer för evigt att vara stängda för ingrepp av den kloke och humane kirurgen". Billroth själv uttryckte lite senare följande: "ett ingrepp i hjärtat vore en prostitution av kirurgen".

Den snabba utvecklingen under 1900-talet är ett resultat av många svenska och utländska kirurgers storartade insatser som har givit en förbättrad diagnostik och förbättrade behandlingsmöjligheter associerat med stora tekniska landvinningar. Många kirurger och andra läkare har vidare varit involverade i annan för kirurgin betydelsefull utveckling såsom framtagande av narkosmedel, blod och vätsketerapi, antibiotika, kemoterapeutika, immunosuppressorer och terapi vid tromboembolisjukdomar. En nära samverkan mellan olika specialiteter har varit mycket viktigt för den kirurgiska utvecklingen.

Att prognostisera framtiden har således alltid varit svårt. Inte bara Erichsen och Billroth fick erfara detta utan flera andra kirurger har under andra halvan av förra seklet försökt att förutse kirurgins utveckling under de kommande 25 åren utan någon större framgång.

Hur bildades då Svensk Kirurgisk Förening? Redan i början av artonhundratalet grundades Svenska Läkaresällskapet och sällskapet hade i huvudsak en vetenskaplig inriktning. År 1880 bildades sedan Provinsialläkarföreningen och efter en diskussion med storstadsläkarna bildades Stockholms Läkarförening år 1900, som blev en föregångare till att även kirurgerna organiserade sig i en förening. En av anledningarna till att läkarna i början av förra seklet organiserade sig var en ökad konkurrens på arbetsmarknaden. Det fanns då bara en läkare på 8200 invånare att jämföra med dagens situation med en läkare på cirka 300 invånare. Några år senare, dvs 1903, grundades Sveriges Läkarförbund. År 1905 slöt sig kirurgerna samman till en förening och föreningens nuvarande namn fick vi först 1929. Redan 1893 hade dock Nordisk Kirurgisk Förening bildats och det första mötet ägde rum i Göteborg. Man diskuterade där bland annat erfarenheter av kloroformnarkos och kasuistik över hjärnabscesser.

Denna jubileumsbok belyser svensk kirurgis utveckling före 1905 och framför allt under de senaste hundra åren. Utvecklingen av nya kirurgiska specialiteter beskrivs och de nya specialistföreningarna har varit en viktig del av den kirurgiska utvecklingen under 1900-talet liksom vår förenings egen subspecialisering. Kirurgisk forskning och utbildning har kommit mer och mer i fokus som en del av den snabba kunskapsutvecklingen inom medicinen. Under senare år har kirurgernas roll i kultur och samhälle mer betonats. Vi har vidare mer och mer påverkats av hälso- och sjukvårdens ständiga omorganisationer. Jubileumsboken tar därmed med oss på en närmast hisnande resa genom svensk kirurgisk historia inom flera områden.

Redan under 1800-talet lades grunden för kirurgins starka utveckling under den senaste hundraårsperioden. Den första kirurgiska kliniken i Sverige inrättades vid Serafimerlasarettet 1835 av Carl Johan Ekströmer som var professor vid Karolinska Institutet och överkirurg. Narkosmedlens och aseptikens utveckling var grundläggande för kirurgins utveckling och här gjorde Jöns Jacob Berzelius, Carl Gustav Santesson och Peter Alrik Törnblom banbrytande insatser. Annars betydde Karl Gustav Lennander och John Wilhelm Berg mycket för svensk kirurgis utveckling ända fram till in på 1900-talet. Lennanders pionjärarbeten om appendicit och Bergs betydelse för utveckling av radiologin och för tillkomsten av Radiumhemmet är mycket väl kända.

Under de senaste hundra åren har vi kunnat se en fantastisk utveckling av kirurgin. Jag skall bara peka på några få avgörande svenska insatser. För övrigt hänvisar jag till bokens övriga kapitel. Redan 1912 utfördes den första embolektomin av Einar Key – ett viktigt steg i kärlkirurgins utveckling. Inom frakturkirurgins område gjordes i början av förra seklet instrumentkonstruktioner av stor betydelse av John Rissler och Sven Johansson. Clarence Crafoords och Herbert Olivecronas avgörande

insatser för utvecklingen av thoraxkirurgin och neurokirurgin kan inte överskattas. Hans Christian Jacobaeus uppfinning av thoracoskopet kom att få stor betydelse långt in i våra dagar. Den första njurtransplantation utfördes 1964 av Curt Franksson på Serafimerlasarettet och en spännande utveckling inom organtransplantationsområdet inleddes i Sverige. Nils Kocks utveckling av den kontinenta ileumreservoiren har fått ett stort internationellt erkännande. Listan över viktiga svenska framsteg kan göras lång.

Värdet av de kirurgiska pionjärerens och de enskilda kirurgernas insatser för dagens kirurgi kan inte överskattas. Idag sker emellertid framstegen ofta genom ett multidisciplinärt och internationellt lagarbete där i huvudsak små framsteg läggs samman och skapar tillsammans en successiv kirurgisk utveckling. Några exempel på en sådan utveckling är nya tekniker för bilddiagnostik ("imaging"), förfinad minimalinvasiv teknik och avancerad perioperativ vård, vilket ger en säker kirurgi med hög kvalitet.

Hur ser då framtiden ut? Den frågan har, som tidigare nämnts, många kirurger ställt sig genom åren. I mitten på sjuttioalet skrev J.E. Dunphy en artikel ("Surgery in the twenty-first century") där han korrekt prognostiserade utvecklingen inom njurstenskirurgin och proteskirurgin men helt felbedömde utvecklingen inom ulcuskirurgin och gallkirurgin. Gallstensbildningens gåta ansågs även snart kunna lösas.

På nittioalet återkom Larry W. Way i en liknande artikel ("General surgery in evolution") och pekade på att framtidens möjligheter låg bland annat i kirurgins samverkan med andra specialiteter. Way pekade särskilt på utveckling av ny teknologi, minskad invasivitet och färre traditionella operationer och dess konsekvenser för träning av kirurger.

Framtidens utmaning för kirurgin är verkligen att integrera biomedicinsk kunskap, teknisk utveckling, etik och humanism samt samhällsansvar. Särskilda utmaningar blir maligna sjukdomars behandling, traumakirurgi, omhändertagande av den geriatriska kirurgpatienten samt utveckling av organtransplantation.

Patienterna – inte kirurgerna – kommer att få större inflytande. Kirurgins resultat kommer att uppmärksammas och bli mer betydelsefull. För att säkra en fortsatt utveckling måste klinisk kirurgisk forskning stimuleras med nya belöningsystem och annan uppmuntran till innovation. Brobygge mellan basal och klinisk forskning måste stödjas.

Vi har lärt oss genom åren att de stora framstegen ofta är oväntade och att det inte finns några absoluta hinder för biomedicinsk eller teknisk utveckling. Förändringarna i samhället och inom medicinen kommer dessutom att gå snabbare och snabbare.

Jag vill slutligen som sittande ordförande i Svensk Kirurgisk Förening särskilt tacka Göran Ekelund som på ett professionellt och ansvarsfullt sätt lett det redaktionella arbetet med denna jubileumsbok. Hans insatser för bokens tillkomst kan inte övervärderas. Ett stort tack även till övriga i den så kallade 100-årskommittén; Boel Engarås, Ulf Gunnarsson, Rune Sjö Dahl och Göran Wallin samt till Barbara Dürr på vårt kansli för ett engagerat och fint arbete.

Kirurgins utveckling fram till 1905

LARS THORÉN

Kirurgi i någon form har utförts under många årtusenden. Papyrus Ebers (Egypten 1500 f.Kr) och de Hippokratiska skrifterna (omkring 400 f.Kr) visade försök att frigöra sig från magi och religion och införa läkekonst grundad på observation och förnuft. Kirurgin var inte skild från medicinen men var ett hantverk, som borde utföras av andra än aesculaperna/läkarna. I krigshärarna fanns antikens sår-läkare. Antika vas målningar (6:e till 4:e århundradet f.Kr.) visar strids- och idrottsskador men även olycksfall och hur förbandsläggning gick till. För Homeros var läkaren inte längre en magiker utan en praktiker.

Erasistatos – omkring 300 f.Kr. – och med honom Herophilos, båda verksamma i Alexandria, hade fått särskilda tillstånd till dissektion av människa, vilket annars var förbjudet i antiken. De kunde därför bidra med nya anatomiska kunskaper för kirurgisk verksamhet.

I Galenos´ skrifter var kirurgi en viktig gren av medicinen. Galenos från Grekland (ca 130–200 e.Kr) var gladiatorernas kirurg i Rom med erfarenhet av skadevård rapporterad i skrifter, som blev vägledande för verksamheten under drygt 1000 år. Sträckanordningar för reposition av fraktur finns beskrivna här. Han meddelade i sina skrifter också anatomiska kunskaper, som förvärvats genom studier av de ibland svårt skadade gladiatorerna men också vid dissektioner av djur, mestadels gris.

Inom klosterväsendet gavs under tidig medeltid kirurgisk vård av munkar enligt den kristna barmhärtighetstanken. Vid 4:e Laterankonsiliet 1215 med påven Innocentius III förbjöds dock munkarna att befatta sig med kroppen – själavården var deras uppgift. Samtidigt som de flesta skador sköttes i hemmet av de anhöriga fanns så kallade sår-läkare, i Tyskland kallade Wundärtzte. Paracelsus (1493–1541) i läroboken "Grosse Wundartznei" anser att *"blott den är kunnig kirurg, som kan förhindra uppkomsten eller mildra verkningarna av de komplikationer, som så ofta inträffar vid behandling av sårskador"* – giltigt än idag för hela den kirurgiska verksamheten.

Under medeltiden och framåt utfördes de flesta ingreppen av barberarkirurger. Barberarnas skrå i Sverige bildades 1496 och fick sina privilegier av Johan III 1571. De flesta av barberarkirurgerna skaffade sig erfarenhet genom att verka under krig och kallades då fältskärer. De hade lägre anseende än de akademiskt utbildade läkarna, som verkade inom invärtesmedicinen och några få inom kirurgien. Kirurgerna var hantverkare, verk samma utvärtes. I barberarskråets – senare barberämbetets – skyldighet ingick att vid krig förse krigsmakten med fältskärer, som skulle utrustas bland annat med fältskärskistor innehållande nödvändiga instrument och förband. Fältskärsexamen infördes 1669.

Ambroise Paré (1510–90) var 1500-talets mest betydande kirurg med fältskärsutbildning och stor kirurgisk erfarenhet i franska armén men också i fredstid, bland annat behandling av av gom-läppspalt och av bräckinklämning. År 1536 fann han att skottsår ej behövde behandlas med sjudande olja som seden var, då såret ansågs förgiftat av krutrester på kulan. Oljan tog slut under pågående strid, varför han använde salvor, vilket medförde att såren läkte bättre. Han ansåg liksom Paracelsus (1493–1541) att "Vis medicatrix naturae" var avgörande vid sårkläkning. Paré återinförde den då bortglömda kärlligaturen och behandlade den sivande blödnigen med tryckförband – han ogillade bruket av glödande brännjärn för blodstillning. En vägande insats gjorde han också vid utveckling av extremitetsproteser – i synnerhet hand- och underarmsprotes.



Titelsidan till William Harveys beskrivning av blodomloppet 1628.



Handprotes, konstruerad av Ambroise Paré omkring 1550.

Ur kirurgisk synvinkel var naturligtvis Andreas Vesalius' (1514–64) – professor i kirurgi i Padua 1537 – anatomiska dissektionsstudier av grundläggande betydelse, då de kunde korrigera felaktigheter i tidigare uppfattningar av människans anatomi, inte minst Galenos' överförande av fynden vid djurdissektioner till människa.

Den största händelsen under 1600-talet ur medicinsk/kirurgisk synvinkel var William Harvey's (1578–1657) upptäckt av blodomloppet. Blodets övergång från artär- till vensidan

via fina förbindelser föreslogs av Harvey men kapillärsystemet kunde påvisas först 1661 av Marcello Malpighi (1628–94).

Medicinarna hade 1663 bildat Collegium Medicorum, senare kallat Collegium Medicum medan kirurgerna representerades av Barberarämbetet.

Chirurgiska Societeten startades 1685 för att hävda kirurgins ställning och främja utbildningen. Under inflytande av vad som skedde i Frankrike efter revolutionen 1789 samordnades vid 1700-talets slut medicinare och kirurger vad beträffade organisation och utbildning. Den kirurgiska societeten upplöstes 1797 och uppgick i Collegium Medicum, vars uppgifter övertogs av det 1813 inrättade ämbetsverket Sundhetskollegium, som 1877 blev Medicinalstyrelsen, som i sin tur 1968 överfördes till Socialstyrelsen.

Vid Uppsala Universitet fanns under 1600–1700-talen två professurer i Medicinska Fakulteten – en i "teoretisk" och en i "praktisk" medicin fram till 1774 då en tredje professur, nämligen den i anatomi, inrättades och besattes med Adolph Murray (1751–1803), som 1788 fick uppgiften att också svara för kirurgin, som tidigare skötts av en akademifältskär.

I Stockholm fanns sedan Serafimerlasarettets öppnande 1752 Olof Acrel (1717–1806) – senare adlad af Acrel – med fältskärsutbildning och praktisk verksamhet i krig på kontinenten men också universitetsstudier för Carolus Linneus och Nils Rosén i Uppsala. Han blev överfältskär och senare med. doktor (1760) och därefter professor i kirurgi. Acrels insatser gav honom äretiteln "Den svenska kirurgiens fader". Acrels bok: "Chirurgiska Händelser etc", som utkom 1759, ger med 170 fallbeskrivningar en god bild av dåtidens verksamhet vid Serafimerlasarettet. År 1746 utgav Acrel skriften "Genaste sättet at inrätta och underhålla et Lazarett, eller sjukhus, så att det inom få år måtte ernå en ansenlig tillväxt". Serafimerlasarettet inrättades därefter och öppnade i oktober 1752 med åtta sängar, som fyra år senare ökades till 36. På varje sängplats vårdades två-tre, kanske fler, patienter.

Sjukhusväsendet började utvecklas under 1700-talet. I Uppsala hade på medicinprofessorn Lars Robergs (1664-1742) initiativ Nosocomium Academicum – med åtta sängar – inrättats 1708 och 1712 tillkom ett Länslasarett – båda i redan befintliga byggnader. Roberg påpekade att "ingen är fullkomlig medicus, som inte förstår kirurgien" – och jag skulle vilja tillägga: "ingen är komplett kirurg som inte kan sin medicin".

Lasarettsväsendets utveckling fram till 1880 skildras av Hallin 1881. Ett stort problem som påpekas är infektionernas spridning när vården koncentrerades till sjukvårdsinrättningar.



Olof af Acel (1717–1806). Olja på duk, Johan Haagen sign.
Svenska Läkaresällskapets porträttsamling.

Två betydelsefulla kirurger under 1700-talet vill jag framhålla. Den ene var Lorenz Heister (1683–1758), som studerade varbildning i buken och antog att inflammationen kunde utgå från det maskformiga bihanget. Den andre var John Hunter (1728–93), experimentalkirurgins portalfigur. Han sammanfattade sin betydelsefulla gärning i "A treatise on the Blood, Inflammation and Gun-shot Wounds" – den utkom 1794. Detta var några av förutsättningarna för kirurgiens utveckling under 1800-talet.



Operation på Serafimerlasarettet 1897. Medicinhistoriska Muséet i Stockholm.

1800-talets kirurgi

I svensk-ryska kriget 1808/1809 rådde stor brist på fältskärer och Karolinska Institutets beteckning vid dess organiserande 1810 var "Institutet för fältskärens danande"



K.G. Lennander avlägsnar januari 1987 pistolkula från höger nacklob, lokaliserad med röntgenundersökning av Thor Stenbeck.

– sedermera Karolinska Medico-Kirurgiska Institutet. Fältskärsutbildningen pågick fram till 1896. Fältskärer fanns dock kvar i verksamhet in på 1900-talets första decennier.

I detta sammanhang kan nämnas de insatser som Napoleons livkirurg Dominique Jean Larrey (1766–1842) gjorde. Hans mest bestående insats var införandet av förbandsplatser nära stridslinjen och hästdragna (två eller fyra hästar), "flygande" ambulans. ("ambulance volante"). Detta gav impulsen till utveckling av civil ambulansorganisation.

Kirurgin var under större delen av 1800-talet fortfarande en "utvärtes" verksamhet. Uppgifterna var att sköta om sår, ta hand om benbrott, öppna bölder, klyva upp fistlar, uppmejsla för dränage

av kroniska osteomyeliter, dränera variga coxiter, avlägsna hudtumörer etc. Det största ingreppet var amputation av ben eller arm samt operation för sten i urinblåsan (Dzondi, 1830). På Lunds gamla lasarett hade kirurgavdelningen benämningen "Utvärtes avdelningen" på hänvisningsskyltarna.

De stora hindren för att kirurgin skulle kunna användas "invärtes" var blödning, smärta och infektion.

Blödning

Celsus skriver andra århundradet e.Kr sitt betydelsefulla arbete "De re medicinae" ("Åtta böcker om läkekonsten"). I volymen om kirurgi talar han om underbindning av kärl = ligatur. Detta glömdes bort men på 1300-talet nämner den franska krigskirurgen Guy de Chauliac (1300–68) denna åtgärd, vilken därefter ånyo glömdes bort. Ambrois Paré (1510–90) etablerade åtgärden slutgiltigt 1559 och därefter glömdes den ej längre. Han använde vid amputation en av honom konstruerad tång med vilken de stora kärlen kunde dras fram och ligaturer anbringas. Den diffusa blödningen motverkades med tryckförband eller vid denna tid och framöver med behandling med glödande så kallad brännjärn, vilket Paré ej accepterade.

En variant av åtsnörande förband är gummibindan enligt Friedrich von Esmarck (1823–1908), som möjliggjorde operation "i blodtomt fält" på arm eller ben.

Blödningen var dock fortfarande ett problem många gånger och den fina kärlklämman med spärranordning, som konstruerades av Jules Péan (1830–98) i Paris på 1860-talet – efter uppfinnaren kallad peang – bidrog till att lösa dessa svårigheter.

Blodförlusten sökte man ersätta i sporadiska försök till blodöverföring. Först användes lammblood 1666/67, under 1700-talet blod från människa, men ofta med katastrofal utgång. Inte förrän Karl Landsteiner (1866–1943) 1901/1902 upptäckte blodgrupperna, senare kallat ABO-systemet, och 1940/1942 Rh-systemet, kunde blodtransfusion ske med mindre risk för komplikation.

Smärta

Ända sedan antiken har man försökt påverka smärtan med extrakt av växter som vallmo, mandragora etc. Homeros omnämner papaver somniferum, opium, indisk hampa och troligen hashish. Senare har brännvin använts för att lindra smärtan. Endast ytliga och snabba ingrepp var möjliga och instrumenten utformades för att fylla dessa krav. Regeln var: "cito, tuto et jecunde" (snabbt, säkert och skonsamt). Andra metoder var att kirurgen med tummarna klämde av a. carotis tills patienten svimmade, alternativt kunde åderlåtning ske till grumling av medvetandet.

År 1842 började Crawford Williamsson Long (1815–78) använda eter i sin kirurgiska praktik men han blev efter någon tid tvungen att sluta med detta eftersom prästerna predikade att smärta var av Gud given och ej fick elimineras.

I Boston, på Massachusetts' General Hospital, avlägsnades 1846 en tumör på halsen av kirurgen Warren efter det att tandläkaren William Morton (1819–68) sövt patienten.

ten med eter. När patienten vaknade efter operationen förklarade han att han inte känt någonting – en sensation som snabbt spred sig över världen. Året därpå kom kloroform till användning genom James Y. Simpson (1811–70), narkosen skapade möjligheter för mer omfattande ingrepp.

Infektion

Man hade både före och efter Parés tid använt antiseptiskt verkande medel som ter-pentin, nejlikolja, kamferolja, vin etc men antagligen inte regelmässigt.

Infektion drabbade i mycket hög utsträckning de sårade och de opererade. Död-ligheten var hög på kirurgavdelningarna. Ett öppet benbrott eller ett genomskott i till exempel underbenet medförde så hög dödlighet att regeln var att benet skulle amputeras inom tre–sex timmar, oftast ovan knäleden, för att öka chansen till överlevnad. Dödligheten efter amputation var dock hög – vid sjukhus i Paris 1836–41 var mortaliteten 39 procent, i Edinburgh ända upp till 50 procent och på London Hos-pital 35 procent. Inför denna lasaretsfarsot stod kirurgerna säkerligen modfälda. Vissa patienter opererades i hemmet med lägre mortalitet i infektion.

Lika förfärliga var förhållandena vid barnbördshusen med hög dödlighet i ”barn-sängsfeber” (var 10:e kvinna, ibland var 5:e avled i barnsängsfeber). En stor händelse var Ignaz Semmelweiss (1818–65) insats under 1840-talet vid Allgemeine Krankenhaus i Wien. Där fanns två BB-avdelningar, en där barnmorskor utbildades med en till två procent mödradödlighet, en där medicine studerande praktiserade med upp till tio procent mödradödlighet. Semmelweiss anade ett slags kontaktsmitta från obduktioner via medicinarnas händer. När Semmelweiss införde klorkalktvättning av händerna sjönk dödligheten till samma nivå som på barnmorskeutbildningen. Semmelweiss insats uppskattades inte av kollegorna – kanske för att han inte kunde visa på orsakssammanhangen. Han flyttade därför till Budapest, där han var profes-sor från 1855 fram till sin död.

Rättsmedicinaren Kolletschka, kollega och vän till Semmelweiss, avled i pyämi efter ett knivstick i ett finger i samband med obduktion – efter detta var det klart att även barnsängsfeber är en blodförgiftning överförd genom kontaktsmitta. Så stora män i medicinens historia som Billroth och Virchow trodde dock ej på detta. Även Semmelweiss avled 1865 i pyämi efter att ha skurit sig i ett finger vid obduktion.

Antonie van Leeuwenhoek (1632–1723) såg i sitt primitiva mikroskop ”smådjur”-bakterier omkring 1670 men visste av naturliga skäl inte vad det var. Det dröjde 200 år innan detta klarlades.

På 1850-talet arbetade Louis Pasteur (1822–1895) med störningar i vinproduktio-nen och fann i sitt mikroskop mikroorgansimer – mest svampar. För att eliminera dessa införde han vad vi idag kallar ”pasteurisering”, det vill säga uppvärmning till 55–60 grader. Han studerade också varbildning och förruttelse och såg bakterier. Hans arbeten lade grunden till att mikrobiologi/bakteriologi senare blev självstän-diga grenar av biologi och medicin.

Joseph Lister (1827–1912), verksam i Glasgow, hade som alla andra kirurger bekymmer med infektioner. År 1864 fick han information om effekten av karbolsyra på staden Carlisle's avloppsvatten, vilket användes för bevattning av betesfält. Kornas inälvssjukdomar minskade efter denna behandling.

Redan 1863 hade apotekaren Lemaire i Paris visat karbolsyrans effekt vid "putrefaction".

Lister hörde om Pasteurs arbeten i Paris och for dit och blev övertygad om mikroorganismernas roll i förruttelseprocessen (infektionen betecknades så). Han for hem och studerade var från sina patienter och såg bakterierna i sitt mikroskop. För att bekämpa dem använde han karbolsyra, som har en mycket god bakteriedödande effekt, i 1-5 % lösning för tvättning av sår, händer och instrument. Efter ingrepp förband han såren med karbolindränkta kompresser, som byttes med jämna mellanrum. Han skapade därmed den antiseptiska tekniken – på den tiden kallad "listerism".

Spridning av infektionen sker genom kontaktsmitta, vilket Semmel-weiss visat på 1840-talet men Lister trodde också på luftburen smitta. Han ville motverka spridning via luften och konstruerade en karbolsyraspray, som blåste ut en aerosol av karbolsyra i operationssalen. Ämnet har en viss vävnadsskadande effekt. Den gjorde sig gällande med lungskador, när personal på operationsavdelningen inandades ångorna, varför spraytekniken ganska snart övergavs.

När Lister införde sin antiseptiska teknik på olycksfallsavdelningen vid Glasgow Infirmary sjönk dödligheten från 45 procent till 15 procent.

Med karbolsyralösning behandlade Lister under 1860-talet en serie av olycksfallsdrabbade med öppna underbensfrakturer – patienter som med den tidens sätt att se skulle ha amputerats. Han visade att flertalet (9/11), läkte med benet i behåll, en patient hade så svåra skador i underbenet att amputation måste utföras – han överlevde – och en hade så svåra skall-hjärnskadador att överlevnad ej var möjlig. Detta material publicerades i en serie uppsatser i *Lancet* 1867, den första hade titeln "On a new method of treating compound fractures". Detta arbete markerar antiseptikens födelse.

Senare kom Robert Koch (1843–1910), som renodlade mjält-brandsbacillen och tuberkelbacillen samt upptäckte tuberkulin. Han renodlade också och skilde på olika bakterier i infekterade sår. I försök med inympning på djur av renkulturer av bakterier kunde han skilja på patogena och apatogena mikroorganismer – detta är tillkomsten av specialiteten bakteriologi. Han lämnade viktiga bidrag till aseptikens införande genom sin steriliseringsmetod – kokning, senare utvecklad till ångsterilisering, autoklavering.

Den antiseptiska/aseptiska tekniken kom att införas på kirurgklinikerna under första delen av 1880-talet. Jaques Borelius (1859–1921), sedermera professor i kirurgi i Lund, disputerade 1890 med en avhandling på detta tema.

Gummihandskar infördes 1889/90 av William Halsted (1852–1922) och operationsmask/munskydd började användas senare under 1890-talet av Johann von

Mikulicz (1850–1905). I början av 1900-talet införde Paul Friedrich (1864–1916) den sömlösa gummihandsken. Samme man föreskrev att sår skall sutureras inom sex till åtta timmar – "Friedriche Wundgesetz."

Medicinska tidskrifter började utkomma, Nordiskt Medicinskt Arkiv startades av 1869 av Axel Key (1832–1901). År 1901 indelades tidskriften i en kirurgisk och en medicinsk sektion, som 1919 blev Acta Chirurgica Scandinavica respektive Acta Medica Scandinavica.

"Invärtes kirurgi"

När nu de tre hindrande momenten var under kontroll kunde kirurgiens första "pulsvåg" börja omkring 1880. Redan tidigare hade dock operation på äggstockarna (ovariotomi) gjorts för stora cystor och tumörer med stor risk på grund av infektion. Richard von Volkmann (1830–89) ger redan 1878 en översikt av sina erfarenheter av rectumexstirpation vid cancer.



Axel Key (1832–1901), Olja på duk. Emil Österman sign. Svenska Läkaresällskapets porträttsamling.

Magsäck

Jules Péan var den som först opererade magsäckscancer 1879 men patienten avled. Theodor Billroth (1829–94), som introducerade anestesi och antiseptik/aseptik i Wien, utförde sin första operation av samma åkomma 1881 och patienten överlevde. En tumör i magsäckens nedre del avlägsnades och magsäcksresten förenades med duodenum, den operation som senare kom att kallas Billroth I.

Vid Billroths nästa motsvarande operation 1885 satt tumören högre upp och magsäcksresten förenades med en jejunumslynga, vilken operation senare fick beteckningen Billroth II.

År 1897 opererade Carl Schlatter (1864–1934) en cancer med avlägsnande av hela magsäcken (total gastrektomi) med patienten överlevande.

År 1882 opererades en patient med magsår av Ludwig von Rydygier (1850–1925). Han publicerade ingreppet som den första operationen för magsår, vilket redaktören kommenterade med "Förhoppningsvis också den sista".

Theodor Kocher (1841–1917) diskuterade 1898 ventrikelkirurgi vid carcinom och ulcus – teknik och indikationer. Mortaliteten var hög men hade vid ulcusoperation gått ner från 36 procent före 1890 till 17 procent efter. Vid avlägsnandet av ventrikelcancer under 1890-talets första del var mortaliteten strax över 50 procent i tre sammanlagda material.

Gallvägar

Cholecystolithotomi förekom i enstaka fall under 1800-talets andra hälft. Det första ingreppet av detta slag utfördes 1867 av J.S.Bobbs (1809–70).

Den första gallvägsoperationen med avlägsnande av en inflammerad gallblåsa gjordes 1882 av Carl Langenbuch (1846–1901) med lyckat resultat. Langenbuch gjorde också 1888 den första större högersidiga leverresektionen.

År 1884 utförde K.Thornton ett gallvägsingrepp med krossning av stenar i choledochus. Senare samma år opererade han samma åkomma men öppnade choledochus och hämtade ut stenarna.

År 1889 gjorde Hugo von Unge i Norrköping cholecystektomi för första gången i Sverige.

År 1905 redovisade bröderna Mayo, St Mary's Hospital, Rochester Minn., en serie av 1000 gallvägsoperationer under tiden 1891–1901 med mortaliteten fem procent (2,4 % när sjukdomen var lokaliserad till gallblåsan och 11,7 % när ductus choledochus var inbegripen), ett resultat som sannolikt överträffade de flesta klinikers vid denna tid.

Appendix

Inflammation av appendix behandlades under större delen av 1800-talet konservativt med opium, varma grötomslag på bukens nedre del, åderlåtning, laxering/lavemang etc. och eventuellt öppnande av abscess.

En ny syn på detta kom 1886 med Reginald Fitz' (1843–1913) arbete "Perforating inflammation of the vermiform appendix" – vanligen benämnt "brusten blindtarm". I en serie av 257 obduktioner av patienter döda i peritonit visade han att utgångspunkten för den dödande bukhinne-inflammationen var appendix. Tidigare antog man att processen i många fall började i caecum. År 1880 avlägsnade Robert Lawson Tait (1845–99) i England en gangränös appendix med lycklig utgång.

Den första operationen i Norden för denna åkomma, appendicit med perforation och peritonit, utfördes 1889 med gott resultat i Uppsala av K.G. Lennander (1857–1908) och 1891 gjorde han första appendektomin i fritt intervall. Han ägnade sedan detta ingrepp stort intresse under professorstiden 1891–1908. Lennander framlade sina erfarenheter i tryck 1902 och hela uppsalaklinikens appendicitmaterial redovisades i två avhandlingar 1907 och 1909 (se följande kapitel).

Endokrin kirurgi

Kocher såg ett stort antal fall av struma och redogjorde 1889 för diagnostik, indikationer och behandling av atoxisk och toxisk struma samt vid malignitet. Operationsmortaliteten hade sjunkit från 14,8 procent år 1882 till 2,4 procent i en serie av 250 fall opererade 1884–1889. När malign struma borttogs i 20 fall var mortaliteten 1,3 procent. Kocher, som 1909 erhöll Nobelpris, redogjorde för "Cachexia thyreopriva" det vill säga postoperativ hypothyreos och beskrev hur man undviker skada på n.

recurrens. Tidigare hade total thyreoidektomi utförts, men Kocher visade att en rest av fungerande parenchym skulle lämnas kvar.

Neurokirurgi – pionjäroperationer

Olof af Acrel var sannolikt den förste som vågade operera en hjärntumör – beskrivet i "Chirurgiska händelser". Operationer för hjärnabscess förekom under 1800-talet.

Den första lyckade exstirpationen av en hjärntumör utfördes 1879 av William Macewen (1848–1924), han avlägsnade också 1883 en extradural ryggmärgstumör med god effekt på pares och inkontinens.

Första avlägsnandet av främmande kropp i hjärnan efter lokalisation med röntgenundersökning gjordes 1897 av K.G. Lennander. Patienten var en 33-årig man, träffad av revolverkula i vänster öga. Ögat exstirperades på Örebro lasarett augusti 1895. Patienten remitterades sedan till Akademiska sjukhuset på grund av huvudvärk och domningskänsla i vänster kroppshalva. Opererades januari 1897 av K.G. Lennander med trepanation över höger nacklob och exstirpation av kulan, som var elva millimeter lång och med åtta millimeter i diameter. Efterförloppet var okomplicerat med försvinnande av huvudvärk och neurologiska symtom.

Thoraxoperationer

Mot slutet av den aktuella perioden började bröstkorgen bli tillgänglig för ingrepp. 1904 konstruerade E.F. Sauerbruch (1875–1951) en undertryckskammare, en ganska invecklad operationsmiljö, som senare ersattes av ventilation och övertrycksandning.

En operation betraktad som spektakulär utfördes 1896 av Ludwig Rehn (1849–1930) då han suturerade en knivskada genom vänstra hjärtkammarens vägg.

Gynekologi

Ovariotomier utfördes under 1860/70-talen med hög operationsmortalitet. Rupturerad extrauterin graviditet opererades med framgång 1883 av Lawson Tail (1845–99).

Sjukhusvård/specialisering

Patienterna vårdades antingen på avdelningen för invärtes medicin eller på avdelningen för "utvärtes medicin" det vill säga kirurgi när den kirurgiska verksamheten i slutet av 1800-talet utvecklades och då också det kirurgiska stamträdet började förgrenas.

Utvecklingen i Uppsala tar jag som exempel: Obstetrikern blev självständig med egen professur 1891 med A.O. Lindfors som förste innehavare. Oftalmiatriken fick egen professur 1894 med Allvar Gullstrand som förste innehavare, Nobelpristagare 1911.

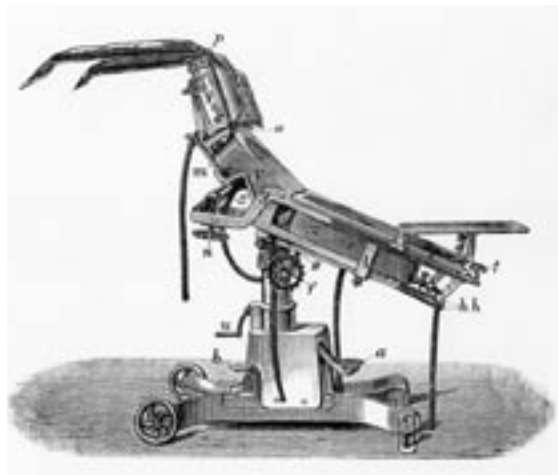
Oto-rhino-laryngologi blev egen specialitet 1916 med Robert Baraný som överläkare, sedermera professor. Nobelpristagare 1915.

Kirurgiska instrument

Under 1800-talet användes de instrument som utformats under närmast föregående århundraden. Vackra, fint utsirade instrument med trähandtag, svåra att rengöra och handtagen känsliga för kokning och hantering. När antiseptik/aseptik infördes ledde detta till att tillverkningen av kirurgiska instrument hade en blomstringstid 1880–1910, Albert Stille, senare Max Stille, firman Werner m.fl. Instrumenten måste nu vara släta för att underlätta rengöring och "rostfria" för att tåla desinfektionsmedel och sterilisering – förkromning och förnickling var aktuell. Omkring 1925 började man tillverka instrument av rostfritt stål.

Instrumentutvecklingen gick raskt. Exempel på detta är det nya tre-panationsinstrument som konstruerades av Karl Dahlgren och som tillverkades av Stille 1896. Tidigare hade man mellan trepanationshålen mejslat eller sågat fri en benlambå – en riskfylld teknik som nu underlättades med Dahlgrens tång så att den blev säkrare och snabbare.

Operationsborden var på utvärteskirurgiska tiden i regel stabila, vanliga bord – kanske ofta med utsirade underrederna. Operationsstolar förekom också. När eter- och kloroformnarkosen utvecklats behövdes bord där patienten kunde fixeras vid bordet (tidigare var det assistenter som höll fast patienten). Under 1850-talet var det enkla bordets tid förbi och nu började tillverkning av operationsmöbler i trä.



"Madsenbordet", konstruerat av Alfred Madsen, tillverkat 1890, beskrivet av Fenger och Madsen – se ref. Finns på Medicinhistoriska Museet i Uppsala.



Operationsstol – 1700-talets mitt. Från Diderot et d'Alibert: Encyclopédie.

Kirurgisk diagnostik

Med klinisk undersökning kom man långt men i slutet av 1800-talet tillkom Conrad Röntgens (1885-1923) upptäckt av x-strålarna, som han kallade dem 1895 när han studerade elektronflöden i evakuerade urladdningsrör, så kallade katodstrålerör. Till en början användes de av kirurgerna för att lokalisera främmande metallkropp-

par, vilket underlättade extraktion, och för att undersöka frakturer före och efter reposition och gipsning. Den följande oerhört betydelsefulla utvecklingen av röntgenundersökningen tillhör dock i stort sett 1900-talet.

Röntgen fick det första utdelade nobelpriset i fysik 1901 för "upptäckten av de egendomliga strålar, som sedermera uppkallats efter honom".

Endoscopi har blivit en viktig del av kirurgisk diagnostik. Det första cystoskopet med elektrisk lampa i distala änden konstruerades 1877 av Max Nitze (1848–1906).



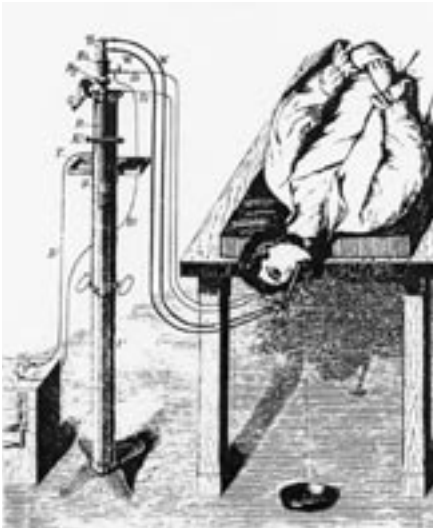
Thor Stenbeck "Röntgenstrålarne i medicinens tjänst", 1900. Medicinhistoriska Museet i Uppsala.

Oesophagoscopi introducerades 1898 av Gustav

Killian. Killian införde också en metod för laryngoscopi, som gjorde operation i larynx möjlig 1912. Procto- och rectoscop infördes i diagnostiken omkring 1900.

Vi är så framme vid tiden för bildandet av föregångaren till Svensk Kirurgisk Förening 1905. År 1893 hade Nordisk Kirurgisk Förening startats, i själva verket den första internationella sammanslutningen.

H. Tillmans beskriver situationen för kirurgien vid 1900-talets början: "Aus dem Handwerk ist eine Kunst, eine Wissenschaft geworden, welche immer mehr naturwissenschaftliche Methoden zu arbeiten sucht".



Gastroskopi 1881 med rakt, stelt instrument enligt Johann von Miculicz-Radecki (1850–1905).

Litteratur

För utförligare redogörelser och för referenslitteratur hänvisas till följande översikter:

Absolon, K.B., Absolon, M.J. & Zientak, R.: From antisepsis to asepsis. Review Surg. 27:245-258, 1970

Acrel, O: Chirurgiske Händelser anmärkte vid Kongl. Lazarettet, Stockholm 1759. Utgiven i facsimiltryck till 250-årsminnet av Acrels födelse, 1967

Balas, P.E.: Ancient Hellenic. Amer. Coll. Bulletin 79 (nr 6): 22 – 29, 1994

Bayer S: Om desinfektion. Upsala Läk. fören. Förh. 21: 1-31, 1885/86

Bennion, E: Antique medical instruments. London 1979

- Berggren,L.: Collegium medicum och de kringresande oculisterna. Sv.Medicinhist.Tidskr.7 (nr 1): 179-189, 2003
- Bobbs, J.S.: Case of Lithotomy of the Gall-Bladder. Ts.Indiana State Med.Soc. 18: 68-73, 1868
- Borelius,J: Antiseptikens utveckling och nutida tillämpning. Afhandl.Lund 1890
- Bozzini,P.: Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vor-richtung und Ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenräume der lebenden animalischen Körper.Weimar 1807 (eng. översättn.av S.J.Pearlman i Quaterly Bulletin 1849)
- Dzondi: Eine leichtere und sichere Weise den Stein aus der Urinblase zu ziehen. Journal der Chir.14:173-202,1830.
- Esmarch,F.: Ueber künstliche Blutlehre bei Operationen. Sammlung Klin. Vorträge no 58, 1873
- Fenger P.A. och Madsen,A.: Et Laparatomibord, saerlig til Operationer i det lille Baekken. Hospitalstidende 43: 1226 – 1231, 1900
- Forssner H.:Antiseptikens utveckling. Svensk sjukskötersketidning 1911
- Fürst,C.M.: Karl Gustaf Lennander.Vet.Akad.Årsbok 7:251-265,1909.
- Gerolanus A. et Bridler, R.: Trauma. Wundentstehung und Wundpflege im Antiken Griechenland. Verlag Philipp von Zabern. Meintz,1994
- Groves,A.: All in the days work. Toronto 1934
- Hallin O.F: Om lasarettsväsendet i Sverige 1880. Hygiea: 43, 601-644 och 657 – 673, 1881
- Kock,W.: Genombrottstiden i svensk kirurgi 1880 – 1920. Sv.Kir.Fören:s 50-årsjubileum 1955
- Kirkup,J.R.: The history and evolution of Surgical Instruments.Annals Roy.Coll.Surg.Engl. I:63: 279 – 285, 1981. II: 64:125 –132, 1982, III: 65: 269 –273, 1983.
- Kocher,T: Bericht über weitere 250 Kropfexstirpationen. Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte XIX,1889
- Kocher T: Zur Magen Chirurgie bei Carcinom und bei Ulcus simplex. Correspondenz-Blatt für schweitzer Aerzte nr 20:1-14,.1898
- Kongl.Majts nådige Reglemente för Chirurgiska Undervisningen och dem som i Fältskärskonsten sig wilja inöfwa. 28 oktober 1797,i tryck 1898.
- Kudlien,F.: Der chirurgische Eingriff im Spiegel antiker Wahrsagerei. Medicinhist.Journal 23: 23-41, 1988
- Källén, K.H.: En gammal fältskärsstuga. Med.Hist.Årsbok 1958
- Langenbuch,C.: Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronische chololithiasis. Heilung. Berliner Klin.Wchnschr.19:725 –727, 1882
- Larrey,D.J.: Mémoires de chirurgie militaire et campagnes, Paris 1812
- Lennander,K.G.: Om känseln inom peritonealhålan. Uppsala Läkarfören.Förhandl. 6:408 – 423, 1900/01 och 9: 54 – 114,1903/04 samt Hygiea 1, del 2: 217 – 250 och 339 - 370,1901
- Mayo,W & Mayo,C.H.: A review of one thousand operations for gallstone disease, with special reference to the mortality. Amer.J. Med.Sci. March 1905

- Mikulicz,J.:Das Operieren in sterilisierten Zwirnhandschuhen und mit Munbinde.Zbl.Chir. 22:713,1897
- Ochsner J: The surgical knife.Bull.Am.Coll.Surg.84 (nr 2):27-37, 1999
- Petermann,J: 100 Jahre Chirurgische Universitätsklinik Greifswald, 1903 –2003, 2003.
- Sander S. Handwerkschirurgen,kritische studien zur Geschichts-wissenschaft, Bd 83,Göttingen 1989.
- Stille,M.: Operationsbord för laparatomier och gynekologiska operationer. Hygiea 59: 289-290,1897
- Söderbaum, Listers antiseptiska metod. Avh.Uppsala 1876.
- Thorén, L.: K.G.Lennander och kirurgien kring sekelskiftet. Nord.Med.Hist.Årsbok 1984, sid 153 – 164
- Idem. Reginald Fitz's arbete – genombrottet för modernt synsätt på appendicit. Läkartidn.83:3036-37,1986
- Idem: Kirurgutbildningen i historiskt perspektiv.Sv.Kir.Fören.46, (nr 4) :7-12, 1988
- Idem: Appendicitens historia under 400 år – 1521 –1921. Nord.Med.Hist.Årsbok 81-97, 1989
- Idem: Jules Émile Péan.Läk.tidn.88: 2998 – 3000, 1991
- Idem: Läkarvetenskapen under Carl XIV Johans tid. Carl Johan-förbundets handl.1989 –93 s. 7 -26
- Idem:Blodtransfusionens historia fram till 1940.Nord.Med.Hist Årsbok 113 – 128, 1993
- Tillmans, H: Hundert Jahre Chirurgie. Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, Verhandlungen 1898.
- Ulin,A.W. & Gollub,S.S. (eds.): Surgical Bleeding ,New York,1966
- Wegner, Georg: Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle, mit besonderer Berücksichtigung der Ovariectomie. Verhandlungen Deutscher Gesellschaft für Chirurgie. Fünfter Congress,1876 – i tryck 1877, s.1 – 97
- Volkman, Richard: Über den Mastdarmkrebs und die Exstirpatio recti. Sammlung Klin. Vorträge no 131, 1878

Kirurgins utveckling under perioden 1905–2005

LARS THORÉN

Vid 1900-talets början dominerade framstegsfilosofin tänkandet. Naturvetenskaperna inklusive medicinen var progressiva vetenskaper som ackumulerade kunskaper genom iakttagelser och rationellt tänkande. Denna åsikt går tillbaka till positivismen enligt Auguste Comte (1798–1857) och präglar medicinen under 1900-talet.

Jag har valt att med utgångspunkt från situationen 1905 belysa kirurgins utveckling. Därvid har jag valt appendicit-, gallstens- och ventrikelkirurgin jämte några utvikningar för att visa de faktorer som påverkat kirurgins utveckling – såväl diagnostik som kirurgisk teknik.

Ansvar för universitetsutbildningen i kirurgi vid periodens början 1905 hade i Uppsala K.G.Lennander (1857–1908), vars tidigare verksamhet redovisats i föregående kapitel. Han kämpade en tapper



Manliga polikliniken vid Lunds lasarett 1905. Läkaren är Gustav Petrén, sedermera professor i kirurgi 1921 vid Lunds Universitet.

kamp mot sin sjukdom – hjärtinsufficiens – och genomförde sin undervisning så gott han orkade. Hans intresse var fortfarande appendicitkirurgin, där han hävdade tidig operation för att förebygga perforation och peritonit.

Lennanders namn bevaras till eftervärlden kanske mest på grund av hans studier av bukorganens och peritoneums sensibilitet. Hans sista publicerade arbete är från 1907 om "Lokal och subarachnoidal anestesi".



Operation vid kirurgkliniken Kungliga Akademiska Sjukhuset i Uppsala 1915. Operatör är underkirurgen Enoch Utterström, senare lasarettsläkare vid kirurgavdelningen, Karlstad.

Appendicit

Gunnar Nyström (1877–1964) disputerade 1907 på avhandlingen: "Studier öfver resultaten af behandling för appendicit", som behandlar ett material av appendicit utan varig peritonit opererade under åren 1891–1905.

Det rör sig om 312 patienter med endast ett postoperativt dödsfall (postoperativ ileus). Ytterligare fyra dog under sjukhusvistelsen, en i tyfus, två i difterisk colit samt en patient i sublimat-



Knut Harald Giertz (1876–1950). Målad av Oscar Björck. Svenska Läkaresällskapets porträttsamling.

förgiftning (på grund av förväxling av koksaltlösning och sublimatlösning vid subcutaninfusion två dagar efter operationen med dödlig utgång åtta dagar senare). Sjukhistorierna redovisades i en särskild bilaga om 258 sidor.

År 1909 försvarade Knut Harald Giertz (1877–1950) sin avhandling om appendicit-peritonit – "Über akute eitrig Wurmfortsatz-peritonitis" – en imponerande skrift med 325 sidor text + ett supplement om 497 sidor med sjukhistorier för de 533



Karl Gustaf Lennander (1857–1908). Olja på trä. Adolf Drougge sign. Svenska Läkaresällskapets porträttsamling.

patienter, som behandlades 1/9 1888 till 31/7 1907 – av dessa avled 109 = 20,5 procent. Giertz's disputation fick Lennander ej uppleva. År 1936 redovisade Giertz resultat som visade att kirurgernas inställning att tidigt operera vid appendicit resulterade i minskad dödlighet.

Ali Krogius hävdade 1910 den tidiga operationens roll för att förebygga komplikationer och påpekade att det är ett otyg att påverka smärtan med morfin – *"behof af snar kirurgisk hjälp kommer i första rummet"*.

En mäktig avhandling av Gunnar Bauer, son till Fritz Bauer i Malmö (se personregister) redovisar appendicitperitonitens behandling under tidigt 1900-tal med appendectomi, dränage av appendixbädden och primärsutur av bukväggen. Avhandlingen omfattar 584 sidor text + 461 sidor kasuistik. Där skildras 676 fall med avgränsad peritonit opererade i Malmö 1903–1930 med 47 avlidna = 6,9 procent mortalitet och 569 fall av icke avgränsad peritonit, opererade 1909–1930, med 61 avlidna = 10,7 procent mortalitet. Den ej avgränsade peritoniten indelas i:

1. Mild (117 fall) med 1 död = 0,8 procent
2. Medelsvår (227 fall) med 4 döda = 1,7 procent
3. Svår (225 fall) med 56 döda = 24,9 procent

Operationsindikationerna var i fortsättningen vida – även under 1940-talet – vilket innebar att antalet friska appendix, som opererats bort, var högt (ca 25 %) – med de långa avstånden i Norrland var det speciellt motiverat – kom patienten in med appendicitmisstanke och bodde långt bort var tanken att antingen var det appendicit nu eller senare – tryggast var att "blindtarmen" togs bort.

Vid vikariat på kirurgavdelningen i Sundsvall 1945 kom jag att för första gången vid appendicitperitonit använda antibioticum (tillsammans med ett sulfapreparat). En man i 40-årsåldern med diffus appendicitperitonit opererades med avlägsnandet av en perforerad appendix. Han fick vätska intravenöst och efter begäran hos Medicinalstyrelsen gavs tillstånd att ge penicillin 10 000 E tre gånger dagligen i sex dagar. Han utskrevs frisk men jag tror att den norrländska skogshuggarsegheten betydde mer för utgången än den lilla penicillindosen.

När adekvat vätsketerapi och adekvat antibiotikatillförsel kom i bruk var en appendicitperitonit mindre ödesdiger och det blev vanligare att vid tveksam diagnos avvakta och observera förloppet.

I Stockholm verkade John Berg som överkirurg vid Serafimerlasa-



Gunnar Bauer går rond.

rettet 1893–1916 och professor i kirurgi samma tid. Ända långt in på 1800-talet var det vanligt att komplettera de kirurgiska studierna med en långvarig studieresa i Europa. Berg företog en sådan "perigrination" 1879–80, det vill säga tiden för anti-septikens och aseptikens införande, och hans stora intresse var dels att sätta sig in i den nya sårbehandlingen och dels att studera operationsteknik vid olika lärosäten. (Koch 1953).

Vid professorsinstallationen 1894 höll Berg en föreläsning med titeln "Om den moderna hjernkirurgien". Redan 1881 och 1884 redogjorde han för exstirpation av kolloidstruma i nio fall (varav tre med endast lobektomi eller utskälning av tumör) med två dödsfall.

Emellertid kom hans största intresse att ägnas gallvägarnas patologi och kirurgi. Han betydde mycket för utvecklingen av svensk kirurgi men också för röntgendiagnostikens utveckling och han var aktiv vid tillkomsten av Radiumhemmet.

I Lund hade Jaques Borelius utnämnts till professor i kirurgi 1899. Vid granskning av hans artiklar i *Hygiea* finner man att hans intresse huvudsakligen var praktisk kirurgi med kasuistiker belysande flera olika åkommor inte minst inom gallvägarna. Hans största merit var arbeten om prostatahypertrofi – han förordade den tranvesicala enucleationen.

Ett arbete om nephrectomi för njurtbc 1901–1910 kan ge en bild av resultaten vid denna tid. Av 25 patienter avled ingen i samband med operationen men sju avled efter fem veckor till tre och ett halvt år. Av de 18 återstående ansågs nio vara friska efter 1–5½ år och nio förbättrades men med tecken till tuberkulos i andra organ.

Gallvägskirurgin tilldrog sig stort intresse. Cattells studie av 634 patienter opererade för gallvägsåkomma 1910–1926 vid Lahey Clinic ger en bild av detta område. Man måste dock påpeka att denna klinik tillsammans med Mayo Clinic var de främsta privatsjukhusen i USA. I 583 av de 634 fallen var sjukdomen angiven som cholelithiasis, choledocholithiasis eller kronisk cholecystit det vill säga i 92 procent. Mortaliteten i hela materialet (634 pat.) var 6,8 procent om cancer- och strikturoperationer frånräknas. Under de två år som följde (1927–28) var mortaliteten 0,7 procent. Vid efterundersökning av 459 patienter följda ett år eller mer var 72,3 procent besvärsfria eller förbättrade.

Antalet patienter opererade på indikationen gallstensåkomma steg fram till 1920-talet. Indikationen kunde sedan skärpas när nya metoder för röntgenundersökning infördes och därmed sjönk antalet cholecystektomier. Cholecystografi med intravenös kontrasttillförsel infördes 1924 av Graham och Cole vilket gav en väsentlig förbättring av diagnostiken. Senare kom perorala kontrastmedel att användas – för översikt av dem se Sörensen 1948. Dessa undersökningar minskade antalet onödiga operationer vid diffusa symtom.

År 1933 införde P.L. Mirizzi den peroperativa cholangiografien – den primära till skillnad mot den sekundära med kontrastinjektion i choledochus via inlagt dränage. I Sverige var det Olle Hultén, professor i kirurgi 1942–64 som införde metoden 1937–38. I Uppsala var det sedan ett krav att cholangiografi skulle utföras för

kartläggning av gallgångsanatomin innan gallblåsan avlägsnades. Tekniken spreds snabbt över landet och minskade sannolikt antalet gallgångsskador och kvarlämnade choledochuskonkrement.

Erfarenheterna av metoden var ämnet för Paul Rudströms avhandling 1944 "Cholangiographie während der Operation" – en studie av 376 primära cholangiografier 1937–42. Av det totala antalet utförda galloperationer hade 82 procent undersökts med cholangiografi. Antalet gallstensoperationer steg under slutet av 1940-talet och början av 1950-talet, möjligen beroende på att patienterna var mer benägna att söka för sina besvär. Senare sjönk operationsfrekvensen igen – kanske beroende på att gallstenssjukdomen minskat och operationsindikationerna skärpts.

Ett viktigt tillskott har PTC-teknik (Percutan Trans-hepatisk Cholangiografi) varit med möjlighet att vid stasicterus lägga in dränage, helst ner genom papilla Vateri, för avlastning av gallstasen och för förberedelse till operation.

Abakteriell gallperitonit studerades experimentellt och kliniskt av mig under 1950-talet. Slutsatsen var att gallsalterna påverkade peritoneums permeabilitet så att proteinhaltig vätska läckte ut från plasma till peritonealhålan. Ingen toxicitet för galla i blodet kunde påvisas. Det viktiga är att ge adekvat vätskechockbehandling och ersätta proteinförlusterna i de svåra fallen. Antibiotika användes vid misstanke om bakteriell kontamination.

Ventrikelkirurgien före 1905 har berörts i föregående kapitel. Denna kirurgi kom att tilldra sig alltmer intresse – i början kanske mest perforation och blödning – medan ulcus i övrigt behandlades med diet och antacida i upprepade kurer på medicinavdelningarna. Vid upprepade recidiv förelåg indikation för ventrikelresektion.

På vissa kliniker föredrogs Billroth I – metoden medan de flesta nog använde Billroth II. Ibland var diskussionerna livliga mellan de båda skolorna. Patienter opererade enligt B I tycktes ha mindre postoperativa besvär med "dumping". Där båda metoderna tillämpades användes B I vid ventrikelulcus och B II vid duodenalsår.

Efter studier av saltsyrasekretionen i ventrikeln och dess påverkan av n.vagus införde Lester Dragstedt (1893–1975) truncal vagotomi, först thoracalt (1943) och sedan abdominellt. Till detta lades senare dränageingrepp med gastro-enterostomi men oftare utfördes pyloroplastik. På 1950-60-talen tillkom selektiv vagotomi/parietalcellsvagotomi, vilket gjorde att resektionerna minskade i antal. En prospektiv randomiserad jämförelse mellan truncal vagotomi (TV) och parietalcellsvagotomi (PCV) visade att resultaten inte skiljde sig så mycket men tveksamhet framkom om användning av PCV vid prepylorala ulcera (Selking och medarbetare 1981).

När histamin-2-receptorantagonisten cimetidin (t ex Tagamet) och protonpumpshämmaren omeprazol (Losec) kom på marknaden sjönk antalet ventrikeloperationer för ulcus drastiskt – operationsindikationer nu är svårstillad blödning, perforation och ventrikelulcus med malignitetsmisstanke.

Därvid vill jag dock omnämna möjligheten att med angiografi och embolisering stoppa ulcusblödningen.

Bakteriologi kom in i detta sammanhang med *Helicobacter pylori*, som på 1980-talet visades kunna ge gastrit och ulcus i vissa fall. *Helicobacter* tillhör ett släkte av gramnegativa spiralformiga bakterier som tidigare betecknats *Campylobacter* men som vid DNA - hybridringstest visat svag släktskap – därav namnbytet. Med vissa antibiotica kunde läkning av gastrit/ulcussjukdomen åstadkommas.

Kirurgisk diagnostik

Röntgenundersökning: Tekniken utvecklades raskt med gastrointestinal kontrastundersökning med allt bättre kontrastmedel, med kontrastundersökning av urinvägar och av kärlsystemet. Gallvägsundersökning med kontrast har redan tidigare omnämnts.

Tomografi kom 1950 och datortomografi 1970, magnetisk resonanstomografi (NMR) 1980 – alla metoderna representerade stora framsteg på diagnostikens område.

Ultraljudsundersökning (US) etablerades som klinisk metod av Inge Edler (1912–2001) och Helmuth Herz med deras arbete om ekokardiografi 1953. Under 1950-talet användes denna teknik (C-scan) för undersökning av skallen för hydrocephalus men av kirurgerna mest för att lokalisera epiduralhämatom, främst på motorcyklister som råkat ut för trafikolycka.

Med 1960-talet kom datorer in i "bilden" (B-scan) och ekosignaler omvandlades till bilder till exempel av gallblåsa med sten. Undersökningen blev mer lättolkad.

Ett framsteg var när P.G. Lindgren införde ultraljudsledd punktion av till exempel levercysta och ultraljudstyrd punktionsbiopsi av djupliggande tumörer.

Endoscopy: I föregående kapitel nämndes att cystoscopy och oesophagoscopy infördes under 1800-talets senare del och gastroscopy utfördes i enstaka fall – då med raka gastroscopy, vilket säkert var en besvärlig metod med risk för komplikationer. Recto-/proctoscopy var vid sekelskiftet 1900 en relativt vanlig undersökning. (Olin 1908)

Vid gastroscopy kunde de raka, stela instrumenten på 1930-talet ersättas av semi-flexibla gastroscopy (enl. Wolf-Schindler), – den distala delen av instrumentet var böjlig men inte styrbar. Därför var det svårt att granska hela ventrikelslemhinnan. Detta instrument använde jag i början av 1950-talet.

I en historisk notis beskriver Taylor 1987 den fascinerande upplevelsen av att för första gången i slutet av 1930-talet se den levande ventrikelmucosan genom gastroscopy – Taylor konstruerade senare ett förbättrat instrument, som var mer styrbart. (vad jag vet ej använt i Sverige).

Ett under 1940-talet utformat gastroscopy enligt Wolf, använt hos oss under senare delen av 1950-talet samt 1960-talet, var distalt böjligt med en gummimandrin, som drogs ut när instrumentet var nedfört i magsäcken. Ett rakt stälror fördes ner varigenom den raka optiken (med lampa och spegelanordning distalt) kunde föras ner. Här gavs även möjlighet att föra ner böjliga tänger för provexcision enligt samma

modell som i cystoscop. Detta endoscop använde jag ofta inte minst för att hitta tidig ventrikelcancer hos patienter med anemia perniciosa.

Det var en enorm lättnad när det flexibla endoscopet med fiberoptik kom 1957–Hirschowitz' gastroscop. Undersökningsmetoden utvecklades snabbt och ersatte mången röntgenundersökning av magsäcken. I rask takt utvecklades de fiberendoscopiska instrumenten för gastroscopi, koloscopi, choledochoscopi, bronchoscopi etc.

En utförlig redogörelse för den gastrointestinala endoscopins utveckling ges av Cronstedt 1986. Den endoscopiska kirurgin har möjliggjort provtagning, provexcision, koagulering av blödande kärl etc.

Högteknologi har till och med möjliggjort en kapsel (11 x 26 mm) som kan sväljas och passera tarmkanalen med kontinuerlig videoundersökning av denna.

Tekniken har beskrivits av Fork och medarbetare 2002 och av Höög och medarbetare 2004. Utrustningen kan användas för utredning av oklar gastrointestinal blödning, utbredning av Crohns sjukdom etc. Undersökningen är relativt dyrbar men användes nu på flera kliniker i Sverige.

Kirurgisk teknik

Parallellt utvecklades möjligheterna till thoracoscopisk och laparoscopisk och senare arthroscopisk operationsteknik.

Den äldsta thoracoscopiska verksamheten kan tillskrivas Hans Christian Jaobeus (1879–1937) som 1912–13 beskrev den första thoracoscopien med ett Nietzes cystoscop infört i pleura via ett litet snitt. I thorax kunde Jacobeus med diatermielektrod via cystoscopet och senare med diatermkniv via en särskild troicart bränna av adherenser, detta för att möjliggöra adekvat pneumothoraxbehandling vid lungtuberkulos.

Thoracoscopiinstrumentariet utvecklades och utökades av Alf Gullbring (1881–1970), också lungläkare och chef på Söderby sjukhus. Gullbring byggde på thoracoscopet en lådkamera och senare en småbildskamera för dokumentation. (utställda på Uppsala Medicinhistoriska Museum).

Jacobaeus gjorde också vid ett tillfälle en laparoscopi och granskade mjälten. Denna möjlighet – kallad coelioscopi – omnämndes av G.Kelling i en översikt 1902.

Kelling startade en strid om prioriteten, som dock av flera författare tillskrivits Jacobeus (se Key, Wiman och Brauer i inledningen till Jacobeus arbete 1912).

Efter den genomgripande förändringen av instrumentens utformning på 1880-1890-talet då antiseptiken/aseptiken infördes har instrumenten under 1900-talet utvecklats i jämn takt. En intensiv utvecklingsperiod för kirurgiska instrument inträdde under 1900-talets senaste decennier när endoscopisk teknik på allvar började användas för ingrepp i buk, thorax och leder samt även för till exempel parathyreoidea-, thyreoidea- och binjureadenom. Till detta kom framtagning av auto-sutur- och engångsinstrument.

Cholecystektomi görs numera övervägande med laparoscopisk teknik. Med ökad användning har antalet skador på gallvägarna minskat. Skador på tarm och stora kärl är få men livshotande om de inte omedelbart åtgärdas med "öppen" kirurgi. Operationstiden är längre och instrumenten något dyrare än vid laparotomi men man får detta tillbaka på kortare vårdtid och sjukskrivning. Andra bukkirurgiska ingrepp som operation av inguinalbräck, reflux, colontumör etc görs numera oftast laparoscopiskt. Vid appendicitmisstanke kan till exempel laparoscopi utföras för att verifiera diagnosen – en inflammerad appendix avlägsnas och om appendicit eller annan åkomma ej föreligger har patienten besparats en "onödig" laparotomi.

Slutligen skulle jag vilja tillägga att tiden efter andra världskrigets slut har varit en fascinerande kirurgisk utvecklingsperiod. Under 1940-och 1950-tal fick kirurgklinikerna klara det mesta innan specialisering på allvar blev aktuell såsom skildras i senare kapitel. En stor tillgång för forskning och inläring av kirurgisk teknik är experimentalkirurgien. John Hunter (1728–93) introducerade den i slutet av 1700-talet. Fullt integrerad i de kirurgiska universitetsklinikerna blev experimentalkirurgin först efter andra världskriget. I Uppsala ordnade Hultén omkring 1950 med en experimentalkirurgisk avdelning där han tyckte att ivriga unga medarbetare kunde sysselsättas på fritiden!

Litteraturförteckning

Aldor, Ludwig von: Technik und Indikationen der Recto-Romanoscopie und der endoscopische Behandlung. Medicinische Klinik 1912

Arvidsson,D.,Haglund,C.,Kellokumpu,I,Laine,S.,Mäkinen,J.,Ovaska,J., Pählman,L.,Roberts, P.,Schröder,T.: Den laparoscopiska kirurgins år-tionde.Finska Läkaresällsk.Handlingar 158 (nr 2),1998

Bauer,F: Jaques Borelius. Hygiea 83: 209–212, 1921

Bauer,G: Zur Behandlung der Appendicitis-Peritonitis. Avh. Lund 1933, publ.i Acta Chir. Scand.70,suppl.24, 1933

Bedingfield,H.: Review of visceroptosis and allied abdominal conditions.Part I Quart. J.Med.22: 611- 652, 1928/29

Bedingfield,H.: Review of visceroptosis and allied abdominal conditions,Part II Quart.Med. J.23: 1-65,1929/30

Berg,J.:Om strumaexstirpation. Hygiea 46, 291-310,1884

Berg,J.: Einige Fragen der Gallenwegepathologie in klinischen Beleuchtung. Nord.Med. Arkiv 1914 (häfte 1, nr 5):1-40

Berg,J.: Studien über die Funktion der Gallenblase unter normalen und gewissen abnormen Zustände: Nord.Med.Arkiv 50: 1-72,1917

Borelius,J.:Untersuchung über die Endresultate in 25 mit Nephrectomie behandelten Fällen von Nierentuberculose. Nord.Med.Arkiv,1911. Festskrift för John Berg på hans sextioårsdag

- Cattell,R.: End results of surgery of the biliary tract. *Ann. Surg.* 89: 930-941,1929
- Cronstedt,J.: Den gastrointestinala endoscopiens utveckling. *Nord.Med.hist.Årsbok* 1986:175-194.
- Fork,F.T.,Tóth & Benoni,C.: Enteroscopikapseln – sväljbart instrument för videoundersökning av tunntarmen. *Läkartidn.* 99 (nr 48):4842 – 4846, 2002
- Giertz,K.H.: Twentyfive years of experience in the treatment of peritonitis. *Annals Surg.* 104:712-730,1936
- Graham,E.A. and Cole,W.H.:Roentgenologic examination of gall bladder, new method utilizing intravenous injection of tetrabromphenolphthalein. *JAMA* 82:613,1924
- Gullbring,A.: Endopleurale Photographie. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose* 86:309-311,1935
- Gullbring,A.: Pleural endoscopy and photography. *J.Thoracic Surg.* 7:433-437,1938
- Gustavsson,S. and Nyrén,O.: Time trends in peptic ulcer surgery 1956 – 1986. *Ann.Surg.* 210: 704-709,1989
- Höög, C.,Antfolk,A.,Wirlöf,A. och Sjöqvist,U.:Kapselendoscopi slår ut andra metoder. *Läkartidn.* 10 (nr 50):4102-4106,2004.
- Jacobaeus,H.C.:Ueber die Möglichkeit die Zystoscopie bei Untersuchung seröser Höhlungen anzuwenden. *Münchener Med.Wochenschr.* 57:2090-2093,1910
- Jacobeus,H.C.: Kurtze Übersicht über meine Erfahrungen mit der Laparo –thoracoscopie. *Münchener Med.Wochenschr.* 58:2017-2019,1911.
- Jacobaeus,H.C.: Über Laparo-und Thoracoscopie. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose* 25:183-193 und 273-278,1912
- Kelling,G.: Ueber Oesophagoscopie, Gastrosopie und Kōliosopie. *Münchener Med.Wochenschr.* 1902 (nr 1):21-24
- Kelling,G.: Ueber die Möglichkeit die Zystoscopie bei Untersuchungen seröser Höhlungen anzuwenden. *Bemerkungen zu den Artikel von Jacobaeus. Münchener Med.Wochenschr.:* 57:2358,1910
- Key,E.:H.C.Jacobeus´insats i thoraxkirurgien. *Hygiea* 105:57-64,1942
- Koch,W.: John Bergs utlandsresa 1879-80. *Lychnos* 1953:203-234
- Krogius,A.:Öfversikt öfver c:a 1000 fall af appendicit opererade på kirurgiska sjukhuset i Helsingfors 1901-08. *Finska Läkarsällsk.Handl.* 52:283-334,1908
- Lennander,K.G.: Lokal och subarachnoidal anesthesi. *Uppsala Läkarfören.Förh.* XIII:114-168,1907/08
- Nyström G.: Studier öfver resultatet af behandling för appendicit, *Avhandling,Uppsala* 1907
- Olerud,S.ochThorén,L.: Frakturkirurgiska studier i Schweiz. *Läkartidn.* 63:3159-3167,1966
- Olin,C.O.:Om undersökning av rectum och flexura sigmoidea med recto-sigmoideoscop. *Hygiea* 70:258-272,1908
- Rudström,P.:Cholangiografie während der Operation. *Acta Chir.Scand.*-91, suppl. 97, 1944

- Selking,Ö., Krause,U., Nilsson,F. and Thorén,L.:Parietal cell vagotomy and truncal vagotomy as treatment of duodenal ulcer. *Acta Chir.Scand.* 147:561-567,1981
- Southern Surgeons Club: A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *New Engl.J.Med.* 324:1073-78,1991
- Sörensen,B.:Peroral cholecystography.Avh.Köpenhamn 1958.
- Taylor,H.: A new gastroscope with controllable flexibility. *Lancet II*:276-277,1941
- Taylor,H.:Recollections of an early surgical gastroscopist. *Theor.Surg.*2:53-57,1987.
- Thorén,L.:Bile Peritonitis. *Acta Chir.Scand.Suppl.*230 1958
- Thorén,L.: Bile Peritonitis II. *Acta Chir.Scand.*126: 114-122,1963
- Thorén,L.: Appendicitens historia under 400 år – 1521–1921. *Nord. Medicinhistorisk Årsbok* 1989, s.81-97
- Thorén,L.:Appendicitens historia II, 1921–1991. *Nord. Medicinhistorisk Årsbok* 1991,s.141-150
- Werner,I., Hambræus,L. and Thorén L.:Relationship between weight reduction and state of malabsorbtion after jejunoileal bypass for extensive obesity. *Human Nutrition:Applied Nutrition* 39 A: 95-100,1985
- Westling,H.: *Medicinska fakulteten vid Lunds Universitet 1668 – 2003.* Lund 2003
- Wiman,L-G.:Hans Christian Jacobaeus och thorakoscopin. *Läkartidn.* 91:2609-2611,1994

Återgives från *Nordisk Medicin* 4. XI.1954. Bd 52, nr 45, sid 1552-1558
(med vederbörligt tillstånd).

IN MEMORIAM



EINAR KEY †

14. XII. 1872–11. VIII. 1954

Minnesteckning i Svenska Läkaresällskapet
14. IX. 1954

AV JOHN HELLSTRÖM

Den 11. VIII. i år avled professor Einar Key på grund av en metastaserande mammacancer.

Han hade i augusti 1950 märkt en liten knuta intill högra mamillen. Den exstirperades och såg makroskopiskt godartad ut, men histologisk undersökning av ett fryssnitt visade att det var fråga om ett lågt differen-

tierat adenocarcinom utgången från mamma. Det gjordes därför en radikaloperation med utrymning av axillarkörtlarna, där dock inga metastaser kunde påvisas. Key hade sedan inga symtom som kunde sättas i samband med hans mammacancer förrän i april detta år, då han började känna sig trött. Tröttheten tilltog alltmer och i maj inställde sig smärtor i ryggen. En röntgenundersökning 2. VI. visade en kilformig kompression av 7. och 8 thorakalkotorna, vilka förändringar tillkommit sedan en röntgenundersökning i mars 1953, då han vårdades för bronchopneumoni på Karolinska sjukhuset. Även om man röntgenologiskt ej säkert kunde avgöra om kotförändringarna berodde på cancer ansågs detta mest troligt och man föreslog en hormonbehandling. Key ville dock ej vara med därom och en korsett som förfärdigades kunde han ej använda. Det är svårt att säga om han själv vid denna tidpunkt var på det klara med diagnosen, han nämnde ingenting därom utan sade endast att det var fråga om en senil osteoporos. Han for ut till sitt kära Bråvalla där han under större delen av dagen låg i en vilstol. Tröttheten och ryggsmärtorna tilltogo emellertid, han hade dålig aptit, illamående och småkräkningar. I början av juli akutiserades buksymtomen och ett ileusliknande tillstånd utvecklade sig. Han intogs på S:t Eriks sjukhus 4. VII. Efter behandling förbättrades tillståndet så att en röntgenundersökning av mag-tarm-kanalen kunde göras, varvid inga tecken på tumor eller annan orsak till ileussytomen kunde påvisas. Tröttheten ökade emellertid trots blodtransfusioner och han orkade ej vara uppe, sänkingsreaktionen och den alkaliska fosfatasen i blodet voro betydligt förhöjda. Ryggsmärtorna kunde ganska bra behärskas med narkotika. Tillståndet försämrades successivt, sista dagarna före döden låg

han nästan medvetlös. Vid sektionen fann man att samtliga kotor mellan Th III och L V voro säte för i huvudsak osteolytiska cancermetastaser. Dessutom funnos ett par hasselnötkärnestora dylika i levern.

Liksom sin fader avled sålunda Einar Key på grund av cancer. Han slapp emellertid det långvariga, plågsamma lidande som Axel Key måste genomgå.

Einar Key var född i Stockholm 14.XII.1872. Som namnet antyder hade han skotska anor. Han härstammade sålunda från den skotska klanen Mac Key av vilken en medlem under 30-åriga kriget inträdde i svenska hären. Hans fader var Axel Key, den berömda anatomen och patologen, rektor vid Karolinska institutet, stor både såsom vetenskapsman och som organisatör i praktiskt viktiga frågor, en av tidens ledande kulturpersonligheter med vittfamnande intressen och en väldig arbetsintensitet. Einar Keys mor, Selma Godenius, var dotter till en affärsman, som inköpte Farsta gård på Värmdön varvid en liten keramikfabrik, Gustavsberg, följde med på köpet. På denna mark vid Farstaviken byggde Axel Key ett lantställe, Bråvalla, i fornnordisk stil och i Götiska Förbundets anda med högbank för hövdingen och långbord med bänkar för gästerna. Här samlades ofta kulturellt intresserade människor, konst- och litteraturfolk, in- och utländska kolleger. I denna miljö växte sonen Einar upp och trivdes bra i kretsen av syskon och kusiner på Farsta och Bråvalla. Han var yngst i syskonskaran, var som en av hans överlevande systrar säger snäll och beskedlig "passopp" åt syskonen. Han var i allmänhet ganska tyst och tillbakadragen, såg upp till andra och talade aldrig om sig själv. Han beundrade sin fader och detta bidrog väl till att han tidigt bestämde sig för att bli läkare. Han blev student vid Nya Elementarskolan i Stockholm 1890 och tog medicofilen i Uppsala 1892. Hans fortsatta medicinska studier bedrevs vid Karolinska institutet, där han under mer än 2 år var amanuens vid den anatomiska institutionen. Medicine kandidatexamen avlade han enligt den tidens fordringar i Uppsala 1897. Under sin propedeutiktjänstgöring därstädes fick han som lärare Lennander, vars stora betydelse för kirurgiutveckling Key ofta framhöll, bl.a. i sin Lennander-föreläsning här i Sällskapet 1934. Sina kliniska tjänstgöringar full-

gjorde Key i Stockholm och avlade medicine licentiatexamen vid Karolinska institutet 1902. Redan sommaren 1898, efter avslutad klinisk tjänstgöring i kirurgi, blev Key amanuens vid Serafimerlasarettets kirurgiska klinik, vars chef då var John Berg. Efter avlagd licentiatexamen blev han först amanuens i oftalmiatrik hos Widmark men övergick därefter till den kirurgiska kliniken hos Berg, där han under åren 1903-1909 tjänstgjorde som amanuens, underkirurg och poliklinikföreståndare. Han hade under denna tid, 3 veckor i april 1909, överläkarvikariat i Sundsvall, det enda tillfälle Key tjänstgjort utanför Stockholm. Den 1.VII.1909 blev han underläkare hos Rissler på Maria sjukhus, där han redan i juli 1911 blev t.f. överläkare och direktör för att i maj 1914 erhålla dessa tjänster som ordinarie och sedan behålla dem till sin avgång i dec. 1937.

Key disputerade 1907 vid Karolinska institutet på en avhandling om magsår, blev docent samma år samt efterträdde 1923 Ekehorn som professor i kirurgi.

Då Key började sin verksamhet som självständig kirurg hade han sålunda den bästa tänkbara utbildning bakom sig, amanuens-tjänst i anatomi och patologi samt kirurgisk utbildning hos sådana kirurgiens stormän som Berg och Rissler. Berg stod ju under denna tid som kirurgiens främste representant i vårt land, en mästare i kirurgisk diagnostik och teknik, en glänsande föreläsare och en framsynt sjukvårdsorganisatör. Key hyste den största beundran för sin lärare, det framgår icke minst av den minnesanteckning över honom som han publicerat i *Hygiea* 1931 och i *Vetenskapsakademiens årsbok* 1932. Många av de egenskaper som gjorde Berg till en så framstående kirurg – den anatomiska kunskapen, den utomordentliga noggrannheten, den diagnostiska skarpblicken och det tekniska handlaget – utmärkte även Einar Key som kirurg. I andra avseenden voro dock dessa båda kirurger olika och icke minst var Key främmande för den pose som gärna vidlåde Bergs uppträdande inför ett auditorium. Även från Rissler har Key säkerligen mottagit värdefulla lärdomar. Rissler var som bekant en mycket tystlåten och fåordig man, men en tekniskt utmärkt kirurg, vilket Key ofta framhöll, särskilt då kan använde Risslers sinnrika instrumentarium för blodig reposition och fixation av frakturer.

Det är ofta en vanskelig sak att bedöma en mans insatser för utvecklingen av en medicinsk disciplin. När det gäller kirurgien finns det å ena sidan män som kommit med nya originella idéer och inspirerande uppslag vilka kanske ibland slagartat fört utvecklingen framåt, men vilka ej sällan visat sig sakna praktisk betydelse, å andra sidan de som visserligen ej själva skapat något mera originellt men som haft förmågan att taga upp nya idéer, att kritiskt utsovra det värdefulla och att genom egna insatser föra utvecklingen framåt. Einar Key hörde onekligen till den sistnämnda kategorien av människor. Även om han icke själv kan sägas ha lanserat nya och originella operationsmetoder har han dock genom sina insatser inom olika områden av kirurgien fört denna framåt ej bara i vårt land utan även i andra länder. Det är otvivelaktigt att Key mången gång nådde bättre resultat med en operationsmetod än de som förut använt metoden och att han ofta förfinade och fullkomnade densamma. Orsaken härtill var onekligen en naturlig fallenhet för operativt arbete, en teknisk färdighet som satte honom i stånd att på samma gång snabbt som säkert utföra de största ingrepp. Men därtill kom hans minutiösa noggrannhet även i de minsta detaljer, hans ej sällan intuitiva diagnostiska förmåga, hans välgrundade indikationer och hans förståelse för att en rationell för- och efterbehandling av patienterna kan betyda mer för en lycklig utgång än operationen själv. Och icke minst vilade Keys storhet som kirurg på hans brinnande intresse för kirurgiskt arbete ej blott då det gällde de stora operationerna utan även de små och alldagliga ingreppen.

Key var som kirurg mycket mångsidig. Hans verksamhet sammanföll med en tid då uppsplittringen av kirurgien i olika specialiteter ej gjort sig så gällande som i våra dagar. Sina rön och erfarenheter har han nedlagt i ett 100-tal publikationer. Det är anmärkningsvärt att de så gott som uteslutande äro inriktade på i diagnostiskt och tekniskt hänseende viktiga frågor. Teoretiska spekulationer och etiologiska spörsmål intresserade honom ej i samma grad. Ej heller finns i Keys publikation något experimentalkirurgiskt arbete, vilket väl mycket sammanhänger med det ringa intresse som dylikt arbete åtnjöt i Sverige under Keys utbildningstid. Liksom Keys operativa verksamhet utmärka

sig hans publikationer för ytterlig noggrannhet vilket stundom gör dem väl långa åtminstone vid jämförelse med det sidoantal som man numera brukar anse lämpligt i vetenskapliga tidskrifter.

Redan under sin tid som amanuens vid ögonkliniken publicerade Key några uppsatser som huvudsakligen ha oftalmologiskt kazuistiskt intresse. Under hans utbildningstid vid den kirurgiska kliniken på Serafimerlasarettet stod intresset för bukkirurgien i förgrunden. John Berg var en föregångsman och banbrytare inom ulcuskirurgien i vårt land och det var därför icke underligt att Keys doktorsavhandling hade titel "Bidrag till den kirurgiska behandlingen av *ulcus ventriculi*". Det kan ha sitt intresse att omnämna, att Key ungefär vid denna tid själv hade ett ulcus, varför han genomgick en sträng dietkur. Han var under hela sin fortsatta verksamhet mycket intresserad av bukkirurgi även om hans intresse småningom mer kom att rikta sig på andra områden inom kirurgien. Keys intresse för ulcussjukdomen kom även till uttryck i den avhandling om ulcusperforationer som hans underläkare Bertil Bager utgav år 1929. Av Keys övriga arbeten inom bukkirurgien märkes ett 1915 tillsammans med Gösta Forssell publicerat fall av divertikel på *pars descendens duodeni*, ett för den tiden märkligt arbete såväl i röntgendiagnostiskt som operationstekniskt hänseende, samt det 1926 i *Acta Radiologica* tillsammans med Åkerlund & Öhnell publicerade arbetet om hiatusbräck, vilket särskilt genom röntgenfynden gav en riktigare uppfattning än man förr hade om mekanismen för uppkomsten av dessa tillstånd.

Inom den urologiska kirurgien har Key gjort betydande insatser. Hans diagnostiska och tekniskt operativa skicklighet kom här till sin fulla rätt. Kanske stimulerades hans intresse för urologi av de utmärkta arbeten över urogenitaltuberkulos som i början av 1900-talet publicerades av lasarettsläkaren i Sundsvall Gustaf Ekehorn.

Keys första arbeten rörande urogenitaltuberkulos utkommo 1908 och funder de följande åren publicerade han i detta ämne flera arbeten av diagnostiskt och operationstekniskt intresse, såsom ett om ureterostomi i diagnostiskt syfte samt ett annat om *exclusio vesicae* vid svår blåstuberkulos. Njurtuberkulosmaterialet på Maria sjukhus blev med

tiden mycket stort och kom 1926 att ligga till grund för en gradualavhandling av en annan av Keys underläkare, Sven Lundberg. Även om röntgendiagnostikens utveckling och den moderna kemoterapin numera givit oss en annan uppfattning om urogenitaltuberkulosens diagnostik och behandling än den Key hade, framstå dock hans arbeten på detta område som för sin tid mönstergilla. Sina erfarenheter om njuranomalier ur kirurgisk synpunkt meddelade Key i ett arbete i Nordisk Medicinskt Arkiv 1914 grundat på ett för dåtida svenska förhållanden stort och representativt material. Han var även intresserad av hypospadier och försökte på olika sätt komma till rätta med dessa missbildningar. Tumörer i njurar, ureterer och blåsa blevo föremål för ett flertal arbeten och vid Nordisk kirurgisk förenings möte i Göteborg 1916 höll han ett uppmärksammat föredrag om diagnosen och den kirurgiska behandlingen av maligna njurtumörer. Keys stora material av hypernefrom blev sedan bearbetat av Einar Ljunggren och år 1930 presenterat i form av en akademisk avhandling. År 1924 publicerade Key i Acta chirurgica en metod att operera stenar i nedre delen av ureteren genom ett extraperitonealt medellinjessnitt, en metod som blivit flitigt använd och i vårt land fått Keys namn. Dess upphovsman var dock en ryss, men det är Keys förtjänst att den blivit känd i den övriga världen.

Under det att thoraxkirurgien utomlands och särskilt i Tyskland stod högt redan under 1900-talets första decennium dröjde det ett stycke in på det andra, innan den blev rotfast i Sverige. Banbrytare på detta område voro Giertz i Uppsala och Key i Stockholm. Keys första thoraxkirurgiska arbeten utkommo 1914 och rörde operationer för lungemfysem och för intrathorakal struma. Det är dock på tvenne andra områden, intrathorakala tumörer och lungtuberkulos, som Key gjort sin förnämsta insats. Att han särskilt kom att intressera sig för dessa åkommor berodde nog till stor del på samarbetet med hans gode vän Jacobæus, som under åren 1914-1916 var överläkare på den medicinska avdelningen på Maria sjukhus. Den kirurgiska behandlingen av lungtuberkulos är av gammalt datum, den första thoracoplastiken utfördes redan 1885. Resultaten vore till en början otillfredsställande på grund av otillräcklig kollaps men då man därför utökade

plastikerna blev operationsmortaliteten hög. När Key började operera för lungtuberkulos på Maria sjukhus gällde den uppfattningen att thoracoplastiken skulle göras total och i en seance. Nackdelarna med denna metod voro dels att den vid begränsade lungförändringar även satte frisk lungvävnad ur funktion, dels att ingreppet ej sällan blev för stort för dessa ofta mycket nedkomna patienter. Redan från början av deras samarbete föreslog Jacobæus att man vid spetsaffektioner skulle försöka med en partiell övre plastik, ett ingrepp vilket man länge varnat för på grund av risk för aspiration av tuberkulöst bronkinnehåll till den undre loben. Den första partiella överlobsplastiken utförde Key 1915 i ett fall, där underloben redan var komprimerad genom pneumothorax. Utan sådan företogs den första partiella thoracoplastiken 1917. Key & Jacobæus voro även bland de första som rekommenderade att utföra den totala thoracoplastiken i flera seancer, varigenom operationsmortaliteten betydligt nedbringades. Tillsammans med Jacobæus offentliggjorde Key sina första erfarenheter om den kirurgiska behandlingen av lungtuberkulos i Nordiskt medicinskt Arkiv 1916 och i ett supplementband till Acta chirurgica 1923 kunde de på ett efter dåvarande förhållanden stort och synnerligen välundersökt material lämna en utförlig redogörelse för indikationer och operationsteknik vid kirurgisk behandling av lungtuberkulos. Vid den 7. konferensen av Internationella Föreningen mot tuberkulos i Oslo 1930 framlade Key en statistik på 190 fall av thoracoplastik som väckte berättigat uppeende. Här i Sällskapet höll han 1934 en förnämlig Lennander-föreläsning om lungtuberkulosens kirurgiska behandling. Ända till dess Key lämnade sin verksamhet på Maria sjukhus var han varmt intresserad av den kirurgiska behandlingen av lungtuberkulos, följde väl med dess utveckling, tog upp och prövade nya behandlingsmetoder såsom plombering och lobektomi. Intresset för densamma kvarstod även sedan Key slutat som aktiv kirurg och 1943 publicerade han i Svenska nationalföreningens kvartalskrift tillsammans med Gunnar Nyström, Alf Westergren och John Lundquist ett arbete om organisationen av lungtuberkulosens kirurgiska behandling. Jag tror knappast det var någon operation som beredde Key så stort nöje som en thora-

coplastik, att avlägsna det lämpliga stycket av revbenen och särskilt det svåråtkomliga första revbetet, vartill han konstruerade en särskild avbitare, som fått vidsträckt användning.

Ett område, där Keys målmedvetna och skickliga operationsteknik tog sig uttryck var vid behandlingen av bronkialfistlar, septiska såväl som tuberkulösa. Sina erfarenheter härmed meddelade han bl.a. vid Nordisk Kirurgisk Förenings möte i Stockholm 1933 och vid Nordiska Tuberkulosläkarföreningens möte i Stockholm 1935. Vidare höll han vid Nordisk Kirurgisk Förenings möte i Göteborg 1937 ett uppmärksammat föredrag om operation för bronchogena cystrum i lungorna.

Ett annat område inom thoraxkirurgin, som tidigt väckte Keys intresse var de intrathorakala tumörerna. Hans första meddelande härom var tillsammans med Jacobæus & Lindhagen i Svenska läkaresällskapets handlingar 1916. Ett utförligt arbete skrev han sedan tillsammans med Jacobæus i Acta chirurgica 1921, där en ingående analys av dessa tumörers diagnostik och behandling lämnades. Jämförda med de resultat som den moderna thoraxkirurgien främst tack vare röntgendiagnostikens och anestesiens utveckling uppnått, kunna de insatser som Key & Jacobæus gjorde te sig ganska blygsamma. För sin tid voro de dock pionjärarbeten i vårt land, vilka säkerligen betytt mycket för utvecklingen av thoraxkirurgien därstädes. De först opererade fallen utfjordes av intrathorakala bröstväggstumörer, men i fortsättningen kom Key att bland de första i vårt land utföra resektioner och lobektomier vid verkliga lungtumörer.

Sin största internationella berömmelse har Key vunnit genom sina arbeten angående den operativa behandlingen av emboli i extremitetsartärerna. Hans första lyckade fall av embolektomi utfördes i dec. 1912 och publicerades följande år i Svenska Läkaresällskapets Förhandlingar. I en hyllningsartikel med anledning av Keys 65-årsdag 1937 skrev Gunnar Nyström att enbart i vårt lilla land över 500 sådana operationer utförts och Gustav Söderlund anförde i en annan tidning att ingreppet i engelsk litteratur benämnts "the Swedish operation". Man får kanske det intrycket, att Key var den förste som utförde embolektomi. Så var dock ingalunda fallet. Redan 1895 gjordes ett dylikt

försök och under åren 1902-1911 utfördes ett flertal embolektomier av Lejars, Stewart, Handley, Carrel och Leriche m fl. Resultaten voro dock dåliga. Den första embolektomien med gott resultat företogs av George Labey. Key har så vitt jag kunnat finna varit den andre i ordningen att utföra en lyckad embolektomi. Det dröjde sedan till 1917 innan han fick tillfälle att göra en ny sådan. Under mellantiden hade flera embolektomier utförts på andra håll, bl.a. i Sverige. Vid Nordisk Kirurgisk Förenings möte i Oslo 1919 meddelade Key 5 fall av embolektomi med gott resultat, vilket väckte ett synnerligen stort uppseende och kraftigt stimulerade intresset för embolektomier här i Norden. Under de följande åren utfördes och publicerades också ett stort antal sådana från olika lasarett i vårt land. Själv framlade Key 1922 i Acta chirurgica sina erfarenheter av 7 egna fall, beskrev utförligt etiologi, symtomatologi, operationsindikationer och operationsteknik. Under de följande åren publicerade han embolektomiarbeten i franska, engelska och tyska tidskrifter, sist 1929 i form av en monografi i Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. Genom dessa arbeten kom Key onekligen att stå som sin samtids främste auktoritet på embolektomiernas område. Det var ingrepp som väl passade hans kynne, de fordrade en snabb och säker diagnos, ett målmedvetet och minutiöst noggrant opererande. Key utförde även några gånger Trendelenburgs operation, d.v.s. operativt avlägsnande av en embolus i a. pulmonalis, men kunde ej glädja sig över så lyckade resultat som de vilka Crafoord och Nyström meddelat.

Numera utföres embolektomier endast i ringa utsträckning. Orsakerna härtill äro å ena sidan att trots en del utmärkta resultat man i flertalet fall ej lyckats återställa cirkulationen eller att där så sker patienternas överlevnadstid på grund av deras hjärt- och kärlsjukdom oftast blir kort, å andra sidan att man numera på oblodig väg uppnår goda resultat genom anticoagulantia och spasmolytica. Detta hindrar dock ej att Keys insatser varit av stor betydelse ej blott för emboliernas diagnos och operativa behandling utan även för kärlkirurgiens utveckling i övrigt.

Keys intresse sträckte sig även till skelettkirurgin, särskilt frakturbehandlingen. Han var road såväl av oblodig behandling med olika skenor och sträck som av den

operativa behandlingen där man, som förut nämnts, med förkärlek använde Risslers instrumentarium. Redan 1909 meddelade han i Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie ett fall av opererad calcaneusfraktur och beskrev i Zentralblatt f. Chirurgie 1924 tekniken för vissa former av osteosyntes. Tvenne gradualavhandlingar bygga på Keys frakturmaterial, nämligen Levanders om femurfrakturer och Bergenfeldts om traumatiska epifysavlösningar. Även andra skador än frakturer intresserade Key. Han publicerade sålunda i Svenska Läkartidningens förhandlingar 1906 ett arbete om penetrerande buksår, i Hygiea 1909 en uppsats om de traumatiska skadorna på hjärtat och deras behandling samt i Nordiskt Medicinskt Arkiv 1911 ett arbete om nyare behandlingsmetoder vid aneurysm samt 1930 i Acta chirurgica tillsammans med Nils Strömberg om meniskskador. Keys intresse för traumatologien kom även till uttryck i hans verksamhet som krigskirurg under Finlands krig, då Key under ett par månader var chefsläkare vid Svenska Röda Korsets Finlandsambulans.

Förutom de nu nämnda områdena för Keys kirurgiska verksamhet i ord och handling har han även i smärre uppsatser och diskussionsinlägg behandlat sådana ämnen som maligna tumörer i tarmkanalen och skellet, osteomyeliter, aneurysm på a. renalis, appendicitmortalitet och indikationer för gallstensoperationer. I Nordisk Lärobok i kirurgi medverkade han med ett kapitel om blödning och dess behandling.

Key var livligt intresserad av anesthesi-problem, följde väl med de kirurgiska anestesimetodernas utveckling och var alltid bland de första att införa dem på sitt sjukhus.

Keys lärarverksamhet började redan under hans utbildningstid på Serafimerlasarettet, då han hade ett flertal lärarförordnanden. Under åren 1906-1909 var han lärare i kirurgi vid Tandläkarhögskolan. Sedan han 1923 utnämns till professor i kirurgi bedrev han klinisk och poliklinisk undervisning på Maria sjukhus. Detta var visserligen ej beträffande föreläsningsslokaler och tekniska hjälpmedel lämpat för undervisning men detta ersattes genom det stora kliniska och polikliniska patientmaterial, som där vårdades. Keys föreläsningar hade liksom hans kirurgiska verksamhet en

praktisk inriktning. Han tyckte mest om att i anslutning till fall diskutera diagnos, operationsindikationer och behandling. Den stora samlingen bevarade operationspreparat och de många utmärkta röntgenbilderna voro flitigt använda demonstrationsobjekt. Gärna kryddade han sina föreläsningar med berättelser om egna intressanta fall, och om patienten var från något landsortslasarett utspann sig ofta ett litet resonemang om förhållandena därstädes. Magnus Strandqvist ritade en gång en mycket lyckad karikatyr av Key som föreläsare, där han står med det ena långa benet snott omkring det andra och händerna på stolskanten. Då han lyfte dem var det i allmänhet för att göra en karakteristisk gest i sitt snaggade hår. Kandidaterna beundrade Key, vilket icke minst framkom vid kursskivorna efter slutad tjänstgöring eller de tillställningar som Key då själv brukade ha i sitt hem, där en presentation av den stora samling porträtt med dedikation som han fått av utländska kolleger hörde till ritualen.

I lärarkollegiet var Key en verksam medlem även om han ej yttrade sig så ofta. När han gjorde det lyssnade man emellertid alltid med respekt och uppmärksamhet till hans kloka och sakliga anföranden. Särskilt betydelsefullt var hans insats i allt som rörde Institutets byggnadsfrågor, vartill jag i fortsättningen återkommer. Han var ingen debattör, då stridens vågor började gå höga, som det kunde göra på den tiden i kollegiet, var det i allmänhet Keys gode vän och medarbetare Gösta Forssell, som fick ta emot huggen och utdela slagen.

I vestibulen till Karolinska sjukhuset hänger porträttmedaljonger av de 3 män, Einar Key, Gösta Forssell och Carl Westman, vilka väl betytt mest för tillkomsten av detta sjukhus. Key blev mycket tidigt förtrogen med planerna att skaffa ett nytt undervisningssjukhus i stället för det gamla Serafimerlasarettet. I sin minnesskrift över John Berg skriver sålunda Key att Berg redan under Keys underläkartid 1905-1906 diskuterade lasarettets flyttning med honom. Det första initiativet till lösningen av Karolinska institutets byggnadsfråga togs då Berg 1912 i en skrivelse till direktionen vid Serafimerlasarettet hemställde om utredning avseende lasarettets förflyttning och modernisering. Jag skall här ej ingå på de

olika skeden denna utredning genomgick utan endast nämna, att det dröjde ända till år 1924 innan Key inkopplades på det blivande Karolinska sjukhusbygget. Sedan Lennmalm avlidit nämnda år inträdde nämligen Key i hans ställe såsom medlem av de s.k. 1919 års byggnadsakkunniga, vilka tillkallats för att inom ecklesiastikdepartementet biträda med utredning av Karolinska institutets och lasarettets nybyggnadsfrågor. De sakkunniga framlade 1925 förslag om uppförande av ett nytt kliniskt sjukhus på Ladugårdsgården, men en förnyad utredningskommision, i vilken Key även var medlem, föreslog i stället Norrbackaområdet, ett förslag som ursprungligen kommit från professor Patrik Haglund. Detta blev ju också riksdagens beslut 14.V.1927. Efter nya utredningar beslöt så riksdagen 11.VI.1930 att ett nytt kliniskt sjukhus, benämnt Karolinska sjukhuset, samt nya lokaler för Karolinska institutets teoretiska institutioner skulle uppföras på Norrbackaområdet. I det intensiva utredningsarbete som lett till detta mål, i de otaliga sammanträdena mellan för frågan intresserade parter, statsmakterna, staden, länet och framför allt Karolinska institutets lärarkollegium hade Key tagit en mycket verksam del. Man får en uppfattning om detta arbete, då man hör att institutets byggnadsfråga under åren 1926-1931 behandlades vid icke mindre än 24 kollegiesammanträden. Och i än högre grad kom Keys tid och krafter att tas i anspråk för det blivande Karolinska sjukhuset, då han i juli 1930 tillsammans med Gösta Forssell inträdde som lärarkollegiets representant i byggnadskommittén. Key blev även ordinarie ledamot i arbetsutskottet med allt det tidsödande detaljarbete som detta medförde. Det är förvånansvärt och beundransvärt att Key jämte sin intensiva kirurgiska verksamhet och sitt arbete som redaktör för *Acta chirurgica Scandinavica* kunde ägna så mycken tid åt Karolinska sjukhusets uppförande och utrustning. Hans avgång som överläkare och professor gjorde att han de senaste åren av sjukhusets tillblivelse, då ju särskilt inredning och utrustning pågingo, kunde så gott som helt ägna sig åt sjukhuset. Under åren 1927-1931 deltog han i ett flertal resor till olika länder i Europa, till U.S.A. och Canada för att studera sjukhusanläggningar. Under de mångåriga utredningarna angående Karolinska sjukhuset och

sedan under byggnadstiden uppträdde Key ofta i tal och skrift mot dem som förfäktade en annan åsikt än hans egen. Och efter byggnadsverkets fullbordan beskrev han i olika publikationer detsamma. Särskilt framträder härvid den redogörelse för Karolinska sjukhuset som i ett förnämligt verk 1944 lämnades av Borell, Forssell & Key.

Redan innan Key kom med i arbetet för ett nytt undervisningssjukhus, hade han varit intresserad av sjukhusbygge. Då han började sin verksamhet på Maria sjukhus var detta gammalt och omodernt och utrymmet blev snart för litet för Keys med åren alltmer ökade kirurgiska verksamhet. Då sedan i samband med Keys utnämning till professor undervisningen av medicine kandidater förklades till Maria sjukhus blev behovet av ökat utrymme än större. Key var redan 1912 och sedan 1916-1919 ledamot av en byggnadskommitté för om- och tillbyggnad av Maria sjukhus, vilket bl.a. resulterade i en ny operationsavdelning. Segt och målmedvetet utvidgade och moderniserade Key det gamla Maria genom ombyggnader och nytillskott från angränsande byggnader så att platsantalet småningom kom att uppgå till c:a 180. Det är ganska betecknande för Key att han påpassligt anammade till sjukavdelning en paviljongbyggnad som hans internistkollega Arnold Josefson avstått från under motivering att den ej var värdig till patientavdelning.

Key hade den största uppskattning av röntgenundersökningens betydelse för kirurgisk diagnostik. Under hans första år fanns intet röntgenlaboratorium på Maria sjukhus, utan patienterna måste skickas till Serafimerlasaretet. År 1918 inrättades på Maria sjukhus ett röntgenlaboratorium bestående av endast 1 rum för såväl diagnostik som terapi. Inom mindre än 10 år hade emellertid röntgenavdelningen vuxit till 11 rum, ett gott exempel på Keys förmåga att skaffa fram utrymme och på hans uppskattning av röntgenavdelningen och dess chef Åke Åkerlund. Även under min tid på Maria sjukhus var Key sysselsatt med planer på en radikal om- och tillbyggnad av Maria sjukhus, varpå tanken emellertid övergavs då planerna på det nuvarande Södersjukhuset kommo upp. Jag känner igen mycket av operationsavdelningen på Karolinska sjukhuset från de ritningar Key utförde till den

planerade om- och nybyggnaden av Maria sjukhus.

Det var ej blott själva sjukhusbyggnaderna som intresserade Key, det var även deras inredning och utrustning, personalfrågor och övrigt som har med sjukhusväsen att göra. Som ett uttryck härför kan nämnas, att han var en av stiftarna av Svenska Sjukhusföreningen och tillhörde dess styrelse ända från början, var dess ordförande 1941–1945 och vid sin avgång som sådan kallades till föreningens hedersledamot. Bland sjukhusläkarna anlätades Key ofta med begäran om råd och hjälp vid om- och nybyggnader av lasarett och reste ofta till ort och ställe för att vara dem behjälplig.

I en levnadsteckning över Einar Key måste hans gärning som utgivare av *Acta chirurgica scandinavica* få en mycket framstående plats. Ingen son har bättre kunnat förvalta arvet efter sin fader än Einar Key gjort genom sina insatser för *Acta chirurgica*. För att förstå detta bör man något dröja vid *Actas* förhistoria. Einar Keys fader, Axel Key, grundade 1863 en tidskrift. Medicinskt arkiv, närmast avsedd för publikation av arbeten från Karolinska institutets lärare. År 1869 ändrades tidskriftens titel till Nordiskt Medicinskt Arkiv, öppen för medicinskt vetenskapliga arbeten från hela Norden och ett vackert exempel av Axel Keys praktiska skandinavism. Tidskriften delades 1901 i en medicinsk och en kirurgisk del, vilka 1919 omdöptes till *Acta medica* och *Acta chirurgica scandinavica*. Axel Key var huvudredaktör och utgivare av tidskriften ända till sin död 1901, då han efterträddes av John Berg. 1912 blev emellertid Einar Key huvudredaktör och utgivare först för den kirurgiska delen av Nordiskt medicinskt arkiv och sedan för *Acta chirurgica scandinavica*, vars editor han sålunda var under 32 år. Hans oavslutliga strävan under denna tid har varit att öka *Acta chirurgicas* spridning, att höja dess vetenskapliga standard och säkra dess ekonomi. Liksom sin fader nedlade Einar Key ett personligt arbete på tidskriftens redigering i långt större utsträckning än man i allmänhet har rätt att fordra av en redaktör. Han utförde också sitt arbete oegennyttigt och var nästan generad då man ville öka hans blygsamma redaktörsarvode. Axel Key var personligt ansvarig för sin tidskrift och ådrog sig härigenom en betydande skuld

till tryckeriet. Hur tung denna skuldbörda vilade över honom framgår av hans dagboksanteckningar, där han skriver: "Denna skuld låg som en blytyngd över mig, fördyrade mitt liv och fyllde mig med bekymmer för mina efterlevande". På ett annat ställe frågar han sig varför han ej nedlade tidskriften, men svarar "att detta skulle vara som att döda ett eget barn, att tillintetgöra frukterna av ett arbete som utgjorde en väsentlig del av min livsgärning". Man förstår hur oerhört glad och lättad han kände sig då han 31.VIII.1897 fick ett brev från häradshövding Holm som på Norstedts & Söners vägnar meddelade att skulden var avskriven. Kanske får man mot bakgrunden härav se Einar Keys oavslutliga strävan att stärka *Acta chirurgicas* ekonomi. Till Föreningen för utgivare av *Acta chirurgica* skänkte han sålunda den penninggåva, som han på sin 50-årsdag 1922 erhållit genom en insamling bland kolleger, att som en fond användas till tidskriftens fromma, och han ökade sedan fonden genom egna tillskott. Senare avsatte Key och hans maka större delen av sin förmögenhet till en fond som nu tillfallit *Acta chirurgica*, och slutligen har Key i sitt testamente skänkt ytterligare belopp som med tiden kommer att tillfalla *Acta chirurgica*. Tidskriften var Keys skötebarn och han har onekligen på bästa sätt sorjt för dess utveckling och förkovran.

Key hade redan under sin livstid glädjen att i rikt mått röna erkännande för sin förmåga och sitt arbete. Han var sålunda hedersledamot i en hel del in- och utländska sällskap, bl.a. American College of Surgeons och Royal College of Surgeons. På sitt sjukläger i sommar mottog han underrättelsen att han korats till hedersledamot i Det Norske Medicinske Selskab. Han var under många år ordförande i Svensk kirurgisk förening och senare dess hedersledamot. Han var ordförande i Svenska Läkaresällskapet 1935–1936 och blev dess hedersledamot 1939. Redan 1931 blev han ledamot av Vetenskapsakademien och var dess preses 1945–1946. Han var även medlem av Krigsvetenskapsakademien. Han blev rikt dekorerad med ordnar och medaljer, främst med medaljen *Illis quorum* av 12. storleken, som han erhöll vid invigningen av Karolinska sjukhuset 1940. Mer än över dessa utmärkelser och hedersposter tror jag dock att han glädde sig åt den beundran och det förtroende som hans kolleger i in- och

utlandet visade honom, vilket bl.a. tog sig uttryck i de många besök på Maria sjukhus, varom gästboken från dess operationsavdelning vittnar, samt den festskrift omfattande över 1.000 sidor med ett 80-tal författare som Key erhöll på sin 60-årsdag.

Man frågar sig onekligen hur Key hann med att utträtta så mycket. Han hörde ej till dem som åtog sig en massa uppdrag för att kanske låta andra göra huvudparten av arbetet. Han ägnade sig med personligt intresse åt de minsta detaljer och var till ytterlighet noggrann. Han verkade aldrig jäktad hur många järn han än hade i elden. Jag kan ännu se den lilla anteckningsbok som han använde till stöd för minnet och där ett blad revs ut allteftersom de där nedtecknade uppgifterna fullgjorts. Hans orubbliga lugn gjorde sig gällande ej blott vid hans operationer utan även i andra kritiska tillfällen. Kanske kom det allra bäst till uttryck vid den panikartade stämning och de beskyllningar som framkastades - ej minst i tidningsspaltarna - genom den förgiftningsolycka som inträffade på Maria sjukhus hösten 1936 och som kostade 4 personer livet. Jag skall citera vad professor Söderlund skrev i en hyllningsartikel med anledning av Keys 65-årsdag. "Aldrig har dock Key framträtt större än då han under denna svåra tid lugnt och med aldrig sviktande jämnmod fortsatte sitt i och för sig mödosamma sjukhusarbete och samtidigt fick tid att hjälpa och trösta sina förtvivlade sköterskor, och till slut genom ett skickligt utredningsarbete kunde enligt min och mångas mening klart bevisa, att skulden till olyckan vid Maria sjukhus berott på att felaktig medicin expedierats till sjukhuset".

Key hade en lycklig förmåga att kunna koppla av från sitt arbete på sitt kära Bråvalla, i skog och mark och på havet. Som ung var han mycket road av skidåkning, sedan blev jakt och segling hans bästa rekreation. Det var därför ett svårt slag för honom då han, sannolikt efter en ögonskada, hösten 1952 fick en näthinneavlossning på höger öga som gjorde det obrukbart till jakt. Det är

emellertid även betecknande för Keys stora energi och målmedvetenhet att han så småningom lärde sig att med hjälp av en ändrad kolvställning sikta med vänster öga.

Som jag inledningsvis omnämnde var Key som barn blygsam och tillbakadragen, och i viss mån behöll han hela sitt liv dessa egenskaper. Han var dock ingen enstöring, han trivdes bra tillsammans med goda vänner, han förde ett gästfritt hus både i sin vackra våning vid Stadsgårdskajen och på Bråvalla där hans omtänksamma maka, Anna Key, på bästa sätt sörjde för gästernas trevnad och välfägnad. Han försummade sällan några sammanträden i Svensk kirurgisk förening och de sexor som följde efteråt. Han besatt en stilla humor och en god portion historier, gärna om kolleger, där kanske en viss skadeglädje och sarkasm kunde göra sig gällande, men ingen elakhet. Han var ingen lysande talare, men han väckte alltid gehör genom ärligheten och vederhäftigheten i sina uttalanden.

Det är givet att det för en man med Keys arbetsintensitet och obrutna själs- och kroppskrafter kändes hårt att vid 65 års ålder behöva avbryta sitt sjukhusarbete. Under hyllningarna vid hans avgång yttrade han till mig, att han avundades sin vän Jacobæus som fått gå bort då han stod mitt upp i sjudande arbete. Key slutade visserligen vid sitt inträde i emeritusåldern fullständigt med sin kirurgiska läkarverksamhet, men han hade till en början fullt upp med arbete för Karolinska sjukhusets fullbordande. Därefter ägnade han mycken tid åt Acta chirurgica och bibehöll även på annat sätt intresset för kirurgi. Han var även intresserad av medicinsk historia, verkade ivrigt för tillkomsten av ett medicinskt historiskt museum i Stockholm och publicerade 1950 i S:t Eriks Årsbok en mycket intressant uppsats om "Tillkomsten och utbyggandet av Kungliga Serafimerlasarettet". I detta sällskap, som han tillhört i mer än 50 år, var han en flitig gäst. Nu är hans stol tom, hans gärning avslutad. Ärat och aktat skall hans minne fortleva.

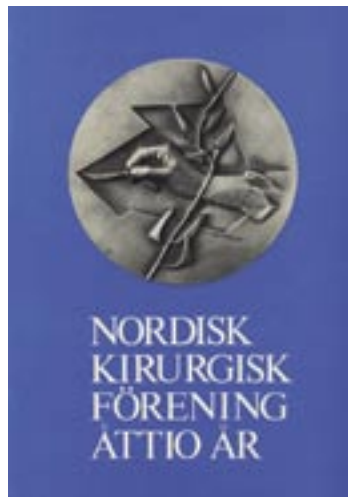
Nordisk Kirurgisk Förening

– dess betydelse för svensk och internationell kirurgi

STEN LENNQUIST

Denna jubileumsbok handlar ju om Svensk Kirurgisk Förening men det kanske ändå finns skäl att nämna något om den Nordiska kirurgsammanslutningen, Nordisk Kirurgisk Förening, och vilken betydelse den kan ha haft för svensk kirurgi och indirekt för Svensk Kirurgisk Förening. Våldigt få av våra yngre kollegor känner överhuvudtaget till Nordisk Kirurgisk Förening och ännu färre vet vad den egentligen haft för funktion. Idag finns bara ett rudiment av föreningen kvar som samarbetsforum mellan de Nordiska ländernas kirurgföreningar och detta är säkert en alldeles riktig och väl motiverad utveckling.

I ett historiskt perspektiv har dock Nordisk Kirurgisk Förening haft en klar roll i främjandet av den kirurgiska utvecklingen både i Sverige och i övriga nordiska länder. Föreningen grundades 1893 på initiativ av professorerna Eilert Adam Tscherning i Köpenhamn och John Berg i Stockholm. Tanken var att samverka mellan de nordiska länderna skulle skapa bättre förutsättningar att hävda den nordiska kirurgin internationellt. Nordisk Kirurgisk Förening (NKF) blev därmed faktiskt den första internationella kirurgsammanslutningen i världen, vilket kan vara värt att känna till. Korrespondens och tankar bakom och runt föreningens bildande finns bevarade och dokumenterade i föreningens jubileumsbok 1973, "Nordisk Kirurgisk Förening 80 år", redigerad av Nils Liedberg (Berlingska boktryckeriet, Lund 1973). Boken var egentligen avsedd för föreningens 75-årsjubileum fem år tidigare men försenades på grund av sjukdom och frånfalle bland en del av



Nordisk Kirurgisk Förenings minnesskrift.

medarbetarna. Den är för övrigt en utmärkt exposé över kirurgins utveckling under den oerhört händelserika perioden 1893–1973.

Vi är väl alla överens om att behovet av ett Nordiskt samarbetsforum av det breda slag som denna förening utgjorde idag inte längre finns, även om geografisk närhet och likartade sjukvårdssystem självfallet motiverar begränsade samarbetsprojekt på nordisk bas. Världen har "krympt" och den kirurgiska vetenskapliga samverkan och utvecklingen begränsas inte på samma sätt som tidigare av geografiska avstånd. Från våra skrivbord korresponderar vi med lätthet elektroniskt över hela världen och vi flyger till USA på några timmar för samma pris som det kostar att flyga inom Norden.

Så var det inte i början av 1900-talet. Nordiskt samarbete och utbyte av erfarenheter spelade utan tvekan mycket stor roll för den vetenskapliga utvecklingen i alla Nordiska länder, så även i Sverige. Kirurgins snabba utveckling speglas på ett fascinerande sätt både i Liedbergs krönika och i de bevarade kongressprogrammen och protokollen genom åren. Under de båda världskrigen ökade föreningens betydelse ytterligare på grund av avsaknad av andra internationella möten, även om Nordisk Kirurgisk Förenings aktivitet också till del var reducerad under dessa tragiska tidsperioder.

Själv tillträdde jag på darrande ben posten som "Nationell (svensk) lokalsekreterare" 1973, nydisputerad och ditskickad av min dåvarande chef Sven Rune Johnson på Danderyd som tyckte att jag borde lära mig föreningsverksamhet. Jag kom in just i en tidsperiod när Nordisk Kirurgisk Förening började vackla i sina grundvalar: Många av mina jämnåriga (även äldre) fnyste åt NKF som något förlegat och blickade extraskandinaviskt, medelåldern bland medlemmarna sköt i höjden och nästan inga yngre rekryterades (på den tiden var medlemskap individuellt och inte knutet till nationsföreningarna). Styrelsen bestod då av en president (vald på två år och automatiskt president vid kommande kongress som rullade mellan länderna i ett fast schema), en generalsekreterare vald på sex år och en nationell sekreterare plus två ytterligare styrelseledamöter från varje land. Språket i styrelsen liksom på kongresserna var "skandinaviska" – det gick utmärkt på den tiden eftersom alla bemödade sig att tala så att andra förstod, till skillnad mot nu då det blivit en kultur att renodla sin egen dialekt så att den är helt obegriplig för dem som inte själva talar den, ett globalt fenomen som inte precis främjar förståelsen mellan folkgrupper. Av det skälet blev det med tiden också nödvändigt att övergå till engelska i Nordisk Kirurgisk Förening.

Så småningom rekryterades yngre nationssekreterare även från övriga länder och det etablerades en arbetsgrupp för att försöka förnya föreningen under den nyträdde generalsekreteraren Teddy Scheinin från Helsingfors. Scheinin, som under den ganska modesta ytan var mycket dynamisk, födde idén att skapa sektioner för subspecialiteterna inom föreningens ram. Själv fick jag i uppdrag att arbeta för bildandet av en endokrinkirurgisk sektion eftersom jag då tjänstgjorde hos Per-Ola Granberg vid Karolinska Sjukhuset. Per-Ola, som redan då hade ett stort kontaktnät

inom endokrin kirurgi både i Norden och internationellt, tände på alla cylindrar och på det viset tillkom sektionen för endokrin kirurgi som den första i raden, så småningom följd av sektionerna för kärlkirurgi, kolorektal kirurgi, övre gastrointestinal kirurgi, onkologisk kirurgi och traumatologi.

Dessa sektioner fyllde under många år en ganska stor funktion. De ordnade efterutbildningskurser inom sina områden på nordisk bas vilket skapade möjlighet att utnyttja den samlade kompetens som fanns i Norden som föreläsare. Det breda elevunderlag detta innebar möjliggjorde också rekrytering av internationella toppkrafter som lärare.

SK-kurser, som fanns redan på den tiden i Sverige med beteckningen NLV-kurser (Nämnden för Läkares Vidareutbildning), ansvarade för utbildningen fram till specialist, men med efterutbildning av färdiga specialister var det klen beställt – och är väl egentligen fortfarande – och här fyllde dessa nordiska kurser en stor funktion, de var populära och mestadels fullbelagda. De stöddes organisatoriskt och ekonomiskt av moderföreningen.

Inom sektionerna bedrevs också vetenskapliga samarbetsprojekt av olika slag, även om utbildningen var den aktivitet som dominerade. Sektionerna övertog ansvaret för sina respektive områden vid kongresserna enligt samma modell som långt senare kom att användas vid de svenska kirurgkongresserna. Detta stramade upp de nordiska kongresserna avsevärt och Nordisk Kirurgisk Förening upplevde något av en renässans från i slutet av 70-talet och ett tiotal år framåt.

De nordiska kirurgsektionerna och deras verksamhet kom faktiskt också att stå modell för likartade sektioner på internationell bas. Ett sådant exempel är International Association of Endocrine Surgeons (IAES) som sektion inom International Surgical Society (ISS) som blev den första internationella endokrinkirurgiska sammanslutningen. IAES har betecknats som den mest aktiva och framgångsrika sektionen inom ISS. De internationella kurser i IAES regi, som jag själv hade förmånen att få vara med och initierat och driva under många år, var en direkt kopia av de nordiska endokrinkirurgiska kurserna. De har under åren samlat åtskilliga hundra kursdeltagare och anses, med rätt eller orätt, ha befrämjat utvecklingen av denna subspecialitet internationellt. På samma sätt var de internationella traumakurser som vi startade inom International Association of Trauma and Surgical Intensive Care (IATSIC) en direkt kopia av motsvarande kurser inom NKF:s traumasektion. Det finns sannolikt flera exempel på NKF:s inflytande på den internationella utvecklingen i detta avseende.

Under senare år har subspecialiseringen accelerat, en utveckling som kanske gått snabbare och längre i Sverige än på de flesta andra håll, och antalet specialister har ökat med ökad kirurgtäthet. Detta har helt naturligt lett till att de nordiska subspecialistsektionerna ersatts av nationella sådana som nu kommit att spela en nyckelroll i Svensk Kirurgisk Förenings utveckling. Dessa sektioner skulle kanske ha bildats utan att ha föregåtts av nordiska motsvarigheter, men inom vissa områden har utan tvekan de nordiska föregångarna varit av värde. De fyllde i varje fall en stor funktion innan de nationella sektionerna kom till.

Av samma skäl som ovan har de nordiska kirurgkongresserna nu helt ersatts av nationella. Detta har i kombination med det ökande internationella utbytet gjort Nordisk Kirurgisk Förening i sin ursprungliga form överflödigt vilket är en helt naturlig utveckling.

Jag har av och till fått kommentaren "Så tråkigt att Nordisk Kirurgisk Förening upphört, tänk så mycket bra saker som gjordes och så trevligt vi hade...". Jag tycker inte att det varken behöver eller skall ses som något negativt. Ändå har jag nog lagt ned mer arbete på Nordisk Kirurgisk Förening än de flesta: nationell sekreterare i åtta år, generalsekreterare i sex år och styrelseledamot i ytterligare två år. Därtill under flera år sekreterare i endokrinkirurgiska sektionen, ordförande i traumasektionen, och kurssekreterare/kursledare vid många efterutbildningskurser.

Men man måste inse att utvecklingen går framåt och att en organisation eller institution som under en viss tidsperiod fyller en viktig funktion, under en annan tidsperiod inte är ändamålsenlig eller behövlig. Viktigt är att man inser det i tid och inte av rent nostalgiska skäl håller kvar vid det som inte längre är ändamålsenligt eller motiverat. Här tycker jag personligen att NKF drevs litet för länge, kvaliteten på de sista kongresserna var inte särskilt hög och det är synd att en förening som egentligen har så stolta traditioner skall behöva sluta på det sättet.

Ett exempel på föreningens aktivitet under dess renässansperiod är kongresskryssningen till Island 1981. Det var dags för Reykjavik att hysa kongressen och med de hotell- och resepriser som presenterades såg det ut som om kongressdeltagandet skulle bli extremt lågt. Idén föddes att då att hyra ett helt kryssningsfartyg, förlägga en stor del av kongressen ombord under till- och frånresa och bo på fartyget under vistelsen på Island. Så kom det sig att drygt 350 nordiska kirurger med ledsagare, tillsammans med 300 personer i besättning och övrig personal, under tio dagar färdades fram och åter över Nordatlanten, delvis i full storm men mestadels på ett fantastiskt hav med valar och midnattssol. Vetenskapligt program och efterutbildningskurser löpte på sju parallella stationer hela dagarna så det var ingen lyxresa, men för det sociala programmet på kvällarna svarade tre orkestrar och



Program för NKF:s kryssningskongress.



Kryssningsfartyget (som några år senare förläste).

professionella artist-grupper, allt till mycket rimligt pris.

Den samvaro vi hade, och de kontakter och vänskapsband mellan nordiska kirurger som knöts under detta evenemang, har många fortfarande i minnet trots att nu nästan 25 år förflutit. Det var ett arrangemang som sannolikt aldrig kommer att kunna upprepas, det



Sten-Otto Liljedahl föreläser på en efterutbildningskurs ombord.

hade – liksom NKF – sin tid, och i den tid det skedde var det utan tvekan till både nytta och glädje för dem som deltog.

Så kanske denna lilla tillbakablick har ett budskap: Vi lever i en enorm utveckling och vi måste anpassa vårt sätt att arbeta och vara till denna utveckling och se det som något positivt. Men ibland kan det vara nyttigt att se tillbaka och fundera på hur vi kommit dit vi är. Pendeln inom medicinen svänger och har alltid svängt mellan olika strategier och kanske finns saker att plocka upp ur det historiska arkivet som inte var så dumma och som till och med, fast i annan form, kan vara till nytta både idag och i framtiden. Därför är det trevligt att få vara med och lämna ett bidrag till denna jubileumsbok.



Kryssningsamiralen Sten Lennquist.

(Bilden inplancerad av redaktören, ej av författaren)

Kirurgins struktur i Sverige

JON AHLBERG och LENNART FORSGREN

I början av 1900-talet, vid tiden för grundandet av Svensk Kirurgisk Förening, fanns kirurgiska avdelningar endast vid ett fåtal av lasaretten i landet. Antalet kirurgiska avdelningar var år 1900 endast sex med 22 anställda läkare för att 1910 ha ökat till åtta med 33 läkare. Alla de övriga sjukhusen var så kallade odelade lasarett, det vill säga lasarettsläkaren, som var

kirurg, var ansvarig för vården av alla inneliggande patienter, även de medicinska fallen. Så småningom blev allt flera av sjukhusen så kallade delade lasarett med en lasarettsläkare för kirurgi och en för medicin.



Vykort från 1920-talet som föreställer Mörby lasarett, kirurgiska avdelningen. (Viola Falks Förlag, Mörby)



Kirurgkliniken Mörby lasarett 1931.

En liten inblick i kirurgens vardag för ungefär 80 år sedan kan vara av intresse för jämförelse med dagens förhållanden. Stockholms läns centrallasarett vid Stocksund ("Mörby lasarett", dagens Danderyds sjukhus) öppnades 1922. Ensam lasarettsläkare var K.H.Giertz, det fanns en underläkare, tre vårdavdelningar med sammanlagt 90 vårdplatser, en röntgenläkare samt konsulter för invärtes medicin, öron och patologi. I en skrivelse från Giertz till direktionen 1922 meddelade han att större delen av personalen var överansträngd på grund av långa tjänstgöringspass och hårt arbete och att han beförde att uppsägningar vore att vänta om man ej gjorde någonting åt saken. Sin egen och underläkarens arbetsdag beskrev Giertz på följande sätt (något förkortat):

Överläkaren började på operationssalen kl 7.45 då de större fallen opererades med assistans av underläkaren. Kl 11.30 lunch varefter mottagningen för inträdes- och hjälpsökande började kl 12 och pågick till kl 17. Efter en timmes middag började ronden som pågick minst två timmar. Som lasarettets styresman handhade Giertz även administration och hans arbetsdag brukade inte kunna avslutas före kl 23.

Underläkaren gick rond på avdelningarna 7.15–7.45. Efter operationerna tillsammans med överläkaren fortsatte han efter lunch med de operationer som var kvar efter förmiddagen. Han gick därefter igenom alla avdelningar för att undersöka och skriva journal på nyintagna, kontrollera tillståndet hos övriga intagna och delta i ronden kl 18–20. Han tog emot alla akuta fall under kvällar och nätter. Han måste närvara och assistera vid öronläkarens operationer och vid invärtesspecialistens rond tre gånger i veckan. Arbetsdagen varade till kl 23, därutöver kom undersökning och operation av akuta fall och olycksfall och kallelser till intagna som blivit dåliga. Söndagarnas arbete var nästan lika krävande som vardagens.

I boken "Svenska sjukhus, det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt" (1948) beskriver professor Sven Johansson, f.d. chef för kirurgiska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, förhållandena inom sjukhusorganisationen den 1 januari 1947. Totalt fanns då i landet för kroppssjukvården 98 lasarett/sjukhus



Lasarettets och sjukstugors förekomst och placering inom landet 1947. Efter CG Sundell.

med 370 "chefläkare" (motsvarar klinikchefer), 80 biträdande lasarett-/sjukhusläkare och nära 700 underläkare/amanuenser. Sjukhusen fördelade sig mellan olika typer av sjukhusinrättningar på följande sätt:

Odelat lasarett, det vill säga ett sjukhus med en lasarettsläkare och en eller till och med flera underläkare, var den vanligaste sjukhustypen. Fyrtionio sådana fanns, sålunda hälften av alla sjukhus i landet. Normallasarett, sjukhus med kirurg-, medicin- och röntgenavdelning med var sin lasarettsläkare, av sådana fanns sex stycken.

Ytterligare sju lasarett intog en mellanställning mellan odelat lasarett och normallasarett: odelat med avseende på medicin/kirurgi men med röntgen-, öron-, ögon- eller barnavdelning, eller delat i medicin- och kirurgavdelning men utan röntgen.

Delade lasarett hade liksom normallasarett medicin-, kirurg- och röntgenavdelning men dessutom flera specialavdelningar. Antalet sådana sjukhus var 36, inklusive de fyra undervisningssjukhusen Serafimerlasarettet, Karolinska sjukhuset, Uppsala Akademiska sjukhus och Lunds lasarett. En särskild grupp bland de delade lasarett utgjorde de olika länens så kallade centrallasarett (21 stycken) samt vissa sjukhus i de större städerna.

Efter denna genomgång av sjukhusorganisationen i landet framför författaren som önskemål för den närmaste framtiden beträffande det svenska lasarettsväsendets fortsatta utveckling:

1. Utökning av ett stort antal odelade lasarett till normallasarett.
2. Inrättande av effektivt antal specialavdelningar, bland annat även centrallaboratorier och bakteriologisk-patologiska avdelningar vid samtliga centrallasarett.



Lasarettet i Nyköping. Fotografi från mitten av 1940-talet. Byggnaden påbörjades 1910 och invigdes 1914. Arkitekten var Ernst Stenhammar (1859-1927), bror till tonsättaren Wilhelm Stenhammar. Hans mest kända byggnader är Centralpalatset och Grand Hotell i Stockholm, Hotell Foresta på Lidingö samt flera sjukhus.

3. Tillgodosende av det aktuella behovet av vårdplatser för dels reumatiska sjukdomar och dels ortopediska fall genom inrättandet av ett ökat antal specialavdelningar, fördelade över hela landet.
4. Inrättande av specialavdelningar för neurokirurgi, thoraxkirurgi och plastikkirurgi vid ytterligare några av våra större sjukvårdscentra.

För en läsare drygt 50 år senare ter sig de framförda kraven, eller snarare förhoppningarna, sedda i ljuset av den lavinartade utvecklingen under 1900-talets senare del, mycket blygsamma. Texten avspeglar också en känsla av stolthet och tillfredsställelse över uppnådda förbättringar liksom optimism i beskrivningar av vår sjukhusorganisation vid efterkrigstiden början. I den ovannämnda boken Svenska sjukhus från 1948 är inledningskapitlet, "Sjukhusväsendets utveckling i Sverige", skrivet av med. lic. Wolfram Kock (kirurg och medicinhistoriker, sedermera med. dr. och professor). I slutet skriver han: "Få länder torde i våra dagar kunna uppvisa en sjukvårdsorganisation som är så väl uppbyggd och organiserad som den svenska. ... Utvecklingen går i allt snabbare tempo, och det är att hoppas, att den praktiska sjukvårdens målsmän skola låta den medicinska forskningens resultat i full utsträckning komma hela vårt folk tillgodo. Först därigenom kunna vi med våra oändligt ökade resurser rätt förvalta arvet från de medicinska fäderna. ..."

I Läkartidningen publicerades 1955 en artikel med rubriken "Om framtidsutsikterna för yngre kirurger", där två sedermera ledande personer inom svensk kirurgi, Ored Arner och Sven Rune Johnson, beskriver hur de uppfattar sina framtidsutsikter. Båda var när detta skrevs i 35-årsåldern och verksamma som underläkare vid kirurgiska kliniken Karolinska Sjukhuset, de hade disputerat och var docenter i kirurgi. De hänvisar inledningsvis till tidigare artiklar i samma tidskrift av O Schuberth 1937 och 1942 och av G Petrén 1951, vilka hade påvisat en successiv förlängning av utbildningstiden och en allt högre levnadsålder vid utnämningen till lasarettsläkare vid kirurgisk avdelning eller odelat lasarett. Sin egen prognos för de yngre kirurgerna att uppnå sådana tjänster grundar de på en beräkning av de obefordrade allmänkirurgernas meriter fram till årsskiftet 1953–54. Antalet underläkare med mer än tio års utbildning efter med.lic.-examen samt biträdande överläkare vid lasarett och undervisningssjukhus uppgick då till ett hundra. Motsvarande siffra 1942 var 55 och 1936 endast 22. Samtidigt som skaran obefordrade kirurger vuxit hade antalet tjänsteår hos de obefordrade stigit i hög grad. En viss ökning av antalet biträdande överläkarbefattningar mellan 1942 och 1953 hade visserligen förbättrat arbetsmöjligheterna för de mest meriterade bland de obefordrade men hade inte ökat utsikterna att erhålla en definitiv sluttjänst eller "pensionsreglerad tjänst", det vill säga lasarettsläkartjänst.

Författarna beräknade att under åren 1954–65 skulle 62 överläkartjänster återbetsättas sedan deras innehavare uppnått pensionsåldern (65 år), vilket innebär att 14 år måste gå innan alla obefordrade med mer än tio års meriter fått lasarettsläkartjänst, att de nyutnämnda lasarettsläkarna vid periodens slut skulle ha minst 24 års tjänst-

göring, vara 52 år gamla vid utnämningen och sålunda i medeltal ha högst 13 år att tjänstgöra i sin definitiva befattning.

Arner och Johnson slutar sin artikel sålunda: "Till de ovan skisserade förhållandena kan läggas de osäkra anställningsvillkoren med förordnanden om tre–fem år som underordnad läkare vid ett och samma lasarett, vilket medför försvårade bostadsförhållanden, ökade levnadskostnader och försenad familjebildning. Får det nuvarande tillståndet fortsätta, löpa vi risk att rekryteringen till kirurgkåren minskar och försämras. En förbättring av befodringsutsikterna och lösning av pensionsfrågorna för de obefordrade är synnerligen önskvärda."

År 1950 fanns hundra lasarett i Sverige (tabell 1), varav nära hälften var odelade. Större delen av vårdplatserna (85 %) fanns emellertid på de delade lasarett, där också flertalet läkare arbetade. Därutöver fanns ett 80-tal sjukstugor. De flesta skötes av en sjukstugeläkare som också var provinsialläkare eller stadsläkare. Av tabell 2, som avser år 1926, framgår hur förvånansvärt stor den kirurgiska aktiviteten var vid dessa. Av de ungefär 5 000 läkare, som var yrkesverksamma 1950 arbetade 2 000 på sjukhus och av dessa var 500 verksamma på de fem universitetssjukhusen. Av dessa var Karolinska sjukhuset det enda som tillkommit under 1900-talet. (Tab 1). Malmö Allmänna sjukhus hade grundlagts 1896 och blev undervisningssjukhus 1948. Serafimerlasarettet i Stockholm, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Lunds lasarett anlades på 1700-talet. Av de övriga 99 lasarett hade 97 tillkommit redan före år 1900, de flesta efter inrättandet av landstingen 1862, men så många som en tredjedel före 1800. Det är lätt att inse att sjukvårdstrukturen vid början av efterkrigsperioden inte var anpassad till de stora medicinteknologiska framstegen och



Malmö Allmänna Sjukhus (Hämtat ur S. Ersgård, B. Hallström och P. Mens: Från Lazarett till Universitetssjukhus. Malmö 1896–1996.

År	Kirurg- kliniker	Odelade lasarett	Undervisnings- sjukhus
1900	6	91	3
1910	8	us	3
1920	14	us	3
1930	28	us	3
1940	41	61	4
1950	53	47	5
1960	83	28	7
1970	93	14	8
1980	94	1	9*
1990	75	0	8
2000	63		8
2004	57		8

* Serafimerlasarettet stängde 20 januari, 1980.
us uppgift saknas

Tabell 1. Antal kirurgkliniker, odelade lasarett och undervisningssjukhus i Sverige. Under vissa tidsperioder hade Sahlgrenska sjukhuset, Södersjukhuset och Sabbatsbergs sjukhus två kirurgkliniker. Efter 1980 har landstingen svarat för statistiken, som blivit allt mindre fullständig. Organisatoriska förändringar, såsom landstingsövergripande kliniker, profilerade enheter mm gör att antalet kirurgkliniker från mitten av 1990-talet inte kan jämföras med tidigare år.

1926	Lasarett	Sjukstugor
Vårdplatser	11 667	1 305
Intagna/år	158 467	17 457
Vård dagar	3 949 346	414 711
Medelvårdtid	25 dagar	24 dagar
Beläggning	93 %	87 %
Dödlighet	4,8 %	4,6 %
Kostnad/vård dag	5,92 kr	4,99 kr
Blindtarmsoperationer	8746	1474
Bråckoperationer	3481	539
Olycksfall, intagna	9107	3241
Opererad/100 intagna		
Halland	56	27
Södermanland	48	51
Gävleborg	55	60
Norrbotten	52	37
Riket	51	41

Tabell 2. På sjukstugor utfördes ett betydande antal kirurgiska ingrepp. Även vissa "svårare operationer" (för sjukdomar i gallblåsa, magsäck och tolvfingertarm etc) utfördes i vissa landsdelar till en betydande del på sjukstugor. Efter en studie av sjukstuge- och provinsialläkare CG Sundell 1926. Som jämförelse kan nämnas att 2003 genomgick 51 % av intagna vid kirurgklinik ett ingrepp med registrerad operationskod.

till de förändringar som samhället successivt genomgick med förbättrade kommunikationer, tilltagande urbanisering och jämlikhetssträvanden. Bland politiker och tjänstemän fanns en stark tilltro till central planering också inom vårdsektorn. Axel Höjer, som var Medicinalstyrelsens generaldirektör på 40-talet lade 1948 fram ett mycket radikalt förslag om den öppna vården på och utanför sjukhusen. Förslaget blev mycket skarpt kritiserat främst från Läkarförbundet, men vissa delar kom i princip att genomföras 22 år senare i vad som då kom att kallas sjukvårdsreformen. Det kan ses som ett första steg i en förändring i läkarens ställning från fri entreprenör till heltidsanställd tjänsteman. Om Höjers idéer då hade genomförts hade sannolikt den fortsatta expansionen av sjukhusvården blivit betydligt mindre.

Sett till antalet sjukhus kom dock inte 1960- och 1970-talen att innebära en ökning även om många nya sjukhus då tillkom eftersom flera små lasarett och sjukstugor samtidigt lades ner eller inkorporerades i större sjukhus. Det sista odelade lasarettet, Strömstad, var verksamt i den formen ända till 1981. Sjukhusen växte alltså med fler vårdplatser och anställda. Den sjukhusanställda läkarkåren ökade med 150 procent från 1950 till 1970.

Regionsjukvårdsutredningen ledde till ett riksdagsbeslut 1960, som innebar en indelning av landet i sju regioner med ett samarbete mellan landstingen inom varje region. Detta var till en början frivilligt men blev senare obligatoriskt. Regionsjukhusen blev med undantag för Örebro också undervisningssjukhus. Under 1950-talet hade Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och Umeå lasarett givits uppdrag att verka

som undervisningssjukhus, nu blev också sjukhuset i Linköping ett sådant. Universitetssjukhuset Huddinge tillkom 1974 och Serafimerlasarettet lades ner 1980. År 2001 beslutade landstingsstyrelsen i Örebro läns landsting att byta namn på regionsjukhuset till Universitetssjukhuset Örebro.

Regionsjukvårdsutredningen var mycket viktig för den fortsatta utvecklingen. Tidigare hade det inte funnits några skillnader mellan den kirurgi som bedrevs på de olika sjukhusen, även om landstingen sedan 1934 i princip haft skyldighet att inrätta specialiserade centralasarett. Sex år tidigare, 1928, hade landstingen fått en lagstadgad skyldighet att ansvara för den slutna vården. År 1959 fick de också ansvar för den öppna vården på sjukhus, 1963 överfördes provinsialläkarna från staten till landstingen och 1968 genomfördes samma förändring för mentalsjukhusen. Landstingen fick därigenom total kontroll över praktiskt taget all offentlig sjukvård. Denna utveckling fullföljdes genom att landstingen senare fick ansvar även för de statliga undervisningssjukhusen (Serafimerlasarettet, Akademiska sjukhuset och Karolinska sjukhuset) och från 1983 en större frihet att organisera vården utan statlig detaljreglering från Socialstyrelsen.

Oro över ökande kostnader inom den expanderande sjukhussektorn tillsammans med stora brister i den öppna vården kom att påverka landstingens planering under de två följande decennierna. Sjukronorsreformen 1970 genomfördes utan hänsyn till synpunkter från läkarkåren och innebar fast lön och reglerad arbetstid för offentliganställda läkare. Ersättningen för jour och bundenhet förbättrades flera gånger under 1970-talet, särskilt genom det avtal som ingicks 1979, vilket med små justeringar och lokala variationer fortfarande gäller. År 1971 infördes möjligheten för flera läkare vid samma klinik att inneha överläkartjänster, av vilka en förordnades som klinikchef. Trots landstingens totala planeringsansvar och önskan om satsning på den öppna vården ledde dessa förändringar till kraftig ökning av antalet sjukhusanställda läkare inte minst inom kirurgin (tabell 3), trots att det på alltfler sjukhus inrättades intensivvårdsavdelningar, som huvudsakligen sköttes av anestesiologer, och att ansvaret för frakturkirurgin successivt överfördes till ortopedkirurgerna. Tillgången på nyutbildade läkare hade ökat starkt från slutet av 1960-talet som en följd av ökade intagningar till läkarutbildningarna. Den tillväxt av primärvården, som startade på 1970-talet skedde genom nyrekrytering och inte genom överförande av läkare från sjukhusen. Antalet läkarbesök i primärvården ökade för att under 1980-talet bli fler än de vid sjukhusen.

Under 1970-talet och början av 1980-talet fanns alltså en stark tilltro till landstingens förmåga att planera för och styra hälso- och sjukvård. Detta manifesterades i hälso- och sjukvårds-

Årtal	Män	Kvinnor	Totalt	Andel kvinnor %
1970	830	29	859	3
1987	1247	86	1333	6
1992	1407	117	1524	8
1995	1407	138	1545	9
2000	1418	179	1597	11
2005	1306	213	1519	14

Tabell 3. Antalet specialistkompetenta kirurger (medlemmar i Läkarförbundet < 65 år med specialistkompetens i kirurgi) ökade under efterkrigstiden till början av 1990-talet varefter det har varit relativt konstant. Andelen kvinnliga kirurger har ökat under de senaste femton åren. Specialister i kirurgi utgör cirka 6 % av samtliga läkare i Sverige.

lagen från 1983 och Socialdepartementets principprogram HS 90. Utvecklingen tog dock en annan väg då uppmärksamheten riktades mot onödig byråkrati och minskande produktivitet med växande värdköer, vilket ledde till att landstingens förmåga att styra blev ifrågasatt och kritiserad. Detta följdes av den ekonomiska kris, som inledde 1990-talet. I stället för en fortsatt expansion inleddes en period av nedskärningar och till och med uppsägningar av sjukvårdspersonal.



Tuschlitolitografi av Lars Norrman. Interiör från operationssal på S:t Eriks sjukhus omkring 1950.

Decentralisering, konkurrens och produktionsrelaterad ersättning prövades i flera landsting. Patienternas valfrihet framfördes som en viktig faktor för att genom konkurrens öka sjukhusens produktivitet och kvalitet. I flera landsting prövades också, ibland parallellt med valfriheten, olika modeller med "beställare" skilda från vårdproducenterna. Dessa nya decentraliserade modeller medförde vissa problem då de offentliga sjukhusen i princip inte kunde gå i konkurs och därför många gånger kom att försöka ge sina patienter ett så fullständigt vårdutbud som möjligt. Incitament för samarbete mellan sjukhus saknades. Stora och små sjukhus kom att få liknande inriktning. I USA, där ett överutbud av sjukvård hade satt hård ekonomisk press på organisationerna, ledde motsvarande situation till konkurser och nedläggningar eller samarbeten och sammanslagningar. De försök som gjordes från 1994 med landstingsägande av bolagiserade sjukhus kom inte att förändra situationen och ett enda privatiserat akutsjukhus kunde inte påverka den konstgjorda marknad, som man försökt skapa. Den samverkan mellan olika sjukhus som eftersträvats kom alltså inte till stånd. En ibland hätsk debatt om högspecialiserad vård och vårdvolymens betydelse för den medicinska kvaliteten kom att föras inte minst mellan kirurger representerande olika vårdnivåer. Om inte annat pekar denna debatt på att en påtvingad samverkan mellan vårdproducenter kan ge upphov till problem. Den diskussion, som fördes och alltjämt fortgår bland svenska kirurger belyser emellertid sällan andra viktiga aspekter såsom förmågan hos stora sjukhus kontra små att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens mål om "vård på lika villkor, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten".

Inom några sjukhus prövades nya interna strukturer. Istället för de traditionella klinikerna organiserades vården efter processer eller organsystem, varigenom

kirurger med olika profilering kom att arbeta på olika kliniker eller "centra", som blev en populär beteckning på dessa nya enheter. Man prövade också att samla kliniker eller centrumbildningar i större enheter inom sjukhusen. På en del ställen kom dessa att kallas "divisioner". Beteckningarna varierar mellan och ibland även inom landstingen.

Landstingens finansiella svårigheter har dock fortsatt och utan att direkt påverkas av de diskussioner som förts mellan kirurger och även andra läkare, har avgörande strukturella åtgärder vidtagits under den senaste tioårsperioden. Förutom de finansiella motiven har också den medicinteknologiska utvecklingen bidragit genom att behovet av slutenvårdsplatser minskat. Inom kirurgin har dagkirurgin med eller utan bidrag av minimalinvasiv kirurgi kunnat utökas främst tack vare framsteg inom anesthesiologin. En tydlig tendens har varit att skapa landstingsövergripande kliniker, först i Västerbotten och Blekinge och senare i flera andra landsting. Försök har gjorts med grupperingar av sjukhus. I Skåne prövades och övergavs en organisation med parsjukhus och i Västra Götaland grupperades flera sjukhus till gemensamma enheter till exempel Skaraborgs sjukhus med verksamhet i Skövde, Falköping, Lidköping och Mariestad. Beroende av olika geografiska förutsättningar, politisk vilja och finansiellt tryck har några landsting, till exempel Västmanland, vidareutvecklat denna modell till en tydlig centralisering med nästan all slutenvård förlagd till det gamla centrallasarettet. Flera landsting prövar också att låta något eller några av länsdelssjukhusen åta sig en tydlig profilering, såsom elektiv ortopedisk kirurgi eller dagkirurgi.

Sedan början av 1970-talet är det alltså de minsta länsdelssjukhusens vara eller icke vara som diskuterats och det ser nu ut som om dessa kirurgkliniker antingen kommer att försvinna eller också drivas som dagkirurgiska enheter i nära samarbete med, eller åtminstone samlokaliserade med primärvård, öppen specialistvård och slutenvård geriatrisk vård och organisatoriskt tillhöra en central enhet.

Under början av 2000-talet har också universitetssjukhusen kommit i blickpunkten. Stigande kostnader, minskande produktivitet och kanske framför allt svårigheter att åstadkomma förändringar i en komplex organisation, där tjänstemän och politiker kan känna främlingskap inför den akademiska miljön utgör bakgrunden till de begynnande reformerna för dessa. Sahlgrenska Universitetssjukhuset var först ut, följt av Karolinska Universitetssjukhuset. Ytterligare reformer kan förväntas inom denna sektor.

I ett svenskt perspektiv kan det tyckas som om det är vår organisationsform med starka landsting som är den faktor som driver strukturutvecklingen inom sjukvården och därmed kirurgin. Utvecklingen i Sverige är emellertid inte unik utan liknar trots allt den som länder med helt andra organisationsformer och drivkrafter genomgått. Orsaken till detta är naturligtvis att andra faktorer är av avgörande betydelse: sjukdomspanoramata i befolkningen, demografiska förändringar och den medicinteknologiska utvecklingen. Förändringar inom dessa områden sker ofta förvånansvärt snabbt och kräver i sin tur en anpassning av strukturen. Under den

senaste tioårsperioden har strukturen också förändrats snabbt i vårt land, i varje fall snabbare än i jämförbara länder, trots att det politiska etablissemang, ledningen, personalen och lokala opinionsgrupper bevakar sina olika intressen. Men när förändringar sker kan de bli kompromisser, som anpassas till dessa gruppers önskemål mer än till patienternas verkliga behov.

Kirurgi är visserligen en viktig specialitet men den är inte avgörande för den strukturella utvecklingen av sjukvården. Vi kirurger skall argumentera för våra patienters behov och berättigade krav på högkvalitativ vård. Genom större lyhördhet för vad som sker utanför vår specialitet och utanför sjukhusens väggar, kan vi måhända finna vägar att under de kommande 100 åren påverka utvecklingen mer än vi hittills kunnat göra.

Faktaruta

Struktur – (lat. structura sammanfogning, byggnadssätt) det sätt på vilket en helhet är uppbyggd av sina element.

Klinik – (grek. klinike (techne) den läkekonst som utövas vid sjukbädden, av klinikos, av kline bädd, säng). Självständig organisatorisk enhet (basenhet) inom framför allt den slutna vården. Begreppet användes före 1950 endast på universitetssjukhus samt på Sahlgrenska sjukhuset och Örebro lasarett. På andra sjukhus användes före 1950-talet för motsvarande enhet benämningen sjukavdelning.

Poliklinik – (grek. polis stad och klinike, läkekonst vid säng i staden) äldre beteckning på en ursprungligen avgiftsfri öppen mottagning för den fattiga befolkningen i storstäderna. Från början av 1900-talet tilläts lasarettsläkare att anordna avgiftsbelagd öppen mottagning på lasarettet mot viss ersättning för "användande av sjukvårdinrättningens hjälpmedel". Detta gav goda inkomster och kunde, särskilt för kirurger, få stor omfattning – 200 besökande per dag på en läkare och däröver var inte ovanligt ända in på 1950-talet.

Lasarett – (ital. lazzaretto epidemisjukhus, ursprungligen av Nazaretto, namnet på ett pestsjukhus på ön Santa Maria di Nazareth utanför Venedig, troligen ombildat efter ital. lazaro, spetälsk, efter de spetälskas skyddshelgon S:t Lasarus). Enligt 1940 års sjukhuslag benämndes sjukvårdsinrättningar med mer än 50 vårdplatser lasarett i annat fall sjukstugor. I Stockholm, Göteborg, Malmö och Uppsala benämndes, med lasarett likställda, sjukvårdsinrättningar sjukhus.

Odelat lasarett – Sjukhus för alla behövande, en lasarettsläkare (överläkare) som var kirurg och en eller flera underläkare. Omvandlades successivt till andra typer av sjukhus eller nedlades.

Delat lasarett – Sjukhus med skilda avdelningar för kirurg- och medicinfall med var sin lasarettsläkare, eventuellt även andra specialavdelningar (röntgen, barn etc) med varsin lasarettsläkare.

Normallasarett – hade medicin-, kirurgi- och röntgenavdelningar. Benämns nu oftast länsdelssjukhus.

Centrallasarett – Från 1934 blev landstingen skyldiga att inrätta ett centrallasarett i varje län med flera specialiserade kliniker. Benämns nu oftast länssjukhus.

Garnisonssjukhus – Militärsjukhus, som vanligen tog emot även civila patienter. Garnisonssjukhuset i Stockholm hade en endast medicinavdelning, kirurgfall vårdades på särskild del av kirurgkliniken vid Karolinska sjukhuset. Garnisonssjukhuset i Boden fungerade i praktiken som centrallasarett för Norrbotten. Även Garnisonssjukhuset i Skövde hade åtminstone under en period kirurgklinik medan de övriga (Eksjö, Karlsborg, Linköping och Sollefteå) endast tog emot medicinfall.

Regionsjukhus – Efter riksdagsbeslut 1960 indelades Sverige i sju regioner med var sitt regionsjukhus med kapacitet inom praktiskt taget alla specialområden.

Landsting – Bildades 1862 och fick bland annat ansvar för den slutna kroppssjukvården. De hade rätt till beskattning, sjukvårdavgift och erhöll fram till 1913 en femtedel av brännvinsskatten. De sex största städerna (Stockholm, Göteborg, Helsingborg, Malmö, Norrköping och Gävle) stod utanför landstingen, som var 24 till antalet. Stockholm stad sammanslogs 1970 med Stockholms läns landsting. Kalmar län var delat i ett sydligt och nordligt landsting, vilka slogs samman 1971. År 1999 bildades Västra Götalandsregionen (av landstingen Älvsborg, Skaraborg, Göteborg och Bohuslän samt Göteborgs kommun) och region Skåne (av landstingen Kristianstad, Malmöhus och Malmö kommun). Idag finns två regioner, 18 landsting samt en kommun, Gotland, vilka har ett i det närmaste totalt ansvar för hälso- och sjukvården.

Litteratur

Einar Edén, Sven Johansson red. Svenska sjukhus. Det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt. Bokförlaget Gothia, Stockholm 1948.

Anders Anell, Rosita Claesson Svenska sjukhus förr och nu. Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar. IHE, Lund 1995.

Gudrun Lindberg, Måns Rosén red. Folkhälsa och sjukvård. Sveriges Nationalatlas Förlag 2000.

G Sköld Danderyds sjukhus 1922–1997.

Kirurgisk verksamhet i glesbygd under början av 1900-talet

En studie i Norrland

SVEN DAHLGREN

För att få en någorlunda allsidig beskrivning av hur den kirurgiska sjukvården bedrevs i glesbygden under de första två decennierna av 1900-talet har jag valt att specialstudera verksamheten i ett landsting. Det visade sig nämligen vara svårt att få en representativ beskrivning av sjukvården i glesbygden genom att göra stickprov av befintliga data från olika delar av Norrland. Eftersom Västerbottens läns landsting har samlat praktiskt taget all verksamhetsrapportering i landstinget till ett centralt arkiv i Umeå valde jag detta landsting, som välvilligt öppnade arkivet för mig och gav mig hjälp att finna rätt material. Jag fick vidare tillgång till en studie över verksamheten i Stensele provinsialläkardistrikt i början av nittonhundratalet¹. Ett varmt tack riktas till Med Dr h.c. Gunnar Hjernerstam och landstingsarkivarie Christina Andersson!

En fördel med att följa utvecklingen i ett helt landsting är att en sådan studie skulle kunna belysa frågeställningen om den kirurgiska verksamheten vid sjukstugorna skiljer sig mellan de sjukstugor som ligger nära ett sjukhus respektive långt ifrån.

Sjukvårdens struktur

Omkring sekelskiftet fanns länssjukhus med redovisad operationsstatistik i Umeå och Skellefteå. Först 1962 tillkom lasarettet i Lycksele. Sedan 1920-talet har det i landstinget funnits 16 sjukstugor. Elva av dessa fungerade under delar av de första två decennierna och åtta av dessa elva tillkom mellan 1875 och 1899.

¹ "Så var det förr. Axplock ur gamla diarietböcker från Stensele provinsialläkardistrikt." Gunnar Hjernerstam, Storuman, 2002.

I Kungl. Sjukhusstadgan 1901 sägs bland annat följande om sjukstugorna:

§1: *Med sjukstuga förstås i denna stadga sådan mindre med högst tjugofyra sjuksängar försedd och gällande lasaretsstadga ej underkastad sjukvårdsinrättning, som har likartad uppgift med lasarett och till vars underhåll landsting lämnar bidrag.*

§ 13 Sjukstugans läkare åligger:

1. - att, där ej annat tjänsteåliggande hindrar, minst en gång varje dag tillse de sjuka, anordna deras behandling samt bestämma vilka skola intagas eller utskrivs.

7. - att föra sjukjournal samt diarium över intagna och utskrivna sjuka även som utspisade matportioner;

10. - att varje år inom mars månads utgång till förste provinsialläkaren avlämna till medicinalstyrelsen ställd berättelse för det föregående året, enligt anbefallda formulär och föreskrifter (K.K d. 15 nov. 1918.)

Av olika anledningar har uppgifter i form av årsberättelser och/eller operationslistor för att beskriva verksamhet av kirurgisk karaktär under dessa första decennier varit tillgängliga endast från sju av dessa: Burträsk, Lycksele, Norsjö, Nordmaling, Stensele, Åsele och Vindeln. Orsakerna var för det mesta att redovisning av operationsverksamheten under denna tid var ofullständigt bevarad. I ett fall (Robertsfors) brann sjukstugan med det mesta av materialet upp så sent som 1970.

Denna studie gör inte anspråk på att vara absolut heltäckande avseende det kirurgiska innehållet i sjukvården vid sjukstugorna utan är mer en kvalitativ studie än en total verksamhetsanalys. Det skulle alltså kunna finnas något ytterligare ingrepp



Sjukstugan i Nordmaling. Bilden tillhör Västerbottens museums fotoarkiv och publiceras med tillstånd.

av intressant karaktär vid någon sjukstuga som man skulle hitta vid ännu noggrannare letande. För en sådan studie skulle det dock krävas en noggrann analys av verksamheten under en följd av år vid respektive sjukstuga. Vidare skulle det krävas en jämförelse med utvecklingen på motsvarande sätt vid sjukhusen. Det vore givetvis dessutom intressant att göra en studie av hur tillkomsten av sjukhuset i Lycksele påverkat den kirurgiska verksamheten vid sjukstugorna. Allt detta skulle kräva såväl mer tid som mer utrymme än vad som varit tillgängligt.

För att undersöka om avståndet till närmaste länssjukhus påverkat innehållet i den kirurgiska verksamheten vid sjukstugorna har dessa grupperats i två grupper och en jämförelse avseende den kirurgiska verksamheten gjorts mellan grupperna. Den ena gruppen (sjukstugor i det inre av Västerbotten) består av sjukstugorna i Norsjö, Lycksele, Stensele och Åsele, vilka hade mellan 9 och 22 mil till sjukhus i Umeå eller Skellefteå och den andra (sjukhusnära sjukstugor) omfattar de i Burträsk, Nordmaling och Vindelns med mellan fyra och fem mils avstånd till respektive länssjukhus. Avstånden räknade i dagens avstånd, vilket givetvis ger en falsk bild av verkligheten. Vägarnas tillstånd har säkert varierat i olika delar av länet och tillgången på bilar var inte stor, speciellt inte i början av seklet men utvecklades under den studerade tidsperioden. Inte heller persontransporterna på järnväg var till nämnvärd hjälp vid denna tid.

Först ges ett par inblickar i hur miljön kunde vara för de provinsialläkare som arbetade i början av 1900-talet:

Stensele fick sin första provinsialläkare i januari 1900. Han hette Alfred Wirell och fick sin första mottagning i ett rum i en gammal prästgård i vilket han också bodde under den första tiden. Han fick sedan flytta till en bostad i skolan där han hade mottagning. Enligt hans årsberättelse för 1901 fanns i distriktet två barnmorskor denna tid. *"Ingen privat praktiserande läkare, veterinär, tandläkare, fältskär eller apotekare är bosatt inom distriktet"*.

År 1913 hyr man två rum med sängplatser för fyra–sex patienter. År 1913 skriver dr Bjerner som då är provinsialläkare i Stensele: *"De förut nämnda sjukrummen är visserligen anspråkslösa, men göra dock en hel del nytta, hälst som sköterskan är rätt duglig. Jag har en förhoppning att inom en nära framtid kunna genomföra byggandet af en sjukstuga, hvilket är ett livsvillkor för rationell sjukvård härstädes"*. Sjukstugan byggdes sedan år 1914 och var avsedd för åtta–tio patienter *"men kan utan svårighet mottaga dubbla antalet. Examinerad sköterska med särskild kirurgisk utbildning har anställts"*. Omkring 1931 fick sjukstugan sin första röntgenapparat *"som (enligt sjukstugestyrelsens protokoll) ej bör vid ordinarie läkares bortavaro, semester eller tjänstledighet, användas annat än i mycket trängande fall"*. År 1937 togs en helt nybyggd sjukstuga i bruk. Den gamla kom sedan att användas som epidemisjukstuga. År 1972 lades verksamheten ned vid Stensele sjukstuga och flyttades till den nybyggda sjukstugan i Storuman, den senare enligt befintlig skylt kallad Universitetssjukstuga.

Som ytterligare exempel på att sjukstugorna vid denna tid var förhållandevis enkla redovisas följande klipp ur årsberättelsen från Vindelns sjukstugestyrelse för

år 1913: *”Elektrisk belysning har införts. Operationssalen måste användas som expeditjonsrum och läkarens mottagningsrum, hvilket gör att det endast med svårighet och i undantagsfall kan användas för det ursprungligen afsedda ändamålet. --- Köksan och biträdet måste ligga i köket, hvilket är synnerligen olämpligt”.*

År 1962 öppnades Lycksele lasarett. Efter denna tid gjordes alla bukoperationer där medan en del gynekologiska abrasioner och andra mindre ingrepp utfördes vid sjukstugorna inom upptagningsområdet.

Verksamheten

Operationsredovisningen gjordes vid en del sjukstugor i journalliggare med inbundna blanketter enligt av Kungl. Medicinalstyrelsen fastställda formulär. Raderna var förtryckta och med mycket breda mellanrum. Ett helt uppslag användes då för att beskriva diagnos och utförd åtgärd. Således ett magnifikt slöseri med papper! Vid andra sjukstugor skrevs redovisningen på lösa blanketter för uppgifter från sjukvårdsinrättningar enligt medicinalstyrelsens formulär. I landstingets arkiv finns tryckta årsberättelser från Nordmalings sjukstuga tillsammans med dem för Umeå lasarett för åren 1912–1917.

Den basala kirurgiska verksamheten tycks ha varit mycket likartad vid de olika sjukstugorna. Antalet åtgärder varierade dock såväl mellan olika år som mellan sjukstugorna. Vid en och samma sjukstuga (Åsele) kunde det variera mellan tio och femtio operationer under närliggande år. På 30-talet steg antalet operationer vid samma sjukstuga till 134. Det framgår ganska tydligt att verksamheten växlade med innehavaren av tjänsten vilket handstilen på den som skrev rapporten, sannolikt doktorn själv, vittnar om.

Till de vanliga åtgärderna har jag räknat sutur av sårskador, incisioner av bölder av olika karaktär, även av angina tonsillaris, paracentes av trumhinnan vid otit. Vidare har inräknats reposition och gipsning av enklare frakturer som radiusfrakturer samt amputationer av fingrar och tår m.m. En åtgärd som förekom av och till vid flera sjukstugor var dilatation av tårkanalen, en operation som kallades ”Bowmans operation”. Amputationer av fingrar och tår förekom av och till, ofta gjordes detta genom en exartikulation i respektive led. Skrapning av främmande kroppar på kornea förekom ibland vid de olika sjukstugorna. Små frakturer – inklusive radiusfrakturer – reponerades och gipsades.

Tuberkulos var under första hälften av 1900-talet en vanlig sjukdom i Norrland. Huvudsakligen rörde det sig om lungtuberkulos som ju vårdades på de olika sanatorierna som fanns i nästan varje landsting under denna tid. På sjukstugorna förekom bortopererandet av tuberkulösa lymfkörtlar förhållandevis ofta. Någon PAD-redovisning finns dock ej. Ett fall av tuberkulösa körtlar i buken redovisades från Åsele 1902 vid en operation som beskrivs som en perityflit. Operationen utfördes genom ”extraperitoneal incision i fossa iliaca där det finns tuberkulösa körtlar med var”. Detta kan givetvis i själva verket ha rört sig om en perforerad appendicit med abscess! Patienten överlevde vilket ytterligare talar för diagnosen appendicit.

Till mer avancerad kirurgi, för att vara den tiden, har jag i denna redovisning räknat sensuturer, bräckkirurgi och appendektomi.

Sensutur beskrivs enstaka gånger på sjukstugorna i Norsjö (1906 och 1909), Åsele (1901) och i Lycksele. Vid den senare sjukstugan suturerades en akillessena år 1906. Resultaten framgår ej av tillgängliga handlingar.

Ljumskbräckoperationer börjar utföras tidigt. I Nordmaling är detta beskrivet 1894 och 1896. 1894 rörde det sig om ett inklämt ljumskbräck. Den patienten avled *"på grund av hampfröstora ulcerationer tvärs igenom tarmen i den del som legat i bräckporten"*. Under 1900-talets början blir bräckkirurgin allt vanligare och utan nämnvärd mortalitet. Som exempel kan nämnas att man år 1913 i Nordmaling genomförde 24 bräckoperationer utan mortalitet. Av dessa gjordes 13 med plastik enligt Bassini.

I Åsele finns anteckningar om bräckkirurgi år 1900 och 1901 gjordes sex bräckoperationer.

Som exempel på i vilken miljö man ändå vågade operera bräck kan nämnas förhållandena i Stensele. Där ägde provinsialläkarnas verksamhet under de första åren rum i prästgården. Här opererade dr Wirell enligt befintlig årsberättelse under något av de första åren på 1900-talet en gammal gubbe med inklämt bräck. Efter operationen forslades gubben hem igen till sin koja och frun fick stränga order att inte ge gubben mat på ett dygn. När dr Wirell efter några timmar tittade till sin patient satt denne och åt på en limpa. På frågan varför gumman ändå givit honom mat fick han till svar ord ur Bibeln: *"Ingen kan tjäna två herrar"*.

Appendicit. Det första fallet redovisades från Åsele sjukstuga år 1900. Man gjorde appendektomi, dränage samt tamponad. Patienten överlevde. Detta var anmärkningsvärt tidigt! Lennander gjorde sin första operation 1888 på Akademiska sjukhuset i Uppsala och publicerade 60 opererade fall år 1893. Mortaliteten vid ingreppet under åren 1888–1907 var i Uppsala 20 procent. Några år senare var dödligheten vid Akademiska sjukhuset nio procent. På grund av den höga mortaliteten i början av den operativa eran – delvis beroende på att patienterna kom till operation sent – pågick under dessa år en vetenskaplig strid mellan medicinare och kirurger om behandlingen verkligen skulle vara kirurgisk! Trots detta slog ingreppet snabbt igenom även på sjukstugorna i Norrland. År 1902 opererade man i Åsele det ovan beskrivna fallet av perityflit med tuberkulösa körtlar i höger fossa ilica. Året därefter opererades ett fall av perityflit som beskrivs på följande sätt: *"Mycket dålig vid inkomsten, opererades genast genom ett stort iliacalsnitt, peritoneum inciderades, en abscess tömdes och tamponerades. Appendix kunde ej påträffas."* År 1904 gjorde man en operation igen med som man säger "mindre gott resultat" men patienten överlevde. Därefter dröjde det till 1913 innan man kom i gång på allvar med appendektomierna. Då gjordes elva ingrepp med gott resultat. Sedan blev det operationer varje år under en följd av år.

I Norsjö opererade man fyra fall av appendicit med gott resultat 1911 och ett år senare ett fall som också betecknades som perityflit.

Från Nordmalings sjukstuga rapporterades den första appendektomin 1905 då tre patienter opererades med gott resultat. År 1913 opererades 29 fall av appendicit,

varav ett "i förbigående", det vill säga en frisk blindtarm opererades bort i samband med annat ingrepp i nedre delen av buken ("en passant" med nutidens nomenklatur). Endast en av patienterna dog. Det noterades följande: *"Inkom i ytterst eländigt tillstånd, sedan han legat sjuk hemma i fem dygn. Hela buken var full med var. Död dagen efter operationen"*. År 1914 opererades 50 patienter med appendicit – varav 24 betecknas som "Appendicitis chronica" - varvid appendektomi utfördes med endast ett dödsfall. År 1915 opererades 15 fall med ett dödsfall. Efter detta kan nog sägas att appendektomi hade blivit rutiningrepp vid sjukstugan i Nordmaling. Ur handlingarna för år 1916 hämtas ett exempel på hur det kunde se ut i en buk när patienten kom till operation sent: *"Patienten opereras efter 48 timmars sjukdom. Tarmarna injicerade med blödningar, utspända och badande i var. Ytterligt eländigt tillstånd. Exitus på tredje dygnet efter operationen"*.

I Vindelns sjukstuga började man med appendektomier 1914 då man gjorde två operationer, följda av fyra fall 1915 samt ett 1916.

Sedan sjukstugan i Stensele blev färdig tycks den kirurgiska verksamheten ha ökat. År 1916 opererades åtminstone tre patienter med appendicit med gott resultat. Om en av dessa operationer sägs: *"Patienten slutar att andas under operationen hvarför konstgjord andning måste göras."* Patienten skrevs ut "i det närmaste läkt" efter cirka tre veckor.

I Lycksele dröjde det ända till 1919 innan man rapporterar någon operation av appendicit.

Den ovan beskrivna historiken kring appendektomierna vid sjukstugor i Västerbotten kan tyda på att den ovan nämnda debatt som fördes om behandlingen av appendicit kan ha bromsat upp utvecklingen av denna behandling.

Under samma tidsepok opererades givetvis att antal appendiciter på såväl Umeå som Skellefteå lasarett. År 1905 opererades till exempel på länslasarettet i Umeå 51 patienter med akut appendicit varav 16 med beteckningen "à froid". Tio patienter dog (19,6 % mortalitet). Fem av dem som dog beskrivs som "sent inkomna". År 1910 opererades vid samma sjukhus 92 fall av appendicit varav 27 betecknas som kroniska eller intervalloperationer. Antalet dödsfall är i handlingarna något svårt att tolka men sannolikt dog tolv av dessa (13 % mortalitet). Vid Länslasarettet i Skellefteå gjordes 1915 200 ingrepp varav man ej hittade appendix i ett fall. Fem av dessa ingrepp gjordes på frisk appendix vid annat ingrepp. Femton dödsfall redovisas (7,5 % mortalitet). Appendicit-sjukdomen skördade alltså sina offer även efter operation, framför allt för att patienterna ofta kom sent till operation. Bidragande till den förhållandevis höga mortaliteten var givetvis bristen på modern vätsketerapi samt antibiotika.

Övriga mindre vanliga ingrepp av större karaktär

Torakotomi för empyem finns redovisade ett par gånger under dessa år, i Nordmaling 1913 och i Vindelns 1909. Dessutom gjordes av och till torakocentes vid enstaka sjukstugor.

Struma med extirpation av ena loben utfördes på sjukstugan i Nordmaling år 1917. Där behandlades också en patient med tyreotoxikos med ligatur av a. thyreo-

idea superior. Uppmejsling av processus mastoideus utfördes i Nordmaling redan 1894 och i Åsele 1913.

Fall av läppcancer finns redovisade från Åsele 1902, då provinsialläkaren skrev i sin journal: "*Cancer labii inferior. Extirpation med utrymning av del av underkäken Svår och stor operation.*" På Vindelns sjukstuga opererades en patient med tungcancer varvid tungan amputerades.

Operation för bröstcancer (Ablatio mammae + axillutrymning) gjordes åtminstone vid ett par sjukstugor. Vid Åsele sjukstuga rapporterades denna operation under 1901 (två fall) samt 1902 och 1912. Även på sjukstugan i Nordmaling gjordes samma ingrepp i tre fall år 1913 och för kronisk mastit med ablatio mammae ett fall 1917.

Linsextraktion vid starr utfördes under dessa år i Lycksele och Åsele – i Åsele redan 1902.

Bulbektomi för panophtalmi utfördes i Åsele och i Vindeln.

Strabism opererades en gång i Åsele med "*Tenotomi på rektus internus oculi dexter*"

Perforerat ulcus (ventriculi el. duodeni) opererades med översyning och täckning med oment på sjukstugan i Nordmaling 1915.

Operation av patienter med ileus med adherenslösning gjordes på flera sjukstugor, däribland på Nordmalings sjukstuga: tre fall 1914 med ett dödsfall, ett fall 1917 (död efter nio dagar i peritonit) samt en patient i Lycksele på vilken gjordes adherenslösning år 1921 med gott resultat.

En patient med en skallfraktur trepanerades i Nordmaling år 1914 – "*enkel fraktur å konvexiteten, komplicerad å basen*". Den patienten avled.

Större frakturer, till exempel på humerus och femur reponerades och gipsades. Kollumfrakturer på lårbenet behandlades med reposition och sträck.

Hudtransplantation enligt Thiersch utfördes under åren 1900–1912 på sjukstugorna i Åsele, Vindeln, Lycksele och Åsele. I journalen från sjukstugan i Lycksele står det: "*Thiersch på huddefekt efter stort empyem. De transplanterade styckena 'togo' på större delen av området.*"

Transvesikal prostatektomi utfördes i Nordmaling på en patient 1913.

Patienter med sinusiter i sinus maxillaris, etmoidalis och sphenoidalis opererades i Nordmaling med utrymning av cellerna.

Mer speciella ingrepp inom ortopedin förekom också. I Stensele opererades en mandibelfraktur 1916: "*Genom surrning med messingtråd förminskas förskjutningen så mycket som möjligt.*" Vid återbesök är käken läkt med obetydlig förskjutning.

Cancer ventriculi opererades i Nordmaling i ett fall 1915 varvid utfördes en retrokolisk gastroenterostomi. I Lycksele opererades 1922 en patient med ventrikelcancer med pylorusresektion + GE. Denna patient dog i empyem efter 28 dagar. Läkaren gjorde där under de närmaste åren fyra explorationer för ventrikelcancer vilka dock var inoperabla.

Kolecystektomi har enligt tillgängliga handlingar under denna tid endast utförts i Lycksele 1921 och 1923 med gott resultat. Då gjordes kolecystektomi + drän.

Gynekologiska ingrepp

Abrasio mucosae uteri förekom under dessa år vid flertalet av sjukstugorna. Inom obstetrikerna gjordes givetvis tångextraktioner. Barnmorskorna utförde också tångförlösning ibland – enligt dr Wirell i Stensele genomförde en barnmorska en tångförlösning 1902: *”Då fostrets lif var i fara, och tillkallande af läkare 13 kms gångväg skulle ha tagit minst 5 timmar, synes barnmorskan haft skäl för sitt ingripande.”* Två veckor senare var såväl moder som barn friska.

Vändning på fot med extraktion finns också beskrivet några gånger.

Vaginal prolaps opererades i Åsele 1904 och i Lycksele 1919. I Åsele beskrivs operationen som *”Colporaphia anterior och posterior + perineoplastik”* och i Lycksele som *”Utan anestesi excideras spolformigt stycke från portio till uretra”*. Hur lyckade resultaten blev beskrivs ej.

Kolpoperineorafi efter invetererad komplett perineumruptur gjordes i Nordmalings en gång 1913.

Uterusextirpation utfördes på sjukstugan i Stensele 1916 av dr Bror Bjerner på en samekvinna för uterusruptur varvid en supravaginal uterusamputation genomfördes. *”Dålig belysning, frånvaro af bäckenhögläge, brist på långa peanger o dukar samt ovan narkotisor gjorde dock att operationen drog ut väl en timme.”* Patienten fick en halv liter koksalt subkutant efter operationen. I efterförloppet hosta, temp 39,3 på kvällen. Efter en månads vård skrivs patienten ut – *”ännu rätt blek, f.ö. frisk”*. Kontroll tre månader senare: *”Frisk, går i grofarbete”*.

Det andra redovisade fallet kommer från Lycksele år 1923 och utfördes för Cancer uteri med *”gott efterförlopp.”*

Narkosanvändning

Vid de olika operativa ingreppen som gjordes i narkos beskrivs själva narkosen mycket sparsamt. Kloroform synes i alla fall ha använts tidvis. Som exempel på dess farlighet ges följande beskrivning från Åsele sjukstuga i samband med en operation för en stor ovarialcysta: *”Operationen varade i 50 minuter och patienten erhöll ungefär 20 gm kloroform. Under det buksåret hopsyddes kollaberade patienten, som före operationen var svag, och afled, tydligen kloroformdöd”*.

Övriga åtgärder

Provinsialläkarna hade givetvis även andra uppdrag än att bedriva sjukvård. De utnyttjades ibland för rättsmedicinsk verksamhet som nedanstående exempel kan visa:

Dr Wirell i Stensele genomförde på uppdrag av *”Kongl. Majts. Befallningshafvande i Vesterbottens län”* år 1900 en rättsmedicinsk obduktion på en kvinna som försökte driva ut ett foster med fosfor vilket medförde döden för henne också. Obduktionen är mycket noggrant genomförd och protokollet är anmärkningsvärt väl skrivet. För denna åtgärd skrev dr Wirell en *”till K. Medicinalstyrelsen stäld räkning å ett belopp af kr 20:- för obduktionsförättningen jemte protokoll och utlåtande i två utskrifter”*.

Jämförelse mellan sjukstugor i det inre av Norrland och sjukhusnära sjukstugor

Under de två första decennierna gjordes på sjukstugorna i det inre av Västerbotten följande större ingrepp: i Lycksele (ventrikelresektion, kolecystektomier, gastroenterostomi på patient med ventrikelcancer samt Thierschning), Stensele (uterusextirpation och cerclage på mandibelfraktur) och Åsele (Brötextirpation för bröstcancer resp. fibrom, linsextraktion, läppcancer, strabism(!), vaginalprolaps, bulbenukreation, uppmejsling av processus mastoideus samt Thierschning).

I de kustnära sjukstugorna gjordes följande större ingrepp: i Nordmaling (bulbenukreation, brötextirpation för bröstcancer, torakotomi för empyem, transvesikal prostatektomi, kolpoperineoraf, uppmejsling av processus mastoideus, ligering av övre vänstra artären till sköldkörteln vid tyreotoxikos) och i Vindeln (torakotomi vid pleuraempyem och bulbenukreation).

Skillnaden i ingrepp av större art mellan grupperna är inte stora. Det som skiljer är ventrikelresektion och kolecystektomi som bara utfördes i Lycksele under denna period. För övrigt föreligger ingen skillnad. Man torde våga påstå att det huvudsakligen är provinsialläkarens kirurgiska intresse, erfarenhet och djärvhet och vilken patient som söker på sjukstugan, som är avgörande för ingreppens art och mindre avståndet mellan sjukstugan och det närmaste länssjukhuset. Som stöd för detta påstående kan nämnas verksamheten vid sjukstugan i Lycksele som från kirurgisk synpunkt under de första två decennierna endast sysslade med smärre kirurgi samt enstaka appendektomier och bräck under 1919 och 1920. 1921 kommer en ny läkare till sjukstugan, dr Thorbjörn Engström, och då ändras panoramat. Första året opererades cirka 15 bräck och nära 30 appendektomier, något ileusingrepp, uppmejsling av mastoidit, paracenteser, linsextraktion. Dessutom gjorde man 1921 en ventrikelresektion och en kolecystektomi åtföljd av två kolecystektomier 1923. På det sättet liknar denna verksamhet den som allmänkirurgerna vid våra odelade lasarett haft. Man kan sålunda säga att åtminstone några vid landstingets sjukstugor i Västerbotten under denna tid levde upp till sjukstugestadgans formulering om att vara en sjukvårdsinrättning med "likartad uppgift som lasarett".

Avslutningsvis kan man nog mot den ovan givna bakgrunden våga påstå att riskerna med svåra akuta tillstånd med behov av operativ behandling var större för de verkliga glesbygdsborna i Västerbottens inland än för befolkningen närmare lasaretten. Däremot torde man kunna säga att den kirurgiska verksamheten upp till svårighetsgraden bräck – även inklämda, akut blindtarmsinflammation samt brustet magsår vid sjukstugorna under de två första decennierna var av ungefär samma standard som den vid lasaretten.

Litteratur

Nyström: Lärobok i kirurgi, Albert Bonniers förlag, 1926.

Anestesiologi, intensivvård och perioperativ vård – en historisk återblick

HENRY JOHANSSON och TORSTEN E. GORDH

Prolog

Den moderna kirurgin startade under 1800-talets senare hälft. Framför allt revolutionerades kirurgin av införandet av narkos (1846). Narkosen kom också att skapa förutsättningar för kirurgins och därmed även den perioperativa vårdens "första" stora utveckling, som skedde under 1800-talets sista decennier. Under 1900-talets första hälft påverkades den perioperativa vården av en ökad specialisering av kirurgin. Thoraxkirurgin växte fram och neurokirurgin tillkom. Kärllkirurgin utvecklades genom tekniska framsteg – suturtekniken lanserades av fransmannen Alexis Carrel, för vilken han fick Nobelpriset 1912. Den ortopediska kirurgin förbättrades och ledplastiker infördes i början på 1940-talet. Under tiden från sekelskiftet fram till 1940-50-talen pågick även en kontinuerlig förbättring av kirurgisk operationsteknik och sårbehandling. De stora framstegen inom kirurgin liksom i den perioperativa vården får dock tillskrivas perioden efter andra världskriget.

Anestesins utveckling

En förutsättning för kirurgins framsteg har varit anestesis utveckling. Det var först när lustgas/eter/kloroform kom in i bilden som en verklig anesthesi kunde införas. Den engelske kemisten Davy hade redan omkring 1800 iakttagit att lustgas gav nedsatt smärta vid tandvärk och föreslog att lustgas skulle användas vid kirurgiska ingrepp, men den här iakttagelsen glömdes bort. Lustgas kom dock att användas 1844 av tandläkaren Horace Wells men en offentlig demonstration i samband med ett kirurgiskt ingrepp misslyckades, varför lustgasen till en början inte accepterades. De första ingreppen i eternarkos utfördes 1842 av Crawford Long i Jefferson, Georgia men dessa beskrevs först 1849. I stället går äran av den första eternarkosen (sulphuric acid) till William Morton vid en operation 1846 utförd av John Warren i Boston.



Eterinhalatorn som användes av William Morton.
Bild hämtad från Medicinhistoriska museet i
Uppsala.

Tidigt fick eteranestesi konkurrens från kloroformnarkosen. Eternarkosens nackdelar vid förlossningar – det nyfödda barnet påverkades för mycket – var ett skäl till att kloroform infördes. Genombrottet för kloroformnarkosen kom när drottning Viktoria av England 1853 födde sitt sjunde barn (prins Leopold) och anmodade narkosläkaren John Snow, som får betraktas som världens förste anestesilog, att ge henne smärtlindring med kloroform (anesthésie á la Reine). I vårt land övergav man tidigt eternarkos till förmån för kloroform. Först under slutet av 1800-talet återvann etern "marknaden", främst genom att uppsalaprofessorn i kirurgi

K.G. Lennander framhöll eterens fördelar gentemot kloroformens. "Eter på öppen mask" blev nu den gängse metoden. Eternarkosen kom att bli den dominerande narkosformen under många decennier och även i mitten på 1950-talet var eteranestesi vanlig. I premedicineringen användes vanligtvis enbart morfin utan tillsats av atropin eller skopolamin, vilket innebar en betydande slemsekretion med svårigheter att upprätthålla en fri luftväg.

Den fria luftvägens betydelse framstod tidigt och den första orala intubationen gjordes redan i slutet av 1870-talet. Intubationen var dock under många år en åtgärd som endast tillgreps i akuta, livräddande situationer. Det var först i början på 1900-talet som man framhöll vikten av att utnyttja den orala intubationen som rutinåtgärd vid operativa ingrepp, särskilt vid långvariga och komplicerade operationer. Äran av att ha infört den orala intubationen i klinisk praxis tillfaller den tyske kirurgen Franz Kuhn. Han använde sig av en flexibel metalltub och tekniken, som Kuhn kallade pulmonell anestesi, är beskriven i hans verk *Die perorale Intubation* (1911). Spinal- och epiduralbedövningar hade tillkommit långt tidigare; således tillskrivs den amerikanske neurologen Leonard Corning äran av att ha utfört den första ryggbedövningen redan 1885. I vårt land kom spinalanestesi att införas i större skala först under 1940-talet. Metoder för både tunga och lätta lösningar användes och det var inte ovanligt att även höga laparotomier gjordes i spinalanestesi.

I början av 1930-talet infördes intravenösa narkosmedel genom tysken Weeses upptäckt av Na-hexabarbiturat (Evipan). Ett par år därefter introducerades tiopental (Pentothal) som intravenöst anestesimedel av Tatum och Waters. Under den här perioden utvecklades också narkosapparaturen. I vårt land konstruerades AGA-apparaten och den öppna thoraxkirurgin möjliggjordes genom tillkomst av den så kallade spiropulsatorn. Curare som muskelavslappande medel infördes av kanadensarna Griffith och Johnson 1942. Muskelrelaxationen kom att underlätta inte bara operationerna för kirurgen utan även intubationerna för anesthesiologerna.

Curariseringen under operation med dess behov av kontrollerad andning medförde också en fortsatt utveckling av narkosapparater.

Ända fram till 1940-talet sköttes eter- och kloroformanestesierna på kirurgens ansvar och uppgiften delegerades ofta till "dropparen" (den yngste underläkaren), sjuksköterskan eller till och med vaktmästaren. Dessa skötte ofta sin uppgift väl, men blodtryck och puls mättes inte, ingen anestesikurva fördes. Kontinuitet saknades och någon utveckling skedde inte. Mortaliteten var hög, cirka 20 procent vid större bukingrepp. Dödsorsakerna var inte sällan narkosrelaterade – ofri luftväg, hypoxi, koldioxidretention och blodtrycksfall. Ingrepp i regional anestesi var oftast säkrare. Kirurgerna anlade vanligtvis regionalanestesierna själva, till exempel spinal- eller infiltrationsanestasier kombinerade med sympatikusblockad för bukingrepp, och de utvecklade stor skicklighet på detta område. Även vid regionalanestasier förekom dock dödsfall på grund av att komplikationer såsom blodtrycksfall inte hanterades adekvat.

Flera framträdande kirurger insåg att situationen måste förbättras. Einar Key försökte på tidigt 1930-tal uppmuntra någon medarbetare att "satsa på" anestesi, men ingen var intresserad. Key uttryckte sin besvikelse: "Tyvärr lyckades det ej för mig att under min överläkartid få en fast plats för en narkosspecialist vid kliniken." Dock fanns en kunskap om hur modern anestesi skulle bedrivas. Waters och Guedel beskrev 1928 hur användningen av kuffade endotrakealtuber gav en säker luftväg och möjlighet till kontrollerad övertrycksventilation. Således visade Clarence Crafoord i sin avhandling 1934 hur en god anestesiteknik var en förutsättning för framgångsrik utgång efter pulmektomier. Crafoords lärare K.H. Giertz hade redan 1916 publicerat sin avhandling "Studier över tryckdifferensandning enligt Sauerbruch och över konstgjord andning (rytmisk luftinblåsning) vid thorakala operationer". Crafoord tillämpade Giertz' idéer och han beskrev i sin avhandling hur intubation, kuffad tub och rytmisk övertrycksandning skulle genomföras. Intubationen gjordes av örönläkare i lokal bedövning och patienten förflyttades sedan från "örön-näsahals-stolen" till operationsbordet för själva narkosen. Historiskt kan dock nämnas att redan 1899 hade fysiologerna Robert Tigerstedt och Jöns Johansson på Karolinska institutet gjort försök över hjärtats slagvolym på hund. Försöken gjordes med öppen thorax och konstgjord andning via trakea under muskelavslappning med curare (dock inte renframställt). Medlet curare utnyttjades alltså experimentellt långt innan det kom i kliniskt bruk och försöken får anses motsvara de principer som tillämpas vid modern anesthesiologi. Tyvärr fick dessa insikter inte någon större spridning.

Under 1930-talet imponerades svenska kirurger, som gjorde studieresor till England eller USA, av den anestesiteknik som utvecklats där. Bohmansson skrev sålunda 1938 "liksom alla svenska kirurger som under senaste åren besökt anglosaxiska kliniker, kunde även jag konstatera den höga ståndpunkt som deras anestesiteknik nått, utan tvivel tack vare att anestesi där på de flesta kliniker handhas av en narkosöverläkare med en stab av biträdande läkare". Philip Sandblom skrev 1939 i sin rapport från USA: "Alla dessa omständigheter (dvs modern anestesi) bidraga till

att underlätta genomförandet av större kirurgiska uppgifter och minska riskerna, varför en narkosläkare måste anses som oundgänglig vid det moderna sjukhuset". Besökande kirurger från England, vana vid anesthesiologisk expertis, ansåg också att narkoserna i vårt land var dåliga, men menade samtidigt att den svenska kirurgin låg på en hög nivå. Situationen var likartad över hela Sverige. Professorn i kirurgi vid Serafimerlasarettet, Gustaf Söderlund, ville få en ändring till stånd och försökte entusiasmera någon yngre medarbetare att utbilda sig till narkosspecialist. Kirurgerna ansåg inte att uppgiften var särskilt kvalificerad eller lockande. År 1938 kom den unge kirurgen Torsten Gordh (f. 1907) att tillfrågas. Han ville "tänka på saken" – han kände sig inte beredd att ge upp sin kirurgutbildning. Gordh uppmuntrades dock av sin vän Allan Ragnell, som utbildat sig till plastikkirurg i England. Ragnell menade att han inte kunde utföra sina ingrepp i Sverige, eftersom kvalificerad anesthesiologisk kompetens saknades. Genom Ragnells försorg fick Gordh kontakt med den engelske anestesiaspecialisten Michael Nosworthy från St Thomas' Hospital i London i samband med att denne var i Stockholm för att se Crafoords lungoperationer. Efter detta möte bestämde sig Gordh för att utbilda sig till anestesiaspecialist.

Genom Nosworthys förmedling fick Gordh 1938–1940 möjlighet att genomgå ett kvalificerat utbildningsprogram hos Ralph M. Waters i Madison, University of Wisconsin. Waters, som hade etablerat sitt program 1927, utnämndes till professor i anesthesiologi 1933 och fick därmed världens första professur i ämnet. Hans "residence programme" blev ett Mekka för den internationella anesthesiutbildningen och lockade deltagare från stora delar av världen. Waters inflytande på internationell anesthesiologi var betydande, eftersom en stor del av den första generationen anesthesiologer fick sin utbildning i Madison för att i sin tur utbilda nästa generation.

När Torsten Gordh återkom till Sverige den 8 april 1940, det vill säga dagen före tyskarnas invasion av Danmark och Norge, tillträdde han på det nyligen invigda Karolinska sjukhuset den första anestesiläkartjänsten i Skandinavien. Troligen var detta även den första anestesiläkartjänsten på den europeiska kontinenten. Starten för den moderna anesthesiologin kom alltså relativt tidigt i Sverige jämfört med andra länder i Europa. I England och i USA var specialiteten etablerad sedan länge. I etableringen av den nya specialiteten försökte Gordh följa Waters riktlinjer:

- Förbättra de kliniska metoderna och därmed nedbringa mortaliteten.
- Utbilda medarbetare för att höja den allmänna nivån.
- Etablera forskning.
- Skapa en struktur för specialitetens utveckling.

Utbildningsaktiviteten vid Karolinska sjukhuset blev betydande. Från sjukhusen runt om i Sverige sändes läkare och sjuksköterskor till Stockholm för att få undervisning om de grundläggande principerna för modern anesthesi. Under anesthesi-specialiseringens genombrottstid 1940–50 studerade ett 80-tal läkare och cirka 100 sjuksköterskor från hela landet, från Gällivare till Malmö, på Karolinska sjukhusets anesthesiavdelning. Det rörde sig om kortare eller längre perioder, som regel cirka två

månader. De kom på eget initiativ med eller utan bibehållen lön från sina hemortslasarett och inte minst insåg deras kirurgchefer betydelsen av denna utbildning. Man fick lära sig de basala fundamenten för modern anesthesiologi: premedicinering, preoperativ bedömning och riskindelning, betydelsen av fri luftväg med svalgtub, nästub eller intubation, behandling av cirkulations- och respirationskomplikationer, syrgasbehandling, narkosstadierna och betydelsen av noggrann övervakning under narkosen, vikten av anestesikurva med registrering av puls och blodtryck mm. Det var enkla principer men av stor betydelse för att öka säkerheten. Ur bevarade dokument framgår att under de första 20 åren kom totalt cirka 400 läkare och sköterskor till Gordhs anesthesiavdelning på Karolinska sjukhuset för grundläggande träning – även från de nordiska grannländerna och från den europeiska kontinenten. En mängd föredrag och publikationer presenterades i syfte att nå ut med de nya kunskaperna och för att stärka den nya specialitén.

För tre unga kolleger, Olle Friberg, Eric Nilsson och Karl Gustaf Dhunér, som kom att stanna en längre tid, ordnade Gordh att de i tur och ordning efter andra världskriget kunde sändas till Waters i Madison för att fördjupa sin utbildning. Efter hemkomsten blev dessa personer anestesichefer i Stockholm (Sabbatsberg), Lund och Göteborg. De kom sedan att bidra till att utbilda nästa generation av svenska anesthesiologer. Ralph Waters inflytande kan ännu spåras inom svensk anesthesiologi, då flera av de nuvarande professorerna i anesthesiologi har utbildats av andra eller tredje generationens Waters-elever.

Genom att visa resultat ville Gordh övertyga de ibland mistrognas kirurgerna om att den nya specialiteten verkligen var av värde. Han kunde 1944 påvisa att mortaliteten vid större bukkirurgi minskade från nivån 12–15 procent vid sjukhus, som inte hade någon anesthesispecialist, till 7,3 procent på Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet, där moderna anesthesiprinciper tillämpades. Denna minskning av mortaliteten med cirka 40 procent var ett starkt argument.

Redan från början kom den svenska anesthesiologin att bygga på ett samarbete mellan anesthesiolog och narkossköterska. Anesthesiologen var ansvarig för flera operationsalar samtidigt, till skillnad från de anglosaxiska länderna där narkosläkaren endast skötte en patient åt gången. Det svenska systemet var nödvändigt på grund av den brist på anesthesiologer som rådde. Det sköterskebaseerade systemet visade sig vara säkert



Torsten Gordh, pionjär inom svensk anesthesiologi, demonstrerar här eter på öppen mask i samband med sin avskedsföreläsning 1974.

och effektivt och blev det gällande i Skandinavien. Man kan inte nog uttrycka uppskattning över den viktiga insats som anestesisjuksköterskorna gjort för att tillhandahålla en säker anestesi. Göteborgs-anestesiologen Kjell Stenberg gjorde värdefulla insatser som ansvarig för den första formaliserade specialistutbildningen för anestesisjuksköterskor i mitten av 1950-talet.

Den vetenskapliga aktiviteten var hög. Här ges några exempel. Torsten Gordhs avhandling om cirkulation och ventilation vid eter- och intravenös narkos kom 1945. ASTRA introducerade Xylocainet 1948 efter att det utprövats kliniskt på Karolinska sjukhuset från 1944. Användandet av permanent infartskanyl i form av en modifierad Olofsson-nål (ursprungligen avsedd för intermittenta heparininjektioner) för intravenös anestesi och infusionsbehandling infördes av Gordh 1945. Nålen kom senare att utvecklas av von Dardel till den Venflon-nål som ännu används över hela världen. Gordhs och Curt Frankssons undersökningar om spinalanestesi 1946 visade betydelsen av att använda fina nålar vid lumbalpunktion för att minska risken för huvudvärk. Eric Nilsson avhandling 1951 om tillämpning av anestesiologiska principer för att hantera sömnmedelsförgiftning blev ett klassiskt arbete. Thesleff och von Dardel presenterade 1952 den första stora studien om succinylkolin. Ored Arners avhandling om spinalanestesi 1952 och Sten Otto Liljedahls om noradrenalin som adjuvans för att förlänga durationen av spinalanestesi 1955 fick stor betydelse. Introduktionen av Engström-respiratorn, den första volymkontrollerade respiratorn, blev en världsnöhet. Även om alla dessa författare inte var anestesiologer gav denna vetenskapliga utveckling "råg i ryggen" åt den nya specialitén.

På 1950-talet kom viktiga vetenskapliga bidrag från de grundvetenskapligt skolade fysiologerna Martin H:son Holmdahl och Olle Nordlander inom respirationsfysiologi och thoraxanestesiologi samt hjärt-lungräddning. Bägge blev senare professorer i anestesiologi i Uppsala (1965) resp. Stockholm (1974). Holmdahl genomförde bland annat vårt lands första externa defibrillering vid hjärtstillstånd och var banbrytande i att påvisa regionalanestesins (kontinuerlig epidural bedövning) fördelar framför generell anestesi för att få bättre balans mellan syrgastransport och syrgasförbrukning. Hans fysiologiska skolning påverkade den vetenskapliga utvecklingen av den "unga" anestesiologin och fick mycket stor betydelse för den kliniska tillämpningen inom såväl anestesi som intensivvård. Den första professuren i anestesiologi i Sverige inrättades på Karolinska sjukhuset 1964 med Gordh som innehavare.

Postoperativa cirkulations- och andningskomplikationer var vanliga ända in på 1950-talet, detta oavsett om spinal- eller generell anestesi användes. Således redovisar Gordh i en artikel från 1974 om anestesis utveckling att den postoperativa mor-

Svenska Narkosläkarklubben bildades 1946 och övergick 1950 i svensk Anestesiologisk förening. År 1989 byttes namnet till Svensk Förening för Anestesiologi och Intensivvård (SFAI).

År 1950 bildades också Nordisk Anestesiologisk Förening, nuvarande Scandinavian Association of Anaesthesiology and Intensive Care (SSAI). Torsten Gordh var också "founding member" of World Federation of Anaesthesiologists 1955. Tidskriften Acta Anaesthesiologica Scandinavica startades 1955, och är för närvarande den femte anestestidskriften i världen vad gäller "impact factor".

taliteten vid galloperationer vid Karolinska sjukhuset 1940–1947 var 2,7 procent och 1950–1957 låg den på 1,1 procent. Utvecklingen av anesthesiologin som specialitet, kombinerad med allt bättre metoder för kontinuerlig övervakning av de vitala funktionerna, har givit säkrare anestesier som resultat. Den aktuella anestesirelaterade mortaliteten är efterhand nere på 0,01–0,04 procent, trots att ingrepp nu görs i stor omfattning på patienter i hög ålder och med nedsatt allmäntillstånd. I vissa aktuella serier på elektiv kirurgi ligger anestesimortaliteten till och med lägre än 1:200 000 – 1:400 000.

Inom modern anesthesiologi och intensivvård har det utvecklats ett antal sub-specialiteter. Arbetsfältet för en anesthesiolog erbjuder många möjliga inriktningar med mycket stor variation i de fysiologiska, farmakologiska och psykologiska frågeställningarna. Anestesi för kirurgi, ortopedi, urologi, obstetrisk/gynekologi och intensivvård utgör den allmänna basen, med möjlighet till subspecialisering inom barnkirurgi, neurokirurgi, öron-näsa-hals och plastikkirurgi med ofta intrikata luftvägsproblem, samt thoraxkirurgi. Till detta kommer handläggning av stora trauman, livräddande behandling i ambulans och helikopter liksom insatser för behandling av akut och långvarig smärta. Även hyperbar oxygenbehandling ingår i ansvarsområdet. Trots denna subspecialisering är det nödvändigt att vidmakthålla generella kunskaper för att bland annat jourorganisationen skall fungera.

Den fortsatta utvecklingen av anestesin har gynnsamt påverkat den perioperativa vården. I dagens narkoser används snabbt verkande barbiturater eller propofol som insomningsmedel. Gasblandningen utgörs mestadels av syrgas (30-40 %) och lustgas, eventuellt i kombination med ett inhalationsanestetikum. För analgesi ges kortverkande opioider. Total intravenös anestesi, utan lustgas och anestesigaser, används allt mer. Man eftersträvar en narkos med medellång- eller kortverkande hypnotiska och muskelavslappande medel för att få ett snabbt uppvaknande och därigenom också kunna reducera risken för lungkomplikationer. Detta ger också ett mindre behov av postoperativ övervakning. Framgångsrik postoperativ smärtlindring med t.ex kontinuerlig epidural analgesi kan tillåta att patienten klarar sin andning själv även efter större ingrepp för att därmed minska behovet av respiratorbehandling och intensivvård. Ett framsteg är också att man idag kan behålla patientens normala kroppstemperatur även under lång och omfattande kirurgi.

Vätskebehandling och näringstillförsel

Kirurgins ökade möjligheter beror till stor del på att vi fått ökade kunskaper om hur vi skall sköta vätskebehandlingen och näringstillförseln under och efter operation. Dessa områden har väsentligen utvecklats från 1950-talet och framöver. Dock hade vatten- och elektrolytbalansen studerats i ett stort antal arbeten långt tidigare. De första beskrivningarna av dehydrering gjordes 1831 av den engelske läkaren O'Shanghnessy i samband med stora vätskeförluster från tarmen hos patienter med kolera. Han föreslog att man borde ersätta förlusterna med tillförsel av saltvatten intravenöst, men först året därpå kom den skotske läkaren Thomas Latta att praktisera

idén på kolerapatienter. Behandlingen gav en påtaglig förbättring av allmäntillståndet och resulterade i en minskad dödlighet. Den här behandlingen glömdes dock bort och återinfördes först drygt 50 år senare vid en koleraepidemi i Neapel 1884.

I vätskebehandlingens historia och dess förståelse för den perioperativa vården måste några pionjärinsatser nämnas. Den franske fysiologen Claude Bernard lanserade på 1850-talet begreppet "milieu intérieur", det vill säga det extracellulära rummet. Den tyske fysiologen Bunge gjorde på 1870-talet omsorgsfulla studier över natrium- och kaliumtillförselns inflytande på utsöndringen av dessa salter. År 1936 publicerade Koller och medarbetare sina arbeten om betydelsen av att ge framför allt koksalt- och glukoslösningar intravenöst i det postoperativa skedet. Entusiasmen för denna form av vätsketillförsel var till en början större än de grundläggande kunskaperna på området. Stora volymer tillfördes – ibland åtta–nio liter per dygn – vilket av naturliga skäl medförde svårigheter för organismen att bibehålla sin fysiologiska jämvikt. Under 1900-talets förra del gavs annars saltlösning oftast subkutant och det är först efter andra världskriget som den intravenösa tillförseln blir rutin. I Sverige kom Lennander att bli en föregångsman i att omhänderta patienter i den postoperativa perioden och han måste anses vara den kirurg i vårt land som först insåg betydelsen av vätskebehandling i samband med operativa ingrepp.

Visserligen hade man redan på 1930-talet fått ökade kunskaper om kroppens förråd av vatten och elektrolyter, men de stora framstegen inom vätske- och näringsterapi kom först under 1950- och 1960-talen. Det var då vi fick tillgång till modern laboratorieteknik för att följa förändringar i kroppens vatten- och saltbalans vid trauma och operativa ingrepp – mätningar av elektrolyternas koncentration och syra-bas-status blev möjliga i större skala. Korrigeringar av jonförskjutningar och rubbningar i syra-bas-förhållandena kom således in relativt sent i vätsketerapi och den perioperativa vården. Detta kan exemplifieras med kaliumbehandlingen. Man hade tidigt kännedom om att kaliumförluster förekom posttraumatiskt. Det dröjde dock till mitten av 1940-talet innan Gowan & Darrow vågade sig på att kliniskt tillföra kalium i dropp och visade att denna terapi kunde vara livräddande. I kirurgin kom därmed kaliumtillförsel att bli mer utnyttjad – inte minst vid komplikationer efter bukkirurgiska ingrepp.

Under 1930- och 1940-talen fanns således endast salt- och glukoslösningar att tillgå. För att täcka det totala energibehovet vid komplicerade postoperativa förlopp krävdes därför stora vätskevolymer, vilket många gånger av olika skäl inte var möjligt att realisera. Att uppnå en fullgod nutrition i den postoperativa vården var därför en viktig utmaning, allra helst som man var medveten om att patientens nutritionsstatus vara nära relaterad till postoperativ mortalitet. Redan 1936 hade Hiram Studley påvisat betydande skillnader i postoperativ mortalitet om kroppsvikten efter kirurgi reducerades med mer eller mindre än 20 procent (mortalitets-siffrorna var 33 % resp 3 %).

En viktig milstolpe i den parenterala nutritionen utgör därför tillskottet av fett-emulsionen. Ett stort antal fettlösningar prövades innan Intralipid kom att introdu-

ceras på den kliniska marknaden 1961 av Oscar Schuberth och Arvid Wretling. Med denna fettlösning utvidgades indikationerna för total parenteral nutrition. Preparationen av Intralipid, som är en emulsion baserad på sojaböner, har senare förbättrats. Utöver Intralipid finns numera andra fettemulsioner för kliniskt bruk. Under de senaste 50 åren har dessutom andra infusionslösningar utvecklats. I dag kan vi tillföra proteiner, fetter och kolhydrater till en patient praktiskt taget hur länge som helst och samtidigt garantera att patienten ges ett normalt nutritionstillstånd. Den perioperativa vården har också vunnit på att man idag "tidigt" går över till en enteral nutrition.

Chockbehandling och blodtillförsel

Att förhindra eller stoppa blödning har varit och är en viktig kirurgisk princip liksom att kunna behärska situationer som är en följd av blödning. Chockproblemet och chockbehandlingen har också genom tiderna spelat en central roll i utvecklingen av den perioperativa vården. Den traumatiska chocken, eller blödningschocken, ansågs under långa tider vara förenad med en toxisk faktor. En teori var också att chocken hade en inflammatorisk komponent och därför kom åderlåtning att få en framträdande plats i behandlingen. Många hade dock en motsatt uppfattning och menade att blodet borde bevaras i cirkulationen. Under 1900-talets första årtionde rådde fortfarande olika åsikter om huruvida toxin eller hypovolemi var orsaksfaktorn till chock. Idén om den reducerade blodvolymen som den viktigaste orsaken till traumatisk chock började dock bli alltmer accepterad.

Efter att Karl Landsteiner upptäckt blodgruppssystemet (1901) utnyttjades blodtransfusionen mer och mer i den kliniska verksamheten. Under första världskriget gavs blod när infusion av saltlösning inte var tillräcklig för att kompensera effekten av blodförlusten. Även om man var överens om blodtransfusionens värde, diskuterades under mellankrigstiden dess för- och nackdelar och först under andra världskriget fick blodtransfusionen sitt verkliga genombrott. Det stod då klart att det chocktillstånd som följde på blodförlust var den viktigaste orsaken till förluster i människoliv vid traumatiska skador.

Med dagens kunskap om den traumatiska chocken har den perioperativa behandlingen blivit alltmer "balanserad". I ersättandet av



Björn Ingelman och Anders Grönwall, uppsalaforskarna som lanserade dextranets användning.

den förlorade blodvolymen har utnyttjandet av albumin och syntetiska kolloidala lösningar ökat i användning samtidigt som behovet av vatten och elektrolyter beaktas på ett helt annat sätt än tidigare. I ett historiskt perspektiv är det också intressant att nämna att dextranlösningar alltså är aktuella. Som bekant grundas dextrans användning på att uppsalaforskarna Ingelman och Grönwall 1944 kom på den lysande idén att använda dextran, som är uppbyggt av glukosmolekyler, som en plasmavolymökande substans.

Intensivvård tillkommer på 1950-talet

I slutet av 1950-talet får anesthesiologin anses vara väl etablerad i vårt land. Det blev en självständig disciplin och en viss subspecialisering tillkom. Intensivvårdsavdelningar inrättades och anesthesiologerna kom att förestå dessa. Detta var en naturlig lösning eftersom intensivvården är att se som en direkt fortsättning på övervakningen under operation med kontroll av de vitala funktionerna. I vårt land skapades den första intensivvårdsavdelningen av anesthesiologen Åke Bauer 1952 i Borås.

Respiratorvården kom tidigt att bli central i intensivvården. Den aktiva andningsvården fick sitt genombrott vid polioepidemin i Köpenhamn 1952. Insufflationsmetoden lanserades och syrgasstatus inkluderade mätning av pH och CO₂-tryck. Lärdomen från polioepidemin, som året efter även drabbade vårt land, kom snabbt att överföras till intensivvården, där vi idag har elektronisk övervakning av samtliga vitala funktioner. I samband med operationer är det framför allt två organsystem som sviktar, utöver lungorna även njurarna. Den moderna intensivvården kan dock



Första intensivvårdsavdelningen i vårt land skapades av Åke Bauer 1952 i Borås. Bild hämtad från Åke Wåhlins artikel "Från operatörens passopp till självständig specialist". Läkartidningen 101:2091–2094, 2004.

sågas behärska sviktande funktioner från dessa organ; vid lungproblem genom möjligheter till respiratorunderstöd, vid sviktande njurfunktion med hjälp av dialys.

Dialysbehandling; ett led i intensivvården

År 1945 hade den nederländsk-amerikanske kirurgen Wilhelm Kolff för första gången framgångsrikt använt sin konstgjorda njure på människa och året därpå (1946) kom lundamedicinen Nils Alwall med sin konstruerade njure. Alwall gjorde sin första dialys på en 49-årig man med så kallad stendammslunga. Mannen låg för döden efter att komplikationer av lunginflammation och upphörd njurfunktion tillstött. Dialysen blev framgångsrik men patienten dog dagen efter i sin lunginflammation.

Dialysbehandlingen utvecklades därefter både internationellt och nationellt; i vårt land inte minst genom Alwalls entusiastiska insatser och utvecklingen av den så kallade Gambro-njuren. I slutet av 1950-talet ökade antalet dialyser i vårt land, främst för behandling av akut svikt – till exempel posttraumatiskt i väntan på att den normala njurfunktionen skulle återkomma. I dag vet vi att nedsatt njurfunktion i ett tidigt perioperativt skede kan övervinnas med forcerad diures. Dock kan en kraftig blodtryckssänkning i samband med kirurgi eller trauma ge en allvarlig njurskada – akut tubulär nekros eller chocknjure – som kräver dialys för ett par veckor. Dialysbehandlingen har haft och har alltjämt en central roll i den perioperativa vården. I dag är kontinuerlig hemofiltration en etablerad behandlingsmetod inom intensivvården på patienter med sviktande njurfunktion. Njurinsufficiensen är ofta ett led i en multipel organsvikt, där emellanåt sepsis är den utlösande faktorn.

Historiskt kan nämnas att vid ingången till 1960-talet ansågs dialysbehandlingen fortfarande vara den mest tänkbara lösningen även för patienter med kronisk njursjukdom. Njurtransplantation kom dock att ses som ett bättre alternativ för denna kategori av patienter och 1961 gjorde amerikanen Joseph Murray den första njurtransplantationen från en obesläktad givare. I vårt land utfördes den första njurtransplantationen 1964 av Curt Franksson.

Tromboembolism och trombosprofylax

I den perioperativa vården är det viktigt att nedbringa risken för tromboemboliska komplikationer. Trombos som posttraumatisk komplikation beskrevs första gången 1894 av von Stranch men trettio år tidigare hade Azarn redogjort för en patient som drabbades av en dödlig lungemboli efter tibiafraktur. Redan tidigt stod det klart att operationer i nedre delen av buken utgjorde riskfaktorer för postoperativ trombos.

I vårt land väcktes intresset för trombosprofylax tidigt; särskilt bland kirurger och ortopedier. Redan vid förra sekelskiftet framhöll K.G. Lennander betydelsen av generös vätsketillförsel i trombosprofylaktiskt syfte. Vikten av tidig mobilisering aktualiserades av flera författare.

Heparinets antikoagulantiaeffekt angavs av Mc Lean 1916 och substansens kemiska struktur klarades av Erik Jorpes 1935. I början på 1940-talet menade svensken



Erik Jorpes, som renframställde heparinet för kliniskt bruk.

Strömbäck att små heparindoser kunde användas i profylaktiskt syfte mot venös tromboembolism. Först på 1970-talet började dock heparin i lågdos att utnyttjas som tromboprofylax men inte förrän 1985 kom det lågmolekylära heparinet in på scenen. Under år 2000 har trombinhämmare och faktor Xa-hämmare börjat prövas i den tromboprofylaktiska behandlingen. Dextran, som utvecklades av Grönwall och Ingelman, visade sig inte bara ha en plasmavolyms-expanderande effekt utan även besitta en antitrombotisk egenskap. Äran av att det lågmolekylära dextranet (Rheomacrodex) kom att få en klinisk användning får huvudsakligen tillskrivas Lars-Erik Gelin och hans forskargrupp.

Diagnostiken av tromboembolism grundades under långliga tider på kliniska iakttagelser. Den första flebografin för påvisande av en trombos gjordes i början av 1930-talet. I vårt land gjorde kirurgen Gunnar Bauer stora insatser när det gäller att utnyttja flebografin i trombosdiagnostiken och hans studier på området uppmärksammades internationellt. I mitten på 1960-talet kom den så kallade fibrinogenupptagtesten. Det är en känslig metod men den har numera förbjudits i de flesta länder eftersom framställningen av fibrinogenet inte kan garanteras ske virusfritt. Sedan ett tjugotal år används ultraljud för diagnostik av venösa tromboser.

För diagnostik av misstänkt lungemboli utnyttjas sedan början av 1960-talet pulmonalis-angiografi. Parallellt med angiografitekniken har perfusions-skintigrafien utvecklats. På senare tid har den datortomografiska (DT) tekniken vunnit terräng; ytterligare förbättrad genom dagens så kallade spiral-DT. Den här tekniken kräver små kontrastmängder och på mindre än en halv minut kan lungorna undersökas.

Antibiotika och antibiotikaproylax

Utvecklingen av bakteriologin har varit avgörande för framstegen inom kirurgi och den perioperativa vården. Den antibakteriella effekten av penicillin beskrevs redan 1929 av Alexander Fleming, men det var först 1941 som preparatet kom i kliniskt bruk. Upptäckten av penicillin, som av många anses vara det största terapeutiska framsteget i medicinens historia, kom att dramatiskt förändra möjligheten till behandling av olika infektioner. Vid sidan av penicillinet var utvecklingen av sulfa – upptäckt av Domagk – ett stort genombrott. Den första publikationen om sulfa kom 1935 och preparatet blev tidigt räddningen för många patienter med septiska tillstånd.

Efter introduktionen av penicillinet har det varit en fortskridande utveckling av antibiotika och våra möjligheter till effektiv behandling av septiska komplikationer i den perioperativa perioden har ökat. Här skall bara nämnas några viktiga "utvecklingssteg". Några år efter det att penicillinet tagits i kliniskt bruk kom aminoglykosiderna, där streptomycin är den mest kända substansen. Därmed hade man för första gången fått ett bredspektrumantibiotikum. Senare dyker tetracyklin och kloramfenikol upp. På 1950-talet tillkommer bland annat makrolider (erytromycin) och glykopeptider (vankomycin). Utvecklingen har sedan fortsatt och antalet antibiotiska preparat på marknaden har stadigt ökat.

Den profylaktiska antibiotikabehandlingen har tillkommit och erfarenheten under de senaste decennierna har visat att den, rätt använd, har ett stort värde. Risken för svåra infektioner i det postoperativa förloppet kan reduceras. Användningen av antibiotika på ett för frikostigt sätt måste dock noga vägas mot risken för resistensproblemet. Det är därför viktigt att antibiotika används på klara indikationer; det gäller både profylaktiskt och terapeutiskt i den perioperativa vården. När det gäller profylaxen finns i dag på de flesta kliniker riktlinjer för patientgrupper som bör bli föremål för en sådan behandling. Samtidigt måste framhållas betydelsen av att kirurgerna fortsätter att utveckla den atraumatiska tekniken för att minska risken för perioperativa infektioner.

Smärtlindring i den perioperativa vården

Den atraumatiska kirurgin har varit avgörande för att minska reaktionerna efter operationer. Inte minst väsentligt är det att minimera vävnadsskadorna för att hålla cytokinerna "utanför" cirkulationen. Genom att använda spinala och extradurala blockader minskar man den postoperativa smärtan och därmed den ökade sekretionen av katabola hormoner. Även om stressreaktioner har ansetts viktiga för homeostasen har hormonsvarets betydelse för kirurgins utfall ifrågasatts. Centrala blockader med dess smärthämning har visat sig särskilt värdefulla vid operationer i nedre delen av buken och kirurgiska ingrepp på nedre extremiteterna; därigenom kan postoperativa lungproblem och risken för tromboemboliska komplikationer minska.

Allmänt kan sägas att de moderna narkosmedlen i kombination med muskelavslappande medel har gjort det möjligt att operera i kroppens alla delar under god smärtinhibition, utan påverkan av ogynnsam muskelspänning och med garanterad oxygenering av blodet. Operationer under olika former av nervblockader ger även i dag optimala möjligheter, i vissa fall med klara fördelar. Övervakningen av vitala funktioner under narkos är numera god och den postoperativa smärtlindringen har betytt oerhört mycket för att underlätta mobiliseringen, förbättra andningsfunktionen och därigenom motverka komplikationer som lungproblem och blodpropp.

Epilog

Kirurgin kommer som tidigare att vara beroende av olika tekniska framsteg och av utvecklingen inom andra medicinska discipliner. Ultraljud- och videotekniken liksom tillkomsten av nya instrument och implantat har gjort att kirurgin på många områden utvecklats mot så kallad "minimally invasive surgery". Samtidigt har kirurgin blivit mer organbevarande och funktionellt anpassad. Trots detta kan vi räkna med att den radikala "storkirurgin" kommer att bestå och inte minst här kommer utvecklingen att vara beroende av anestesiens och den perioperativa vårdens fortsatta framsteg. Huruvida vårdtiderna kan kortas mera är en öppen fråga men sannolikt kan vi förvänta oss att mortaliteten och komplikationerna i den perioperativa perioden ytterligare kan reduceras. Detta oberoende av att morgondagens kirurgi kommer att omfatta allt äldre patienter. Fortfarande finns dock framsteg att göra för att ytterligare tämja kirurgins tre stora fiender, blödning, smärta och infektion och därmed uppnå fortsatta förbättringar inom kirurgisk och perioperativ vård.

Litteratur

- Bergqvist D. Historik. Kapitel i Blodpropp - förebyggande, diagnostik och behandling. SBU-rapport 158, 2002.
- Gordh T. Anestesiologins utveckling i Sverige. Läkartidningen 71:4477-4481, 1974.
- Gordh T. The Development of anaesthesiology in Sweden. Acta Anaesth Scand 19:344-348, 1975.
- Gordh T. Anestesiologi. Några pionjärinsatser inom sjukvård och forskning. Karolinska sjukhuset 1940-1990. En minnesbok.
- Halldin M. Blad ur anestesiologins historia. Kapitel i Anestesi. Ed. Halldin M. och Lindahl S. Liber AB, Stockholm, 2000.
- Högman C. Blodtransfusionens historia – Vad hände 1940-1990. Nord Medicinhist Årsb 129-139, 1993.
- Johansson H. Development of surgery during the last 50 years. Upsala J Med Sci 108:79-85, 2003.
- Odenholt I och Sjölin J. Antibiotikabehandling vid svår sepsis och septisk chock. Information från Läke medelsverket 1:2004.
- Stolt C-M. Kaos och kunskap. Medicinens historia till år 2000. Studentlitteratur, Lund, 1997.
- Thorén L. Blodtransfusionens historia fram till 1940. Nord Medicinhist Årsb.113-128, 1993.
- Thorén L. Historiska data. Kapitel i Vätskebalans, 5:e upplagan, 1983.
- Thorén L. Personlig kommunikation och historiska uppgifter inhämtade från det Medicinshistoriska museet i Uppsala.
- Widman B. Svensk anestesiologi började i Stockholm. Särtryck till Läkartidningen 81-84, 2000.
- Vinnars E. Vård att fira: Intralipid. Läkartidningen 99:2870-2872, 2002.

Den kirurgiska patienten

BERTIL HAMBERGER och GÖRAN WALLIN

I nte bara kirurgin har genomgått stora förändringar under Svensk Kirurgisk Förenings hundra år utan den kirurgiska patienten är också en helt annan individ och har fått anpassa sig till helt nya förutsättningar, både vad gäller det medicinska och det sociala omhändertagandet. Detta beror bland annat på samhällsutvecklingen i stort, industrialismen, ekonomin, utbildningsnivån och ändrade normer för vad som är normalt. Befolkningens krav på sjukvård i allmänhet och kirurgi i synnerhet har ökat. De hierarkiska systemen i sjukvården har alltmer brutits ned och patientens egen integritet, rätt till information och deltagande i beslut har stärkts. Den kirurgiska patientens inställning är mycket åldersrelaterad. Så har också åldersstrukturen på våra patienter ändrats och patienter 70 år eller äldre som man förr inte ens drömde om att operera, är nu rentav den vanligaste åldersgruppen. Fram till 1980-talet var det vanligt att det fanns en fast åldersgräns, oftast 70 år för att operation eller vård på intensivvårdsavdelningar överhuvudtaget skulle vara aktuell. Detta hade dock också sin naturliga förklaring då man tidigare insett att stor kirurgi på äldre patienter medförde stor risk för komplikationer. Detta kan illustreras med beskrivningen dr Lasse Wikström i Hudiksvall gav oss underläkare: *"patienter födda år 1900 eller senare har under min yrkesverksamma tid alltid varit lovliga för kirurgi"*. Därmed menade han att på 50-talet klarade man att operera 50 år gamla patienter med relativt stora ingrepp, på 60-talet utsträckte man detta till 60-åringar för att under hans senare yrkesverksamma period opererades såväl 80- och 90-åringar och äldre, utan ökade komplikationer. Åldersbegränsningar för kirurgi existerar knappast längre och patienter får i stället individuell bedömning även om man, som Svensk Kirurgisk Förening, är hundra år gammal.

Medan den äldre patienten ofta tycker att doktorn kan bäst och skall bestämma vill den yngre patienten ha mera information, förhöra doktorn om alternativ och kunskaper och sedan själv medverka i beslutet. Patienterna är idag ofta före besöket på sjukhusets mottagning mycket väl informerade angående sin sjukdom.

Förr...

Överläkaren, oftast endast en per kirurgklinik, hade det totala ansvaret och bestämde enväldigt över allt som försiggick på kliniken. Överläkaren fattade beslut om in- och utskrivning och alla andra vitala beslut om behandling. På mottagningen och avdelningen beslutade överläkaren vilken operation som skulle göras under sin oftast mycket hastiga rond, där han följdes av en svans av biträdande överläkare, underläkare, översköterskan, sjuksköterskor och en mängd olika kategorier av elever. Det blev sällan någon dialog med patienterna och rondens passerade snabbt en full vårdavdelning och överläkaren begav sig sedan till operationsavdelningen och förväntade sig att alla hans eller hennes beslut verkställdes snabbt och effektivt. Det var självfallet inte aktuellt för vare sig patienten eller någon personal att ifrågasätta överläkarens beslut. Alternativet var egentligen bara att lämna kliniken.

Patienterna förr var i sin uppfostran mycket auktoritetsmedvetna och fann sig utan knot i överläkarens beslut. I bästa fall var det som en upplyst despotism. I början av 1920-talet krossade min (GW) far sitt ena pekfinger i en skördemaskin. Min farfar rodde då 15 kilometer in till stadens sjukhus men vid framkomsten fick de till svar att doktorn åt middag på Stadshotellet och fick ej störas varpå de rodde hem igen och fick återkomma nästa dag. Fingret läkte med kraftig felställning. Det blev kort och trubbigt men gjorde kanske i det framtida livet ändå viss nytta. Att kräva behandling samma dag var inte något man övervägde utan man bara fogade sig i situationen. Idag skulle vi naturligtvis aldrig avvisa en skadad patient utan vi upplever ju nu att vår arbetssituation blivit precis den motsatta med stora krav på omedelbar åtgärd alla dygnets timmar oavsett sjukdom och grad av allvar.

I perspektivet från förr måste man också väga in att patienterna låg inne länge och att de diagnoser som diskuterades var mycket färre än idag, det var mest ljumskbräck, gallsten, magsår och tumörsjukdomar. Fortfarande på 1980 talets början vårdades patienter på vårt sjukhus inneliggande cirka en vecka för operation av tyreoida och paratyreoidea. Patienterna skrevs in på fredagar, gick på permission fredag eller lördag, kom tillbaka på söndag kväll och opererades sedan på måndagen. Första natten var det vanligt att patienterna övervakades på intensivvårdsavdelningen med sax och peang i beredskap på nattuksbordet ifall postoperativ blödning skulle uppstå. Patienterna vårdades därefter inneliggande till torsdag eller möjligen fredag. Om patienten kände sig kry och önskade utskrivning redan på onsdagen, det vill säga redan på den andra postoperativa dagen så blev svaret ofta – nej det går inte idag för vi har operationsdag, det får vänta tills imorgon då vi har utskrivningsdag. Patienterna fogade sig lydigt i detta och att man skulle ifrågasätta eller protestera var inte att tänka på. När vi 1990 redogjorde för våra första operationer där patienterna hade gått hem dagen efter operation för giftstruma så kommenterades detta av våra äldre och erfarna kolleger med *"detta är inte rätt, så får man inte göra"*. Men snart blev detta nationell standard.

Under 1980-talet tjänstgjorde en av oss (GW) som underläkare på kirurgiska kliniken i Hudiksvall och vid ett jourpass i november sökte en patient på grund av buksmärta som spontant klingat av. Patienten fick med viss tvekan från både patient och doktor återvända i ambulans till hemmet 80 km bort. På hemväg var ambulansen inblandad i en halkolycka på bron över Ljusnan och patienten återkom nu som traumapatient. Förnyad kroppslig och röntgenundersökning varpå jag glatt kunde meddela att ingen fraktur uppkommit men att haematom naturligtvis kunde orsaka smärta i flera dagar. Patienten skulle således kunna återvända hem igen med analgetika. Men patienten tittade på mig, förstod ingenting, hon hade ju varit med om en trafikolycka och kom nu till sjukhuset och borde minsann ha en tids ompyssling och patienten utbrast "Å hut pöjk, nu stannar jag en månad". Ja, patienten blev inlagd utan vidare diskussion.

Inför Svensk Kirurgisk Förenings sensommarmöte i Gävle 1980 efterundersökte GW ett antal patienter i Hälsingland som blivit opererade för struma under 1950-talet utan att få postoperativ substitution med thyreoideapreparat (Thyranon). Journalanteckningarna var sparsamma och handskrivet kunde det stå "stor struma, op kan ej skada", på raden under "Typenlig operation, suturer borttages tio dagar". En av patienterna berättade att hon första sommaren efter operationen måste ha elektrisk filt på grund av stor frusenhet, andra sommaren räckte det med duntäcke på sommaren och först tredje sommaren kunde patienten återgå till vanlig tunn sommarfilt. Att beklaga sig ingick dock inte i den allmänna uppfostran och patienten var även vid min intervju 30 år efter operationen full av beundran och tillförsikt för dåtidens sjukvård.



Rond på en av dåtidens stora patientsalar. Här är det Fritz Bauer i Malmö med följe.

Vårdavdelningarna hade få enkel- eller tvåbäddsrum och patienterna låg på rad i stora öppna salar. Sahlgrenska sjukhuset hade 1899 125 vårdplatser fördelade på nio salar, det vill säga 14 patienter i varje sal. På 50-talet var det fortfarande vanligast att fyra till sex patienter vårdades i samma rum. Först på 80- och 90-talet började man bygga om salarna till fler en- och tvåbäddsrum. Många sjukhus byggda före 70-talet är dock svåra att bygga om till dagens krav då själva byggnaderna inte tillåter detta.

På polikliniken var det vanligt att patienterna sökte på morgonen, samlades ihop på stolar runt väggarna i samma rum där man inväntade kirurgen som sedan vandrade runt i rummet och undersökte, suturerade och diskuterade med var och en inför öppna ridå. Detta gällde även tumörsjukdomar där till exempel bröstcancerpatienterna satt avklädda med endast ett skynde över sig. Detta i akt och mening att det skulle gå fort för den ofta stressade doktorn. Sahlgrenska sjukhuset tog 1895 emot 36344 patienter på polikliniken. De undersöktes av två läkare och samtliga skulle vara undersökta på en timma. Således undersöktes 122 patienter per timma under vanliga arbetsdagar, det innebar en minut per patient. Patientens integritet var inte prioriterad. Det fanns inte så mycket bestämmelser eller etiska kommittéer och forskningen gjordes ofta utan att patienten var informerad om risker. En hel del medicinska framsteg gjordes på detta sätt och skulle inte alls ha kommit fram utan ett djärvt men inte sällan farligt experimenterande på patienter.

Nutida kirurgpatienten...

Idag är kirurgpatienten betydligt mer insatt i sina rättigheter som patient. Vårdavdelningsarbetet har förändrats avsevärt och dåtidens storronder är till stor del borta, ersatta av sittronder och mer individuell patientkontakt där patienten kan föra en dialog med vårdpersonalen. Den typiska och mest påtagliga förändringen avser yngre kirurgpatienter som ofta är mycket väl pålästa. Bland annat på internet, ibland även har särtryck med sig och ifrågasätter om kirurgen har utbildning och kompetens att utföra det planerade ingreppet. Inte sällan blir kirurgen förhörd om han/hon har gjort ingreppet förut och hur det i övrigt skall gå till. Kraven på information till patienten är också mycket stora och varje patient kräver mycket mer tid nu. Information om komplikationer måste övervägas noga. För- och nackdelar av en viss åtgärd måste gås igenom och även ovanliga komplikationer måste beskrivas på ett begripligt sätt. Sedan 2003 finns en gällande biobankslag som kirurgerna nu alltid måste informera om, i samband med ingrepp där vävnad friprepareras för PAD och eventuell forskning. Här har säkert inte rutinerna hunnit appliceras överallt men lagen är tydlig och patienten har rätt till information.

Det har också blivit en helt annan atmosfär på vårdavdelningar där vård och omvårdnad skall ske på patientens villkor. Patientens behov skall i mycket högre grad än tidigare få styra hur den kirurgiska vården skall gå till. Det går inte längre att snabbt gå rond, göra några beslutskommentarer och sedan lämna avdelningen,

utan patienterna måste få möjligheter att fråga, diskutera och vara med om beslut. Det är dock inte alltid så lätt att vara kirurgisk patient idag i nedskärningarnas spår. Så fort man kan stå upp skrivs man ut. Som bräckpatient förr fick man i lugn och ro ligga inne i fem dagar, men idag rör det sig mest om dagkirurgi och så får man klara sig hemma på egen hand eller med anhörigas hjälp. De förr vanliga konvalescenthemmen är nu närmast obefintliga och att idag få en plats ineliggande för postoperativ rehabilitering på institution kan vara i det närmaste omöjligt. Ofta upplever man nu att man måste vara ganska frisk och stark för att klara av att ta emot den elektiva vården med stora krav på mycket korta vårdtider. Fenomenet är dock ingalunda nytt och Med Dr Axel Pettersson beskrev professor KG Lennanders kirurgiska klinik på Akademiska sjukhuset under 1900-talets början med *"Det fordras hälsa och goda krafter för att stå ut med att ligga sjuk på detta sjukhus"*. (W Kock).

Även om åldersbegränsningar för kirurgi inte längre existerar och man i stället försöker göra en, för respektive patient, individuell bedömning så är det fortfarande svårt att veta om man gör rätt eller fel då man rekommenderar ett operativt ingrepp. Många gånger är det också svårt för doktorn att rekommendera att man avstår från kirurgi, att kanske det sista hoppet släcks eller att patienten ej kommer att kunna återfå sin tidigare funktion och förmåga. Det är även känslomässigt svårt för doktorn att ge sin rekommendation även om det formellt är patienten själv som bestämmer. Kanske är vi då alla ibland för optimistiska och vi tror att vi alla ibland upplever att vi tangerar vad naturen och kroppen överhuvudtaget kan tolerera. Den frågan kommer vi att dock säkerligen att ha med oss in i framtiden. Det viktigaste är vi anpassar oss till de medicinska, tekniska framstegen och ger patienterna ett ärligt råd.

Doktorn som patient...

Det är inte ovanligt att läkare som drabbas av någon akut kirurgisk sjukdom skriver krönika i Läkartidningen eller på annat ställe om sina upplevelser av sin kirurgiska vård. Man kan inte undvika att slås av att den kirurgiska vården som vederbörande varit med om att formera inte alls är på det sätt som doktorn själv upplever som kirurgpatient. Ändå är det säkert så att läkaren får mer information och privilegier än den vanliga patienten. Kanske skulle ett rollspel ett litet tag med doktorn som kirurgpatient tidigt i sin utbildning kunna ge värdefulla reflektioner om hur det är att vara kirurgisk patient i en föränderlig tid?

Ett modernt koncept för återhämtning efter kirurgi

OLLE LJUNGQVIST och JONAS NYGREN

”Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)“-program är ett ”Fast Track“-koncept som bygger på att en rad perioperativa behandlingar kombineras för att åstadkomma snabbare återhämtning efter operationer. Begreppet lanserades för patienter som genomgår sigmoideumresektion av Henrik Kehlet vid Köpenhamns Universitet i mitten på 1990-talet. De här principerna har sedan spritt sig till en rad olika ingrepp inom i stort sett alla delar av de kirurgiska disciplinerna. En annan kirurgisk nyhet som snabbt spred sig under slutet av 1980-talet och åren därefter var den laparoskopiska tekniken, som också medverkat till att snabbare få patienter att återhämta sig efter kirurgiska ingrepp. Konceptet har vuxit sig allt starkare i takt med att medvetenheten om de framgångar som behandlingsmodellen innebär har vuxit i kirurgiska och anesthesiologiska kretsar.

Den multimodala behandlingsprincipen bygger på att svaret till den skada som kirurgen innebär lindras så mycket som möjligt. Genom att dämpa stressen och dess effekter kan patienten återhämta sig snabbare. Systematiskt har varje komponent i behandlingen av patientens resa genom vården evaluerats utifrån tillgänglig litteratur och ett behandlingsprogram i detalj tagits fram och applicerats. Den första publikationen som visade effekterna av detta nya sätt att behandla patienterna visade på en dramatisk förändring i återhämtning och inte minst vårdtid. I en tidsperiod när de flesta patienter i Europa behövde 8–14 dagars vård efter en sigmoideumresektion, presenterades från Danmark en vårdtid med en median av två dagar. Detta väckte sensation, men också viss misstänksamhet. Vissa ansåg inte detta möjligt alls, och andra trodde att patienterna var utvalda så att de med större co-morbiditet inte hade ingått i rapporten. Resultaten kunde dock senare verifieras av andra och nyligen även så i randomiserade studier. Konceptet har även prövats i Västerås, där Smed och kollegor var först med att presentera en upprepning av Kehlets resultat.

Under de senaste fyra åren har en grupp läkare vid Mag-tarmcentrum på Ersta sjukhus/Karolinska institutet arbetat i en större internationell grupp – "ERAS study group". Där ingår Kehlets grupp, men också akademiska kirurger och anesthesiologer vid universitetssjukhusen i Tromsø (Norge), Edinburgh (Skottland) och Maastricht (Holland). Gemensamt har konceptet ytterligare vidareutvecklats och en modernare variant av behandlingsprotokollet har framställts. Gruppen tog sig också an att utvärdera hur man implementerar dessa nya behandlingsrutiner. Bakom Kehlets rapport låg flera års arbete och utvecklande. Under det första året av det nya programmet inom ERAS-gruppen kunde man trots endast drygt 50 procent följsamhet med det upplagda programmet konstatera att återhämtningen blev betydligt snabbare än tidigare och vårdtiden kortades som en följd av detta med över två dagar vid alla centra oavsett utgångspunkt och kultur.

Behandlingsprogrammet definierar alla viktigare delar av behandlingen från första kontakt till 30 dagar efter operation och har under de senaste åren kunnat dokumenteras i randomiserade studier och i meta-analyser. I dagens program för kolonresektion har en rad av våra traditionella rutiner såväl före som under och efter operation radikalt ändrats på basen av den evidens som finns tillgänglig.

I bjärt kontrast till rutiner och traditioner som fortfarande används av större delen av kirurger i Sverige och Europa talar tillgänglig litteratur för att dessa patienter mår bättre av att inte fasta före operation utan istället dricka klara drycker; inte skall tarmförberedas; bara få en begränsad mängd vätska (1,5–2 liter operationsdygnet) med elektrolyter i dropp, inte ha nasogastrisk eller andra dränage; börja dricka redan inom ett par timmar postoperativt; få fast föda dagen efter operationen samtidigt som droppet kopplas bort, vara uppe ur sängen mer än sex timmar första postoperativa dagen; och gärna få tarmstimulerande medicin redan från operationsdagen.

Den här behandlingsordningen uppfattades inte som lege artis för tio år sedan. Idag vet vi att behandlingen leder till snabbare återhämtning vilket är tydligt dokumenterat. De behandlingar som ingår i programmen medverkar till att dämpa stress och/eller underlätta återkomst av naturliga funktioner så snabbt som möjligt utan att riskerna för komplikationer ökar. Målsättningen är att patienten skall kunna ha normal tarmfunktion. Dessutom skall patienten kunna röra sig fritt och vara smärtfri på oral smärtbehandling. När detta fungerar är patienten klar att lämna sjukhuset. Tar man varje behandling var för sig så blir bilden klarare.

Före operationen ges tydlig och detaljerad information om hela vårdprogrammet och inte minst viktigt är att patienten vet hur han/hon förväntas vara aktiv i återhämtningsprogrammet. Patientinformationen ges bäst separat från det besök då besked om tumörsjukdom ges, men innan inläggning, och gärna på avdelningen så att patienten bekantar sig med miljön. Redan vid detta tillfälle planerar man hemgångsdag.

Tarmrengöring har i nyligen publicerade meta analyser visat sig inte ha några fördelar jämfört med att inte rengöra tarmen före koloningrepp. Tvärtom visar det sig att risken för anastomosläkage ökar med rengjord tarm. Tarmrengöring leder

också till att patienten dehydreras före operation vilket kan leda till rubbningar i vätske- och elektrolytbalans, vilket i sin tur kan medföra komplikationer och fördröjd återhämtning.

Fasta från midnatt har visat sig vara en helt onödig rutin för majoriteten av patienter, som leder till onödigt obehag i form av törst, hunger och huvudvärk. Ett stort antal nationella anesthesiologiska föreningar rekommenderar därför att patienter ska dricka klara drycker fram till två timmar före anestesi. Med tillskott av kolhydrater i drycken frisätter patienten insulin och bryter nattens fastemetabolism. Detta har visat sig ha effekter på kroppens reaktioner till kirurgen, med ett mer dämpat stressvar och en halvering av den postoperativa insulinresistensen. Just utvecklingen av insulinresistens har visat sig vara en viktig faktor för en rad postoperativa komplikationer. Resistensen leder till höga blodsockervärden vilket i sin tur har visat sig direkt kopplad till överlevnad hos patienter som kräver intensivvård efter kirurgi. En dämpning av insulinresistensen leder också till att kroppens proteiner sparas och muskelmassa och muskelkraft bevaras i större omfattning postoperativt.

En av hörnstenarna i ERAS-programmet är epiduralanestesi. Denna anläggs thorakalt (Th6-8) för att säkra att bedövningen täcker operationssåret för smärtlindring, och binjurar så att frisättning av stresshormoner dämpas, samt de delar av tarmens autonoma nervsystem som kan hämma tarmmotoriken. Epiduralbedövningen bibehålls under två dygn efter operationen och utgör en avgörande faktor för dämpningen av insulinresistens genom hämning av katekolamin frisättning, för smärtlindring där den utgör basen för postoperativ analgesi och för att stödja att tarmen kommer igång postoperativt. Dessutom finns idag en rad studier som sammantaget visar att denna bedövningsform är överlägsen opiater för att hindra en rad komplikationer.

Under operationen är det också viktigt att patienten inte tillförs för mycket vätska och salter. Kroppen reagerar på trauma med frisättning av antidiuretiskt hormon och detta leder till vätskeretention. Övervätskning har nyligen visat sig vara en avgörande faktor som hämmat ventrikeltömning och tarmfunktion. Redan en ökning i vikt om två kg postoperativt, vilket inte är ovanligt med traditionell vätskebehandling, leder till fler allvarliga komplikationer. I moderna återhämtningsprogram ges vätska mer restriktivt och balanserar vätskeförluster så att en ökad kroppsvikt postoperativt undviks. Vid eventuella blodtrycksfall under eller efter operation behandlas detta med adrenerga medel eller en minskad infusion av medikamenter epiduralt. KAD eller suprapubisk kateter används rutinmässigt endast så länge epiduralbedövningen används.

Patienterna är förberedda på att deras uppgift är att komma ur sängen minst två timmar redan operationsdagen och att inta näringsdrycker och att klara sitt näringsbehov per os. Erfarenheten visar att detta inte är någon stort problem. Våra egna erfarenheter visar att patienterna äter 1200 kcal vanlig mat från dag ett och sedan successivt allt mer. Med tillägg av ett par kartonger om 200 ml näringsdryck kan ett väsentligt normalt energiintag uppnås per os.

Epiduralkatetern dras således dag två även efter kolonresektioner och till denna dag eller dagen därpå planeras hemgång. De flesta patienter har då klarat att försörja sig per os, varit mobila och uppegående minst sex timmar dag ett och två postoperativt. Dessutom kommer tarmen oftast igång med gasavgång första eller andra dagen, tätt följt av tarmtömning. Övergången från epidural bedövning går direkt till per oralt intag av analgetika.

I efterförloppet är det fördelaktigt att telefonledes följa upp patienten vid ett eller ett par tillfällen. De enheter som praktiserar den här behandlingsmodellen har också planerat för att utan dröjsmål kunna ta in patienten för enklare kontroller. En del patienter behöver återkomma, oftast som dagpatient för enklare behandlingar så som rehydrering, extra smärtbehandling, eller liknande och en 30-dagars uppföljning möjliggör att en säkrare bedömning av utfallet av kirurgin kan genomföras.

Att införa ett behandlingsprogram av den här omfattningen kräver ett nära samarbete mellan alla inblandade specialiteter och professioner. Programmet innebär att man ändrar en hel rad traditionella rutiner och det är svårt för alla att verkligen våga ta steget fullt ut. Genom att mäta vad som faktiskt genomförs kan man underlätta införandet. Uppföljningar blir viktiga och avsteg från protokollet skall motiveras. Samtidigt är det tacksamt att starta en förändring av den här typen – det ger snabba resultat, engagerar alla i vårdkedjan och har tydligt patientfokus. Dessutom kan snabbare återhämtning och kortare vårdtider ha gynnsamma samhällsekonomiska effekter.

Litteratur

Kehlet H., Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997;78(5):606-17.

Wilmore D.W. and H. Kehlet, Management of patients in fast track surgery. *BMJ* 2001;322(7284):473-6.

Kehlet H. and T. Mogensen, Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme. *PG - 227-30. Br J Surg* 1999;86(2):227-30.

Nygren J, G.S., Ljungqvist O, Thorell A, Effects of an ERAS program on physiological function. *Clin Nutr* 2003;22(Suppl 1):77.

Nygren J, H.J., Ljungqvist O, Fearon K, Early results from instituting an ERAS program in two different institutions in the EU. *Clin Nutr* 2003;22(suppl 1):76.

Ljungqvist O. and E. Soreide, Preoperative fasting. *Br J Surg* 2003;90(4):400-6.

Kehlet H. and K. Holte, Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br J Anaesth* 2001;87(1):62-72.

Lobo D.N., et al., Effect of salt and water balance on recovery of gastrointestinal function after elective colonic resection: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359(9320):1812-8.

Brandstrup B., et al., Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial. *Ann Surg* 2003;238(5):641-8.

Lewis S.J., et al., Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ* 2001;323(7316):773-6.

Kirurgins utveckling, sett ur ett organisatoriskt strukturellt perspektiv

ULF HAGLUND

Kirurgin genomgick en mycket dynamisk utveckling under slutet av 1800-talet men det var således först 1905 som det som skulle bli Svensk Kirurgisk Förening bildades men efterhand har olika delar av kirurgin blivit egna specialiteter som framgår av denna översikt och mer utförligt av följande kapitel. År 1905 var kirurgi liktydigt med allmänkirurgi i ordets allra vidaste bemärkelse. Av opererande specialiteter hade, då Svensk Kirurgisk Förening bildades, gynekologi och obstetrik redan året innan bildat en egen förening. På många sjukhus stod dock kirurger för den verksamheten och förlossningssjukvården sköttes av kirurger på mindre sjukhus ganska allmänt under 1960-talet och på enstaka enheter långt in på 1970-talet.

Bland dem som hörde till kirurgfamiljen vid vår förenings bildande var öron- och ögonläkarna först att bilda egna föreningar. Ögonläkarna 1908 men ÖNH-föreningen redan 1907. Något decennium tidigare hade det på olika håll i Europa bildats speciella otologsektioner inom de allmänkirurgiska enheterna. Ett ledande centrum för otologin fanns vid denna tid i Wien. Robert Barany, som senare rekryterades att bli den förste professorn i otologi vid Uppsala universitet, utbildades där. Han belönades 1916 med Nobelpriset i medicin och fysiologi för sina studier av balansfysiologin. Förgrundsgestalter inom otologin vid ÖNH-föreningens bildande i Sverige var Sture Berggren i Lund, senare lasaretsläkare vid öronkliniken i Malmö, och Gunnar Holmgren vid Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Bägge var således allmänkirurger men kom att speciellt intressera sig för otologiska problem. Speciella otologkliniker fanns till att börja med endast vid universitetssjukhusen och de otologiska ingrepp som utfördes inom länssjukvården gjordes av allmänkirurger. Under 1940-talet skapades självständiga enheter för öron-näsa-hals också inom länssjukvården. Otologin

har utvecklat sina egna diagnostiska och terapeutiska tekniker och har idag inte så mycket gemensamt med kirurgin, med undantag för halskirurgin (thyreoideakirurgi, "radical neck"). Där har genom åren funnits och det finns framgent utrymme för såväl samarbete som viss konkurrens mellan medlemmar i ÖNH-föreningen och kirurgföreningen.

Neurokirurgin bildade också tidigt egen förening. Internationellt sett har neurokirurgin utvecklats dels från neurologin dels från kirurgin. I Sverige var det Herbert Olivecrona som drev fram utvecklingen av neurokirurgi till en egen specialitet. Han var vid tiden för sitt pionjärarbete allmänskirurg på Serafimerlasarettet i Stockholm. Banden mellan neurokirurgin och kirurgin har i vårt land varit fortsatt starka. Det samarbete med kringliggande specialiteter som Herbert Olivecrona etablerade var en viktig förutsättning för neurokirurgins utveckling. Det gällde neuroradiologi, klinisk neurofysiologi, neurologi och neuroanestesiologi. Senare bildades en andra neurokirurgisk klinik i Stockholm och efterhand på alla landets universitetsorter.

Neurokirurgin har inom traumasjukvården behållit ett starkt band till allmänskirurgin och samarbetet mellan neurokirurgin och allmänskirurgin har inom detta område genom åren fungerat bra. På de universitetssjukhus som har egen neurokirurgisk klinik har detta samarbete formaliserats i form av bildande av mer eller mindre konkreta traumacentra och inom länssjukvården genom ett intimt samarbete med regionens neurokirurgiska klinik. Många av de mer seniora kirurgerna i länssjukvården har ofta med tiden skaffat sig randutbildning i neurokirurgi, vilket naturligtvis har underlättat kommunikationen. Introduktionen av datortomografi som diagnostiskt instrument omkring 1980, senare förstärkt med introduktionen av den digitala röntgentekniken, har underlättat skullskadediagnostiken inom allmänskirurgin och möjligheten att snabbt konsultera neurokirurgisk expertis vid handhavande av trauma högst betydligt.

Ortopedi har länge varit en egen specialitet. Vid tiden för svensk Kirurgisk Förenings bildande och under de första 50 åren av dess existens ägnade sig ortopedin åt korrigerande elektiva skelettingrepp. Ortopedin var ofta etablerad på särskilda så kallade vanförestalter utanför de övriga lasarett. Efter 1960 kom frakturkirurgin att mer påtagligt bli ett intresseområde för ortopeder, se nedan. Med detta överfördes en stor arbetsvolym från allmän kirurgi till den ortopediska kirurgin. I handläggningen av många traumafall måste ske ett väl synkroniserat samarbete mellan ortopeder och kirurger. Dessa specialiteter representerar numera allt mer skilda kompetenser.

Tiden efter 1950

På 1950-talet började den subspecialisering som ägt rum inom allmänskirurgin i efterkrigstiden resultera i att verksamheter som thoraxkirurgi, barnkirurgi, handkirurgi, plastikkirurgi och urologi separerades från moderdisciplinen för att bilda egna specialiteter och kliniker. Denna separationsprocess har i stort fungerat bra även om

den inte helt varit utan ångest och spänning. Frågan om en verksamhet skulle vara egen klinik eller inte var fram till omkring 1970 till största delen beroende av att det i Hälso- och sjukvårdslagen till dess var fastställt att det bara skulle finnas en överläkare per klinik. Skulle en ny överläkartjänst etableras i ett nytt ämne måste man därför först skapa en ny klinik. Det är också förklaringen till att det på stora sjukhus som Sahlgrenska i Göteborg och Södersjukhuset i Stockholm bildades flera kirurgiska kliniker (kirurgiska klinikerna I, II och III på Sahlgrenska). Företrädare för de nya specialiteterna bildade egna intresseföreningar. Dessa blev snabbt egna sektioner i Svenska Läkaresällskapet respektive egna specialitetsföreningar i Sveriges Läkarförbund. Från början var så gott som alla kirurger oavsett specialitet medlemmar också i Svensk Kirurgisk Förening. Under de senaste två decennierna har nya medarbetare inom dessa specialiteters intresseföreningar dock endast undantagsvis valt att också vara medlemmar i Svensk Kirurgisk Förening.

Thoraxkirurgin etablerades i Sverige främst genom pionjärbete av Clarence Crafoord, som under tiden fram till att han 1947 blev professor i thoraxkirurgi, var överläkare på kirurgkliniken på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Han ägnade sig under 1930-talet främst att utveckla teknik för kirurgi och anestesi vid lungkirurgi och esofaguskirurgi för cancer. Crafoord var också en pionjär inom kärlkirurgin. Under 1940-talet utvecklades teknik för kirurgi vid öppetstående ductus arteriosus Botalli och vid coarctatio aortae. Mer avancerad hjärtkirurgi blev möjlig omkring 1950 med införande av hjärt-lung maskinen och tekniken med hypotermi under operationen. Nya thoraxkirurgiska kliniker tillkom under 1950-talet i Göteborg, Lund och Uppsala. 1957 kunde thoraxkirurgin i Stockholm flytta in i en specialutrustad byggnad på Karolinska sjukhuset. Förgrundspersoner förutom Crafoord var Viking Olof Björk, som efter en tid som chef för den nyöppnade thoraxkliniken i Uppsala efterträdde Crafoord som chef för enheten på Karolinska sjukhuset, Åke Senning, som sedermera blev kirurgchef i Zürich och Helge Wulff, som blev professor i kirurgi i Malmö. Lungkirurgi utfördes på flera allmänkirurgiska enheter, men efter omkring 1970 har det blivit en ren thoraxkirurgisk angelägenhet. Behovet av thoraxkirurgisk kompetens utvecklades kraftigt från omkring 1980 med introduktionen av "coronary by-pass" kirurgin. Sedan dess har thoraxkirurgi i Sverige mer eller mindre blivit liktydigt med hjärtkirurgi. Utvecklingen inom perifer kärlkirurgi och esofaguskirurgi har de senaste decennierna gått i motsatt riktning. Denna typ av kirurgi har kommit att bli intresseområden för allmänkirurger och såväl perifer kärlkirurgi som esofaguskirurgi drivs idag så gott som enbart inom kirurgin och inom Svensk Kirurgisk Förenings ramar.

Barnkirurgi i den meningen att det fanns en särskild organisation för kirurgi på barn har i Sverige funnits sedan 1885 då en kirurgisk enhet etablerades på Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus i Stockholm. År 1892 fick kirurgenheten en egen chef, Emil Perman. Andra kända barnkirurgchefer i Stockholm är Theodor Ehrenpreis, Sigrid Söderlund, NO Eriksson som hade en personlig professur i pediatrik urologi och Björn Thomasson, som blev innehavare av landets första professur i

barnkirurgi. Längre drevs barnkirurgin av särskilt intresserade allmänkirurger. Så var till exempel Philip Sandblom chef på kirurgkliniken på Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus åren innan han 1951 blev professor i kirurgi i Lund. Utvecklingen mot en egen specialitet med egen utveckling och egna utbildningsbehov tog fart under 1940-talet. Barnkirurgiska enheter hade funnits inom kirurgklinikens hägn på flera stora sjukhus men under de följande årtiondena etablerades egna barnkirurgiska kliniker, inom sjukhuset belägna i nära anslutning till barnsjukvården i övrigt, i Göteborg (Gustaf Pettersson, senare Sture Hagberg), i Uppsala (Gunnar Grotte) och i Lund (Ludvig Okmian). På dessa kliniker har barnkirurgerna kommit att sköta all kirurgi på barn medan i länsjukvården speciellt intresserade allmänkirurger fortsatt att utföra vissa kirurgiska ingrepp – också på späda barn som korrektion av pylorusstenos och operation för ljumskbräck.

Barnkirurgi blev en egen specialitet i Sverige 1947 och barnkirurgerna bildade sin egen förening 1952 men blev en egen sektion i Svenska Läkaresällskapet först 1977. Många barnkirurger var ändå i fortsättningen medlemmar även i Svensk Kirurgisk Förening.

Handkirurgi etablerades som egna kliniker under 1950- och 60-talen i Malmö (Nils Carlstam), Göteborg (Erik Moberg) och Stockholm. Speciell handkirurgisk verksamhet drevs vid denna tid också i bland annat Uppsala och Umeå. Där drevs emellertid verksamheten som en sektion inom plastikkirurgin och bildandet av en egen handkirurgisk klinik kom först i slutet av 1900-talet. Under de senaste decennierna har omhändertagandet av patienter med allvarliga handskador liksom elektiv handkirurgi kommit allt längre ifrån kirurgföreningens medlemmars intressesfär. Handkirurgin har i stället kommit att bli nära associerad med ortopedin.

Urologi. Under 1950-talet kom, med början på universitetsorterna, den urologiska kirurgin att etablera sig som en egen specialitet mer och mer skild från allmänkirurgin. Den första urologkliniken etablerades i Stockholm vid Karolinska sjukhuset med Gustav Giertz som förste professor i urologi. Urologiska kliniker etablerades under 1950- och 60-talen också på de andra universitetsorterna. Många gånger var uppdelningen mellan urologi och allmänkirurgi sådan att man i någon mening hade samjour i primärjournsledet. Tumörsjukdomar sköttes oftast av urologer enbart men också på universitetssjukhusen handlade ofta kirurgerna själva långt in på 1970-talet patienter med ureterstenar och patienter med benign prostataförstoring. Den sistnämnda åkomman opererades på denna tid huvudsakligen med öppen enucleation av adenomet – ett inte sällan ganska blodigt ingrepp med för patienten ofta besvärlig postoperativ vård. Med nya tekniker för terapi, vad gäller benign prostatahyperplasi främst de transurethrala resektionerna, kom dessa patienter att omhändertas på allt fler sjukhus enbart av urologer. Bandet mellan urologin och allmänkirurgin behölls dock starkt länge. Urologerna deltog med ett eget program på kirurgernas sensommarmöten och detta fortsatte långt in på 1980-talet. Urologföreningen (liksom barnkirurgi- och handkirurgiföreningarna) hade länge en adjungerad ledamot som deltog i arbetet i Svensk Kirurgisk Förenings styrelse. Detta upphörde först i

slutet av 1970-talet. Urologkliniker kom under det decenniet att etableras mer och mer också inom länssjukvården. Den tekniska utvecklingen, främst inom endoskopisk kirurgi, inom stenbehandlingen liksom en mer aktiv specialiserad behandling vid prostatacancer, kom att medföra att urologerna under 1980-talet helt tagit över all vård av manliga patienter med sjukdomar i urinvägarna. De sjukdomstillstånden har därmed fallit bort från Svensk Kirurgisk Förenings intressesfär. Samjour i primärjournalsledet mellan urolog- och kirurgklinikerna förekommer dock fortfarande på många håll. Bakjournalsleden måste då vara då separerade.

Frakturkirurgin, som i mitten av 1900-talet var en betydande del av kirurgins arbetsvolym, började successivt överföras till ortopedin i slutet av 1950 och under 1960-talet. Processen hade fullbordats i hela landet först under 1970-talet. Ortopedin kom därigenom att förvandlas från en specialitet främst inriktad på att korrigera deformiteter i skelettet och kroniska sjukdomstillstånd till ortopedisk kirurgi i modern mening. Utvecklingen kom att påskyndas också här av den tekniska utvecklingen med behov av specialkunskaper och fokusering då allt fler frakturtyper krävde aktiv kirurgisk behandling. Den mycket dynamiska utveckling som ungefär samtidigt har ägt rum inom implantatkirurgin, främst höft- och knäimplantat, bidrog till en mycket kraftig omvandling av ämnesområdet ortopedi under des senaste decennierna av 1900-talet. Samtidigt medförde övertagandet av ansvaret för frakturer att allmänkirurgin kom att bli kirurgi endast vid sjukdomar i kroppens mjukdelar.

Den fortsatta subspecialiseringen

Med fullbordandet av avskiljandet av urologisk kirurgi till en egen specialitet och överförandet av frakturkirurgin till ortopedin i hela landet under 1970-talet kan man säga att begreppet allmänkirurgi definitivt tog slut. Det begreppet har i alla fall efter denna tid blivit utan egentlig mening då det i princip inte längre utbildas några kirurger som med rätta kan göra anspråk på denna rätt krävande benämning. Specialitetsbenämningen har av Socialstyrelsen ändrats till "kirurgi". Under 1970-talet och i tiden därefter har i stället kirurgins inriktning varit fortsatt subspecialisering inom det kvarvarande ansvarsområdet. Också denna utveckling startade på universitetssjukhusen och drivkraften var kanske i tidigt skede mera att skapa goda förutsättningar för klinisk forskning och utveckling genom att samla patientmaterialen. Detta i sin tur kom att skapa fokuserat intresse och därmed var utvecklingen igång. Senare kom andra motiv som förstärkt kvalitetsmedvetande, den tekniska utvecklingens krav och det ökade behovet av kostnadseffektivitet att verka i samma riktning. Subspecially har också kommit att bli den huvudsakliga metoden att möta behovet att utbilda kirurger trots den allt mer förkortade arbetstiden. Denna utveckling mot en ytterligare subspecialisering kom under 1980-och 1990-talet att bli tydlig också inom länssjukvården. I stället för allmänkirurger kom kirurger med ofta smala, men desto djupare, specialistkunskaper inom olika områden att driva verksamheten vid våra kirurgkliniker under 1990-talet och framåt. Detta börjar få

konsekvenser vad gäller möjligheten att bemanna de kirurgiska klinikerna på jourtid då det knappast kommer att finnas kirurger i nästa generation som kan fungera som bakjour med tillräcklig kompetens inom kirurgklinikens hela ansvarsområde.

Under 1970-talet etablerades transplantationskirurgin i Sverige. Njurtransplantationer hade gjorts redan under 1960-talet på Serafimerlasarettet i Stockholm (Curt Franksson), i Göteborg (Lars-Erik "Charlie" Gelin) och i Uppsala (Lars Thorén). Detta skedde inom respektive kirurgklinikens ram. På Huddinge sjukhus etablerades en egen transplantationskirurgisk klinik (Carl-Gustav Groth) och i Malmö senare en klinik för kärl- och transplantationskirurgi (Sven-Erik Bergentz). I Göteborg och i Uppsala har man istället valt att behålla ett starkt organisatoriskt samband mellan transplantationskirurgi och övrig kirurgi och skapat sektioner för transplantations- och leverkirurgi inom kirurgklinikerna. Skälet är levertransplantation – ett ingrepp som gjordes för första gången i Sverige på Huddinge sjukhus 1984. Tekniskt sett finns mycket gemensamt mellan leverkirurgi av resektionstyp och levertransplantation, för den sistnämnda verksamheten inte minst transplantationer av lever från levande givare och "split liver transplantation". Behovet att inom bägge verksamheterna ha en levande teknisk kunskap av den andra ser ut att ytterligare förena transplantationskirurgin med kirurgin under den närmaste framtiden. Transplantation av hjärta och lunga har kommit att bli en specialiserad del av thoraxkirurgin.

Då *kärlkirurgin* introducerades i vårt land var förutom allmänkirurger också thoraxkirurger engagerade. Bland tidiga förgrundsgestalter ska nämnas Clarence Crafoord, som ju sedan kom att också driva utvecklingen inom thoraxkirurgi och hjärtkirurgi. Andra förgrundsgestalter i en senare generation inkluderar thoraxkirurgen Stig Ekeström, Stockholm och kirurgerna Knut Haeger, Malmö, och Sven-Erik Bergentz, Göteborg (sedermera professor i Malmö), samt ortopeden Tor Hierton, Uppsala. Efter denna generation har uppdelningen mellan kärl- och thoraxkirurger kommit att falla naturligt och ganska problemfritt för de kirurger som speciellt ägnat sig åt kärlkirurgi. I gränsområden, till exempel kirurgi för thoraco-abdominella aneurysm, har man lyckats etablera ett bra samarbete. På de flesta sjukhus utgör kärlkirurgin en sektion inom kirurgkliniken men på några – Malmö, Sahlgrenska i Göteborg, Karolinska i Stockholm och Västerås – har kärlkirurgin kommit att bilda egna kliniker. Oavsett organisation som egen klinik eller som sektion har de flesta, om inte alla, kärlkirurgiska enheter egen jour och/eller bakjour. På detta vis kan sägas att kärlkirurgin tydligt blivit en subspecialiserad verksamhet inom den kvarvarande kirurgiska intressesfären.

Kärlkirurgerna var också de första bland kvarvarande medlemmar i kirurgföreningen att bilda en egen förening. Den etablerade sig tidigt som en sektion inom Svensk Kirurgisk Förening. Den kärlkirurgiska föreningen ordnade egna möten och kärlkirurger blev därför under en period sällsynta gäster på Svensk Kirurgisk Förenings möten. Denna utveckling bidrog till att behovet av en gemensam mötesplats för kirurger började växa sig starkt inom svensk kirurgi.



Ulf Haglund omgiven av landets två första professorer i kärnkirurgi. Bo Risberg och David Bergqvist.

Under 1990-talet har uppdelningen av kirurgin i subspecialiteter kommit att bli än tydligare. Denna utveckling mot en allt starkare subspecialisering av kirurgin efter de alltmer specifika arbetsuppgifterna kom att äga rum först och är kanske fortfarande tydligast på universitetssjukhusen. Med en viss fördröjning kom emellertid mycket av samma utveckling senare att ske inom länssjukvården. Begrepp som kolorektalkirurger, lever-pankreaskirurger, ventrikel-esofaguskirurger, endokrinkirurger och på sina håll, bröstkirurger och traumakirurger, har blivit en tydlig realitet inom svensk kirurgi under Svensk Kirurgisk Förenings senaste decennium. Företrädare för dessa områden har kommit att bilda egna intresseföreningar, vilka blivit sektioner inom kirurgföreningen. Kirurger med intresseområdet lever-galla. pankreas respektive esofagus-ventrikel utgör ett undantag då de fortfarande håller ihop inom Svensk Föreningen för Övre Abdominell Kirurgi.

Med introduktionen av den laparoskopiska kirurgiska tekniken under 1990-talets första år uppstod snabbt ett behov att mötas med utvecklingen inom denna teknik som huvudtema. En förening för *minimalinvasiv kirurgi* bildades och denna förening hade några mycket välbesökta och uppskatta möten under första delen av 1990-talet. Inför hotet om en total uppsplittring av den kvarvarande kirurgin i små fragment beslöt Svensk Kirurgisk Förening då, för att fortsatt kunna samla alla sina medlemmar på ett och samma möte, att göra om de i och för sig mycket populära Sensommarmötena till en Kirurgvecka, vilken skulle äga rum i slutet av augusti (vecka 34). Sensommarmötena hade av tradition alltid förlagts vid ett större sjukhus inom länssjukvården. Detta tog man fasta på då strukturen för Kirurgveckan utvecklades. Vid Kirurgveckan skulle de olika kirurgiska subspecialiteterna representeras av sektioner inom föreningen. De ansvarade själva för sin del av programmet. Kirurg-

föreningens vetenskaplige sekreterare fick ansvaret att fördela tidsutrymmet mellan sektionerna och samordna utbudet. Vissa gemensamma sessioner, plenarsessioner, skulle fortsatt vara en gemensam angelägenhet för alla sektioner. Snabbt bildades förutom redan etablerade sektioner för kärllkirurgi och minimalinvasiv kirurgi sektioner för övre abdominal kirurgi, kolorektal kirurgi, endokrin kirurgi och senare också sektioner för bröstkirurgi, trauma, nutrition och bukväggskirurgi till största delen initialt för att tillgodose ämnesområdets behov inom kirurgveckan. Den första Kirurgveckan hölls i Varberg 1996. Konceptet slog mycket väl ut och Kirurgveckan har fortsatt försvarat sin plats som den viktigaste komponenten i vidareutbildningen av svenska kirurger.

I dag har således utvecklingen lett fram till att svenska kirurger inom läns sjukvården med få undantag kan karakteriseras som specialister i kärllkirurgi, kolorektal kirurgi, övre abdominal kirurgi eller endokrinkirurgi. På de större sjukvårdsenheterna, kanske främst universitetsklinikerna, delas den övre abdominala kirurgin i minst två delar. Kirurger arbetar där huvudsakligen med esofagus-magsäck (övre gastro-intestinal kirurgi) eller lever-galla-pankreas kirurgi. Det är många gånger också så att leverkirurgi och pankreaskirurgi sköts av olika individer, men med samarbete sinsemellan. Den avancerade gallvägskirurgin har hamnat inom leverkirurgin. Esofagus-magsäck innefattar ofta också ansvar för kirurgi vid morbid fetma även om det kan uppfattas som en speciell teknik i sig – ytterligare ett möjligt fält för subspecialisering i framtiden? Endokrin kirurgi är numera en tydligt utskild specialitet, vars företrädare ofta också är ansvariga för bröstkirurgin. Många mindre sjukhus har ingen endokrinkirurg och har därför valt att inte utföra kirurgi vid struma, hyperparathyreoidism eller annan endokrinkirurgi. Detta är ju elektiva ingrepp som passar bra för centralisering inom ett landsting eller region.

Fördelen med denna utveckling är att den ger möjligheter till ökad fokusering och möjligheter för subspecialisten att följa med i den allt mer galopperande kunskapsutvecklingen. Behovet av fokusering i syfte att hålla god kvalitet i den kirurgiska vården gäller inte bara de enskilda kirurgerna utan i samma utsträckning också samarbetande anestesiologer och annan vårdpersonal. Vårdkedjan är inte starkare än den svagaste länken och hela sjukhusets samlade erfarenhet av olika ingrepp har i studier från andra länder (USA, Storbritannien, Holland) visats vara en viktig, om inte den viktigaste faktorn, för goda resultat i den kirurgiska vården. Det finns ingen anledning att tro att förhållandena i vårt land i någon väsentlig mening skulle skilja sig i detta avseende. Utvecklingen mot ökad subspecialisering har påskyndats av olika förändringar i vårt samhälle som lett till starka önskemål om mer begränsade arbetstider samtidigt som kirurgin och dess kunskapsinnehåll blivit alltmer komplex.

Den pågående utvecklingen mot ökad subspecialisering och omvandling av små länsdelssjukhus till rent elektiva enheter uppskattas inte av alla. Tendensen kan snarast beskrivas som en nödvändig försvarsåtgärd för att kirurgin ska kunna fungera i det samhälle vi lever i. Den omvandling vi sett till enheter för enbart elek-

tiv kirurgi öppna under kontorstid har haft många orsaker. Ökade kostnader för och svårigheter att bemanna för jourarbete, som ofta haft låg halt av kirurgiskt innehåll utan mera varit allmänläkararbete utanför kontorstid, har varit en viktig faktor. Den minimalinvasiva operationstekniken, som medförde kortare vårdtider och kortare tider för konvalescens, har stimulerat en utveckling mot allmänt kortare vård- och sjukskrivningstider. Därav har följt att vi nu kan göra en mycket stor del av de kirurgiska ingreppen i femdagarsvård eller kortare. Rådande arbetstidsbestämmelser, regler för jourkompensation och de kommande EU-direktiven för arbetstider tillsammans med den yngre generationens inställning till arbete versus tid för familj och fritid skulle, även om pengar fanns, ändå tvingat fram en utveckling med färre jouröppna kirurgiska enheter.

Ett problem med utveckling med ökad subspecialisering, som vi ännu inte i någon utsträckning hanterat, är att med en så relativt smal utbildningsbakgrund, som den vi idag erbjuder kirurger under utbildning, kommer det att bli svårt att fungera i kirurgisk bakjour i dagens mening. För att lösa detta dilemma behöver vi anlita fler kirurger samtidigt i jouden. Å andra sidan medför utvecklingen med etablering av allt fler enheter för enbart elektiv kirurgisk sjukvård att det är allt färre sjukhus som måste bemannas upp 24 timmar om dygnet sju dagar i veckan. Den kirurgiska akutsjukvården har i många landsting samlats till bara ett eller ett par akutsjukhus. Vid en sådan enhet måste det inom en snar framtid vara möjligt att tillfredsställa kravet att det alltid ska ingå kompetenta företrädare för de mest jourtyngda subspecialiteterna kärkirurgi, kolorektal kirurgi och övre abdominalkirurgi i jourarbetet, sjukhusbundet eller i beredskap. Samjour med andra discipliner till exempel ortopedi och/eller urologi hör snart det förgångna till. I den mån det fortfarande förekommer måste det vara i primärjournsledet och förutsätta separata bakjournlinjer för de olika specialiteterna – i framtiden sannolikt bakjourer för vad vi idag kallar de olika kirurgiska subspecialiteterna.

Gynekologi och obstetrik på kirurgklinik

BO LINDBERG

Kirurgerna på svenska sjukhus skötte under 1800-talet all operativ verksamhet, även inom obstetrik och gynekologi. Vid 1900-talets början fanns endast sju särskilda avdelningar för kvinnosjukvård i landet. Ännu på 1920-talet födde 90 procent av kvinnorna sina barn i hemmet. När sedan allt fler valde att föda sina barn på sjukhus inrättades förlossningsavdelningar på lasaretten med kirurger som ansvariga överläkare. I deras ansvarsområde ingick också undersökning och behandling av de nyfödda barnen.

Först efter 1930 födde flertalet kvinnor på barnbördshus eller förlossningshem. Även om barnmorskorna i allmänhet självständigt skötte förlossningarna, innebar det ökade förlossningsantalet en ökad arbetsbelastning för de redan hårt pressade kirurgerna. Lasarettsläkarna på de kirurgiska klinikerna, som också ansvarade för förlossningarna ville i många fall slippa den bördan.

Den medicinska specialiseringen

En kanske viktigare orsak till behovet av en utbyggnad av kvinnosjukvården var den medicinska utvecklingen. Statens sjukvårdskommitté, som tillsattes på 1930-talet, konstaterade att specialiseringen inom sjukvården framtvingades främst av forskningens framsteg och teknikens utveckling. Det var inte längre möjligt för *en* läkare att behärska allt vetande som stod till buds. Nya tekniska hjälpmedel krävde kunskap och erfarenhet, som endast kunde uppnås genom begränsning och specialisering. Kommittén förutsåg den kraftiga specialisering som skulle komma, men varnade för utspridning av den till många små sjukhus. Kvaliteten på specialistvården var beroende av att läkare inom olika discipliner kunde konsultera varandra. Eftersom tillgången på specialister kunde väntas bli knapp borde de placeras på en för patienterna lättillgänglig plats i respektive län. Kommittén anslöt sig i allt väsentligt till idén om centrallasarett.

Tabell 1. Den operativa verksamheten vid Kristianstads lasarett 1939.

Antal operationer	
Neurokirurgi	4
Ögon	6
Öron ²	35
Thoraxkirurgi	16
Ortopedi	271
Urologi	82
Gynekologi	247
Obestrik	29
Kirurgi	708
Summa	1398

Verksamheten vid en kirurgklinik före specialiseringen

För att illustrera bredden på kirurgernas arbete innan centrallasaretten började byggas ut med specialiserade avdelningar för medicinens olika områden kan verksamhetsberättelsen för Kristianstad år 1939 redovisas, se tabell 1.

Som synes var det för en nutida specialist en imponerande bredd på kirurgernas verksamhet. Tuberkulos och empyem var de vanligaste indikationerna för thoraxingrepp såsom thorakoplastiker och thorakotomier, medan de neurokirurgiska ingreppen och ögonoperationerna föranleddes av olycksfall. Inom ortopedin rymms framför allt frakturkirurgi, men hit har också förts hand- och kärlkirurgiska ingrepp. Inom gynekologin dominerade då liksom nu skrapning av livmodern. Skillnaden mot nu är att alla patienterna lades in på sjukhuset för ingreppet. Kirurerna opererade också framfall, utomkvedshavandeskap liksom godartade och maligna tumörer i livmoder och äggstockar.

Obstetrike sköttes på den tiden av kirurgerna, som i Kristianstad 1939 förlöste 25 kvinnor med tång, varav 14 var hög eller medelhög, ingrepp som numera aldrig förekommer. Vändning på fot och extraktion förekom i sju fall, fem barn överlevde. Ett enda kejsarsnitt gjordes, då med ett klassiskt korporealt snitt, både mor och barn överlevde.

Den i nutida mening rent kirurgiska verksamheten fördelade sig omfångsmässigt lika mellan sköldkörteln, bröstet och bukhålan med 30–75 ingrepp var. De antalsmässigt dominerande ingreppen gjordes för appendicit (267 fall) och bräck (155 fall).

Från att ha varit en utpräglad kirurgisk specialitet fick gynekologin en bit in på 1900-talet en allt mer medicinsk- endokrinologisk prägel. Detta och de ökade födelsetalen användes också som argument vid ansökningar om att inrätta en speciell klinik för kvinnosjukvård. Som ett exempel kan även här tas Kristianstad. Där fanns 1915 på kirurgkliniken 13 platser för förlossningsfall. De hade 1938 ökat till 24 och samma år föreslog dåvarande kirurgchefen Gustaf Pallin att man skulle inrätta en

¹ Uppgifterna från Kristianstad har välvilligt lämnats av överläkare Kristian Ahlström.

² Sedan 1929 fanns en lasarettsläkare som var specialist i öron-näsa-halssjukdomar.

kvinnoklinik med 25 gynekologiska och 38 obstetriska platser. Detta tillstyrktes av direktionen men avlogs av landstinget, som tillsatte en kommitté. Den kom dock fram till att: "med hänsyn till överläkarens nuvarande kompetens särskild gynekologisk avdelning ej anses nödvändig".

Antalet förlossningar fortsatte emellertid att öka och Pallin återkom 1939 med en skrivelse där han talade om den olidliga överbeläggningen. "Med ovanstående utredning synes det mig klart, att i varje fall en ökning av antalet barnbördsplatser är ofrånkomlig, vilka kommittémajoriteten väl då förutsätter som hittills ska skötas av den kirurgiske överläkaren. Hänsyn tyckes därvid icke hava tagits till den verkliga stora arbets- och ansvarsbörda, som även utan sådan ökning åligger denne. Det är väl att märka att det ingalunda alltid kan påräknas underläkare med, såsom för tillfället, obstetrisk kompetens". Kirurgiska kliniken i Kristianstad hade nämligen just fått en ny underläkare på treårsförordnande, nämligen docenten Alf Sjövall, sedermera professor på Kvinnokliniken i Lund. Gustaf Pallin fortsätter: "Med all aktning för mina kollegers kompetens i kirurgi, vågar jag påstå, att det icke är möjligt att så som önskvärt vore följa utvecklingen av även den gynekologiska specialvetenskapen. Jag behöver endast erinra om den moderna hormonläran och dess betydelse för livmoderblödningarnas behandling". Det dröjde ytterligare nio år innan Kristianstad fick sin kvinnoklinik.

Läkarutbildningen

Något som fick stor betydelse för utvecklingen av obstetrik och gynekologi som specialitet och därmed också för inrättande av kvinnokliniker var de diskussioner som pågick om läkarutbildningen och specialistutbildningen.

Ecklesiastikdepartementet tillsatte 1938 en utredning angående läkarutbildningen, vilken 1941 avgav sitt utlåtande över utbildningen till medicine licentiatexamen (SOU 1941:27). De sakkunnigas utgångspunkt hade varit att utbildningens mål bör vara



Kirurgerna hade också ansvar för de nyfödda barnen. Här undersöks höfterna på en baby av Nils Högberg (överläkare på kirurkliniken med tillhörande BB i Avesta 1968-1973).

att bibringa den studerande en så grundlig medicinsk allmänbildning att man åt honom kunde anförtro utövandet av allmän läkarpraktik. Mot denna syn protesterade framför allt Svenska Läkaresällskapet, som framhöll att den ofantliga tillväxten under de senaste decennierna av det medicinska kunskapsstoffet snart kommer att framtvunga ett differentierat utbildningsschema med relativt tidig specialisering. 1938 år kommitté återkom med ett betänkande om fortsättnings- och repetitionskurser för läkare 1943 och om utbildningen efter medicine licentiatexamen (SOU 1943:41 resp. SOU 1945:56).

Som en följd av Läkaresällskapets starka kritik mot förslaget tillsatte regeringen 1948 en ny läkarutbildningskommitté, som avgav sitt betänkande 1953 (SOU 1954:7). Betänkandet, som i stora drag överensstämde med Läkaresällskapets åsikter, lades till grund för Kungl. Majts. proposition nr 212/1954, vilken resulterade i en genomgripande förändring av den medicinska undervisningen.

Tidigare hade alla blivande läkare fått en mycket grundlig utbildning i obstetrik under en fyra månaders kurs, som inleddes med en tre veckor lång intensivutbildning i obstetrisk operationslära, framförallt om förlossningstångens rätta användande. Den nya utbildningen gav inte de blivande kirurgerna ett tillräckligt underlag för att de skulle kunna hantera förlossningskomplikationer utan randutbildning i gynekologi och obstetrik. Även kirurgins andra subspecialiteter hade utvecklats och krävde nya kunskaper av kirurgerna på landets akutmottagningar, vilket medförde att de föredrog att välja till exempel urologi eller thoraxkirurgi framför gynekologi som randutbildning.

Den stora expansionen

Omedelbart efter andra världskrigets slut 1945 beslöt allt flera landsting att bygga speciella kvinnokliniker. Under en 15-årsperiod startades en eller flera kvinnokliniker i varje landsting, så att det 1961 fanns 41 kvinnokliniker vid lasaretten.

Nedläggningar av kirurg-BB

Allt eftersom den gamla tidens kirurger – som kunde allt – pensionerades blev det allt svårare att rekrytera unga kirurger till kliniker, där de också skulle ansvara för förlossningsverksamheten. Det blev också svårare att locka nya barnmorskor till sådana BB. Även kvinnorna valde i allt större utsträckning att resa till kvinnoklinikernas förlossningsavdelningar när de skulle föda barn. Nästan varje sommar uppstod det kriser med bemanningen under semestertiden och patienterna måste hänvisas från kirurgklinikens BB till kvinnoklinikerna. Som en följd av den medicinska utvecklingen inom neonatologin ställde Socialstyrelsen allt större krav på att det skulle finnas barnmedicinsk expertis vid kliniker som bedrev förlossningsvård, det vill säga att det också skulle finnas en barnklinik. Alla dessa faktorer medverkade till att allt flera BB på kirurgklinikerna lades ner från 1970 och framåt, så att på 1990-talet knappas något finns kvar. Varje nedläggning förorsakade emellertid stora

demonstrationer och folkstormar mot ansvariga politiker, där till och med mordhot förekom.

Nuläge och framtid

Att sista ordet i frågan om kirurg-BB inte är sagt illustreras av att sjukvårdspartier med ambitionen att bevara de små förlossningsanstalterna i flera landsting har fått vågmästarroller. Aktuellt just nu är försöken att öppna Kiruna BB, dock med gynekolog och barnläkare som ansvariga. Starka lokala opinioner kräver detta men svårigheterna är stora att rekrytera läkare med tillräcklig kompetens och att kunna bibehålla kompetensen med endast ett par hundra förlossningar per år.

På gott och ont har den gamla tidens stora gestalter vid lasarettet försvunnit, dem som man kunde känna igen i den gamla studentsången:

*”Var är de som kunde allt,
blott ej sin ära svika,
som voro män av äkta halt
och världens herrar lika?”*

Det är en tid som är oåterkalleligen förbi och det måste få konsekvenser för organisationen av sjukvården.

(Artikeln är en bearbetning av ett kapitel i "Svensk kvinnosjukvård under ett sekel" som utgavs med anledning av att sektionen för Obstetrik och Gynekologi fyllde 100 år.)

Oto-rhino-laryngologisk kirurgi i Sverige

TOMAS GEJROT och JAN WERSÅLL

Fram till 1900-talet var det även i Sverige kirurgerna som utförde öronoperationer. Detta alltsedan 1700-talet då Olof af Acrel beskrev dem i "juvelen" Chirurgiska händelser tillsammans med operationer av läppcancer, spottsten och spottkörteltumörer.

Från 1850-talet, då narkos och aseptik bidrog till framgångsrika öronoperationer, vidgades indikationerna. Vid seklets slut uppträdde de första specialisterna inom facket många av dem utbildade hos Politzer i Wien. År 1910 startades den första öronkliniken på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm med Gunnar Holmgren som framgångsrik forskare, operatör och ledare. Fram till sulfaterapins intåg på 30-talet var de otogena komplikationerna orsak till akuta och radikala ingrepp. År 1908 skrev Gunnar Holmgren sin avhandling om labyrintiter och ägnade stor uppmärksamhet åt operativ och medicinsk behandling av meningitkomplikationer vid akuta och kroniska otiter.

Gunnar Holmgren introducerade även laryngo- och oesophagoscopier. Larynxsjukdomar hade tidigare skötts av internmedicinare men övertogs nu av öron-, näs- och halsläkare. Rhinoscopi, näs- och sinusoperationer introducerades. Internationell uppmärksamhet fick Georg Öhngrens avhandling från Sabbatsbergs öronklinik med titeln: "Malignant tumours of the maxilloethmoidal region" där kombinationsbehandling med diatermi och radium beskrevs. Öhngren visade på en möjlig överlevnad på 20-30 procent. Avhandlingen fick en god efterföljning i Gunnar Mårtenssons och Lars Gunnar Larssons skrift 1954 om Karolinska sjukhusets maxillarcancer material med kombination av kirurgi och strålbehandling. Överlevnaden i detta material låg vid 45 procent.

År 1912 blev Gunnar Holmgren den förste professorn i otologi och startade en livaktig forskning kring labyrintiter och otoscleros, en hörselnedsättande sjukdom som löder fast stigbygeln vid ovala fönstret. Gunnar Holmgren skapade en operativ

metodik "fenestrationsoperationen, "där han borrade upp ett fönster i innerörats benkapsel med hjälp av lupp och mikroskop. Defekten i benkapseln täcktes med blodguld.

Fenestrationsoperationen och införandet av operationsmikroskop ledde till att göra Sabbatsberg till en attraktiv och berömd klinik där ett antal öronspecialister utbildades och spreds över landet. År 1952 redovisade hans efterföljare som professor, Torsten Skoog, 200 fönsteropererade fall av otoscleros med en hörselbättre i 80 procent av fallen. Torsten Skoog och Lennart Holmgren introducerade även i Sverige Samuel Rosens mycket förenklade operationsmetod, där operatören under mikroskopobservation friar stigbygeln från otosclerohärden.

Otoskleroskirurgins utveckling kring början av 1950-talet blev ett svar på en diskussion som fördes bland otologer, när kemoterapins intåg av många ansågs göra specialiteten onödig. År 1950 hölls i Stockholm en internationell konferens, där man slog fast, att otologernas uppgift inte längre var att hålla hörselorganen vid liv utan i stället att återställa funktionen. "Örat är till för att höra med" blev en slogan. Den rekonstruktiva öronkirurgin har sedan utvecklats till så gott som fulländning. Det senaste steget är implantat av elektroder i cochlea. En förutsättning för den hörselbättre verksamheten är de nya kunskaperna om örats anatomi och funktion. Internationellt uppmärksammade morfologiska och funktionella insatser har gjorts av Hans Engström, hans medarbetare och efterföljare inom inneröreforskningen.

Acusticisneurinom har i Lund framgångsrikt behandlats med den nya translabyrinthära metoden av Sten Harris och Ulf Mercke.

I Uppsala blev Nobelpristagaren Robert Bárány professor och chef för öronkliniken, som blev ett centrum för otoneurologisk forskning. Ett särskilt intresse har ägnats behandling av Morbus Ménière medelst läkemedel, ultraljud och avskärning av n.vestibularis där Jan Stahle och medarbetare gjorde en betydande insats.

Carl-Axel Hamberger som fått sin utbildning i Stockholm blev 1949 överläkare och 1953 professor i Göteborg. Göteborgskliniken blev under hans ledning ett centrum för utveckling av tumörkirurgin. Under 40-talet behandlades flertalet maligna tumörer med strålbehandling. Carl-Axel Hamberger studerade radikal kirurgi med utrymning av lokala lymfkörtlar som terapi mot huvud- och halscancer hos Hayes Martin och John Conley vid Memorial Hospital i New York Under tiden på Sahlgrenska sjukhuset och Karolinska sjukhuset utbildade Hamberger ett antal huvud- och halskirurger i cancerkirurgi. Den metodik som Hamberger tillämpade är den gällande i Sverige och ger tillsammans med strålbehandling i förekommande fall goda resultat. Viktigt för resultatet av denna kirurgi är de plastikkirurgiska rekonstruktioner som krävs vid radikal kirurgi av mer avancerade fall.

Inom kirurgi av spottkörteltumörer förändrades tekniken genom insatser på Sahlgrenska sjukhuset väsentligt. Tidigare lyftes de godartade parotistumörerna kirurgiskt ut från parotisvävnaden ofta med facialispareser och recidiv som följd. Tillsammans med Jan Laage-Hellman införde Hamberger den nya operationsmetoden vid parotiskirurgi, som innebär radikalt avlägsnande av parotiskörteln med tumör

under noggrann friläggning av facialisnervens alla fina grenar genom parotis. Metoden innebär liten risk för facialispareser och recidiv. På KS utförde Carl-Magnus Eneroth tillsammans med Gunnar Moberger på 1960-talet en reklassifikation av parotistumörerna. Genom en uppföljning av ett stort, unikt tumörmaterial kunde Eneroth visa, att det så kallade semimalignitetsbegreppet saknar relevans, och att den postoperativa strålbehandlingen kan begränsas till sådana tumörer som är klart maligna. Preoperativ punktionsdiagnostik ökar urskillningsmöjligheterna.

Under Carl-Axel Hambergers tid på Sahlgrenska sjukhuset väcktes hans intresse för transmaxillär transsphenoidal hypofyskirurgi. Tillsammans med Neurokirurgen Gösta Norlén återupptogs den österrikiske kirurgen Schloffers metod att angripa hypofystumörer underifrån genom kilbenshålan. Schloffer anvisade även en väg genom näsan. Den metoden fick Sverige-premiär då Gunnar Holmgren på Sabbatsbergs sjukhus genomförde en operation av en ung man med cystisk hypofystumör och synnedbättring. Resultatet av operationen blev gott både med avseende på tumören och synförmågan. På grund av infektionsrisk, svårighet med belysning och tillgänglighet med dåtidens instrument kom operationer på hypofysen under många år att ske genom väsentligt mer omfattande ingrepp transkranieellt. (Olivercrona redovisade 1950 300 transkranieellt opererade hypofystumörer.) År 1950 kom Hamberger till Karolinska sjukhuset och började samarbeta med Rolf Luft och Herbert Olivercrona. Under sin tid opererade Hamberger 360 fall transmaxillärt transsphenoidalt varav 170 på indikationen Hypofystumör. Under åren 1975 till 1989 utförde Anders Änggård och Jan Wersäll 324 hypofysoperationer alla på indikationen hypofystumör. Då användes Hirschs transseptala transsphenoidala teknik.



Carl-Axel Hamberger under operation med transmaxillär transsphenoidal hypofysectomi på Karolinska sjukhusets öron-, näs- och halsklinik medan Rolf Luft står och ser på. Början av 1960-talet.

År 1970 hölls ett internationellt symposium i Stockholm med rubriken: "Disorders of the Skull Base Region" där hypofysectomier var det dominerande ämnet. Otokirurgernas nya intresse för gränsområdet skallbasen kompletterades i Tomas Gejrot och Carl-Axel Hambergers arbeten om diagnostik och behandling av tumörer kring foramen jugulare där de gamla operationsmetoderna vid sinustrombos återupptogs.

Larynxcancer är en förhållandevis vanlig cancerform speciellt hos rökare och patienter med kroniska inflammationer i larynx. Metodik för tidig diagnostik och klassificering av förändringar på stämbanden är väsentliga för behandlingsresultaten. Jan Olofsson och medarbetare på Linköpingskliniken och Stig Haglund på Karolinska sjukhuset hör till dem som med sina forskningsinsatser bidragit med framsteg i förståelsen för och resultaten i behandling av larynxsjukdomar

Endoskopin såväl vid oesophagusförändringar som tracheal-och bronchsjukdom har utvecklats inom oto-rhino-laryngologin. Den mest internationellt kände endoskopisten i Sverige var Eric Carlens. I fint samarbete med kirurger och fysiologer har han utvecklat metoder och instrument som används över hela världen. Mest känd är kanske hans dubbeltub som tillåter avstängning av vardera lungans broncher för bla spirometrier. Eric Carlens var även pionjären inom mediastinoscopin, som fått stor betydelse vid bedömning av lungcancer och lymfadenopatier .

"Den lilla kirurgin" med abrasio, tonsillektomier, otit-, sinuit-, fraktur- och plastikbehandling har som den "stora kirurgin" påverkats av anatomiska, fysiologiska, funktionella och biokemiska tänkanden och är i ständig diskussion och utveckling.

Kort historik över svensk ögonsjukvård

ULF HAVELIUS

Den tidiga oftalmologin

Under första halvan av 1800-talet var de oftalmologiska framstegen ganska obetydliga. Ämnet ingick fortfarande i det stora "kirurgblocket" och ögonsjukdomarna sköttes av allmänpraktiserande läkare eller kirurger med intresse för ämnet. För oftalmologin innebär årtalet 1850 den moderna oftalmologins födelse. Det var nämligen då som Hermann von Helmholtz i en liten skrift offentliggjorde sin uppfinning oftalmoskopet. Under några decennier kunde tidiga iakttagare som Eduard von Jaeger och Albrecht von Graefe med den nya undersökningsmetoden avslöja en rad förut okända sjukliga förändringar i ögats bakre segment.

Under 1800-talets andra hälft gjordes mycket stora framsteg inom oftalmologin. Konstruktionen av ögonspiegeln och utvecklingen av förbättrade funktionstest från seklets mitt gav medvind åt oftalmologin.

Under 1800-talets sista decennium inrättades tre svenska professurer i oftalmologi. Allvar Gullstrand, som erhöll professuren i Uppsala, fick 1911 Nobelpriset i medicin och fysiologi för sina arbeten om ögats dioptrik. Han sägs ha varit en "vänlig men förbehållsam person, som visade en betydande självuppskattning". Vid tidpunkten för 1:a Internationella Oftalmologkongressen i Bryssel 1857 fanns det endast två ögonspecialister i Sverige. År 1900 fanns fortfarande få ögonspecialister i Sverige. Av totalt 1320 verksamma läkare ägnade sig endast 20 enbart åt oftalmologi. Samtidigt hade man i



Allvar Gullstrand. Svenska Läkaresällskapets porträttsamling. Målad av Emil Österman.

Sverige vid offentliga ögonkliniker 80 vårdplatser och vid privata ögonkliniker 130 vårdplatser. Sekelskiftets oftalmologer upplevde trots sin ringa numerär medvind för sin specialitet och den 30 maj 1908 instiftades Svenska ögonläkareföreningen. Avknoppningen från allmänkirurgin skedde helt odramatiskt.

Förändrat sjukdomspanorama

En mycket kraftig förändring av sjukdomspanoramat har helt naturligt skett under de senaste hundra åren. Redan under 1800-talet hade några tillstånd genom medicinska åtgärder kraftigt minskat i antal. "Koppblinda" på grund av variola hade efter vaccinationens införande 1816 praktiskt taget försvunnit och Credéprofylaxen hade kraftigt reducerat blindhet i gonorroisk oftalmoblenorrhé. Omkring år 1900 förekom fortfarande flyktén, difterikeratit, trakom och syfilitiska inflammationer (både som kongenital lues, i sekundärstadiet och i senare stadier tabetisk opticusneurit), alla tillstånd som numera är ytterst sällsynta. Sympatisk oftalmi, kontralateralt insjuknande av det friska ögat efter perforationsskada och infektion samt tårvägssjukdomar och inflammatoriska ögonsjukdomar har under 1900-talet minskat kraftigt. Orsakerna till att vissa sjukdomar gått tillbaka är flera men givetvis bidrager befolkningens förbättrade hälsoläge och allmänna hygien liksom införandet av kemoterapeutika, antibiotika och steroider. Dessa senare har i form av lokalbehandling som salva och droppar vid exempelvis smärtande iridocykliter gjort att dessa kan skötas polikliniskt och endast behöver några dagars sjukskrivning i stället för som tidigare inläggning och sjukskrivning i sex veckor. Vid folkräkning 1890 och 1900 beräknades antalet blinda. De vanligaste orsakerna var då trakom, glaukom och olika typer av keratiter medan olycksfall var orsak till blindhet i 20 procent. Under senare hälften av 1900-talet blev andra diagnoser dominerande som orsak. Hos vuxna företrädesvis retinitis pigmentosa, diabeteskomplikationer och olycksfall medan infektioner blivit ovanliga. Hos barn sågs då ofta i stället genetiska orsaker samt retrolental fibroplasi men även maternellt rubella syndrom och prenatal toxoplasmos.

Katarakt

Under århundraden hade läkarens kataraktoperation med "nedpressning" av linsen, det vill säga ett annat uttryck för starrstick, resultatmässigt endast obetydligt skilt sig till det bättre från de resultat kringresande kvacksalvare på marknader och dylika tillställningar erhöill. Medan den senare kunde vara långt borta då komplikationer tillstötte med tryckstegring, infektioner och mycket ofta blindhet som följd så hade läkarna sin stationära placering som kanske bidrog till större noggrannhet och något bättre resultat. Det har uppskattats att endast kanske 20 procent av operationerna ledde till bestående synförbättring.

Man kunde tidigt operera grå starr och under hela 1800-talet visade man stort intresse för olika tekniska detaljer vid kataraktoperationen. Discission (uppsplitsning av främre linskapseln) med åtföljande spontan absorption av linsinnehållet gjordes

hos yngre patienter medan lambåextraktion med smalkniv användes för äldre patienter. Man använde extrakapsulär teknik, varvid linskapseln öppnades och linsens innehåll avlägsnades. Intrakapsulär teknik, som innebär att hela linsen "i sin kapsel" avlägsnas, hade föreslagits redan 1870 men skulle inte komma att användas som rutinmetod förrän åtskilliga decennier senare eftersom man ansåg att riskerna för komplikationer var för stora. Vid den extrakapsulära operationen avstod man ofta från suturering. Postoperativt gällde sängläge i åtta–tio dagar. Medan slutresultaten i början av 1800-talet ofta var dåliga på grund av infektioner så skedde en kraftig förbättring under 1870-talet i samband med antiseptikens införande. I slutet av 1860-talet hade allmänkirurgerna börjat använda karbolsyra för sårrengöring men oftalmologerna tvekade med tanke på att ämnet kunde vara lokalt irriterande. I stället infördes sublimatlösning, som blev en allmänt accepterad metod. Av stort värde blev också kokain för lokal bedövning av ögat. Efter hand blev resultaten bättre och under sista decenniet av 1800-talet utfördes på Serafimerlasarettet 735 kataraktoperationer, det stora flertalet med gott slutresultat. Den extrakapsulära tekniken användes i princip fram till andra världskriget. Under mellankrigstiden hade man börjat med den optiskt fördelaktiga intrakapsulära kataraktextraktionen, vilken dock inte sällan gick med glaskroppsprolaps. Sedan början av 1900-talet hade man använt prokain och senare tetrakain vid ögonoperationer men i mitten av 1940-talet övergick man till lidokain för infiltrationsanestesi vid retrobulbär bedövning. Genom infiltrationen bakom ögat kunde man förutom anestesi även erhålla mydriasis och immobilisering av ögat vid ingreppet. Operationstekniken förfinades och 1948 tillkom erisofaken, som var en liten sugkopp som placerades på främre linsytan då linsen skulle extraheras. 1960 infördes kryoextraktorn, som är en kraftigt kyld metallstav. Denna placeras mot främre linsytan, varefter linsen i sin helhet kan lyftas ut ur ögat. Risken för komplikationer reducerades även med al fakymotrypsin, som enzymatiskt löste linsens upphängningsapparat, zonulatrådarna. Nackdelen med intrakapsulär teknik är att patienten behöver mycket starka positiva linser placerade i glasögonbågar framför ögat. Dessa linser ger kraftig bildförstoring och ringskotom mot glasens periferi, vilket medför så kallat "Jack in the box"-fenomen – att objekt som kommer in från sidan plötsligt "dyker upp" i patientens synfält.

Ridley hade i England under andra världskriget noterat att hemvändande piloter med sönderskjutna rutor i cockpit ibland hade plexiglassplitter intraokulärt utan att detta gav upphov till någon retning av ögat. Dessa iakttagelser var grunden till hans försök 1949 med de första artificiella intraokulära linserna. I Sverige gjorde Maurizio Pandolfi i Malmö 1977 de första implantationerna av konstgjord lins i främre kammaren på patienter. Optiskt idealt skulle dock vara att placera linsen i bakre kammaren. För detta ändamål måste bakre linskapseln bevaras och därför började man ånyo göra extrakapsulära extraktioner, om än med mera fulländad utrymning av linssubstans än med äldre dagars teknik. Numera används i stället oftast fakoemulsifikatorn, som med ultraljud fragmenterar linssubstansen och bevarar

bakre linskapseln. För 15 år sedan vårdades många kataraktpatienter postoperativt något dygn. Idag sker praktiskt taget hundra procent av kataraktkirurgin i öppen vård och operationen med linsimplantation i bakre kammaren är idag det vanligaste kirurgiska ingreppet i Sverige med över 80 000 operationer årligen. Resultaten är mycket goda och komplikationerna har nästan kunnat elimineras.

Näthinneavlossning

Näthinneavlossning hade varit en välkänd diagnos sedan oftalmoskopet infördes i diagnostiken men hade alltid haft dålig prognos. Jules Gonin studerade i början av 1900-talet tillståndet och kunde konstatera att vid den idiopatiska formen, dvs där ingen annan sjukdom låg bakom, fanns ett eller flera öppetstående hål i näthinnan. Detta utgjorde en terapeutisk vändpunkt och innebar ett helt nytt synsätt på sjukdomen. Man kunde äntligen behandla genom att täppa till hålen, vilket fick till följd att näthinnan lade sig på plats samtidigt som synen räddades. Behandlingstekniken har modifierats och förbättrats sedan 1929 då Gonin presenterade sina resultat på en ögonkongress i Holland, men principen att retinalhål skall stängas för att en framgångsrik tillbakaläggning av näthinnan skall erhållas är en bestående sanning och en av 1900-talets stora upptäckter inom den kirurgiska oftalmologin. I Sverige följde man snabbt upp den nya behandlingen och Sven Larsson i Lund införde 1930 diatermi som alternativ till den sk ignipunktur, som lanserats av Gonin själv. Bengt Rosengren använde redan 1936 luftinjektion i ögat för att skapa bättre kontakt mellan den avlossade näthinnan och underlaget. Detta värdefulla bidrag till behandlingen slog inte igenom internationellt förrän på 1960-talet och användes sedan under lång tid framåt. Efter dessa nya grepp kunde man vid näthinneavlossning erhålla en läkning i upp emot 60–70 procent av alla fall – en enorm förbättring för ett tillstånd som några år tidigare varit obotligt. Från 1950-talet användes också andra åtgärder för att få näthinnan på plats, till exempel plomboperationen där en lämpligt formad silikonbit syddes fast vid skleralväggen, som buktades in mitt över rupturen. Var plomben exakt placerad så att hålet tillslöts absorberades den subretinala vätskan. Under slutet av 1900-talet förbättrades tekniken ytterligare så att även mycket avancerade fall kunde behandlas framgångsrikt. Ingreppen kombinerades med vitrektomi, dvs utrymning av glaskroppssubstans och injektion av silikonolja eller någon expanderande gas.

Sjögrens syndrom

Henrik Sjögren beskrev i ett antal arbeten från 1930 en helt ny sjukdom, keratokonjunktivitis sicca. I hans avhandling 1933 presenterades 19 kvinnliga patienter och 13 av dessa hade ledbesvär. Övriga symptom var torrhets känsla i ögon och mun. Histologisk undersökning av tår- och spottkörtlar visade inflammatoriska infiltrat. Kornea och konjunktiva hade epiteldefekter, som kunde påvisas vid färgning med rose bengale. Avhandlingen fick kritik och betyget vid disputationen räckte inte till

en akademisk karriär. Internationellt blev doktorsarbetet desto mer uppmärksammat och beteckningen "Sjögrens syndrom" är sedan länge en vedertagen benämning på en reumatisk sjukdom med nedsatt tår- och salivsekretion. Sjögren tjänstgjorde på ögonkliniken i Jönköping 1936–1967. Han blev hedersledamot i utländska ögonläkarföreningar och fick professors namn vid Göteborgs Universitet 1961. Sjögren blev hedersledamot i såväl amerikanska reumatologförbundet som i svenska reumatologföreningen. Hundraårsminnet av hans födelse blev ihågkommet med en internationell konferens om "Sjögrens syndrom" i Jönköping 1999.

Retrolental fibroplasi och ROP

I Boston beskrevs 1942 ett fall av stark bindvävsutveckling i glaskroppen hos ett kuvösbehandlat, prematurt barn. Det tidigare okända tillståndet kallades retrolental fibroplasi och drabbade båda ögonen. Liknande fall rapporterades i framför allt västvärlden och 1953 hade över 8000 prematura barn blivit blinda i denna mystiska sjukdom. Många teorier om genesen framfördes men 1951 kunde ett samband med användandet av kuvöser med hög syrgaskoncentration påvisas. Det tog dock flera år och krävde kontrollerade kliniska försök innan alla hade accepterat sambandet med hög syrgastillförsel. Sedan man från mitten av 1950-talet hade börjat iakttaga ökad restriktivitet med syrgastillförsel i kuvöserna uteblev praktiskt taget nya fall.

Med stigande medicinsk utveckling och modern intensivvård har succesivt allt mindre och mer omogna barn med allt lägre födelsevikter kunnat överleva, en utveckling som fortsatt. Samtidigt har hos dessa barn den nästan försvunna retrolentala fibroplasin återkommit och kallas numera "retinopathy of prematurity", ROP. Efter en fullgången graviditet har vid barnets födelse normalt näthinnans blodkärl precis blivit färdigutväxta från synnervspapillen. Hos ett prematurt barn är därför näthinnan mer underutvecklad och vid födelsevikter under 1000 g kan retinala blodkärl nästan helt saknas. Intensivvård i kuvös är nödvändig och då syrgashalten ökar i barnets blod får detta till effekt att den normala utväxten av blodkärl i näthinnan inte längre stimuleras av den relativa hypoxin utan i stället avstannar. Då barnet sedan vuxit och inte längre är i behov av intensivvård kan den atmosfäriska halten av syrgas vara otillräcklig för den med blodkärl dåligt försedda näthinnan. Detta leder till en okontrollerad, snabb tillväxt av små lättblödande kärilkylsen och utveckling av fibros, vilket inom några månader kan innebära fullt utvecklad sjukdom. Det är av största vikt att inte förlita sig på den syrgashalt som uppnås i kuvösen utan att i stället kontinuerligt följa barnets syrgashalt i blodet. Om halten ej tillåts bli för hög minskar risken för ROP. Alla prematura barn, födda före vecka 32 måste undersökas av ögonläkare. Behandlingen av manifest ROP kan göras med laser- eller kryoterapi i svåra fall över retinas periferi, där graden av framgång bestäms av sjukdomens utvecklingsstadium. Sedan 1984 finns en internationell klassifikation för att underlätta den prognostiska bedömningen av ROP.

Diabetes

Insulinets införande 1922 med förbättrad blodsockerinställning innebar en kraftig minskning av katarakt hos de sockersjuka. Samtidigt fick man fler komplikationer i form av diabetesretinopati, som dittills varit en sällsynt åkomma. Man uppskattade redan i slutet av 1930-talet att retinopatin hade blivit fyra gånger vanligare efter insulinets införande, vilket bedömdes bero på den ökade överlevnaden med följd att komplikationerna hann utvecklas. Preliminära försök med fotokoagulation av retinopatin hade redan gjorts 1959 men större studier kom igång under 60- och 70-talen. Efter hand kunde effekt påvisas av scatterbehandlingen, där 2000 eller fler lasereffekter sattes jämnt utspridda i ögonbotten, där endast macularegionen lämnades obehandlad. Genom detta fick patienterna allt färre glaskroppsbloodningar och sjukliga näthinneförändringar gick i regress även inom ej behandlade områden – under förutsättning att tillräckligt stora ytor av ögonbotten behandlats. Senare har olika studier belyst vilken effekt man kan förvänta sig av laserbehandlingen och även när i sjukdomsförloppet det är störst utsikt till gott resultat. Man har också visat att även läckage i gula fläcken kan behandlas med laser. I modern diabetesvård vill man förebygga senkomplikationerna, till exempel retinopatin. Vårdprogram för uppföljning av diabetespatienternas ögonstatus har utarbetats och patienterna följs bland annat med regelbunden ögonbottenfotografering. Sedan 1970-talet har även den intraokulära mikrokirurgin utvecklats. Följderna av svår retinopati, till exempel stora bloodningar ut i glaskroppen med sekundär synnedsättning, är åtkomliga för behandling som innebär att den blodimbiberade glaskroppen avlägsnas. Generellt kan sägas att diabetespatienten, som i början av 1970-talet endast krävde obetydligt av ögonsjukvårdens resurser, numera tar en ansenlig del av dessa resurser i anspråk.

Litteratur

Kugelberg F (1950). Albrecht von Graefe och hans tid. Ett blad ur ögonläkekonstens historia. Hugo Gebers Förlag, Stockholm. Almqvist och Wiksells Boktryckeri Aktiebolag, Uppsala.

Granström KO (1958). Svenska ögonläkareföreningen 1908–1958. Svenska ögonläkare, deras verksamhet och sammanslutningar under 1900-talets första hälft. Svenska Läkaresällskapets Handlingar, Band 78. Håkan Ohlssons Boktryckeri, Lund.

Berg F (1965). Oftalmologin i Sverige under 1800-talet. Lychnos-Bibliotek. Studier och källskrifter utgivna av Lärdomshistoriska Samfundet. Nr 21. Almqvist och Wiksells Boktryckeri Aktiebolag, Uppsala.

Törnquist R (1990). Svensk Oftalmologi 1958–1988. En återblick på Sveriges ögonläkarförenings verksamhet. Utgivare: Sveriges ögonläkarförening. Tuna Tryck AB, Eskilstuna.

Törnquist R (1993). Ögonforskning och ögonsjukvård i Sverige under 1900-talet. Distribution: Sveriges ögonläkarförening. Tuna Tryck AB, Eskilstuna.

Ortopedins utveckling i ett kirurgiskt perspektiv

RICHARD WALLENSTEN

Ortopedi i bemärkelsen diagnostik och behandling av skador och sjukdomar i rörelseorganen har bedrivits så länge mänskligheten funnits. Olycksfall med skador på skelett och mjukdelar måste ha behandlats i alla tider och läkta frakturer har påvisats på stenåldersskelett. Att en fraktur blir smärtfri om den immobiliseras måste ha upptäckts redan av de tidigaste människorna och spjälning är den äldsta behandlingsmetoden. År 1903 hittades i Luxor, Egypten, två mumier med spjälade frakturer på underarm respektive femurdiafys. Mumierna dateras till flera tusen år f. Kr. Grekerna var redan före Kristus väl förtroagna med konservativ frakturbehandling. Sträckbehandling användes av Hippokrates (400 f. Kr.) och Galenos (130-200 e. Kr.). El Zahrawi "Albucasis" (936-1013) i Spanien gjorde förband av lera, stenmjöl, äggvita och fruktsaft som en föregångare till gips. Gipsfixation med extremiteten i en låda finns beskrivet från Turkiet på 1700-talet. Antonius Mathijsen (1805-1878), holländsk militärläkare beskrev de första gipsbindorna 1852 och den ryske kirurgen Nikolai Pirogoff (1810-1881) använde samtidigt gipsbindor under Krim-kriget. I klostret Varnhem utanför Skara finns Humerus Varnhemiensis funnen 1928. Detta överarmsben har daterats till mellan 1260 och 1527. Runt benet finns en kopparplåt (99 %) med hål och röntgen har påvisat en läkt fraktur under plåten. Man vill gärna tro att det har varit en öppen fraktur vilken behandlats med denna tidiga osteosyntes.

Öppna frakturer var fram till mitten av 1800-talet en skada med hundra procent mortalitet på grund av blödning och infektion och behandlades därför i regel med omedelbar amputation.

Redan de gamla egyptierna skrev



Humerus Varnhemiensis.



Andrys bok i engelsk översättning.

att öppna frakturer ej skulle behandlas eftersom utgången ej påverkades.

Krig och krigsskador krävde skadebehandling vilken sköttes av fältskärer och parallellt med deras skadebehandling fanns läkare med intresse för att korrigerade medfödda och förvärvade defekter i rörelseorganen. Ur detta arbete växte ortopedin fram. Ordet ortopedi kommer från Nicolas Andry



Det ortopediska trädet.

(1658-1742), professor i medicin i Paris. Han gav 1741 ut boken "Ortopedi eller konsten att förebygga och behandla felställningar hos barn". Egentligen var den avsedd som handledning för föräldrar. Den fick en snabb spridning. På omslaget av boken fanns det träd som kom att bli symbolen för ortopedi.

Svensk ortopedi växte fram i slutet av 1800-talet på flera håll. I Stockholm fanns Josephinska Ortopediska Institutet 1827, lett av Nils Åkerman och den mer som tonsättare kände Herman Säterberg, sedan 1813 Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet med Pehr Henrik Ling som förgrundsgestalt samt Mediko-mekaniska institutet under J Gustaf Zander. I Berlin startade 1835 den mer som kompositör kände Franz Berwald ett Ortopediskt gymnastikinstitut. Dessa inrättningar sysslade med gymnastik, gips- och bandagebehandling och korrektion av felställningar medelst allehanda sinnrika apparater men inte med kirurgi. Det stora genombrottet för operativ behandling kom först när anestesi, anti- och aseptik samt



Herman Säterberg.

röntgen hade skapat förutsättningar för framgångsrik kirurgi.

Under slutet av 1800-talet fanns vanförestalter i Helsingborg, Stockholm (Eugeniahemmet, Vanförestaten), Göteborg och senare tillkom Härnösand 1931. Avdelningar för behandling av kirurgisk tuberkulos fanns i Göteborg (Styrsö), Ängelholm (Vejbystrand), Varberg (Apelviken) och på S:t Görans sjukhus i Stockholm (1910). Så småningom tillkom Solhems sjukhus i Borås (1931). Ortopediska lasarettavdelningar fanns på Malmö Allmänna sjukhus (1913) och vid Lunds lasarett (1919). Ur dessa tre sinsemellan helt olika sjukvårdsformer växte dagens ortopedkliniker fram. Vanförevården blev mer inriktad på kirurgisk



Franz Berwald.

korrektion när så var möjligt, tuberkulosen behandlades framgångsrikt och behovet av kirurgisk intervention minimerades och på lasarettavdelningarna utvecklades den kirurgiska tekniken. Sjukdomspanoramat på Vanförestalten i Stockholm vid denna tid framgår bild nedan.

Sjukdomspanorama 1913 - 1929		
Föreläningar	1672	(galla 1195, CP 340, döfall 78, trauma 39)
Belastningsdeformationer	843	(galla 374, skada 148, rakit 192)
Medfödda missbildningar	450	(skarpa 236, kong. Häftningar 204)
Infektioner	398	(be 274, polyp 10 61, mitralis 48, gonorré 11)
Traumata	273	

Sjukdomspanorama, Vanförestalten Stockholm.

Vid tiden för första världskriget fanns ortopedkliniker utöver de två i Malmö och Lund även i Helsingborg (1912) och Stockholm (1913) men sedan tillkom S:t Göran (1937) och efter andra världskriget skedde en snabb spridning över landet. Där så ej skedde inrättades under fortsättningen av 1970- och 1980-talen ortopedsektioner vid de flesta kirurgkliniker så att det 1990 fanns ortopedier vid nästan alla landets akutsjukhus.

Svenska Ortopedförbundet, föregångaren till dagens Svensk Ortopedisk Förening bildades 1944. Vid denna tid sköttes all akut frakturvård av allmänkirurgerna men redan 1946 föreslog en arbetsgrupp på Läkarförbundet i vilken ingick ortopederna Sten Friberg och kirurgen Einar Key en överföring av denna till ortopedin. Redan 1948 togs initiativ på sjukhusen i Malmö och Lund till en dylik förändring. När Helge Wulff tillträdde professuren på MAS släppte han frakturerna till Sophus von Rosen. I Lund samma år kom J P Strömbeck överens med Gunnar Wiberg om att dela



Sophus von Rosen. Foto Rune Ohlsson, UMAS.

på fallen och ta dem varannan dag. Frågan var dock på riksplanet mer svårlöst. År 1947 beslutade ortopedföreningens styrelse att ortopedi skulle vara egen specialitet men inte förrän 1960 att frakturkirurgi skulle ingå i ortopedisk specialistutbildning. År 1961 slöts en överenskommelse mellan ortoped- och kirurgföreningarna om överföring och kanske som en bekräftelse på samarbetet valdes Helge Wulff och Ivar Palmer till hedersmedlemmar i SOF året därpå. Utvecklingen gick långsamt. År 1964 var det endast vid 9 av 24 sjukhus som ortopederna skötte frakturerna. År 1970 röstades

ett förslag om att bilda en ortopedisk sektion inom Svensk Kirurgisk Förening ned. År 1973 utgjordes en tredjedel av all kirurgisk verksamhet av ortopedi och hälften av alla jourfall och vård dagar var ortopediska. År 1973 kunde så föreningarna anta en gemensam PM som slog fast att ortopedin skulle ta över den akuta frakturvården. Dock var det inte helt genomfört förrän 1985 i och med att all frakturvård på Karolinska Sjukhuset övertogs av ortopedikliniken där i samband med dess förflyttning från Norrbackainstitutet till KS huvudbyggnad.

Under Svensk Kirurgisk Förenings första 100 år har naturligtvis flertalet av de fram till 1980-talet verksamma kirurgerna sysslat med fraktur- och annan ortopedisk kirurgi som en del av sin vardag. Några av dem hyste ett särskilt stort intresse för rörelseorganen och kom att lämna bestående insatser. Här är ett personligt urval av några.

Sven Johansson, "Spik-Johan", levde 1880–1959. Han utbildades i Lund och på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Åren 1914–1927 var han överläkare på Barnsjukhuset i Göteborg. Han disputerade 1924 på

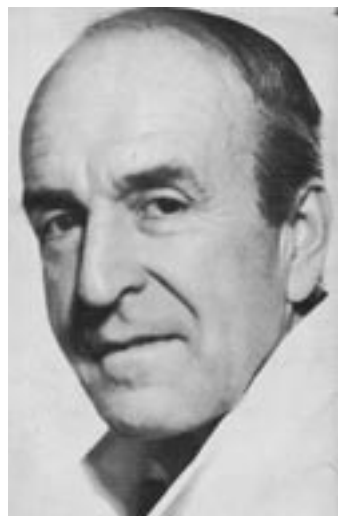


Sven Johansson.

en avhandling om led- och skelettuberkulos hos barn och flyttade till kirurgavdelningen vid Sahlgrenska sjukhuset där han stannade till pensioneringen 1945. Han erhöll professors namn 1936.

Sven Johansson var den som införde perkutan spikning av collum femorisfrakturer. Osteosyntes av dessa hade införts av Smith-Petersen i Boston men då med öppen metod. Sven Johansson förfinade metoden till att göras via en liten incision och med utnyttjande av röntgenundersökning under ingreppet. 1934 höll han ett föredrag om "Behandling av frakturer å lårbenshalsen". Fyrtiosju fall presenterades. Metoden spreds snabbt över Sverige och internationellt och är än idag rutin för de fall som ej erhåller primär artroplastik. I början var operationen tidsödande eftersom röntgenundersökning skulle göras efter reposition, efter införande av ledarstift och efter insättning av definitiv spik eller skruv. Efter det att exponering gjorts skulle röntgenfilmkassetten bäras till röntgenavdelningen, som i regel låg en bit bort, för framkallning och granskning varefter den återfördes till operationssalen. Proceduren upprepades minst tre gånger under ingreppet som fortfarande när jag började min kirurgbana 1967 kunde ta både en och två timmar. På lyckligt lottade kliniker fanns möjlighet till framkallning och så kallad "våtfilm" på operationsavdelningen vilket förkortade operationstiden avsevärt. Sven Johansson formgav en trevingad spik som användes långt in på 1970-talet då kirurgen Viktor von Bahrs två skruvar blev mer populära.

Ivar Palmer (1897–1985) fick sin grundläggande kirurgutbildning på 1920- och 1930-talet, först i Östersund hos Halvor Graeve och sedan hos K-H Giertz på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Åren 1939–1942 var han chef för garnisonskliniken vid Karolinska sjukhuset och 1942–1947 för kirurgiska kliniken II vid Sabbatsberg. Där hade han Clarence Crafoord som kollega och chef för klinik I. Åren 1947–1962 var han chef för en av kirurgklinikerna på Södersjukhuset. Intresset för skelett- och leddskador väcktes under de första Sabbatsbergsåren och under tjänstgöring som chef för Röda Korsambulansen i norra Finland 1940 fick Palmer praktiska erfarenheter av krigskirurgi. Han fördjupade sig i traumatologin under chefsåren på 1940- och 1950-talen och skapade på Södersjukhuset vad som kom att kallas "Palmer-skolan". Man införde blandade avdelningar med både män och kvinnor, en stor nyhet på den tiden. Kliniken koncentrerade sig på handläggning av frakturer och leddskador och utvecklade även kärlkirurgi. Palmers vetenskapliga produktion var stor och hans avhandling om knäledens ligamentskador blev en klassiker även internationellt. Palmer behärskade hela traumatologin och beskrev modern operativ behandling av fotleds-, calcaneus- och tibiakondylfrakturer samt pseudartroser. Han anammade tidigt den slutna



Ivar Palmer.

märgspikningstekniken vid rörbensfrakturer med både Küntscherspik och Rushpins men var skeptisk när AO-skolans entusiasm för plattfixation bredde ut sig. Utöver att vara en framstående kirurg var Palmer även en skicklig tecknare som själv illustrerade sina vetenskapliga artiklar. Efter sin pensionering 1962 utgav han flera skönlitterära böcker med egna teckningar.

Sven Olerud (1923-) började sin bana i Uppsala och fick sedan specialistutbildning hos Nils Tolagen i Örebro. Efter fyra år kom han åter till Uppsala 1957. Sven tyckte att hans praktiska handlag passade för frakturkirurgi och med stort stöd från Lars Thorén och Anders Hulth (som senare blev professor i ortopedi i



Sven Olerud.

Malmö) kunde han utveckla sitt intresse. På tidigt 1960-tal kom Sven i kontakt med AO-skolan. AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese) var en grupp bestående av schweiziska kirurger och ortopedier och som bildas för att utveckla ett koncept som byggde på för frakturkirurgi anpassade implantat och operationstekniker baserade på nya kunskaper om frakturläkning. Sven följde deras verksamhet i artiklar och på kongresser och 1965 reste han till Davos och en av AO-skolans grundare, Martin Allgöwer. Där fick han på plats ta intryck av verksamheten som sedan realiserades i Uppsala med Göran Danckwardt-Lillieström och Göran Karlström som elever. Ytterligare studier av framför allt bäcken- och acetabularfrakturer skedde hos Emile Letournel och Robert Judet i Paris i slutet av 1960-talet och Sven avancerade till biträdande överläkare på kirurgkliniken i Uppsala. När så diskussioner om frakturkirurgins överföring till ortopederna kom igång behövde han formell specialist-

kompetens i ortopedi. Han blev då tvungen att under två år tjänstgöra som underläkare på ortopedien från att han varit i överordnad ställning på kirurgen med åtföljande lönesänkning. Det vittnar om sann hängivenhet för traumatologin. Sven blev alltmer ledande inom frakturkirurgin i Sverige och efter ett mellanspel som traumatolog hos Peter Heiman i Bergen 1973-1974 blev han professor i ortopedi först på Karolinska sjukhuset 1975-1980 och sedan i Uppsala fram till pensioneringen.



Göran Bauer vid sin disputation 1954 omgiven av sin farfar Fritz Bauer (till vän) och sin farbror Gunnar Bauer.

Sven Olerud var den som moderniserade frakturkirurgin i Sverige. I början möttes han av vantro och motstånd mot de nya idéerna och många minns alla diskussioner med den debattglade ortopedprofessorn Göran Bauer från Lund på olika möten. Bauer representerade den så kallade Lundaskolan som förfäktade en med traditionell frakturbehandling baserad på försiktiga osteosynteser ofta kombinerade med gipsfixation under läkningstiden. AOs grundläggande principer var anatomisk reposition och stabil inre osteosyntes, något som krävde större snitt och mer skruvar och plattor invändigt men som gav fördelen med omedelbar rörelseträning och snabbare återkomst av funktion. Sven kunde briljera med mästertlig lagning av landets svåraste frakturer. Hans tekniska skicklighet kombinerad med envishet i att uppnå exakt reposition och noggrannhet vid osteosyntesen visades upp i form av röntgenfilmer på exceptionella fall. Tiden kom att utvisa att hans metoder var överlägsna de äldre teknikerna och han betydde mycket för traumatologins utveckling i Sverige under mer än tjugo år.

Ejnar Eriksson (1929-) fick sin grundläggande kirurgutbildning hos John Hellström på Karolinska sjukhuset och hos Viktor von Bahr på Löwenströmska sjukhuset. Där väcktes intresset för traumatologi och när Ejnar återvände till KS 1969 fick han ansvar för en avdelning inriktad på traumavård. Hans insats för ortopedin är framför allt som introduktör av artroskopin som undersöknings- och behandlingsmetod. Redan under underläkartiden på Löwenströmska blev Ejnar intresserad av endoskopi. När han i början av 1970-talet efter en lyckad knäoperation på en person med inflytande på KS inköp lyckades utverka inköp av två artroskop startade en ny era. Ejnar använde sitt intresse för knäledsskador och sin pedagogiska talang till att utveckla artroskopin i först knäleden men sedan också i andra stora leder. Med stor entusiasm ordnade hans kurser och på möten presenterades de goda resultat vid menisk- och korsbandskirurgi. Det blev inledningen till att dåtidens meniskoperation med postoperativ gips, flera dagars sjukhusvård, långkonvalescens och ett stort ärr på knät idag är ersatt av dagkirurgi i lokalbedövning och snabb återgång till arbete och idrott.

Ejnar Eriksson visade redan i skolåren intresse för muntlig framställning och fotografering. Denna kombination ledde till insikt om den många gånger pedagogiskt dåliga undervisning som bedrevs för och av läkare. Ejnar togs sig före att använda ljud och bild på ett nytt och avancerat sätt och imponerade stort med dubbelprojektion och bilder i flerfärg som tonade in och ut på duken. Hans och Per-Ola Granbergs föreläsning, om köldskador med vinterstorm vinande i högtalare, Armfeldts karoliner kämpande fram i snöyra på bildduken där Ejnar och Per-Ola sekunderande



Ejnar Eriksson.

varandra i framställningen, blev legendarisk. Såväl kirurgi som ortopedi stimulerades till bättre kvalitet i framställningskonsten tack vare Ejnar Eriksson.

De stora genombrotten inom ortopedin under de gångna 100 åren är infektionskontroll, kunskaper om benläkning och mjukdelsbehandling, introduktion av diskbräckoperationer efter Mixer och Barrs publikation 1936, teknisk utveckling av implantat och endoprotoser, införande av röntgengenomlysning peroperativt samt den förbättrade diagnostiken tack vare datortomografi och MRT. Såväl implantat för osteosyntes av frakturer som endoprotoser för ersättning av förstörda leder användes redan under 1800-talet. Oförmåga att kontrollera de infektioner som regelmässigt följde på ingreppet samt bristande hållfasthet hos materialen gjorde emellertid att det inte fungerade annat än undantagsvis. Tekniska landvinningar kombinerade med ökade insikter om biologiska sammanhang vid skador och sjukdomar i rörelseorganen har efter andra världskriget revolutionerat ortopedin och möjliggjort dagens goda kirurgiska resultat. För hundra år sedan skedde nästan all ortopedisk kirurgi inom den allmänkirurgiska sfären. Gradvis har våra specialiteter gått delvis skilda vägar men fortfarande finns framför allt traumatologin som område för gemensamt arbete och forskning.

Utbildningsmässigt var det fortfarande på 1970-talet mer regel än undantag med specialistutbildning först i allmänkirurgi och sedan i ortopedi. Även om den nya utbildningsplanen 1992 medfört tämligen olika målbeskrivningar krävs fortfarande, inte minst mot den ökande internationaliseringen med arbetsmöjligheter i hela världen, att vi har goda kunskaper och tillräcklig färdighet inom båda våra respektive specialiteter.

Svensk Kirurgisk Förening – en av källorna till Svensk Handkirurgi

ANN NACHEMSON och LARS DAHLIN

Handen är en central del av vår kropp trots sitt perifera läge. Den övre extremitetens olika delar utgör en unik konstruktion och har stor rörlighet med ett gemensamt mål att få handen att arbeta så funktionellt som möjligt. Handen fungerar inte bara som ett verktyg i olika situationer utan är också ett mycket sinnrikt känselorgan. Den är även ett kommunikationsorgan, vilket är utvecklat i varierande grad i olika kulturer. Handen har utvecklats under miljoner år att utföra vad vår hjärna önskar, vilket är särskilt viktigt under vår uppväxt där handens funktion har en stor betydelse för det enskilda barnets utveckling och mognad i stort. Under den vuxnes arbetsliv och fritid används handen frekvent och utsätts också då för potentiella faror, vilket ibland kan ge omfattande skador på handen som avsevärt kan påverka den enskilde individens framtid eftersom det är ofta unga personer som drabbas av handskador. I takt med allt mer förbättrade skydd inom arbetslivet har antalet arbetsskador nedbringats och numera skadas de flesta personer under olika fritidsaktiviteter.

På papyrusrullar skrevs redan 2800BC om kliniska observationer av olika övre extremitetsskador och deras behandling. Såväl Hippocrates som Homeros (Iliaden) har beskrivit extremitetsskador, inklusive fingerfrakturer och distorsioner, och deras behandling. Att det inte är lätt att behandla handskador som till exempel senskador har Fritiof Nilsson Piraten betonat i "Bock i Örtagård". En av den handskadades vänner beskriver målande att "det är lika lätt att läka en sena som att sätta på huvudet på en halshuggen". De ekonomiska förordningarna om extremitetsskadebehandling grundlades också redan 2000BC i Babylon där man betonade att "*if a doctor has healed a Freeman's broken bone or has restored diseased flesh, the patient shall give the doctor five shekels of silver*".*

*Lyons AS, Petrucelli RJ, Medicine, an illustrated history, Harry Abrams Inc, New York, 1987, page 67.

Hand- och extremitetsskador har således historiskt varit av stort intresse. Detta har också satt spår i den medicinska litteraturen. Artiklar inom handkirurgiska ämnesområden skrevs i Sverige redan i slutet på 1800-talet. Artiklar i början på 1900-talet beskrev problem och behandlingar relaterade till såväl kongenitala anomalier, handinfektioner som handledstrauma. Det bör betonas att författarna var ofta kollegor inom allmänkirurgin. Extremitetsskador, och särskilt nervskador, uppkomna i strid under andra världskriget ställde krav på dåtidens kirurger att förbättra behandlingen av sådana skador. Behandlingsprinciperna för extremitetsskador och särskilt handskador förbättrades avsevärt och flera amerikanska kirurger arbetade med dessa problem. Den mest berömde amerikanske handkirurgen, Sterling Bunnell, skrev 1944 en stor volym, "Surgery of the Hand", och redan två år senare grundades American Society for Surgery of the Hand.

Intresset i Sverige för handkirurgi växte fram och ämnesområdet började utvecklas redan på 1940-talet. Utvecklingen har beskrivits i en utmärkt översikt om svensk handkirurgi av Hagert. Erik Moberg, som var utbildad allmänkirurg och ortopedkirurg i Lund, började intressera sig specifikt för trauma och handkirurgi. Erik Moberg, kallad "handkirurgens fader" i Skandinavien, flyttade 1942 till Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Han gästade Bunnell och andra handintresserade doktorer i USA under en längre tidsperiod under 1947. Efter hemkomsten 1948 skrev Erik Moberg själv en bok, "Akut handkirurgi", som översattes och spreds till många länder. Moberg organiserade den första handkirurgiska vårdavdelningen i Skandinavien på Sahlgrenska sjukhuset 1949.

Erik Moberg var en mycket dynamisk man på många vis och utvecklade också den rekonstruktiva handkirurgin hos tetraplegiker efter sin pensionering. Han publicerade en mängd artiklar inom ämnesområdet och han var dessutom en duktig men krävande lärare. Äldre kollegor, som kommer ihåg tjänstgöringen hos Moberg, berättar att man som underläkare var ständig jour sju dagar i veckan under flera månader i följd.

Helge Wulff som var professor i kirurgi på Malmö Allmänna Sjukhus insåg tidigt nödvändigheten att specialisera sig inom olika kirurgiska fält. Han ordnade så att en av hans kirurger, Nils Carstam, fick tillbringa dels ett halvt år hos Moberg i Göteborg, dels ett halvt år hos Bunnell och andra handintres-



Erik Moberg (höger) och Nils Carstam (vänster) bildade de två första Handkirurgiska avdelningarna i Göteborg respektive Malmö.

serade doktorer i USA. När han kom hem därifrån startade han 1950 den första handkirurgiska vårdavdelningen i Malmö. Helge Wulff undertecknade en PM som kan betraktas som den första "nivåstruktureringen" för handkirurgi där man rekommenderade vilka handskador som skulle skickas till Carstam för behandling. Carstam var i princip jour varje dag i cirka tio års tid. År 1962 blev enheten den första oberoende handkirurgiska kliniken i Sverige.

Lars Örne arbetade tillsammans med Erik Moberg 1952 och återvände därefter till Stockholm och startade upp handkirurgin på Kirurgkliniken på Serafimersjukhuset. Han efterträdde 1967 Magnus Bäckdahl som handkirurg på Plastikkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset. Först 1982 bildades den första oberoende handkirurgiska kliniken i Stockholm på Sabbatsbergs sjukhus under ledning av Håkan Lugnegård. Gunnar Strandell är en annan handkirurg som arbetade på S:t Görans sjukhus i Stockholm och är också en av de tidigt specialiserade handkirurgerna i Sverige.

Flera av Erik Mobergs och Nils Carstams samtida blev också handkirurger på heltid och de startade nya centra för handkirurgi i Sverige, Lennart Mannerfelt, Lund, 1964 och Göran Lindström, Umeå, 1975. Två andra lärjungar till Moberg blev plastikkirurger, nämligen Ivar Isacson, som blev klinikchef inom plastikkirurgi i Linköping i slutet på 1960-talet. Han startade en handkirurgiverksamhet där som lade grunden för en egen handkirurgisk enhet 1987. Holbus Mattsson flyttade till Örebro där han 1974 startade en egen handkirurgisk enhet tillsammans med plastikkirurgiska avdelningen. Sune Johansson, som var plastikkirurg, utbildade sig inom handkirurgin såväl i USA som hos Nils Carstam i Malmö och blev 1967 chef för en handkirurgisk enhet tillsammans med plastikkirurgiska kliniken på Uppsala Akademiska Sjukhus.

Erik Moberg arbetade mycket med principen "extremitetskirurgi" men han stötade dock helt det beslut som kom 1969 att göra handkirurgin till en självständig specialitet.

Redan 1951 startade Erik Moberg tillsammans med nordiska kollegor "Nordic Hand Club" sedermera "Scandinavian Society for Surgery of the Hand". Detta var den första europeiska handkirurgiska föreningen och följde bildandet av den amerikanska handföreningen 1946. Den skandinaviska handkirurgiska föreningen finns fortfarande kvar och har årliga möten med deltagare från hela Skandinavien. Konferensspråket har där blivit engelska och föreningen är medlem i IFSSH (International Federation of Societies for Surgery of the Hand).

Svensk Handkirurgisk Förening bildades 1973 och har för närvarande cirka 150 medlemmar. Det bör betonas att de svenska handkirurgerna träffades dessförinnan som en sektion inom Svensk Kirurgisk Förening. År 1983 inbjöds Svensk Handkirurgisk Förening att vara en officiell sektion inom Svenska Läkarsällskapet. Svensk Handkirurgisk Förening har sitt årsmöte i samband med riksstämman varje år och har även ett vetenskapligt så kallat vårmöte. Ann Nachemson valdes 2001 som första kvinna till ordförande för Svensk Handkirurgisk Förening och är också för närvarande Generalsekreterare i FESSH (Federation of European Societies for Surgery of

the Hand), som också arrangerar en diplomexamination inom ämnesområdet handkirurgi i Europa.

Den handkirurgiska specialiteten omfattar en mångfald skador och sjukdomstillstånd. I samråd med Svensk Ortopedisk Förening har utarbetats en "nivåstrukturering" där man definierar de tillstånd som bedöms kräva handkirurgisk specialistbehandling respektive de som bedöms kunna behandlas av andra kirurger som fått viss handkirurgisk träning.

Högspecialiserad handkirurgi tangerar inte bara kirurgi i allmänhet utan särskilt ortopedi, plastikkirurgi, neurokirurgi och kärlkirurgi. Många av de nuvarande specialisterna i handkirurgi är dessutom specialister i kirurgi, ortopedi eller plastikkirurgi. Specialiteten handkirurgi har utvecklats enormt genom åren och är inte bara en anatomiskt lokaliserad specialitet utan den börjar centralt och återspeglar handens stora representation i sensoriska och motoriska centra i hjärnan. Detta avspeglas i specifika verksamheter som rekonstruktiv kirurgi vid tetraplegi och cerebral pares samt olika typer av rekonstruktioner hos barn och vuxna med plexus brachialisskador som bedrivs i Sverige. Den akuta handkirurgin, där mikrokirurgi som replantationer och fria lambåer ingår i den terapeutiska arsenalen, har också utvecklats mycket under senaste decennierna. De akuta handkirurgiska åtgärderna följs dessutom av specifika rehabiliteringsprogram som utvecklas kontinuerligt tillsammans med sjukgymnaster och arbetsterapeuter med handkirurgisk inriktning.

En högt specialiserad handkirurgi kräver också en intensiv forskningsaktivitet. En stor kompetens finns inom de handkirurgiska leden där projekten spänner från studier av cellsignalering (signal transduktion) efter framför allt olika typer av nervskador till kliniska studier som utveckling av olika reparationsmetoder och endoprotiser inom handled och hand samt utarbetande av nya rehabiliteringsprogram – "from molecule to man". Den omfattande forskningen som bedrivs har ett gott internationellt renommé. Göran Lundborg fick den första ordinarie professuren i handkirurgi 1987 och det finns för närvarande två professorer inom ämnesområdet handkirurgi i Sverige.

Den kraftfulla utveckling som handkirurgin i Sverige genomgått under framför allt de senaste 60 åren har baserats på många handlingskraftiga kirurger som kommit till Handkirurgin från allmänkirurgin.

Svensk Handkirurgi gratulerar Svensk Kirurgisk Förening till 100 års jubileet!

Litteratur

Hagert CG. The history of hand surgery in Sweden; J Hand Surg [Br]. 26(1):78-83, 2001

Svensk Urologis Historia

PETER EKMAN och ERIK LINDSTEDT

Medan Fransk Urologisk Förening bildades redan 1890, Amerikanska urologsällskapet 1902 och internationella urolog sällskapet, Société Internationale d'Urologie, instiftades i Paris 1907, blev urologin i Sverige sent en självständig specialitet. Svensk Urologisk Förening bildades inte förrän 1950 och först på slutet av 50-talet fick urologin självständiga vårdavdelningar på de större sjukhusen. Detta berodde till en del på att vi hade ett par starka kirurgchefer som hade sitt huvudintresse inom urologin.

Karolinska Institutet, Stockholm

Einar Key, 1872-1954, var professor vid Karolinska Institutet och kirurgchef på Maria sjukhus i Stockholm. Han var sin tids mest kända svenska kirurg och var den första



Svensk Urologisk Förening konstituerades i Göteborg 19 mars 1950. Från vänster: Olle Olsson, Ulla Obrant, Gustav Giertz, Andreas Palmlov, Hans Ekman, Ragnar Romanus, Ulla Giertz, Ejnar Ljunggren, Carin Palmlov.

svenska delegaten i Société Internationale d'Urologie då denna instiftades 1907. Man kan säga att svensk urologi föddes på Einar Keys avdelning och Keys medarbetare Johnny Hellström, 1890-1965, blev svensk urologis fader. Hans avhandling handlade om stafylokockinfektioner hos patienter med njursten. Vid nordiska kirurgmötet i Köpenhamn 1935 rapporterade Hellström sin stora erfarenhet av njur- och uretärstenar. Bland bidragande faktorer nämnde han, dels stafylokockinfektioner men också hyperparathyreoidism. Hellström gjorde betydande bidrag till utredning och behandling av hyperparathyreoidism och opererade sina första två fall 1931. Under en resa till USA kom han i kontakt med tekniken för transuretral kirurgi av prostata och på tidigt 1940-tal blev han en av pionjärerna att införa denna teknik i Sverige. Hellström efterträdde 1939 Key som professor i kirurgi och flyttade 1940 in i nyöppnade Karolinska sjukhuset. På den tiden accepterade sjukhuset patienter från hela landet och ett stort antal intressanta fall samlades, inkluderande även urologiska fall. Flera av Keys och Hellströms adepter specialiserade sig inom urologi.

Gustav Giertz, 1906–2002, är svensk urologis grand old man. Han disputerade 1946 på en avhandling om bakterieresistens i urinvägarna. År 1947 blev han urologspecialist och 1954 öppnade han den första specialiserade urologavdelningen i Sverige. Han fick också den första professuren i urologi 1967 vid Karolinska Institutet.

Lennart Andersson efterträdde Gustav Giertz. Han utvecklade ett brett internationellt kontaktnät, särskilt med förgreningar till Japan och Kina. Efter sin pensionering 1991 har Lennart Andersson fortsatt som chef för WHO Center för urologiska tumörer med säte vid Karolinska sjukhuset.



Den 25 april 1946 disputerade Gustav Giertz på en avhandling om enterococcer i urethrastrukturer.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Einar Ljunggren, 1896–1986, var en annan av Einar Keys elever och dessutom gift med hans dotter. Han skrev en avhandling om njurcancer, som han försvarade 1930. Han var först chef på ett mindre landsortssjukhus men flyttade 1945 till Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. En ny medicinsk skola hade öppnat i Göteborg och Ljunggren tillträdde tjänsten som professor i kirurgi 1952. Hans huvudsakliga intresse var dock urologi och han var en av pionjärerna bakom att starta, tillsammans med Gustav

Giertz, den nordiska reseklubben som senare övergick i Nordisk Urologisk Förening 1955. Ljunggren var under många år en inofficiell resande ambassadör för svensk urologi. Han skaffade sig goda vänner inom urologi i många länder. Han älskade att hålla tal, särskilt på större banketter. Han hade alltid flera olika tal med sig, översatta till flera olika språk och de blev alltid mycket väl mottagna.

Silas Pettersson, född 1934, blev den första professorn i urologi i Göteborg och tillträdde sin tjänst 1984. Silas Pettersson har gjort flera viktiga bidrag inom svensk urologi. Han har varit mycket aktiv för parenkymsparande kirurgi vid njurtumörer och var den första att införa mikrovågsbehandling av prostata (TUMT) i Sverige.

Universitetssjukhuset i Lund

Jaques Borelius, 1859–1921, var en lysande administratör och kirurg och gjorde sin avdelning till en av de ledande i Skandinavien. Han var också mest intresserad av urologisk kirurgi.

Jean-Paul Strömbeck, 1896–1955, professor i kirurgi i Lund från 1939 till 1950, gjorde en mängd viktiga bidrag för att utveckla urologisk kirurgi vid sjukhuset. Särskilt intresserad var han av blåscancer. Gösta Jönsson, 1909–1978, som hade gått i lära hos bland annat Johnny Hellström, blev ansvarig för den urologiska verksamheten 1951. Den första rena urologavdelningen öppnade i Lund 1957, den andra i Sverige. 1969 blev Jönsson professor i urologi vid Lunds Universitet. På den tiden fanns inte många andra urologavdelningar i denna del av landet och man accepterade patienter från hela regionen. Jönssons största intresse låg inom området prostatacancer och även andra maligniteter inom den urologiska sfären.

Norrlands Universitetssjukhus

Den tredje professuren i urologi i Sverige tillskapades vid Universitetssjukhuset i Umeå. Den första innehavaren var Lennart Andersson som studerade fibrinolys och värdet av epsilonaminokapron syra mot blödningar i urinvägarna. Han flyttade 1974 till Stockholm och professuren vid Karolinska Institutet (se ovan).

Hälsouniversitetet i Linköping

Linköping fick en professur i urologi 1991. Dess förste innehavare var Hans-Göran Tiselius, vars huvudsakliga forskningsintresse rört sig om njursten, konkrementbildning, stenprofylax och stötvågsbehandling av njursten.

Uppsala Universitet

Vid Uppsala Universitet hade en urologavdelning byggts upp från 1974 under ledning av Åke Fritjofsson, som vid sin pensionering erhöll professors namn. En fast stol för professur i urolog inrättades dock inte förrän 1998 med Bo-Johan Norlén som förste innehavare. Norléns huvudsakliga intresse fokuserades också kring prostatacancer.

Örebro Universitet

Det senaste tillskottet av urologprofessorat inrättades i det nya universitetssjukhuset i Örebro. Jan-Erik Johansson är sedan 2003 den första innehavaren av professuren vid detta lärosäte.

SVENSKA BIDRAG INOM UROLOGIN I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV

Njurstenbehandling (ESVL, URS)

Svenska urologer har bidragit med en mängd genomgripande förbättringar och pionjärinsatser. Många gånger har detta skett i samarbete med representanter från andra discipliner. Röntgenologen Ingemar Fernström, född 1919, utvecklade på 1960-talet tekniken att med en perkutant inlagd kateter i njuren avlasta avstängd hydro-nefrotisk njure, så kallad nefrostomi. Tillsammans med Bengt Johansson, 1930–1998, utvecklade han sedan tekniken att perkutant avlägsna njurstenar via nefrostomin. Den första percutana njurstensextraktioner i världen skedde på Karolinska sjukhuset 1973. Riktigt spridd blev den perkutana tekniken inte förrän i början på 80-talet då Peter Alken, Tyskland och Mikael Marberger, Österrike, vidareutvecklade och förenklade metoden, som sedan blev spridd som "The German Method". I Tyskland utvecklade också flygplanstillverkaren Dornier under ledning av fysikern Forsheim, urologen Ferdinand Eisenberger och senare Christian Chaussy den extrakorporala stötvågstekniken (ESVL). Den första ESVL-behandlingen skedde i München 1980, detta har sedan blivit den helt dominerande stenbehandlingstekniken vid sten i övre urinvägarna. Ungefär samtidigt presenterade spanjoren Ellendt Perez Castro de första uretärskopen. I dag opereras så gott som aldrig njur- eller uretärsten öppet.

Prostatacancer

I samarbete med företaget Leo i Helsingborg, utvecklades en kombinationsbehandling av östrogen i form av injektioner med polyestradiolfosfat eller Estradurin tillsammans med tablettbehandling Etivex på tidigt 1950-tal som förstahandsbehandling vid prostatacancer. År 1966 introducerades Estramustinfosfat eller Estracyt som behandling vid hormonrefraktär cancer. Arbetet skedde framförallt i samarbete med Gösta Jönsson i Lund. Efter rapporterna 1967 från Veteranstudierna om allvarliga kärlkomplikationer vid östrogenbehandling, övergav man dock behandling med dessa. De senaste 15 åren har dock ett flertal studier i Sverige och Finland visat att injektionsbehandling med Estradurin i högre dos är väsentligen ofarligt cardiovasculärt och ett betydligt billigare alternativ än de dyra nya behandlingsformer som införts. Sverige har också varit lite av pionjärer inom "watchful waiting" attityden till prostatacancer, dels i studier från Örebro av bland andra Jan-Erik Johansson som blivit vida

uppmärksammade i världen. En studie som fått oerhört stor uppmärksamhet är också studie nr 4, Scandinavian Prostate Cancer Group (SPCG), under ledning av Bo-Johan Norlén och Jan-Erik Johansson. Denna jämför radikalkirurgi och "watchful waiting". Studien visar en klar överdödlighet i prostatacancer i "watchful waiting" gruppen.



Johnny Hellström i arbetstagen. Nog var han urolog allt.

År 1979 beskrev Wang från Gerald Murphys grupp i Buffalo, New York State, USA, en ny tumörmarkör för prostatacancer, prostataspecifik antigen, PSA. Det dröjde dock länge innan värdet av markören stod helt klart. Från början av 1990-talet blev regelbunden PSA-mätning allmänt rekommenderad i USA – i Sverige nästan tio år senare. Så kallad opportunistisk PSA-screening har ökat antalet nya fall av prostatacancer från cirka 5000 nya fall per år 1995 till närmare 8500 fall per år tio år senare.

I slutet av 1990-talet lanserade fransmannen Guy Vallancien, Bertrand Guillonneau och Claude Abbou en teknik att laparoskopiskt utföra radikal prostatektomi. Metoden har ytterligare förbättrats och förenklats genom introduktion av de Vincis robotassisterade system. Hittills finns i Sverige bara ett robotsystem – vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Tekniken är överlägsen vanlig laparoskopisk teknik men kostnaderna hämmande i ett resursknäppt samhällssystem.

I slutet av 1990-talet lanserade fransmannen Guy Vallancien, Bertrand Guillonneau och Claude Abbou en teknik att laparoskopiskt utföra radikal prostatektomi. Metoden har ytterligare förbättrats och förenklats genom introduktion av de Vincis robotassisterade system. Hittills finns i Sverige bara ett robotsystem – vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Tekniken är överlägsen vanlig laparoskopisk teknik men kostnaderna hämmande i ett resursknäppt samhällssystem.

Blåscancer

Tidigare utfördes partiell excision av blåsan vid blåscancer, dock med mycket höga risker för recidiv. Jan Paul Strömbeck var först i Sverige med att prova kombination med kirurgi och radiologisk behandling. 1940 började han sätta in radiumnålar i tumörerna. År 1954 inplanterade Jönsson i Lund radioaktiva tantalum nålar runt suturlinjerna vid partiell cystectomi. Resultaten var mycket bra men behandlingen var rätt komplicerad och hade en hel del komplikationer. Från tidigt 1970-tal ersattes tekniken med transuretral resektion av tumörerna. Vid invasiv blåscancer började Strömbeck 1941 utföra uretäreosigmoideostomi, dock med rätt mycket komplikationer av infektionskaraktär. De första cystectomierna utfördes 1946. Emellertid var

komplikationerna stora och mortaliteten hög. Cystectomi återinfördes mer allmänt under senare del av 1950-tal sedan Eugen Bricker (USA, 1952) beskrivit sin teknik med att använda tarmsegment som kondukt från uretärerna till huden.

År 1969 konstruerade Nils G Kock, född 1924, kolorektalkirurg från Göteborg, en ileum pouch att använda vid tarmavledning i samband med operation för ulcerös colit och Mb Crohn. Tillsammans med Lars Norlén i Göteborg, modifierade man den för att kunna användas även för urindeviation, vilket dramatiskt förbättrade livskvaliteten för dessa patienter. År 1984 presenterade Wiking Månsson i Lund sin modifierade pouch, där han använde colon ascendens och distala ileum. En mängd olika pouch-tekniker finns idag beskrivna i litteraturen.

År 1950 presenterade kirurgen Curt Franksson i Stockholm ett sätt att klassificera blåstumörer i en 7-gradig skala. En grupp bestående av urologen Bergkvist tillsammans med patologerna Moberger och Ljungkvist, presenterade 1967 sitt modifierade klassifikationssystem, som sedan dess använts i Sverige, men först på senare tid blivit allmänt accepterat i världen. Den nya klassifikationen som WHO antagit från år 2002 bygger helt på denna klassificering.

Testiscancer

Genom Gustav Notters (född 1919) försorg, har samtliga fall av testiscancer, som behandlats vid Radiumhemmet i Stockholm, samlats i ett centralt register. Medan seminomatösa cancrar var strålkänsliga, var icke seminomatösa ett dödligt hot. Li och medarbetare beskrev de första fallen av total remission med kemoterapi 1960. Under 1970-talet kunde man med preparatet Mitramycin höja överlevnaden från 20 till 40 procent. Det stora genombrottet kom från gruppen i Indianapolis, Jercy Einhorn och John Donohue som kombinerade preparaten Velbe och Bleomycin med Cis Platinum och uppnådde härmed en komplett remission vid så gott som samtliga fall. År 1981 startades gruppen SWENOTECA, som numera registrerar samtliga fall av testikelcancer i Sverige och Norge och har ett av världens största register samlat på testikelcancer. I dag dör så gott som ingen person i testikelcancer.

Urodynamik

Bodo von Garrelts (1914–1992) var en tekniskt briljant urolog. Från att ha börjat experimentera med dialysmaskiner övergick han till sitt kommande stora intresse, urodynamik. Han konstruerade världens första miktograf och kallas rätteligen urodynamikens fader. Han uppfostrade en mängd elever i urodynamikens svåra konst och han myntade begreppet *"om folk bara visste hur krångligt det var att kissa, skulle de aldrig komma på tanken att börja"*. Von Garrelts erhöll vid sin pensionering professors namn.

Karl-Erik Andersson, född 1940, professor i klinisk farmakologi i Lund, har gjort en mängd viktiga bidrag till vårt basala och kliniska kunnande i de nedre urinvägarnas normala och patologiska funktioner.

Uretrastrikturer

Bengt Johansson, född 1917, egentligen professor i plastikkirurgi i Göteborg, var pionjär inom urethraplastikområdet. Han skrev sin avhandling 1953 om behandlingen av urethrastriktur. Hans teknik har senare förbättrats av andra men grundprincipen har i princip blivit bestående.

Erekttil dysfunktion

Potensproblem eller erektil dysfunktion som det numera benämnes, var förr synnerligen tabubelagt. Åren 1982–83 fann den franska kärllkirurgen Roland Virag och engelske fysiologen Giles Brindley, oberoende av varandra, att injektion av Papaverin respektive Fenoxylbenzamin kunde provocera en artificiell erektion. År 1983 beskrev Hans Hedlund och Karl-Erik Andersson att preparatet prostaglandin E1 (PGE1) var effektivare och säkrare medel för intrakorporeal injektion. Detta blev standard behandling av ED fram till att företaget Pfizer 1998 lanserade den första fosfodiasteras (PDE5) hämmaren Viagra – idag världens, efter Coca Cola, mest kända varumärke.

Svensk neurokirurgi – en historisk återblick

LARS WALLSTEDT och BENGT LINDEROTH

Före 1900-talet utfördes endast enstaka ingrepp i skallen på patienter som sällan överlevde en längre tid. Olof af Acrel var en av pionjörerna. Den svenska neurokirurgins utveckling startade i i början av förra seklet på Serafimerlasarettet. Det var då inte ett eget ämne utan en "subspecialitet" inom allmänkirurgin. Serafimerlasarettet i Stockholm var då landets främsta sjukhus, beläget på Kungsholmen intill dåvarande Karolinska Institutet. Uppdraget att sköta "hjärnorna" roterade mellan kirurgerna. Neurotrauma var den gemensamma kunskapsbasen, medan tumörer fortfarande var ett obeträtt fält. En av kirurgerna, Herbert Olivecrona, var mer intresserad än de andra. Han började utveckla tekniker för att kunna göra tumörkirurgiska ingrepp i skallen. År 1922 gjorde han sin första större hjärnoperation. Det var en tumör på hörselnerven. Patienten överlevde flera dagar, vilket på den tiden var en stor framgång.

Olivecrona fokuserade nu sitt intresse helt på neurokirurgin och förbättrade metoderna. Eftersom han var en svensk pionjär fanns det ingen som kunde lära honom. Han hade planer på att åka till Harvey Cushing i Amerika, den då största



Olof av Acrels instrument för bland annat trepanation av skallen.

neurokirurgen i världen, men han avstod och blev i ordets verkliga bemärkelse en autodidakt. Utvecklingsmetoderna var till en stor del "trial and error", men resultaten förbättrades stadigt.

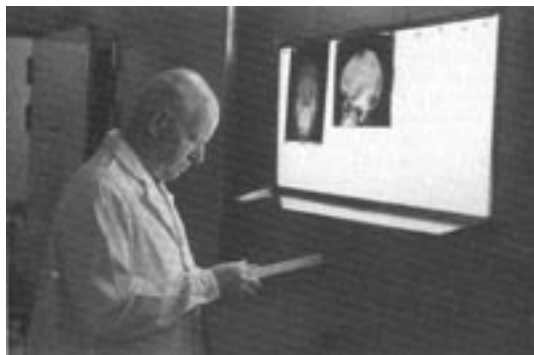
År 1935 inrättades den första neurokirurgiska



Bild av Serafimerlasarettet i Stockholm tagen från Stadshusets torn. Byggnaden där neurokirurgiska kliniken inrättades är utmärkt med pil.

kliniken i Sverige. Den var placerad på Serafimerlasarettet med Olivecrona som chef. Olivecrona publicerade sig och hans rykte spreds över Europa. Hans bok *Handbuch der Neurochirurgie* i 13 band blev ett standardverk. Ett antal utländska blivande neurokirurger besökte honom och fick sin träning. Han samlade även kring sig svenska läkare som blev hans lärjungar.

Nuvarande kliniken på Karolinska sjukhuset är en direkt fortsättning av den på Serafimerlasarettet. Överflyttningen skedde 1964 med Lars Leksell som förste chef. Verksamheten kom naturligt att domineras av utvecklingen av stereotaxi även om all vid tiden förekommande neurokirurgi också utfördes. Många utländska läkare har under åren gästade KS-kliniken och lärt nya metoder. Leksells avsikt med stereotaxin var ursprungligen att lädera bansystem för funktionella ingrepp



Herbert Olivecrona förbereder en operation framför röntgenskåpet.



Herbert Olivecrona med sina assistenter under en operation.

– rörelserubbningar och smärta. Den första strålkniiven utformades också speciellt för detta. Leksells elev Björn Meyerson med sin grupp fortsatte utvecklingen av den funktionella neurokirurgin och införde neurostimulering i behandlingsarsenalen. Erik Olof Backlund utvecklade behandling av centrala cystor med stereotaktisk teknik och genomförde också den första "hjärntransplantationen" (binjurevävnad till hjärnan) på en Parkinsonpatient.

Fram till mitten på fyrtioalet var kliniken på Serafimerlasarettet den enda kliniken i landet, en riksklinik. Trycket blev dock så stort att ytterligare en klinik, huvudsakligen för Stockholms bruk, inrättades på S:t Eriks sjukhus, bara några kvarter bort. Den flyttade 1947 över till det nybyggda Södersjukhuset på Södermalm i Stockholm. Dess chef blev Olof Sjökvist.

Olof Sjökvist drev kliniken på Södersjukhuset fram till 1954 då han avled i förtid. Han blev känd för en operationsmetod, som bär hans namn, mot ansiktssmärta. Sjökvist efterträddes av Ragnar Frykholm. Frykholms medicinska intresse låg till en början inom halsryggskirurgin. Han beskrev den cervikala ritzopathin och angav metoder att operera förträngningar i nervrotskanalerna i halsryggen. Metodiken kallades hemifacettektomi och bestod i ett borttagande av halva facettleden för dekompression av nervroten. Frykholms avhandling är en klassiker inom området.

Behovet av neurokirurgi i landet växte. Den första kliniken utanför Stockholm öppnades 1946 i Lund av Lars Leksell och Nils Lundberg. Leksell, som blivit känd för sin upptäckt av gammasystemet i musklerna, utvecklade inom neurokirurgin den stereotaktiska tekniken och skapade den världsberömda strålkniiven, "gamma knife". Leksells stereotaktiska system är idag ett av de två ledande i världen. Nils Lundberg utvecklade en metod att kontinuerligt mäta det intrakraniella trycket. Denna metod, ICP mätning, har fått en avgörande betydelse i neurotraumatologin.

År 1953 tillkom kliniken i Göteborg. Dess första chef blev Gösta Norlén. Han hade gjort sig känd för sitt intresse för den vaskulära neurokirurgin och utvecklade tekniker och metoder att operera arteriella aneurysm på hjärnans kärl. Han blev en världsledande auktoritet och kliniken i Göteborg fick många internationella besökare. På samma klinik utvecklade Hugo Andersson, senare även klinikchef, barnneurokirurgin och var i början på 60-talet en av de första att shuntbehandla barn med vattenskalle.

I Uppsala inrättades en neurokirurgisk klinik 1963. Einar Bohm var den första klinikchefen och hans närmaste medarbetare var Rune Hugosson. Inom kliniken utvecklades nya tekniker och samarbetsformer. Till exempel introducerades här den mikrokirurgiska tekniken vid operation av lumbala diskbråck. Tillsammans med öronkliniken utvecklades ett framgångsrikt koncept för operation av tumörer på hörselnerven. Kliniken var tidigt ute med avancerade vårdformer och övervakning av neurokirurgiska patienter och den första riktiga neurointensivvårdsavdelningen, NIVA, öppnade i Uppsala 1990. Den har snabbt fått efterföljare på alla neurokirurgiska kliniker i landet.



Lars Leksell framför en tidig version av sitt stereotaktiska instrument (till vänster); förstoring av instrumentet (uppe till höger) och peroperativ bild samt etsning utförd vid Lars Leksells pensionering (nedtill höger).

Kliniken i Linköping öppnades 1964 med Stig Jepson som chef. Under den första tiden arbetade han med kliniska tillämpningar på ekoencefalografi, en metod att med ultraljud påvisa vissa förändringar i hjärnan. I Linköping kom man också tidigt, 1969, att bedriva neurokirurgisk vård under intensivvårdsliknande former i en särskild enhet, föregångare till neurointensivvårdsavdelningarna.

Den neurokirurgiska kliniken i Umeå öppnades 1969 av Carl-Axel Thulin och Davout Tovi. Kliniken kom genom sina medarbetare Herbert Silfvenius och Lauri Laitinen att utvecklas starkt inom epilepsikirurgi och funktionell neurokirurgi. Laitinen utvecklade ett eget stereotaktiskt system.

Milstolpar

En neurokirurgisk teknik har belönats med Nobelpriset, lobotomin. Det var Antonio Moniz, en portugisisk neurokirurg, som 1949 fick halva priset för sitt sätt att bota sinnesjukdom med kirurgi. I nutida perspektiv var det ingen belöningsvärd insats. Psykokirurgin har betraktats med oblidiga ögon och aldrig blivit någon stor verksamhet i vårt land. Under de senaste decennierna har den stereotaktiska tekniken använts för att göra små, välplacerade läsioner vid svåra tvångsneuroser, till exempel så kallad capsulotomi, en läsion i capsula interna. För närvarande utvecklas i världen stimuleringstekniker med samma syfte.

Leksells utvecklingsarbete och tillämpning av den stereotaktiska tekniken är ett av de största framstegen för svensk neurokirurgi. Med denna teknik kunde man

göra mycket precisa ingrepp långt in i hjärnan, för provtagningen eller behandling av funktionella störningar, till exempel Parkinsons sjukdom eller mycket svår smärta. Dagens avancerade "Deep Brain Stimulation" är en vidareutveckling av tillämpning av den stereotaktiska tekniken.

Ur den stereotaktiska tekniken utvecklades även strålkniven, som med sina 201 coboltelement fokuserar sina strålar mot en gemensam punkt där målpunkten för behandlingen i hjärnan är lokaliserad. Den kan vara en kärllmissbildning, en tumör eller en struktur som ska leteras av någon annan orsak. Den första strålkniven placerades på Sophiahemmet i Stockholm. I Sverige finns det idag två strålknivar. En privat på Sophiahemmet och en på Karolinska i Solna.

Till den "funktionella kirurgin" måste man även räkna de tidiga neurokirurgiska metoderna att bota högt blodtryck. Det skedde genom en delning av den sympatiska gränssträngen, sympatektomi, ett ganska vanligt men omfattande kirurgiskt ingrepp. I och med att farmakologiska medel att kontrollera blodtryck utvecklades, försvann metoden för att sänka blodtrycket, men levde i en variation kvar länge som operation mot handsvett. Den öppna metoden för sympatektomi ersattes på 90-talet av en endoskopisk metod.

Kirurgisk behandling mot epilepsi har utvecklats över decennierna sedan man på slutet av 30-talet, efter EEG'ets genombrott, gjorde de första temporallobsektionerna och hippocampektomierna. Olivecrona opererade själv många patienter med epilepsi. Utöver operationer mot tinninglobsepilepsi gjorde han också hemisfärektomier, opererade bort ena hjärnhalvan. Vid hans pensionering 1960 minskade frekvensen operationer mot epilepsi kraftigt. Samtidigt kom även mer potenta epilepsimedicinerna. På 80-talet kom en renässans för epilepsikirurgi, ledd av kliniken i Umeå och Herbert Silfvenius. Utredning, utbildning och operationstekniker förfinades. Idag utförs ingrepp mot epilepsi på de flesta neurokirurgiska kliniker i landet, om än i liten skala.

Ett stort steg framåt i förståelsen av den intrakraniella dynamiken togs när Nils Lundberg introducerade kontinuerlig mätningen av ICP, det intrakraniella trycket. Med en kateter inlagd i hjärnkammersystemet kunde han avläsa trycket i hjärnan. Tryckets variationer vid olika tillstånd och sjukdomar gav ovärderlig ny information om hjärnans dynamik och lade grunden till den moderna neurotraumatologin. ICP mätning är fortfarande den viktigaste monitoreringen vid skallskada. Med hjälp av denna teknik kunde man från neuroanestesi utveckla oblodiga tekniker att behandla högt intrakraniellt tryck, bland annat genom att sänka kolsyrespänningen i blodet med hyperventilering i respirator. Denna teknik utvecklades av en neuroanestesiolog på Karolinska Sjukhuset, Emeric Gordon.

Ett mycket använt hjälpmedel för neurokirurgjouren var sedan början på femtio-talet ekoencefalografen. Det var en teknik, utvecklad av Lars Leksell, som med ultraljudseko kunde se hjärnans mittlinje och låta neurokirurgen bedöma om det förelåg en förskjutning av mittlinjen. Om så var fallet kunde man misstänka ett hematom och ta patienten till operation. Man kunde även mäta storleken på sido-

ventriklarna och räkna ut ett index, Sjögrens index, beskrivet av barnneurologen Irene Sjögren. Det visade om det förelåg en vattenskalle. Man kunde även på en vanlig röntgenbild få en uppfattning om var medellinjestrukturerna befann sig. Hos en del patienter kan man se en förkalkning i tallkottkörteln, corpus pineale. Den kunde vara förskjuten från medellinjen. Men om någon förkalkning inte fanns, då var det eko-encet som gällde. Den apparaten var under många år neurokirurgjourens bästa vän.

Liksom thoraxkirurgin fick sin pacemaker och räddade livet på åtskilliga hjärtpatienter fick neurokirurgin sin shunt på slutet av femtiotalet och räddade livet på många barn med vattenskalle. Tidigt förstod man att det var ett avflödesproblem för hjärnvattnet och åtskilliga slangar konstruerades för att leda bort vattnet åt olika håll, främst till blodsystemet på vensidan, senare även till lungsäcken och bukhålan. Det var dock först sedan en amerikansk ingenjör i Philadelphia, USA fick ett barn med hydrocephalus som han tillsammans med en neurokirurg konstruerade den första kommersiella shunten med en särskild ventil som styrde flödet, den så kallade Spitz-Holter shunten. Innan shuntar kom i bruk kunde man se barn med enorma huvuden på olika institutioner. Över tiden har shunttekniken utvecklats och förfinats.

På Olivecronas tid opererade man med luppur framför ögonen för att se ordentligt vad man gjorde. Det fortsatte man med till början på 70-talet då operationsmikroskopet introducerades och gav startskottet till en helt ny operationsteknik, den mikrokirurgiska. Med hjälp av den tekniken har helt nya indikationer öppnats för neurokirurgin och resultaten har förbättrats. "Minimal invasive" teknik har blivit ett honnörsord inom neurokirurgin.

En förutsättning för neurokirurgins utveckling genom åren har varit ett nära samarbete med neuroradiologin. Neuroradiologiska tekniker utvecklades i takt med att neurokirurgin krävde mer beskrivning av patologin. Luftskalle var en mycket vanlig undersökningsmetod som idag är helt borta ur arsenalen. Via en lumbalpunktion fylldes spinalkanalen och ventrikelsystemet med luft. För att få in luften i alla delar var man tvungen att snurra patienterna upp och ner. Luften syntes tydligt på röntgenplåten och förskjutningar i hjärnkammerssystemets form indikerade en tumörs läge.

Samme Moniz som fick nobelpriset för sin lobotomi introducerade även carotisangiografen, färgskallen. Det var en avsevärt mer hållbar upptäckt som används flitigt än idag. Hjärnans kärl avbildas med hjälp av kontrast som sprutas in via en kateter som förs in i benartären i ljumsken. Med denna teknik har ytterligare landvinningar gjorts inom behandlingen av arteriella aneurysm. Med interventionsteknik kan neuroradiologen täppa till aneurysm utan att skallen behöver öppnas. Med samma teknik kan proppar i hjärnans kärl lösas upp, blodrika tumörer täppas till före operation och man kan även simulera bortfall genom lokal bedövning av olika hjärndelar inför en epilepsioperation.

Det allra största genombrottet för avbildningstekniken kom dock genom införandet av datortomografin. Denna revolutionerande uppfinning, belönad med nobelpris, möjliggjordes genom ekonomisk satsning av skivbolaget EMI som tjänat stora pengar på sina mest framgångsrika artister, The Beatles. Den första datortomografin i Sverige kom till Karolinska sjukhuset 1973 och var då en av de första i världen. Utvecklingsarbetet för klinisk användning av tekniken gjordes också på Karolinska Sjukhuset under ledning av neuroradiologen Torgny Greitz och neurokirurgen Bo Levander. Där var man först i världen att ge intravenös kontrast och kunde se läcka- get av kontrastmedel genom blod-hjärn barriären ut i tumörvävnaden hos en patient med en elakartad hjärntumör.

Under de tidiga pionjäråren utfördes nästan alla neurokirurgiska operationer i lokalanestesi, även större hjärningrepp och ingrepp i bakre skallgropen. Bedövningen sköttes helt av kirurgen. Den vakne patienten innebar givetvis en viss risk och det finns historier om hur patienterna kunde reagera när operatören berörde olika centra i hjärnan under operationen. Så småningom kom narkos på mask. En underläkare fick i uppdrag att med en frisørspray duscha patientens gasvävsmask med eter eller kloroform. Om operationen skedde med patienten i bukläge var den utnämnde anestesören tvungen att ligga under operationsbordet och spraya uppåt mot patienten. En och annan insomnad underläkare lär ha dragits ut under bordet.

I och med intubationsnarkosen på 50-talet blev bedövningen och sövningen mer förfinad och tillät kirurgen större friheter och säkerhet i operationssåret. Neuroanestesiologen Emeric Gordon på Karolinska Sjukhuset var en pionjär i sitt ämne och visade vägen för åtskilliga ännu verksamma neuroanestesiologer.

Tillsammans med neuroanestesiologerna har neurokirurgen byggt sina intensivvårdsavdelningar. Innan dessa kom till stånd vårdades även de mest sjuka patienterna på vanliga vårdavdelningar bland friskare, även uppegående patienter. Patienterna sköttes av personal utan någon formell intensivvårdskompetens men med mycket hög reell kompetens. All personal tvingades att lära sig hantera ventilatorer, från början de stora Engströmsrespiratorerna, olika typer av monitoreringar, dränering av hjärnvatten, vätskebehandlingar etc. Det tuffa klimatet på avdelningarna gjorde att det blev mycket sammansvetsade och homogena arbetsgrupper på de flesta neurokirurgiska klinikerna. När neurointensivvårdsavdelningarna successivt kom till under 90-talet var personalen specialutbildad och den intensivvårdsmässiga delen togs mer över av neuroanestesiologerna. De flesta neurokirurgiska klinikerna har dock behållit huvudmannskapet för sina intensivvårdsavdelningar.

Sett i backspeglarna har utvecklingen inom neurokirurgen varit hisnande. Landets äldsta klinik, den på Karolinska, fyller 70 år 2005. Under denna tid har det skett en fantastisk utveckling med bidrag från många fler än här nämnda. Utvecklingen fortsätter i allt snabbare takt mot mindre invasiva, och för patienterna, mildare metoder. Vi har under de senaste åren fått nya hjälpmedel som neuronavigation, ett sätt att orientera sig med millimeterprecision i hjärnan och 3-dimensionellt ultraljud som även tillåter kärlavbildningar under pågående operation. Avbildningsmöjligheter

under pågående operation finns också på vissa kliniker med magnetkamera och färgskalleundersökning. Övervakningsparametrarna har blivit mer sofistikerade på våra intensivvårdsavdelningar där vi nu kan följa inte bara hjärntrycket utan även syrgasförbrukningen, genomblodning, ämnesomsättningen och den elektriska aktiviteten i hjärnan. Vi kan förutsäga och förhindra sekundära komplikationer till trauma och blödningar på ett helt nytt sätt.

Framtiden innehåller många spännande utmaningar och visioner. Huruvida kirurgin kommer att utvecklas eller avvecklas diskuteras. Historien har visat att många tidigare självklara indikationer för öppen kirurgi har försvunnit och ersatts med nya, mindre invasiva, metoder. Men utvecklingen inom anestesi, avbildning, navigation, instrument och utrustning har också skapat förutsättningar att nå tidigare omöjliga områden för kirurgiska åtgärder. Vårt samarbete med andra specialiteter kommer utvecklas. Utvecklingen av den grund för en avancerad neurokirurgi som våra företrädare skapade ska förädlas vidare till nytta för våra patienter.

Litteratur

Den intresserade läsaren hänvisas till någon av nedan uppräknade skrifter eller till övriga publikationer av "svensk neurokirurgisk historias eldsjäl" Prof e m Bengt Ljunggren.

Ask-Upmark E.: En resa genom åren. Almqvist och Wiksell, Stockholm 1969.

Greenblatt S.H.,Dagi T.F., Epstein M.H.: A History of Neurosurgery. – in its scientific and professional contexts. The Amer. Assoc. Neurol Surgeons, Park Ridge Ill. 1997, 626 sid.

Kock W.: Kungl. Serafimerlasarettet 1752-1952: En studie i svensk sjukvårdshistoria. Utgiven av Direktionen för Karolinska Sjukhuset, Stockholm,1952, 453 sid.

Kock W.: Olof af Acrel. Öfverkirurg, General Directeur öfver lazareetterne i riket. Natur och Kultur, Stockholm, 1967.

Leksell L.: Hjärnfragment. Norstedts, Stockholm 1982.

Ljunggren B., Fodstad H., Kristiansen K. et al : When Nordic neurosurgery was still in its infancy. Brit J Neurosurg 1: 207-233, 1987

Ljunggren B.: Herbert Olivecrona: Founder of Swedish neurosurgery. J Neurosurg. 78.: 142-149, 1993.

Ljunggren B.: Serafimerlasarettet 250 år. Pionjärinsatser inom neurospecialiteterna: Neurokirurgi. Sv Läkaresällskapets småskrifter, Stockholm 2005, 53 sid.(opubl.).

Meyerson Å.: Studier i Serafimerlasarettets instrumentsamling. Utg. av Karolinska Institutets Kirurgiska Klinik vid Serafimerlasarettet 1952, 135 sid.

Barnkirurgisk historik

LEIF OLSÉN

År 1885 brukar sägas vara Svensk Barnkirurgis födelseår. Det var då man på Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus i Stockholm delade upp verksamheten i medicinska och kirurgiska enheter. För den kirurgiska delen ansvarade professorn i allmänkirurgi vid det näraliggande Universitetssjukhuset. Sju år senare utsågs emellertid Emil Perman som oberoende chef för den barnkirurgiska verksamheten, så kanske 1892 är ett mer rättvisande "födelseår". År 1952 tillkom den barnkirurgiska kliniken på Karolinska sjukhuset och 1970 flyttades verksamheten från Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus till S:t Görans sjukhus, dit också KS-kliniken flyttade 1980. År 1998 samlades all barnkirurgi i Stockholm inom en gemensam organisation på det nybyggda Astrid Lindgrens Barnsjukhus.

I Göteborg etablerades ett barnsjukhus år 1859, men det var först 1913 som en självständig barnkirurgisk avdelning tillkom. Från 1973 har verksamheten bedrivits inom den barnkirurgiska kliniken vid Barnklinikerna Östra Sjukhuset, numera Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus, som ansvarar för all barnsjukvård i Göteborg.

I Uppsala utgjorde barnkirurgin från 1960 en underavdelning inom den allmänkirurgiska kliniken men blev året därpå en självständig klinik. Sedan 1979 har barnkirurgin varit en del av det Barnsjukhus, som då invigdes.

I Lund började den barnkirurgiska verksamheten 1969 och ingår sedan 2001 som en del i det då nybyggda Barnsjukhuset.

Barnkirurgin i Sverige etablerades alltså tidigt, men blev en egen specialitet först 1947. Svensk Barnkirurgisk Förening bildades 1952, det vill säga ungefär samtidigt som engelska BAPS, British Association of Paediatric Surgeons (1953). Först 1977 hade föreningen ett eget program på Riksstämman och blev därmed en egen sektion i Svenska Läkaresällskapet. I Finland fick barnkirurgin ett eget ansvar 1946 och i Norge 1959. I Danmark är barnkirurgin ännu inte erkänd som egen specialitet. Den Skandinaviska föreningen för barnkirurgi bildades 1964. Tyvärr har denna under de

senaste åren fört en lite tynande tillvaro på grund av svårigheter att samla tillräckligt stort intresse bland medlemmarna.

Pionjäreerna

Svenska allmänkirurger har spelat en mycket stor roll vid utvecklingen av barnkirurgin i Sverige. Bland många som på 1900-talets första hälft betydde mycket för utvecklingen i Stockholm kan nämnas Einar Perman, James Hindmarsch och Philip Sandblom. I Göteborg fanns kirurger som Sven Johansson, Einar Edberg och Gustaf Pettersson.

Bland de barnkirurgiska cheferna i Stockholm fanns Theodor Ehrenpreis, Gunnar Ekström, Sigrid Söderlund, NO Eriksson och Björn Thomasson. I Göteborg fanns Sture Hagberg och Kelm Hjälmsås. De som startade och länge ledde klinikerna i Uppsala respektive Lund var barnkirurgerna Gunnar Grotte och Ludvig Okmian.

Barnkirurgins utveckling

Med början under första delen av 1940-talet skedde en snabb utveckling av den barnkirurgiska verksamheten, framför allt i USA, men med snabb spridning till Europa. Det var till att börja med vuxenkirurger, som intresserade sig speciellt för de kirurgiskt sjuka barnen, som ledde denna utveckling. Man insåg, att barn på många sätt skiljer sig från vuxna och att det krävs speciella kunskaper för att ta hand om barn. Särskilt inom nyföddhetskirurgin var problemen inledningsvis mycket stora. Överlevnaden vid försöken att operera barn med livshotande missbildningar var i princip noll. Anestesiologins utveckling med neonatal intensivvård, kuvös- och respiratorvård, effektivare antibiotika och inte minst framsteg inom den totala parenterala nutritionen har markant förbättrat resultaten. I dag överlever de flesta barn med dessa missbildningar. Även på uttalat prematura barn med födelsevikter på ner mot 500 gram kan ibland livräddande operationer genomföras.

Ett annat område med starkt förbättrade resultat är tumörkirurgin, där inte minst samarbetet med barnonkologerna lett fram till att överlevnaden för vissa av de solida, maligna tumörerna stigit från omkring 30–40 procent till 80–90 procent.

Även omvårdnaden har förbättrats. Vårdtiderna har påtagligt kortats, men framför allt har sjukhusmiljön radikalt förbättrats. Salar och avdelningar är mer hemlika, föräldrar och släktingar har i princip obegränsade besökstider och minst en förälder kan som regel sova över med sitt barn på sjukhuset. Lekterapi, skola mm har verkamt bidragit till den förbättrade vårdkvaliteten.

Barnkirurgin i dag

I dag finns barnkirurgiska kliniker i Göteborg, Lund, Stockholm och Uppsala. Klinikerna finns alla organisatoriskt i kompletta barnsjukhus med bland annat pediatrik, neonatologi, anestesi, intensivvård, barnortopedi, sjukgymnastik, radiologi, fysiologi och patologi. Dessutom finns barnutbildad personal på alla nivåer och även lek-

terapi, skolverksamhet mm. Alla kliniker har en dygnet-runt-jourverksamhet med primär- och bakjourskompetens. Verksamheten omfattar framför allt den så kallade essentiella barnkirurgin inkluderande nyföddhetskirurgi, där de livshotande medfödda missbildningarna utgör den viktigaste delen, urologi, tumörkirurgi, övre och nedre gastrointestinal kirurgi samt stort trauma. Men där finns även det som brukar kallas kirurgi på barn och som till en totalt sett betydligt större volym bedrivs på ett flertal sjukhus ute i landet av allmänkirurger, ortopedier, urologer. Här ingår till exempel akuta buksjukdomar, speciellt appendicit, olika typer av bråck, pylorusstenos, invagination, akut skrotum, retentio testis, friläggningar, mindre trauma, diverse kirurgia minor m.m.

I Stockholm finns en viktig ECMO-verksamhet, som även inkluderar vuxna patienter. Beroende på lokal tradition görs även på vissa barnkirurgiska kliniker neurokirurgiska ingrepp som operation av hydrocefalus och ryggmärgsbråck, på andra en del thoraxkirurgiska ingrepp.

Traumatologin på barn är ofta konservativ och det går ofta att undvika splenektomier, leverresektioner, pancreasresektioner etc. Vid vesico-uretral reflux kan numera endoskopisk behandling erbjudas, och en relativt stor operation undvikas.

Vad gäller laparoskopiska ingrepp så har barnkirurgin länge legat efter vuxensidan, men denna teknik kommer säkert att finna sin roll även här.

Organtransplantationer av till exempel lever och tarm sker i liten skala i samarbete med transplantationsklinikerna.

Enstaka centra, framför allt i USA, har utvecklat metoder för prenatal diagnostik och till och med behandling, så kallad fosterkirurgi. Ett mycket litet antal ingrepp har gjorts i Sverige, men det kommer att dröja innan detta får någon större spridning.

Barnkirurgin i framtiden

Barnkirurgin kommer även i fortsättningen att ha ett stort behov av ett nära samarbete med landets organspecialister och med länskirurgin. De många ovanliga patientgrupperna förutsätter täta kontakter och utbyten med internationella specialister och centra.

Liksom för andra specialiteter fortsätter kontakterna med övergripande organisationer inom det europeiska samarbetet, speciellt vad gäller utbildningsfrågor.

Med utgångspunkt i rekommendationer från UEMS, den europeiska specialistunionen, att det bör finnas ungefär en barnkirurg per 500 000 innevånare och ett barnkirurgiskt centrum per 2,5 miljoner innevånare, har det inom specialiteten förts diskussioner om koncentration av barnkirurgin till tre centra. Man har även inom specialiteten diskuterat att, efter interna överenskommelser mellan de fyra klinikerna, centralisera vissa av de ovanliga kirurgiska sjukdomsgrupperna. I sammanhanget förespråkar många barnkirurger, att de som specialister borde ha en större fokusering på den essentiella barnkirurgin.

”...konsten att reparera förlusten organiskt”

Om svensk plastikkirurgi 1938–2004

LEIF T. ÖSTRUP

Källflöden

”Kirurgin är den gudomliga konst, som har att göra med och skall vaka över den heliga och vackra människogestalten, så att denna härliga skapelse, om den skadas eller störs, kan återställas till det som naturen en gång formade den till”.

Så skrev 1849 den tyska historikern Ferdinand Gregorovius, ett citat som avspeglar den tidens stora allmänintresse för kirurgins nyvunna möjligheter att bedriva ”Wiederherstellung zerstörter Teile des menschlichen Körpers durch die Kunst den Verlust organisch zu ersetzen”.

Åren 1814–16 hade brittiska och tyska pionjärer utfört flera framgångsrika totalrekonstruktioner av ytternäsa – i London enligt en tusen år gammal indisk metod med ”skraddarsydd” hudlambå från centrala pannan, och i Berlin med tillämpning av ett medeltida italienskt förfarande, utnyttjande en stjälad hudlambå från överarmen. Men det var först när Dieffenbach 1830 trädde in på den berlinska scenen, och tillsammans med efterträdaren Langenbeck i snabb takt utvecklade användbara tekniker för att komma till rätta med en mångfald förvärvade och medfödda externa defekter, som utvecklingen för allvar tog fart. År 1834 föreläste Dieffenbach för första gången i Paris, där han blev mött med stor entusiasm och där han under åren som följde blev en frekvent gäst. Besök som fick fundamental betydelse för disciplinens utveckling i Frankrike.

Det var en av Dieffenbachs stora beundrare och landsmän, kirurgen Eduard Zeis i Dresden, som 1838 myntade benämningen Plastikkirurgi (plastische Chirurgie), en term som med tiden blev förhärskande över hela jordklotet. Zeis tog sig även för att uppställa en heltäckande definition av den nya specialiteten och dess ”fyra huvud-

principer”(!). Men för den uppgiften var erfarenhetsgrundlaget ännu alldeles för tunt, och under det vidare förloppet kom hans ansträngningar snabbt på skam.

Upprinnelsen till vår nutida tolkning av begreppet Plastikkirurgi kom under Första världskriget 1914–18. Nu var det britterna som tog över stafettpippen, med nyzeeländaren och förutvarande otolaryngologen Harold Gillies som självskrivna centralfigur. Kriget körde snabbt fast, västfronten låg där den låg, och år av rabiat skyttegravskrig resulterade i ett ständigt växande antal maxillofaciala skott- och sprängskador. Detta oavbrutna inflöde av unga män med ofta ohyggliga ansiktsdefekter krävde inrättandet av specialiserade behandlingscenter, och Gillies insåg betydelsen av samarbete med olika specialister, bland annat tandläkare. Till hans ”Jaw and Plastic unit” – först i Aldershot, sedan i Sidcup – vallfärdade snart allierade militärkirurger från bland annat USA, Canada, Australien och Nya Zeeland för att lära sig ”plastikkirurgi”. Elever som efter krigsslutet var med till att etablera specialiteten i sina hemländer.

Även under mellankrigsåren fortsatte Sir Harold (Gillies) och medarbetarna Kilner, McIndoe och Mowlem sin omfattande operativa verksamhet. De gav välbesökta kurser i plastikkirurgins principer, och många intresserade kirurger från hela världen tjänstgjorde under deras handledning på sjukhusavdelningar i Londonområdet.

En av dem var svensk.

Inhemsk etablering

Dåvarande underläkaren vid kirurgkliniken på Serafimerlasarettet, Allan Ragnell (1901–1984), tog 1936–37 chansen att få arbeta hos Gillies i London, och när han efter avslutade studieresor till även Berlin, München och Paris återvände till Stockholm var det som pionjär för svensk plastikkirurgi och så småningom specialitetens ”grand old man”. Dit skulle emellertid vägen bli mycket lång och mödosam. Under många år fick han som konsult och ”ensamvarg” flacka mellan olika sjukhus (och operationsteam!) i huvudstadsområdet, och trots viktiga insatser under de första krigsåren, med behandling av många krigsskadade från Finland, skulle det dröja ända till 1944 förrän han äntligen fick sin egen avdelning med 20 sängar på Serafimerlasarettet. Samtidigt beviljades en underläkars-tjänst, och Ragnells första elev, Karl-Johan Grenabo (1906-1998), gediget kirurgutbildad hos Odelberg i Östersund och Richter i Sundsvall, blev den nya specialitetens andra utövare.



Allan Ragnell, Stockholm.



Tord Skoog, Uppsala.

Kölistorna var från starten betydande, hundratals patienter väntade på operation, och nu – mot slutet av 40-talet – sköt utvecklingen fart. Redan 1948 öppnade Grenabo Stockholms andra plastikkirurgiska avdelning på S:t Görans sjukhus och ett par år senare flyttades Ragnells avdelning från det omoderna och nedslitna Serafimerlasarettet till nya kliniken på Karolinska sjukhuset, där han ledde verksamheten fram till sin pensionering 1967.

Runt 50-talets mitt blev Allan Ragnells övriga "lärjungar" mogna för att starta nya plastikkirurgiska kliniker: Karl-Erik Hogeman (1907–1984) i Malmö 1955, Bengt Johanson (f. 1920) i Göteborg 1956 och Sten Stenström (f. 1911) i Umeå 1957. Dessförinnan hade dock redan 1951 Uppsalakirurgen Tord Skoog (1915–1977) – som fått sin plastikkirurgiska utbildning i Finland, England och USA – inrättat en plastikkirurgisk avdelning vid Akademiska sjukhuset.

Regionsjukvårdsreformen (1958–59) placerade plastikkirurgin som en självklar regionspecialitet. Utbyggnad skedde i rask takt och de två sista regionklinikerna öppnades med chefer som var "elever till Ragnells elever": Thorsten Stenberg (1914–1997) i Örebro 1964 och Ivar Isaksson (1916–1985) i Linköping 1967. Med undantag för viss sporadisk och/eller begränsad verksamhet – utan egentlig specialistavdelning – vid ett fåtal centrallasarett, och "konsultfilialer" till vid sidoordnat universitetssjukhus (ex. Stockholm, Lund), har därmed i huvudsak den regionala klinikstrukturen fungerat väl i närmare 40 år. Med vissa, relativt små, lokala utbudsvariationer och med en handfull superregionala "riksverksamheter" (ex. kraniofacial kirurgi, könsbytesoperationer och brännskadevård), har regionklinikerna tillhandahållit en plastikkirurgisk kärnverksamhet av jämn och hög internationell klass över hela riket.



Thorsten Stenberg, som innan han kom till Örebro verkade i Malmö och där utförde flera karikatyrteckningar, av vilka en del återges i denna bok. Här självporträtt.

Förenade

Den 23 maj 1947 beslöt kvartetten Allan Ragnell, Karl Johan Grenabo, Karl-Erik Hogeman och Uno Engström (1906–1984) vid ett kvällsmöte på Djurgårdsbrunnns vårdshus att bilda en förening med syfte "att befordra den svenska plastikkirurg-

gins utveckling genom föredrag, diskussioner etc". Föreningens namn fastställdes till "Svensk Plastikkirurgisk Klubb" - ett namn som drygt ett år senare ändrades till Svensk Plastikkirurgisk Förening.

Redan vid denna första sammankomst på Djurgården hölls vetenskapliga förhandlingar, med fyra föredrag. Samtliga medlemmar var i elden, och programmet såg ut som följer:

1. Grenabo: Om brosktransplantation
2. Engström: Om fett-fascietransplantation
3. Hogeman: Om sårpotentialundersökningar
4. Ragnell: Några intressanta data ur den tidigare hudtransplantationens historia.

Alla fyra lyckades dessutom få plats i föreningens styrelse, eftersom Ragnell valdes till ordförande, Grenabo till vice ordförande tillika klubbmästare, Engström till sekreterare och Hogeman till skattmästare. Ett val som avrundades med beslut om att sekreteraren och skattmästaren vid behov skulle vikariera för varandra.

Redan vid klubbens andra möte i december samma år kunde sekreterare Engström med illa dold triumf konstatera att Svensk Plastikkirurgisk Klubb den 14 november 1947 avsänt telegrafisk välgångsönskan till det först sex månader senare instiftande British Association of Plastic Surgeons!

Fröet som såddes av de fyra vägröjarna en majkväll för snart 58 år sedan skulle växa upp till en vacker och livskraftig blomma. Inför 50-årsjubileet 1997 sammanställde Bengt Pontén, Uppsala, en fullödlig krönika, som speglar de insatser som genom åren gjorts i denna aktiva och livskraftiga specialistsammanslutning i syfte att "befordra plastikkirurgins utveckling". Från Svensk Plastikkirurgisk Förening utgick redan 1949 initiativet till bildandet av Nordisk Plastikkirurgisk Förening, som hade sitt första möte i Stockholm februari 1951. Den nordiska gruppen arrangerade, med Tord Skoog som primus motor, i Stockholm den första stora internationella plastikkirurgiska kongressen, augusti 1955, varvid plastikkirurgernas världsspännande internationella konfederation (IPRS) bildades – med Sir Harold Gillies som president och Tord Skoog som generalsekreterare.

Med Ponténs ord: "Det har senare i Norden ordnats både större och kanske på olika sätt bättre kongresser, men... denna betydde så mycket för svensk plastikkirurgi. Här kan man verkligen tala om marknadsföring på hög nivå, (som) ledde till en snabb internationalisering med nya impulser utifrån. Unga kolleger kom hit som gäster och fick en stor del av sin utbildning här, och själva har vi också haft förmånen att kunna sända många av de våra för exempelvis specialutbildning vid olika världsentra".

Det är många som under det gångna halvsekle sedan Stockholmskongressen kunnat dra ovärderlig nytta av den här omtalade "internationalisering" och genererade good-will. Vid början av 70-talet, när alla befintliga regionkliniker var etablerade och den första generationsväxlingen på chefsposterna successivt genomfördes,

fanns det i runda tal 40 medlemmar i specialistföreningen. Idag räknar den in drygt 150 medlemmar, de allra flesta med internationella erfarenheter och nätverk.

En ny tid

70-talets byte till en ny årsklass plastikkirurgiska "banerförare" kom – av en slump – att sammanfalla med en världsomspännande, snabb och radikal förändring av specialitetens "standardtekniker". Lejonparten av arvet från Gillies och hans samtida, till exempel seansförflyttningar av rörtransplantat, diverse stjälkade hudlambåer, cross-leg lambåer och ett antal vedertagna tekniker för fria transplantationer, förpassades i rask takt till historien, och ersattes med fascio- och musculo-cutana lambåer, fria mikrovaskulära transfereringar av enkla och sammansatta vävnadsblock, och senare även vävnadsexpansion. Det ivriga letandet efter nya donorställen för musclocutana och mikrovaskulära lambåer satte fokus på den hittills relativt obeaktade(!) blodförsörjningen, vilket medförde en smärre revolution i fråga om förutsägbarheten av lambåers överlevnad. En "kosmetisk" förfining av rekonstruktionerna eftersträvades och realiserades, och problematiken kring donorställena, med sina ibland mycket vanprydande restdefekter, drogs fram i rampljuset.

Hastigheten i teknikomvälvningen var ett tag så hög, och bruset från fartvinden så öronbedövande, att en del utropade plastikkirurgin till en uteslutande innovativ specialitet. Utan fast bagage förväntades specialitetens företrädare ständigt "hitta på nytt", och så snart det nya etablerats genast överlämna godset till "andra", underförstått sådana som inte var lika påhittiga!! Efterhand har nog flertalet av dessa svärmare erfarit, att det här, liksom i trafiken, råder full proportionalitet mellan farten och risken för totalt haveri.

Men det är likväl ett ovedersägligt faktum att specialiteten under bara något decennium i den grad ändrade "utseende", att de nyblivna cheferna med en suck kunde konstatera att det inte fanns så värst mycket kvar av det som de lärt sig under sin långa specialistutbildning!

Av naturliga skäl startade chefsbyteskarusellen i Stockholm, där Bengt Nylén 1967 och Jan Olof Strömbeck 1971 ersatte på KS respektive på S:t Görän. Strömbeck fick redan två år senare flytta till Sabbatsberg, där han 1993 pensionerades och avlöstes av Görän Eriksson och senare Ulf Samuelsson. Kliniken flyttade 1995 kortvarigt till Södersjukhuset, innan den slogs ihop med kliniken på Karolinska. På KS hade Nylén följts av Bengt Körloff (1985–91), och härefter av i tur och ordning Björn Palmer (1991–96), Görän Jurell (1996–99) och Marianne Beausang-Linder.

Utanför Stockholm kom första vaktavlösningen i Malmö, där Sten Jacobsson 1975 ersatte Hogeman. Efter 17 års rutinerat chefskap efterträddes Jacobsson av Magnus Åberg (1992–99) och Henry Svensson. I Umeå pensionerades Stenström 1976 och hit kom Lennart Bartholdsson, som – efter ett mellanspel med läkarstafett från Uppsala – ersattes av Staffan Holmner och senare Inger Mossberg.

Tord Skoog avled oväntat 1977 och Bengt Pontén ledde Uppsalakliniken tills Lars Hakelius tillträdde professur och klinikchefspost 1979. Sistnämnda befattning över-

lämnade han 1996 till Tor-Göran Henriksson, nyligen efterträdd av Bengt Gerdin (se nedan).

År 1979, det vill säga samma år som Hakelius tillträdde, tog även Björn Nordzell över i Örebro och Leif Östrup i Linköping. Endast i Göteborg följde pionjären Bengt Johanson med över i den "nya tiden", som han med kraft och intresse tog plats i och påverkade. Först 1986 föll denne kämpe för åldersstrecket, och kunde som den sista av "Ragnells pojkar" lämna över en modern och mångfacetterad verksamhet till Hans Holmström.

Med de nya rekonstruktionsmetoderna följde ett påtagligt och synnerligen lägligt "öppnande" av plastikkirurgin mot ökad samverkan med andra specialiteter. Inte minst bäddade den rekonstruktiva mikrokirurgin, som under 80-talet snabbt fick

stort genomslag inom traumatologi och tumörkirurgi, för specialitetsövergripande arbetsgrupper tillsammans med handkirurger, ortopedier och öronläkare, i viss mån även med käk-, thorax-, neuro- och allmänskirurger. Något som utan tvekan resulterade i värdefulla korsbefruktningar, med breddande av gruppens och den enskilda aktörens insikter och kunskaper. Även på en rad andra områden blev med



Bengt Johansson, Göteborg.



Tre professorer. Medio 90-talets "andra generation" av plastikkirurgiska professorer i Sverige. Från vänster Hans Holmström Göteborg, Lars Hakelius Uppsala och Leif Östrup Linköping.

tiden arbetsformerna mera multidisciplinära. Svenska plastikkirurger lämnade betydelsefulla bidrag till den internationella utvecklingen av de nya teknikerna. Bland annat i form av ett 20-tal doktorsavhandlingar inom områdena rekonstruktiv mikrokirurgi och vävnadsexpansion.

Forskning och utbildning

Traditionellt har forskningsintensiteten alltid varit hög inom svensk plastikkirurgi. Av de första 40 ordinarie medlemmar som fram till och med år 1970 upptogs i specialistföreningens matrikel är således alla utom fem medicine doktorer. Och även senare årgångar framvisar en mycket hög andel disputerade. Här har naturligtvis klinikernas lokalisering till landets universitetssjukhus spelat en avgörande roll, liksom praxis bland sakkunniga, som ända in på 90-talet i princip krävde disputation

för erhållande av överläkartjänst! Men säkerligen även det faktum att specialiteten åtskilliga gånger under årens lopp gett sig in på helt nya områden, med stora vita fläckar på den tillgängliga kunskapskartan – ett förhållande som inte oväntat väckt utövarnas nyfikenhet och stimulerat till vetenskaplig verksamhet.

I forskarutbildningen har under sådana omständigheter plastikkirurger vänt sig åt många olika håll, självfallet primärt till kirurgiska, otolaryngologiska, dermatologiska och diverse medicinskt grundvetenskapliga institutioner, men även exempelvis till tandläkarhögskolor (LKG-spaltor, käkkirurgi) eller till teknisk fakultet. Som tidigare berörts har ett stort antal doktorander utfört hela eller delar av sitt avhandlingsarbete i utlandet.

Den första plastikkirurgiska professuren inrättades 1960 i Uppsala, med Tord Skoog som innehavare. Han etablerade en akademisk verksamhet, som – i likhet med den kliniska – präglades av ett omfattande internationellt utbyte. Efter Skoogs alltför tidiga bortgång blev Lars Hakelius professor i Uppsala 1979. I Göteborg blev Bengt Johanson professor 1970 och beklädde posten intill 1986 då Hans Holmström efterträdde. En tredje plastikkirurgisk professur inrättades 1985 i Linköping med Leif Östrup som befattningshavare fram till 2001, då Gunnar Kratz tog vid. Jan Olof Strömbeck var professor i Stockholm 1989–93.

Vid brännskadeavdelningen i Uppsala blev forskningsläkaren Gösta Arturson professor i brännskadevård redan 1965 och han efterträddes vid sin pensionering 1994 av kirurgen Bengt Gerdin. Brännskadeavdelningen i Linköping – etablerad och ledd av professorn i kirurgi Sten-Otto Liljedahl från 1970 fram till 1982, då den efter hans död överfördes till plastikkirurgiska kliniken – fick sin första "egna" akademiska tjänst 2001, då Folke Sjöberg (anestesiolog) utnämndes till professor i brännskadevård.

I grundutbildningen av läkare, sjuksköterskor, paramedicinska personalgrupper med flera har regionklinikernas plastikkirurger medverkat på bred front, med föreläsningar, patientdemonstrationer, klinisk handledning och examinationer. Beträffande specialistutbildningen förblev den under många år, vad angår tjänstgöringens längd och förläggning, relativt oförändrad, alltsedan Ragnell 1945 kopierade den engelska modellen. Men från mitten av 80-talet (LSU 1985) har den dock, i likhet med alla andra medicinska specialistutbildningar, blivit målstyrd och icke-tidsbegränsad.

Redan 1970 väckte Tord Skoog tanken om en gemensam nordisk teoretisk postgraduate utbildning, och på detta område har plastikkirurgerna helt klart varit banbrytare. Ända sedan höstterminen 1972, alltså genom 32 år, har ett ambitiöst upplagt nordiskt kursprogram, omfattande initialt fyra, numera fem veckokurser (= 150 timmar), varit obligatoriskt i samtliga fem länders specialistutbildning. Kurserna ges i Nordisk Plastikkirurgisk Förenings regi två gånger per år, mestadels som internat, och roterar mellan drygt dussintalet danska, norska, finska och svenska kursorter. De har beträffande lärarkrafter kunnat utnyttja hela den samlade nordiska kompe-

tensen och har genomgående fått mycket höga betyg av deltagarna. Antagningen sker centralt enligt de riktlinjer och prioriteringsgrupper som ursprungligen uppställdes av Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV).

Kursprogrammet har på ett rationellt och kostnadseffektivt sätt kunnat erbjuda högklassig teoretisk specialistutbildning inom en relativt liten specialitet, med endast en "handfull" utbildningsplatser inom varje nordiskt land för sig, och det har varit extra värdefullt att den blivande plastikkirurgen vid dessa upprepade personliga möten lärt känna sina kollegor från hela Norden.

Sedan starten har nu allt som allt 63 veckokurser genomförts enligt följande programcykel:

1. Medfödda missbildningar
2. Tumörer och cancerkirurgi
3. Transplantation och sårsläkning
4. Traumatologi
5. Estetisk plastikkirurgi

Estetisk plastikkirurgi

Sistnämnda femte nordiska kurs tillkom på 90-talet, sedan man förstått att även framtidens plastikkirurger har behov av gedigna kunskaper om "estetiskt" tänkesätt och "estetiska" operationstekniker. Kunskaper som i högsta grad varit grundläggande för optimala resultat vid exempelvis missbildnings- och rekonstruktionskirurgi, men som var på väg att helt gå förlorade för de många yngre utan beröring med privat verksamhet.

Ända från seklets början utförde som bekant plastikkirurger runt om i världen "kosmetiska" operationer. Även Ragnell tog vid slutet av 30-talet upp denna verksamhet i Sverige, och på privata sjukvårdsinrättningar och enskilda mottagningar i storstäderna, samt fram till början av 60-talet även som så kallad privatvård vid landstingssjukhusen, har erfarna plastikkirurger utfört estetiska operationer. Ett fåtal på heltid, de flesta som bisyssla utöver ordinarie arbetstid.

Någon helt eller delvis offentligt finansierad "skönhetskirurgi" har således inte förekommit vid sjukhusklinikerna i Sverige sedan 50-talet – även om landstingspolitiker, ända fram tills idag, i åtskilliga konsekutiva sparpaket med pukor och trumpeter "bortprioriterat" denna obefintliga verksamhet!!

Som Pontén har uttryckt det är emellertid "kombinationen av utseendeförbättrande operationer och pengar oemotståndlig för journalisterna"! Den offentliga mytologin kring den estetiska kirurgins förutsättningar och bedrivande har uppfattats som en klar belastning för den plastikkirurgiska specialiteten, och stora grupper av enbart offentligt anställda föreningsmedlemmar har under årens lopp direkt tagit avstånd ifrån den. Svensk Förening för Estetisk Plastikkirurgi, bildat 1983 med J.O. Strömbeck som sin första ordförande, kom dock att ingå som en sektion av specialistföreningen, och sektionens medlemmar har föredömligt verkat för höga krav

på fortgående utbildning, patientsäkerhet, dokumentation, annonseringsregler med mera. I de plastikkirurgiska specialistutbildningskraven har åter upptagits "känedom om estetiska tekniker".

Framtiden

Den plastikkirurgiska specialiteten står idag stark på ett fundament av innovativ kirurgisk teknikutveckling, fortsatt breddat verksamhetsfält, fast säte och stämma i en rad centrala multidisciplinära specialistteam och – inte minst – hög kvalité i vård, utbildning och forskning. Detta är naturligtvis ett resultat av den autonoma växt och utveckling som beskrivits här ovan. Ty ingen kan väl på allvar tro att ett bibehållet "konsultsystem" som det Allan Ragnell fick flänga omkring i på Stockholmssjukhusen under närmare sju års tid, eller andra former för subspecialiserade "enmansteatrar", hade fört oss ens hälften så långt som vi kommit?

I ett just nu pågående översyn av specialistutbildningen har man åter börjat använda begrepp som "basspecialitet" och "grenspecialitet", en terminologi som får anses vara hopplöst efter sin tid! I dagens kliniska verklighet är det ju nämligen ett faktum, att den kirurgi som "blir över", när ortopedier, urologer, barnkirurger, handkirurger, thoraxkirurger, ögonkirurger, öronkirurger, huvud- och halskirurger och plastikkirurger "tagit sitt", i stort sett begränsar sig till gastroenterologisk kirurgi och delar av den "endokrina" kirurgin. Att bibehålla tanken att dessa delområden, under beteckningen "kirurgi", utgör en basspecialitet, och att därpå tvinga samtliga kirurgaspiranter genom den, vill för majoritetens vidkommande ge utbildningstiden en helt felaktig tyngdpunkt och leda till ett kolossalt resursslöseri. Exempelvis har "avståndet" från den moderna gastroenterologiska kirurgin – som rört sig alltmer mot laparoskopiska ingrepp – till flertalet centrala plastikkirurgiska tekniker snabbt ökat.

"Kirurgi" är inte längre ett huvudord, det har blivit epitet!

Flera spännande utvecklingslinjer kan redan nu skönjas som möjligheter inom framtidens plastikkirurgi. Så kallad "tissue engineering" med odlade, "formgjutna" vävnadsblock (t ex ytteröron, ledbrosk, körtelvävnad) börjar redan att växa fram, tillsammans med mediatorstyrd vävnadsinduktion. De första prenatala (intrauterina) operationer av t ex LKG-spaltor har rapporterats, liksom försök med postnatal mediering av fötal, "ärrfri" sårsläkning. Forskning pågår kring medikamentellt framkallande av lambåeffekter liknande det välkända "delay" fenomenet.

För att nu nämna bara en bråkdel av det som Du kan läsa om i nästa jubileumsbok!

Utvecklingen av thoraxkirurgin i Sverige till egen specialitet och till internationell ryktbarhet

CHRISTIAN OLIN och BENGT ÅBERG

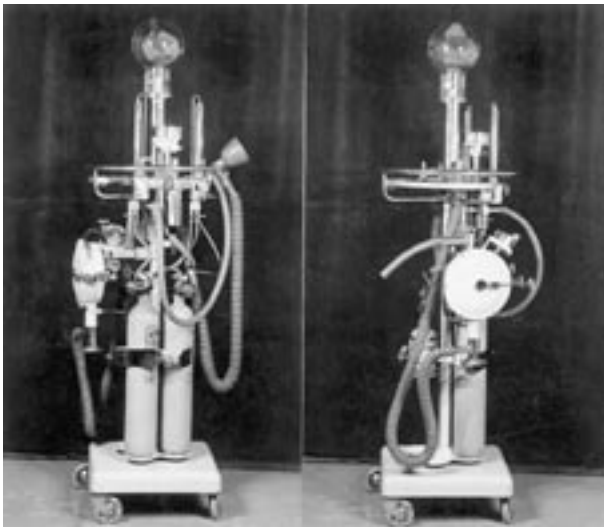
Utvecklingen av thoraxkirurgin till en egen specialitet kan sägas ha tagit sin början i mitten på 1930-talet på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Där arbetade då de bägge kirurgerna Knut Harald Giertz och hans lärjunge Clarence Crafoord. Bägge hade tidigare tjänstgjort på Mörby lasarett (nuvarande Danderyds sjukhus) där de under slutet av 1920-talet börjat utveckla metoder för att operera i brösthålan. Hösten 1927 hade de väckt sensation genom att utföra två stycken lyckade Trendelenburgoperationer, det vill säga akut extraktion av obstruerande embolier från lungartären på döende patienter via ett kort operationsnitt i thorax. Tidigare hade bara enstaka sådana framgångsrika operationer rapporterats. På Stockholms Dagblads löpsedel kunde man med stora bokstäver läsa "TVÅ DÖDA ÅTER TILL LIV".

En förutsättning för att kunna operera i brösthålan är att patientens andning på något sätt övertas och att lungorna hålls lätt uppblåsta under operation. Giertz hade redan 1916 konstruerat en experimentell andningsapparat som han framgångsrikt prövat på hund. Crafoord blev tidigt engagerad i försöken och när de bägge läkarna flyttade till Sabbatsbergs sjukhus 1928 fortsatte experimenten i ett specialutrustat laboratorium i källaren på patologiska avdelningen. En av öronläkarna, Paul Frenckner, som hade lärt sig att bronkskopera i USA togs också med i teamet.

Samarbete med AGA inleds

I början av 1930-talet tog Crafoord kontakt med AGA på Lidingö för att få hjälp med att konstruera en apparat, som kunde användas vid operationer i brösthålan

på människa. Företaget ställde välvilligt upp med resurser och satte en av sina mest begåvade ingenjörer, Emil Andersson, på uppgiften. Han konstruerade en andningsapparat efter de principer Giertz, Crafoord och Frenckner utarbetat i laboratoriet. Prototyp efter prototyp togs fram, prövades och modifierades. Apparaten kunde både blåsa in en bestämd mängd gas i lungorna och samtidigt hjälpa till att söva patienten. Apparaten fick namnet Spiropulsator. Den



AGA:s spiropulsator modell 1939.

kallades skämtsamt för "lokomotivet" av personalen på Sabbatsberg, vilket antyder något om dess storlek och det väsende ljud den producerade. Spiropulsatorn var emellertid pålitlig och började successivt rutinemässigt användas vid thoraxoperationerna.

Giertz var en synnerligen duglig administratör och organisatör. Han var outtröttlig som pådrivare. Samarbetet mellan mentorn Giertz och eleven Crafoord växte genom åren och djupnade i en varm vänskap och en ömsesidig beundran. Giertz lär en gång ha yttrat, halvt på skämt "att han hade sju egna söner av kött och blod – och så Clarence". Det de åstadkom tillsammans under de arton år de arbetade på Sabbatsbergs sjukhus kan inte nog överskattas.

Tillsammans med öronläkarna utvecklades nya trachealtuber som möjliggjorde lufttät anslutning mellan Spiropulsatorn och patienten. Senare konstruerade öronläkaren Eric Carlens även en dubbellumentub som gjorde det möjligt att ventilerade vardera lungan separat. Ensidig lungventilation med dubbellumentub är också en förutsättning för nutidens torakoskopiska kirurgi. Lungan på den sida man opererade kunde fås att helt eller delvis falla ihop vilket avsevärt underlättade operationerna. Carlens, som var ansvarig för bronkoskop-verksamheten på öronkliniken, hittade även på en ny operationsmetod, mediastinoskopi, för att bedöma operabilitet av lungcancerfall. Vid operationen kunde man ta prov från cancermisstänkta körtlar i mediastinum.

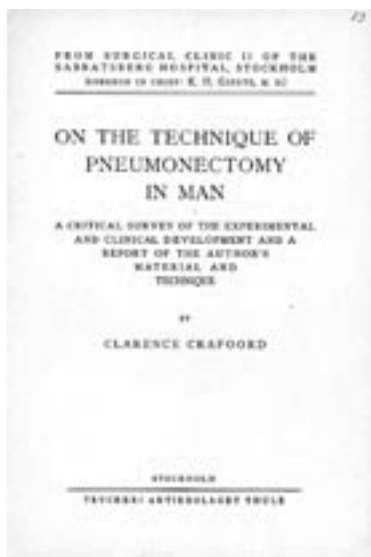
Thoraxkirurgin blir en egen specialitet

Clarence Crafoord, som nu var biträdande överläkare, blev allt djärvare med operationerna i brösthålan, särskilt lungoperationerna. År 1934 gjorde han den första totala lungexstirpationen på en patient med bronkialcancer. Operationen gick bra

och följdes snart av flera liknande operationer. Han började även kirurgiskt angripa lungtuberkulos, först med revbensplastiker, torakoplastiker, för att få den sjuka lungan att falla ihop men senare med radikala operationer som segmentresektioner och lobektomier. Bronkiektasier opererades likaså med exstirpation av de angripna lungdelarna. Oesophaguscancer började opereras med resektion och uppdragande av magsäcken i thorax.

År 1938 publicerade Crafoord sin gradualavhandling "On the technique of pneumonectomy in man". I den beskrev han de 16 första fallen av total lungexstirpation. Avhandlingen omfattade tre huvuddelar: en beskrivning av spiropulsatorn med en diskussion om den kontrollerade andningens överlägsenhet jämfört med andra ventilationsmetoder, en beskrivning av den kirurgiska teknik han utarbetat och använt samt en kasuistik över de 16 fall han opererat. Avhandlingen väckte stort intresse, band annat i USA, och blev snabbt en klassiker inom den kirurgiska litteraturen. År 1939 blev Crafoord överläkare och fick en egen avdelning och 1948 utnämndes han till professor i thoraxkirurgi.

Det berättas att när några tongivande läkare i Stockholm fick höra talas om Crafoords djärva lungoperationer så försökte de stoppa honom. De lär till och med ha uppvaktat Stockholms borgmästare i frågan. Borgmästaren var emellertid en klok man och frågade delegationen vilken alternativ behandling som stod till buds. "Det finns ingen" fick han till svar. Borgmästare frågade därefter om några av patienterna överlevt operationen. Jo, de hade de nog gjort. De kunde till och med gå och promenera i sjukhusparken efteråt. Därmed ansåg borgmästaren saken avgjord.



Clarence Crafoords avhandling.

Studieresa till USA

På våren och sommaren 1939 företog Crafoord en fyra månader lång studieresa till USA som kom att bli mycket betydelsefull. Han började med att åka till Boston och besöka kirurgkollegan Robert Gross. Där fick han se Gross operera en persisterande ductus arteriosus (Botalli) på en sjuårig flicka. Vid operationen, som gjordes via ett litet snitt baktill i vänster thorax, ligerade Gross den abnorma kärlförbindelsen med en grov silkesutur. Flickan tillfrisknade snabbt. Vid en kongress två veckor senare fick Crafoord höra Gross redogöra i detalj för de fyra ductusfall han dittills opererat. Crafoord antecknade flitigt och beslöt att försöka introducera metoden i Sverige.

Under resan gjorde han ett fyra veckor långt uppehåll vid University of Michigan i Ann Arbor, hos John Alexander och Cameron Haight, två av dåtidens ledande lungkirurger. Här anslöt även ingenjör Andersson från AGA. Med i bagaget hade

han den senaste modellen av Spiropulsatorn. Apparaten demonstrerades och användes sedan vid ett antal thoraxoperationer de kommande dagarna. Apparaten, och särskilt den använda ventilationstekniken, fick högsta betyg. Både Alexander och Haight beställde på stående fot egna apparater och kom sedan under lång tid att rutinmässigt använda dem i sin dagliga operationsverksamhet.

Under resan fick Crafoord tillfälle att se en sjukvård som var annorlunda organiserad än den han var van vid i Sverige. Till sin glädje och tillfredsställelse kunde han konstatera att den svenska sjukvården inte låg den amerikanska efter. I vissa stycken tyckte han till och med att hans verksamhet på Sabbatsberg hade kommit längre än den amerikanska. Det stärkte honom och tilltron om vad han skulle kunna åstadkomma när han kom hem.

Resan avslutades i Los Angeles där han deltog i de amerikanska kirurgernas årsmöte. Han hade inbjudits att tala om den ventilationsteknik han utvecklat. Föredraget var 45 minuter långt och hade titeln "Pulmonary ventilation and anaesthesia in major chest surgery". Det möttes med stående ovationer (vilket normalt inte förekom!). Vid den stora avslutande banketten utsågs han högtidligen till hedersledamot i föreningen. Det var den första stora utmärkelse som Crafoord fick och det skulle inte bli den sista. Det var en mycket nöjd Clarence Crafoord som återvände till Sverige 1939.

Slutning av öppetstående ductus arteriosus ("Botalli")

När han kom hem berättade han i flera föredrag vad han sett på sin USA-resa. Bland andra inbjöd han barnläkarna i Stockholm och berättade om möjligheten att kirurgiskt sluta öppetstående ductus. Det skulle emellertid dröja nästan två år, till 1941, innan han fick ett eget fall. Det visade sig vid operationen att det rörde sig om en "ovanligt stor och kort ductus". Crafoord ansåg att det skulle vara riskfyllt att ligera denna stora ductus, bland annat med hänsyn till risken för att suturen skulle kunna skära genom den sköra väggen. Han valde därför i stället att stänga av den med två kärklämmare som han konstruerat, dela den och göra kärlsutur på både aorta- och pulmonalissidan. Denna metod var betydligt mer tekniskt krävande än att bara ligera, men har sedan kommit att bli rutinmetod, bland annat med hänsyn till risk för rekanalisering vid enbart ligering.

Vid en av sina ductusoperationer råkade Crafoord ut för en kraftig blödning från operationsområdet. Det tvingade honom till att stänga av aorta både ovanför och nedanför blödningstället. Reparationen av blödning tog närmare tjugo minuter. Överraskande nog fick inte patienten några men av det inträffade. Crafoord resone-



Clarence Crafoord, professor på Karolinska Institutet 1948–1966.

rade då att man rimligtvis borde kunna stänga av aortan betydligt längre på patienter med en annan typ av kärmissbildning i samma område, nämligen coarctatio aortae. Vid en fullt utvecklad coarctatio finns det dessutom vanligen ett rikt kollateralkretslopp mellan övre och nedre kroppshalvan. Det borde garantera tillräckligt blodflöde till nedre kroppshalvan och ryggmärgen även vid en längre aortaavstängning.

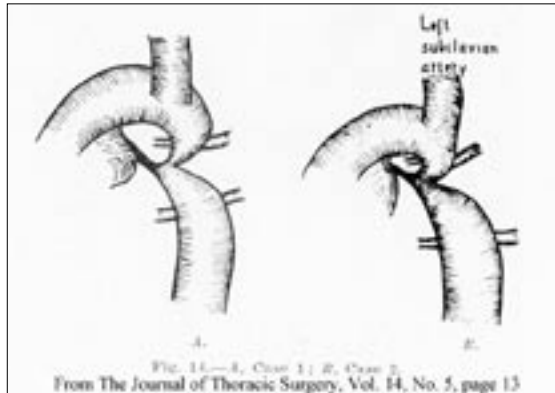
Första operationen av coarctatio aortae i världen

Oktober 1944 opererade Crafoord sitt första fall av coarctatio aortae. Det var den första operationen av detta slag i världen. Patienten var en elvaårig pojke. Pojken led av huvudvärk på grund av förhöjt blodtryck i övre kroppshalvan. Fallet hade diagnostiserats och remitterats till Crafoord av kardiologen Gustav Nylin på Södersjukhuset i Stockholm. Han var en av dåtidens ledande kardiologer och inbjöds närvara vid operationen. Genom en vänstersidig torakotomi med exstirpation av femte revbenet fick man god tillgång till de vänstersidiga hjärtkärlstrukturerna i thorax. När Nylin fick se det pulserande hjärtat genom den tunna hjärtsäcken lär han ha ropat "*Clarence, Clarence, där är ju mitt organ!*". Det var första gången som han med sina egna ögon såg ett slående hjärta.

Under operationen, som sammanlagt tog närmare sex timmar, skars det förträngda partiet av aorta försiktigt bort tillsammans med ett rudimentärt ductusligament. De bägge aortasegmenten anastomoserades sedan med en fortlöpande kärlsutur. Patienten kunde skrivas ut från sjukhuset efter 14 dagar. Blodtrycket var då normalt i övre och nedre kroppshalvan. Senare i livet spelade han en hel del fotboll och lär till och med tagit medalj i boxning.

Vid en efterkontroll på Karolinska sjukhuset 32 år efter operationen var blodtrycket fortfarande normalt i armar och ben. En aortografi visade att det bara fanns en lätt insnörning på platsen för den tidigare gjorda kärlsuturen.

Två veckor senare opererade Crafoord sitt andra fall, en 27-årig lantbrukare. Även den operationen gick bra. De bägge fallen beskrevs i ett föredrag på Svensk Kirurgisk Förening i november 1944 och i den amerikanska tidskriften *Journal of Thoracic Surgery*.



Schematisk teckning, gjord av Crafoord själv, av de två första opererade coarctatiopatienterna.

"Blue babies" börjar opereras i Sverige

Philip Sandblom, på den tiden chef för den barnkirurgiska verksamheten på Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus i Stockholm, hade tillsammans med sin kardiolog Edgar Mannheimer i mitten på 1940 varit och besökt Alfred Blalock vid Johns

Hopkinssjukhuset i Baltimore. Blalock, hade på förslag av sin kardiolog Helen Tausig operativt börjat anlägga så kallad aortopulmonella shuntar på barn med svåra cyanotiska hjärtfel ("blue babies"). Operationen syftade till att leda in mer blod i lungorna och på så sätt minska cyanosen. Det första fallet i Sverige, en Fallots tetrad, opererades av Sandblom 1947. Vänster arteria subclavia fripreparerades, delades och syddes end-to-side till vänster lungartär. Syremättnaden i artärblodet steg från 43 procent till 82 procent. Detta ledde till att barnets allmäntillstånd avsevärt förbättrades och de tidigare förekommande cyanosattackerna försvann.

Operationer på slående hjärta

Stimulerade av utvecklingen i England och USA introducerades i början av 1950-talet mer eller mindre fantasifulla "slutna metoder" att operera enklare hjärtfel. Förmaksseptumdefekt av sekundumtyp opererades sålunda på slående hjärta med "circumclusion", en operationsteknik som ursprungligen lanserats av Söndergaard i Danmark, men som modifierats av Viking Olov Björk i Sverige. Vid ingreppet, som utfördes via en högersidig torakotomi och med öppnandet av pericardiet på längden, drogs defekten (hållet) mellan förmaken ihop med en grov sutur som drogs genom basen på förmaksseptum med hjälp av en lång så kallad underbindningsnål. Suturen knöts sedan försiktigt i den på förhand uppdissekerade "interatrialfåran" mellan förmaken. Under operation hade kirurgen sitt ena pekfinger i höger förmak för att styra underbindningsnålen och för att kontrollera att defekten blivit sluten.

Valvulär pulmonalisstenos opererades med de engelska kirurgerna Holmes Sellors och Russel Brocks teknik. En sond försedd med guidekula och en dubbelsidig kniv i spetsen fördes in i höger kammare mellan ett par hållsuturer. Under palpation från utsidan av hjärtat pressades sedan sonden med milt våld genom den förträngda klaffen som därmed öppnades. Brock, sedermera adlad Lord Brock, konstruerade även ett biopsiinstrument, en så kallad infundibular punch, med vilket man kunde knipa ut förträngande muskelbalkar i utflödesområdet (infundibulum) av höger kammare.

Hjärtoperationer i hypotermi

De ovan beskrivna operationsmetoderna var alla "slutna och blinda" och därmed svåra att kontrollera. Det stod snart klart att det som behövdes var en metod där kirurgerna kunde operera under "ögats kontroll". Det var därför med stort intresse man hörde att kirurgerna i USA och Canada hade börjat göra hjärtoperationer med hjälp av hypotermi. Genom att sänka patientens kroppstemperatur genom ytkylning kunde kroppens syrebehov minskas med ungefär hälften. Detta möjliggjorde att stanna cirkulationen, och därmed hjärtat, i upp till åtta minuter. På denna tid kunde man korrigera enklare hjärtfel som okomplicerad förmaksseptumdefekt och pulmonalisstenos.

Det första lyckade hypotermifallet i Sverige gjordes av Helge Wulf i Malmö 1954. Stockholm gjorde sitt första fall strax därefter men där höll man på att utveckla en

hjärtlungmaskin och ställe sig avvaktande till hypotermimetoden. Det var först när Viking Olov Björk öppnade en ny thoraxklinik i Uppsala som större antal fall gjordes. Metoden var mycket "fysiologisk" och resultaten i Uppsala var påfallande goda. Av 150 konsekutivt opererade fall förlorade man bara tre och man behövde inte operera om något fall.

Den viktigaste kontakten som Crafoord knöt under sin USA-resa var nog med John Gibbon i Philadelphia. Gibbon var då en tämligen anonym professor i allmänkirurgi vid Jefferson Medical School. Han hade som medicinstudent vakat över en ung kvinna som genomgått en galloperation och efteråt fått livshotande



Clarence Crafoord opererar. (1950-talet)

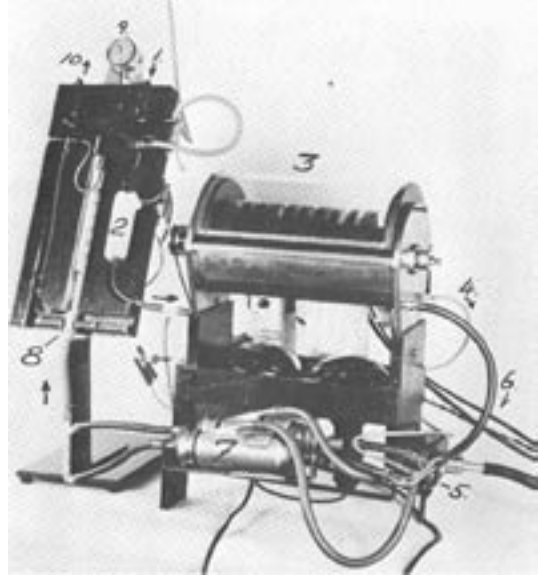
lungembolier. När Gibbon under nattens mörker iakttog de utspända halsvenerna och varje halvtimme registrerade det knappt mätbara blodtrycket slog det honom att vad patienten egentligen behövde var en apparat som kunde suga ut det syrefattiga venösa blodet från hålvenerna, syresätta det på konstgjord väg och pumpa tillbaka det i artärsystemet. Under tiden apparaten var inkopplad skulle kirurgen kunna öppna bröstkorgen och i lugn och ro extrahera de obstruerande embolierna. Gibbon blev så besatt av tanken att han lämnade sin kliniska tjänst och började försöka konstruera en sådan apparat.

Vid besöket 1939 fick Crafoord se Gibbon utföra ett experiment på en sövd katt där han artificiellt kunde syresätta blod i en roterande cylinder och sedan via en kanyl på halsen pumpa det vidare till hjärnan. Lungpulsådern (och därmed cirkulationen till lungorna) var avklämd i 18 minuter med en kärklämnare som införts via ett kort snitt i thorax. Därefter togs kärklämnaren och kanylen bort, operationssåren syddes ihop och katten tilläts vakna. Nästa dag när Gibbon och Crafoord besökte katten betedde den sig ungefär som vanligt. Crafoord blev starkt imponerad av det han såg. På hösten 1939 bröt emellertid andra världskriget ut varför både Crafoord och Gibbon fick lägga sina projekt "i malpåse".

När kriget var slut och Gibbon hade återupptagit sina experiment beslöt Crafoord att försöka konstruera en liknande apparat som Gibbons. Vid denna tid, 1946, hade Crafoord fått en ny energisk medarbetare, Viking Olov Björk. Björk fick nu till uppgift att tillsammans med ingenjör Emil Anderson på AGA att konstruera en apparat som skulle kunna syresätta blod till hjärnan i samband med hjärtoperationer.

År 1947 hade Björk och Andersson en prototyp klar. Syresättningen sköttes av skivor som roterade i en sluten behållare med syrgas.

Med denna apparat kunde Björk syresätta hundar vars cirkulation var helt avstängd i 30 minuter. 1948 publicerade han sin doktorsavhandling med titeln "Brain Perfusion in Dogs with Artificially Oxygenated Blood". Systemet med att syresätta blodet med hjälp av roterande skivor använde Björk sedermera i den hjärtlungmaskin han konstruerade tillsammans med AGA på 1960-talet och som användes kliniskt i Sverige och många andra länder i flera decennier.



Tidig modell för experimentell extracorporeal cirkulation konstruerad av Björk 1947.

När Björk 1950 åkte på en sju månader lång studieresa till USA övertogs projektet av kollegan Åke Senning. Målet var nu att konstruera en större maskin som skulle kunna användas vid hjärtoperationer på människa. I samarbete med ingenjören P.A. Åstradsson på AGA byggde Senning en maskin som bland annat hade automatisk flödeskontroll, värmeväxlare och inbyggda suger. Oxygenatorn bestod till att börja med av roterande skivor men ersattes senare av en serie perforerade metalldrömmor som roterade i ett tråg med syrgas. Värmeväxlaren gjorde att maskinen under gång kunde kyla och värma blodet. Därmed kunde den användas i kombination med hypotermi.

Den första operationen med hjärtlungmaskin – den andra framgångsrika öppna hjärtoperationen i världen

Den 16 juli 1954 gjordes den första framgångsrika hjärtoperationen med den nya maskinen. Det var den andra lyckade operationen av sitt slag i världen. Patienten var en 42-årig kvinna med en godartad tumör, ett myxom, i vänster förmak. Tumören hotade att lägga sig över mitralisklaffen och strypa blodflödet genom hjärtat. Den hade också gett upphov till cerebrala embolier med övergående hemipares. Fallet hade diagnostiserats med hjälp av selektiv angiografi i vänster förmak, via direktpunktion av förmaket med lång nål bakifrån transthorakalt, en teknik som Viking Björk utvecklat. Vid operationen som utfördes av Crafoord med Senning som assistent, skötte hjärtlungmaskinen cirkulation och syresättning helt i sammanlagt 28 minuter. Under denna tid kunde den drygt plommonstora tumören tas ut och

hjärtat sys ihop. Vid operationen hade man stannat hjärtat genom att elektriskt inducera kammarflimmer, en metod som Senning utvecklat och skrivit sin avhandling om.

Dramatik under operationen

För säkerhets skull hade man kombinerat operationen med hypotermi. Operationen började med att patienten sövdes och sänktes ned i ett badkar med kallt vatten. En kirurgkollega som passerade frågade skämtsamt *"när skall ni sätta locket på kistan"*? När patientens temperatur nått 30 grader flyttades hon över till operationsbordet och bröstkorgen öppnades på vänster sida. Hjärtlungmaskinen kopplades in och kylde vidare till 28 grader vid vilken kroppstemperatur operationen utfördes. När hjärtat skulle sys ihop igen började det plötsligt slå spontant, något som Senning aldrig hade sett i laboratoriet när han opererade på hundar. Senning hade sinnesnärvaro nog att manuellt komprimera kammaren för att förhindra luftemboli tills Crafoord hunnit sy ihop förmaket. Med maskinens hjälp värmdes man sedan patienten till 30 grader varefter kanylerna togs ut och operationssnittet syddes ihop.

Efter operationen värmdes patienten upp igen i badkaret, som nu var fyllt med 42-gradigt vatten, till 37 graders kroppstemperatur. Det postoperativa förloppet var okomplicerat och hon kunde skrivas ut från sjukhuset efter cirka 14 dagar. Efteråt lär hon ha sagt till Senning, när han pratade med henne i telefon 30 år efter operationen *"vad skönt det var när ni började värma"*. Uppenbarligen var hon (troligen av säkerhetsskäl) inte tillräckligt djupt sövd under ingreppet.

Medfödda hjärtfel börjar opereras

Den patientgrupp som var mest angelägen att börja med var patienter med medfödda hjärtfel. I USA hade Walton Lillehei i Minnesota utvecklat operationsmetoder att sluta kammarseptumdefekter, komplicerade förmaksseptumdefekter och totalkorrektion av Fallots tetrad. Dessa metoder togs nu upp i Stockholm. Även i Malmö under Helge Wulfs ledning började man operera hjärtfel med hjärtlungmaskin. Resultaten var till att börja med dåliga, dels på grund av att syra-, bas- och vätskebalansen under operation inte var helt under kontroll, dels att man hade svårt med selektionen av lämpliga patienter. År 1956 hade man opererat 13 fall varav fem dog. Men så småningom tack vare idogt forskningsarbete och livlig kontakt med andra operationslag började resultaten bli bättre och större serier kunde opereras med acceptabla resultat.

Nya thoraxkliniker öppnas

I takt med att resultaten vid hjärtoperationerna blev allt bättre och den allmänna thoraxkirurgin expanderade uppstod ett behov av fler thoraxkliniker i landet. Verksamheten i Stockholm var väl etablerad och 1957 kunde man flytta till en specialut-

rustad klinik på Karolinska sjukhusets område, där alla kliniska och experimentella thoraxverksamheter kunde koncentreras och samordnas. I slutet på 1950-talet etablerades nya thoraxkliniker i Uppsala, Lund och Göteborg. Även på barnklinikerna i Göteborg och Stockholm började man operera hjärtan, främst med slutna metoder.

En förutsättning för att kunna operera mer komplicerade hjärtfel var att diagnosen var korrekt. Ett pionjärarbete på att utveckla och förfina diagnostiken vid medfödda hjärtfel gjordes på Karolinska sjukhuset av kardiologerna Edgar Mannheimer och Bengt Jonsson samt av röntgenologerna Sven Roland Kjellberg och Ulf Rudhe. Deras publikation *Diagnosis of Congenital Heart Disease* (1954) på 900 sidor blev "bibeln" inom området och utkom i två upplagor. Nu kunde kirurgerna få exakta tryckmätningar i de olika hjärtrummen och knivskarpa bilder i flera plan på även komplicerade hjärt-kärllmissbildningar.

Första lyckade operationen för transposition av de stora kärlen

Transposition av de stora kärlen (TGA), en av de mest allvarliga av hjärtmissbildningarna i nyföddhetsperioden, hade i slutet av 1950-talet börjat opereras med tekniker som syftade till att förbättra blodblandningen i hjärtat, främst med anläggande av förmaksseptumdefekt. Någon metod som hade som mål att "omdirigera blodet" helst så att det arteriella blodet kom ut i aorta fanns inte. Det var därför lite av en sensation i kirurgvärlden när Senning och medarbetare 1958 meddelade att de lyckats göra en "totalkorrektion" av TGA genom att utföra en med lambåer av förmaksvägg och septum. Patienten var en nioårig underutvecklad pojke med cyanos. Den arteriella syremättnaden var preoperativt 69 procent. Efter operationen steg den till 94 procent. Patienten levde symptomfri fram till 32 års ålder då han avled av bakteriell endokardit i sitt hemland Polen.

Senning och medarbetare gjorde tidigt flera komplicerade kirurgiska ingrepp. Bland dessa kan nämnas resektion av ett stort vänsterkammeraneurysm efter infarkt 1955, korrektion av totalt anomalt mynnande lungvener 1956 och endarterectomi av vänster coronarartär 1958.

Bland Sennings bedrifter kan också nämnas att han var den förste i världen att operera in en implanterbar pacemaker. Patienten var en 40-årig ingenjör som hade fått virusmyokardit efter att ha ätit smittade ostron. Han hade legat på sjukhus i sex månader före operationen och hade de två sista veckorna haft 20-30 Adam-Stokes attacker. Hustrun hade fått kännedom om Sennings kunskap på området och fick honom att kontakta ingenjören Rune Elmquist på ELEMA, det medicintekniska företaget som försett Senning med en hel del av den elektriska apparatur han använde, och bad honom göra en implanterbar pacemaker. På kort tid byggde Elmquist en plastinkapslad pacemaker. Den implanterades av Senning den 8 oktober 1958. Tyvärr fungerade den bara i åtta timmar, men Elmquist hade klokt

nog gjort ett extra exemplar som fungerade lite längre. Patienten genomgick sammanlagt 25 pacemakeroperationer under sitt 86 år långa liv och dog år 2002 av ålderskrämpor.

Utvecklingen av klaffkirurgin

De förvärvade reumatiska mitralisstenoserna opererades på 50- och 60-talet på slående hjärta med transventrikulär dilatation, det vill säga kirurgen förde in ett dilatationsinstrument (Tubbs dilatator) i spetsen av vänster kammare och placerade det i klaffen. Läget på instrumentet kontrollerades med ett finger i vänster förmak. När instrumentet låg på plats i klaffen kunde "två kraftiga vingar" fällas ut till en förutbestämd bredd och klaffen spräckas upp. I allmänhet öppnade sig klaffen i de gamla commissurerna, men hade man otur öppnades bara en commissur eller så kunde det uppstå en tvärgående ruptur av klaffen som ledde till läckage i klaffen. Detta ledde till att denna operation på 1970-talet ersattes med öppen commissurotomi, det vill säga klaffen öppnades under ögats kontroll med patienten kopplad till hjärtlungmaskin.



Den ursprungliga Delrindiskmodellen av Björk-Shiley protesen.

jan av 1960-talet.

Viking Björk var tidigt ute med att sätta in kulventiler i aorta. Den amerikanske kirurgen Albert Starr hade med framgång använt samma typ av ventiler i mitralisostiet. Björk var en av de första i världen som utförde dessa operationer och han kom även att vetenskapligt värdera resultatet i ett flertal publikationer. När Björk 1966 efterträdde Crafoord som professor på Karolinska sjukhuset började han testa andra typer av klaffproteser, bland annat Kay-Shiley och Wada-Cutter skivventilproteser. Den sistnämnda protesen var konstruerad av japanen Juro Wada och hade goda flödesegenskaper men tyvärr blev

Till att börja med försökte man även att använda denna teknik på aortastenosor men resultatet föll inte väl ut då man dels inte lyckades häva stenosen helt och dels uppstod ofta besvärande läckage. Aortainsufficiens opererades med olika former av plastik, bland annat bicuspidalisering, eller insättande av isolerade cuspar av autologt pericard eller plastmaterial. Inte heller dessa operationer gick speciellt bra. Det var därför ett stort framsteg när konstgjorda klaffproteser blev tillgängliga i bör-



Viking Olov Björk, professor på Karolinska Institutet 1966–1983.

slitaget på den rörliga skivan av teflon stort, varför patienterna måste reopereras. Björk trodde emellertid på principen med en vippande skiva, "tilting disc", och såg sig om efter nya likande proteser att pröva.

Björk var därför mycket intresserad när han blev tillfrågad av den amerikanske ingenjören Donald Shiley, om han var villig att utveckla och lansera en ny typ av "tilting disc valve", där en skiva av ett hårdare plastmaterial, Delrin, var "fritt upphängd" med hjälp av två metallbyglar. Skivan öppnade 60 grader och roterade under funktionscykeln varvid slitaget fördelades. Klaffen testades i cirkulationsmodell och befanns ha flödesegenskaper som var överlägsna andra klaffar.

Den första patienten opererades 1969. Han hade en förkalkad aortastenosis och när klaffen var insydd visade det sig att skivan hakade upp sig och kunde inte öppna fullt. Björk fick därför sprätta upp alla suturerna och sy in klaffen i en annan position. Därefter rörde sig skivan bra och operationen kunde avslutas. Patienten tillfrisknade normalt. Efter denna incident ändrade Björk och Shiley konstruktionen så att klaffen kunde roteras "in situ" i sykragen, en egenskap som nu är en självklarhet hos mekaniska hjärtklaffar. Björk gjorde tillsammans med Shiley en serie förbättringar av klaffen under de kommande åren så att den under en lång period under slutet på 1970-talet och början av 1980-talet var den mest använda mekaniska hjärtklaffprotesen i världen.

Bidragande till Björk-Shiley klaffens spridning var Björks omfattande dokumentation av klaffens funktion. Den byggde dels på noggranna efterundersökningar av patienter i de första operationsserierna, dels på laboratorieförsök där andra klaffar jämfördes med Björk-Shiley klaffen. Resultatet av dessa undersökningar ledde till hundratals publikationer och sju doktorsavhandlingar.

Utvecklingen av kranskärlskirurgin

Kranskärlskirurgin kom igång relativt sent i Sverige jämfört med USA. De första större operationerna med coronar bypass presenterades av Favaloro på Cleveland-kliniken redan 1967. De första operationerna i Sverige utfördes på Karolinska sjukhuset i början av 1970-talet. Redan tidigt insåg Björk värdet av att använda arteria mammae (thoracica) interna som graft. Detta dokumenterades på ett tidigt stadium av hans medarbetare Torbjörn Ivert som i slutet på 70-talet följde upp de första operationsserierna med upprepade selektiva angiografier. Ivert kunde övertygande visa att arteria mammae hade överlägset öppetstående och dessutom inte blev säte för arteriosklerotiska förändringar med tiden som de fria venösa transplantaten blev. Denna kunskap var av stor betydelse för långtidsresultaten av kranskärlskirurgin. Först i slutet av 1980-talet började arteriella graften slå igenom internationellt.

Centralisering av barnhjärtkirurgin

Trots att operationsresultaten hos barn med hjärtfel stod sig i internationell jämförelse var resultaten när det gällde de mest komplicerade hjärtfelen inte bra. Problemet var att varje centrum hade för få av de mer sällsynta diagnoserna för att få tillräcklig erfarenhet. År 1976 togs frågan upp om man borde centralisera de mest komplicerade och resurskrävande hjärtfelen. En utredningsgrupp med representanter från de

olika specialistföreningarna tillsattes. Utredningen visade att det borde vara klara vinster med att centralisera, framför allt behandlingen av små barn med särskilt svåra hjärtfel, varför verksamheten så småningom koncentrerades till Göteborg och Lund.

Centraliseringen blev totalt sett mycket lyckosam. Resultaten, framför allt vid komplexa operationer i spädbarnsperioden, har successivt förbättrats och ligger nu under vad som redovisas internationellt. De sista fem åren har 30-dagars mortaliteten stabilt legat kring en procent och år 2002, då 463 öppna operationer gjordes, låg den på endast 0,6 procent (transplantationer inte inräknade) vilket är unikt lågt.

Utbyggnaden av thoraxkirurgin i Sverige

Utvecklingen inom thoraxkirurgin ledde till att den egna specialiteten etablerades med självständiga kliniker och anpassade specialistutbildningsregler. Officiellt upp-togs Svensk Thoraxkirurgisk Förening (STF) som sektion inom Svenska Läkaresällskapet 1981 (antal medlemmar 2004 ca 120).

De goda resultaten över världen vid kirurgisk behandling av kranskärlssjukdom gjorde att köerna för utredning och operation började växa i landet. På initiativ av Torkel Åberg i Uppsala, senare Umeå, tillsatte Socialstyrelsen i slutet av 70-talet en utredning där behovet av ökade resurser för hjärtsjukvården belystes. Detta ledde under 1980-talet till att nya thoraxkliniker etablerades i Umeå, Örebro, Linköping, Huddinge och 1996 även på Centrallasarettet i Karlskrona.

På initiativ av STF sjösattes 1992 det Svenska Hjärtkirurgiregistret som är ett kvalitetsregister för all utförd hjärtkirurgi i Sverige. Här framgår att antalet hjärt-operationer sedan registrets start legat relativt konstant kring 9000 per år, vilket motsvarar cirka hundra operationer per 100000 invånare. Relativt stora regionala skillnader föreligger dock. Sjuttio–åttio procent utgörs av kranskärlsoperationer. Resultaten i Sverige står sig mycket väl vid internationell jämförelse.

Nutid – framtid

Även om huvuddelen av thoraxkirurgin under senare år har handlat om kranskärls-operationer har även andra områden utvecklats. Förbättrad teknik och läkemedels-behandling har gjort transplantation av hjärta och lungor till rutinoperation med mycket goda resultat. Brist på organ föreligger dock tyvärr. Inom klaffproteskirur-gin har biologiska klaffar förbättrats och fått ökad användning liksom homograft, varvid man också ofta kan avstå från antikoagulantibehandling. Utvecklingen går också mot att i högre grad utföra klaffbevarande kirurgi i form av plastikoperation på främst mitralisklaffen, men även på aortaklaffen. Metoder har också etablerats för kirurgisk behandling av patienter med symptomgivande kroniskt förmaksflim-mer. Utveckling drivs också på en del håll i världen mot en mer minimal invasiv teknik med små snitt, ofta kombinerad med torakoskopisk teknik och även robot-assisterad kirurgi. Inom lungkirurgin har också ökad användning av torakoskopisk teknik skett.

Utvecklingen av hjärt- lungmaskinen har varit en förutsättning för den stora ökningen av hjärtkirurgin i världen. Noterbart är dock att under senare år har en viss andel (i Sverige ca 10 %) av kranskärloperationerna börjat göras utan hjärt-lungmaskin med hjälp av olika typer av stabilisatorer.

Efter den kraftiga expansionen av främst kranskärlskirurgin under 80- och 90-talet tyder mycket på att en viss minskning kommer att ske, då allt fler patienter idag framgångsrikt kan behandlas för sin kranskärlssjukdom med kateterburen teknik (PCI). En mycket snabb utveckling sker här för närvarande, både vad det gäller den tekniska delen liksom läkemedelssidan. I vilken grad detta kommer att påverka thoraxkirurgin framöver beträffande operationsvolymen och antalet centra är i dagsläget dock oklart.

Litteratur

Cooley D A. A milestone in cardiovascular surgery. *J Thor Cardiovasc Surg* 2003;126:1243-44.

Crafoord C. On the technique of pneumonectomy in man. *Acta Chirurgica Scandinavica* 1938;81 suppl 54.

Crafoord J, Olin C. Clarence Crafoord - en av seklets stora pionjärer. *Läkartidningen* 1999;96: 2627-37.

Murtra M. The adventure of cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;21:167-80.

Westaby S. Landmarks in cardiac surgery. Oxford, UK: Isis Medical Media Ltd, 1997.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård – rötter och grenverk

LARS WIKLUND

Även om svenska och andra nordiska kirurger bidrog till utvecklingen av anesthesiologiska metoder kom dock den nordiska anesthesiologin som specialitet att födas först på 1940-talet. Torsten Gordh i Stockholm, Ernst Tier Mørch och Willy Dam i Köbernhamn, Eero Turpinen i Finland och Otto Mollestad i Oslo blev de nordiska pionjerna under detta årtionde. Utbildningen av i första hand anesthesiologer var en förstahandsuppgift för att försörja den expanderande kirurgin med anesthesiologisk expertis och arbetskraft. Ur en skara av 20 av Torsten Gordhs proselyter, varav emellertid endast två blev anesthesiologer, skapades den 19 juni 1946 Svenska Narkosläkarklubben, som 1951 övergick till att bli Svensk Anesthesiologisk Förening och därvid anpassades stadgarna till Läkarförbundets regler och föreningen blev en sektion i Svensk Kirurgisk Förening. Först efterhand (1954) lyckades man bli erkänd som en sektion i Svenska Läkarsällskapet.

Parallt skapades för att initialt tillvarata de fackliga intressena Svenska Anesthesiologförbundet med Eric Nilsson förste ordförande. Den andre ordföranden blev Kjell Stenberg, som var en av pionjerna i Göteborg under perioden 1955-67 varefter sammanslutningen uppgick i Svensk Anesthesiologisk Förening. I mitten av 1950-talet finns relaterat att anestesikliniken på Karolinska sjukhuset internt utbildat tio–tolv specialister och några tiotal narkossköterskor. Till detta kom emellertid en stor skara av nybörjare som tillbringade längre eller kortare tid hos Torsten Gordh och effekten blev att skaran av



Torsten Gordh.

anestesiologer utökades relativt snabbt. Patientmortaliteten inom den unga specialiteten var dessvärre ganska hög och kunde räknas i procent i landet som helhet. År 1952 framträdde medicinalrådet Carl Erik Groth tillsammans med Kjell Stenberg och Torsten Gordh i pressen och förklarade att *"Narkosdöden kan nedbringas. Expert behövs på varje centrallasarett"*.

Man insåg också behovet att ge narkosköterskorna formell kompetens och 1954–55 inrättades i Göteborg med Kjell Stenberg som initiativtagare en fem-månaders specialistkurs för blivande narkosköterskor som 1958 övergick till Statens institut för Högre Utbildning av Sjuksköterskor (SIHUS). Under 1950-talet blev anestesiavdelningarna egna kliniker eftersom det blev uppenbart för landets kirurger att de inte längre kunde och ville ta ansvar för anestesi-verksamheten. Tillkomsten av sådant som öppen hjärtkirurgi och avancerad plastikkirurgi gjorde detta nödvändigt. Med början under de katastrofartade förhållanden som sjukvården utsattes för under polioepidemier i början av 1950-talet inrättades också de första intensivvårdsavdelningarna, först i Köpenhamn av Bjørn Aage Ibsen i samarbete med professorn i epidemiska sjukdomar HCA Lassen och i Sverige av Åke Bauer i Borås 1952. Expansionen av anestesiologin och intensivvården blev efterhand så kraftig och snabb att den nationella utbildningen framför allt av anestesispecialister inte hanns med i den takt som utvecklingen krävde.

Svensk anestesiologisk förening hade 29 medlemmar år 1950, 85 år 1960, 284 år 1970, 593 år 1980, 1000 år 1990, 1200 medlemmar år 2000 och senast 2004 1400 medlemmar. Expansionen var och är alltså fortfarande enorm och stora skaror av utländska, framför allt brittiska, specialister kom att vikariera längre eller kortare tid, framför allt under 1960-talet. Utomordentlig expertis kom på detta sätt oss tillgodo. Faktum var att i Västerås hade till sist alla utom en av Storbritanniens blivande professorer vikarierat hos Peter Lee som var den engelske överläkare som kom att stanna 20 år på sin västeråstjänst.

Svensk Anestesiologisk Förening, som alltså till en början var en delsektion i Svensk Kirurgisk Förening, övergick 1989 till att kallas Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) då med åren intensivvården alltmera blivit en integrerad del av anestesiologin. Det blev framför allt under 1960- och 70-talen som föreningen kom att expandera kraftigt. Årliga efterutbildningskurser liksom årsmöten på våren eller sommaren, och föreningsmöten vid rikstämman var de stora nationella begivenheterna. Vid sidan av detta tillkom snart nordiska och andra internationella kongresser.

Den nordiska föreningen bildades 1950 efter ett förslag som lanserades på den nordiska kirurgkongressen i Helsingfors året före. Torsten Gordh blev dess första ordförande och föreningens första kongress hölls i augusti 1952. Denna förening som kallades Nordisk Anestesiologisk Förening kom att organiseras med individuella medlemskap och hade som huvuduppgift att organisera nordiska kongresser vartannat år samt att, med start 1957, ge ut *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. Denna tidskrift utvecklade sig mycket väl och kom efterhand att bli den fjärde av

världens större anestesitidskrifter. Ekonomiskt utvecklade sig också tidskriften gott och kom att rendera den nordiska föreningen ganska stora ekonomiska överskott som sedermera överfördes till en "Acta-fond" som med sitt betydande kapital understött diverse utbildningsaktiviteter på nordisk basis.

År 2000 kom den nordiska föreningen att organiseras om genom att de nationella föreningarna i Norden beslöt att kollektivt ansluta sina medlemmar till den nordiska/skandinaviska föreningen med tillhörande prenumerationer på Acta Anaesthesiologica Scandinavica. Professor Sten Lindahl på Karolinska sjukhuset blev den som framför andra var den svenske tillskyndaren av projektet och den nya föreningens (Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care, SSAI) förste president, varmt stödd av Sveriges och Nordens övriga professorer. Efterhand visade sig att en del av de svenska medlemmarna inte ville ha personliga prenumerationer och efter en del tumult blev denna prenumeration liksom medlemskapet i SSAI frivilligt för svenska kollegor.

På 1980-talet, hade på europeisk bas först bildats European Academy of Anaesthesiology och några år senare den konkurrerande European Society of Anaesthesiologists (ESA). En tredje organisation nämligen World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA), bildad redan 1955 bland annat med Torsten Gordh som en av grundarna, hade då redan en europeisk delförening. Situationen som uppkom innebar att tre olika anesthesiologiska föreningar organiserade kongresser. Efter flera års intensiva, för att inte säga infekterade, förhandlingar har nu de tre föreningarna "amalgamerats" och därigenom nyligen fått en gemensam styrelse och en gemensam årlig kongress. På det nordiska planet består dock den skandinaviska/nordiska anestesiföreningen, liksom Acta Anaesthesiologica Scandinavica.

Endokrinkirurgins historia ur ett nationellt perspektiv

En specialitet i stark utveckling

HENRY JOHANSSON

Endokrin kirurgi har utförts i många hundra år. Det är dock först under de senaste decennierna som ämnet fått en egen profilering inom kirurgin. Under denna tid har endokrinkirurgin gynnsamt utvecklats både kliniskt och vetenskapligt. Nordisk Kirurgisk Förening bildade 1972 en sektion för endokrin kirurgi och sedan 1995 finns Svensk Förening för Endokrin Kirurgi. Under de senaste årtiondena har också nationella endokrinkirurgiska föreningar i allt större omfattning bildats världen över. Sedan 1979 finns dessutom den internationella endokrinkirurgiska föreningen, "International Association of Endocrine Surgeons" (IAES). Peter Heiman var en av initiativtagarna och en av dess första presidenter var Per Ola Granberg. De här olika organisationsformerna har gagnat utvecklingen av ämnet och på ett framgångsrikt sätt främjat det internationella utbytet på området.

Svensk Förening för Endokrin Kirurgi (SFEK) bildades år 1995. Dess förste ordförande var Håkan Ahlman, Göteborg och sekreterare Jonas Rastad, Uppsala. Redan tidigare hade dock mer informella vetenskapliga möten hållits vartannat år i den endokrinkirurgiska klubben, som bildades under början av 1980-talet. Från och med



Professor Per Ola Granberg, president för IAES 1983-1985.

1979 har fortbildningskurser i endokrinkirurgi arrangerats inom ramen för Nordisk Kirurgisk Förening. Kurserna har hållits på postgraduatnivå och roterat mellan de nordiska länderna.

En av huvuduppgifterna för SFEK har varit att arrangera det endokrinkirurgiska programmet vid den årligen återkommande Kirurgveckan. Varje år har internationellt välkända endokrinkirurger inbjudits till symposier och högtidsföreläsningar. Under senare år har två högtidföreläsningar tillkommit, P.O. Granberg-föreläsningen som vanligen hålls av en internationell gäst och Ivar Sandström-föreläsningen av svensk föreläsare. SFEK har dessutom arrangerat såväl teoretiska kurser i endokrinkirurgi som kurser i endokrinkirurgisk teknik. Vidare har föreningen engagerat sig i uppbyggnaden av ett skandinaviskt kvalitetsregister för endokrinkirurgi. Anders Bergenfelz i Lund har här utfört ett pionjärarbete. Efter vidareutveckling är registret nu webb-baserat och alltfler kliniker ansluter sig.

Endokrinkirurgins profilering har framtvingsats av kravet på speciell kirurgisk och klinisk kompetens. Moderna teknologier inom molekylärbiologi, immunologi och genetik utnyttjas alltmer i diagnostiken. Röntgenologin ger oss möjligheter till en exakt tumörlokalisering samtidigt som den ställer större anspråk på endokrinkirurgens kunskaper om olika behandlingsformer. Utvecklingen av patologin, inte minst inom immunhistokemin, och cytologin har gjort att man allt säkrare kan klassificera tumörerna. Endoskopiska tekniker har utvecklats och kravet att utnyttja "minimally invasive surgery" har gjort sig alltmer gällande. I utvecklingen av endokrinkirurgin kan vi med stolthet konstatera att våra egna kirurger och forskare spelat en stor roll och därför känns det angeläget att spegla denna framställning framför allt ur ett svenskt perspektiv med några kliniska och vetenskapliga axplock på endokrinkirurgins olika områden.

Struma – en sjukdom med anor

Strumasjukdomen omtalas tidigt och redan i Linnés föreläsningar (1746–47) omnämns flera strumaformer. Första gången den endemiska struman beskrivs i svensk litteratur var 1816, då man nämner att sjukdomen är "tämmligt allmän i och omkring Falun". Den giftiga struman, som ingående beskrevs av den tyske läkaren Carl von Basedow 1840, diskuterades i svensk litteratur i slutet på 1850-talet. Antalet diagnostiserade fall var få – vid sekelskiftet uppgick de till ett 50-tal per år. Efter att Theodor Kocher i slutet på 1880-talet visat att toxisk struma kunde behandlas kirurgiskt, påbörjades även i vårt land en sådan terapiform. Till en början gjordes ofta totala tyreoidektomier, men trots detta tycks tetaniska komplikationer ha varit ganska ovanliga i vårt land. I början var antalet operationer få men ökade efterhand, även om de under några decennier vanligtvis inskränkte sig till ensidiga lobektomier eller begränsade resektioner för att minska risken för tetanier. Under 1900-talets första årtionde skedde en successiv ökning och under 1940-talet opererades, enligt Einar Ljunggren, cirka 1500 patienter per år i vårt land för toxisk struma. Säkerheten i den kirurgiska behandlingen ökade i och med att man på 1920-talet

införde Plummers preoperativa jodbehandling. I ett arbete från kirurgiska kliniken i Uppsala 1925 skriver Anders Westerborn att med denna preoperativa behandling "skulle det vara möjligt att få även de svåraste fall av Basedow över i ett sådant stadium att de kunna opereras utan allt för stor risk".

Den preoperativa jodbehandlingen medförde också efterhand en mindre dödlighet vid operationer av toxisk struma – från cirka 19 procent på 1920-talet till omkring tre procent på 1930-talet. Införandet av tyreostatika på 1940-talet medförde en ytterligare förbättring i den preoperativa behandlingen och tekniskt underlättades operationerna sedan Gösta Bergfelt och medarbetare i Göteborg i början av 1960-talet lanserat tyroxin som tillskott i den antityreoida behandlingen.

I dag har vi helt andra kunskaper om den toxiska struman, vilken visat sig vara en autoimmun åkomma. Kirurgins plats bland olika behandlingsalternativ för denna sjukdom har ganska väl utkristalliserats, inte minst genom den forskning som gjorts i vårt land på detta område. Samtidigt har kirurgin förbättrats och den utförs i dag med få komplikationer – något som också får ses som ett resultat av den endokrin-kirurgiska profileringen.

Sköldkörtelcancers olika former har varit föremål för många svenska undersökningar. Genom våra unika tillgångar till nationella register kunde man beskriva den sporadiska och familjära medullära tyreoidcancers incidens, geografiska fördelning och prognos i vårt land. Lars Erik Tisells studier på 1980-talet om den systematiska kirurgins möjligheter att förbättra prognosen vid denna cancerform väckte internationell uppmärksamhet. I en svensk multicenterstudie, utgången från Stockholm har man nyligen visat att den arvetärliga eller arftliga formen av sköldkörtelcancer kan botas med profylaktisk kirurgi.

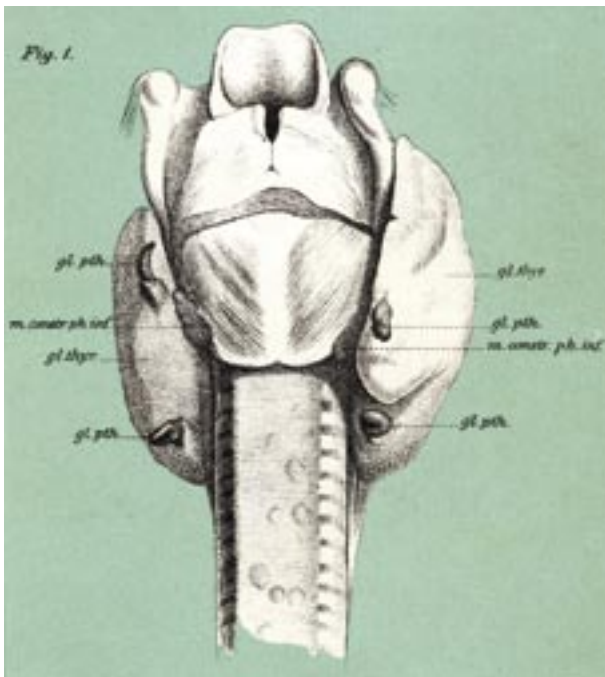
Paratyreoideakirurgi – svensk kirurgi i fokus

Bisköldkörteln är ett "svenskt organ" och paratyreoideakirurgins historia är i stor utsträckning vår. Ivar Sandströms upptäckt av bisköldkörtlarna 1877 av den då 25-åriga medicine kandidaten har tveksutan givit inte bara Uppsala utan även Sverige och vår endokrinologiska forskning en lyskraft. Visserligen hade den österrikiske kirurgen Felix Mandl 1925 gjort den första paratyreoidektomin men John Hellström, professor vid Karolinska sjukhuset 1930–1960, är en av de stora pionjäreerna inom paratyreoideakirurgin. Efter mer än 30 års studier redovisade han i sin monografi från 1962 sina erfarenheter från 138 fall av primär hyperparatyreoidism.



John Hellström, professor vid Karolinska institutet 1939-1960 och svensk pionjär inom endokrin kirurgi.

Själv fick jag uppleva Hellströms paratyreoideakirurgi i samband med min tentamen i kirurgi 1955. Tid för tentamen inför denne gigant, som i likhet med dåtidens chefer var kung i sitt rike, hade satts till kl 10 en tisdagsförmiddag. I god tid anmälde jag min närvaro till professorns sekreterare, som vänligt bad mig sitta ner och invänta professorn. Kl 11.30 lät sekreteraren meddela att professorn var försenad – upptagen av en paratyreoideaoperation. Kl 13 ombads jag att gå och äta lunch för att återkomma kl 14, då jag återigen blev väntande på professorn. En timme senare fick jag beskedet att "professorn opererar fortfarande; kandidaten får komma tillbaka i morgon kl 11". Jag återvände hem med



Anatomisk skiss från Ivar Sandströms originalarbete, som publicerades i "Upsala Läkareförenings förhandlingar" 1880. Källa: Taylor S. History of hyperparathyroidism. In: Rothmund M, Wells SA Jr, eds. Parathyroid surgery. Basel: Karger, 1986.

ogjord tentamen, men min nyfikenhet på paratyreoideakirurgin hade väckts. Hur Hellströms operation utföll är och förblir en hemlighet för mig, däremot vet jag att han assisterades av Ragnar Romanus, sedermera professor i kirurgi i Göteborg och även han en av den svenska endokrinkirurgins stora personligheter.

Möjligheten att efter radikal tyreoideakirurgi minska risken för hypoparathyroidism genom autotransplantation av bisköldkörtlarna påpekades redan 1968 av Alv Alveryd. Naturalförloppet för hyperparatyreoidism har ingående beskrivits i några arbeten och man har visat att den ökade dödligheten, som är associerad med hyperkalcemi, kan reduceras med framgångsrik kirurgi. I en intressant uppsaliensisk studie påvisades med en speciell psykologisk testmetod, att inte mindre än 65–80 procent av patienter med hyperparatyreoidism hade psykiska besvär och att de psykiska besvären tenderade att normaliseras efter operation. Hundra år efter det att Sandström redovisat sin upptäckt av bisköldkörteln kom ytterligare ett unikt Uppsala-arbete av Göran Åkerström om körtlarnas anatomi och histologi.

En i dag aktuell diskussion är huruvida kirurgin vid hyperparatyreoidism kan begränsas till borttagande av en preoperativt lokaliserad patologisk körtel eller om den konventionella halsexplorationen alltjämt är berättigad. Man har med andra ord tagit upp den debatt som Sten Tibblin startade på 1980-talet när han förordade den unilaterala explorationen.

I den aktuella forskningen är flera av våra endokrinkirurger involverade i patogenesen till hyperparatyreoidism. Tidigare har vi – inte minst genom Lars Erik Tisells studier (1977) – känt till att joniserande strålning är en riskfaktor för sjukdomen. Dagens forskning försöker att finna störningar bakom de mekanismer som styr den kalciumreglerande parathormon-sekretionen. Möjligen leder dagens forskning till mer farmakologisk behandling och mindre kirurgi. Kanske framtidens kirurger därmed inte kan få uppleva samma eufori som F.D. Moore en gång gav uttryck för efter en operation av en patient med hyperkalcemisk kris: *“These patients represent a unique therapeutic opportunity. There are few situations in medicine where such a preterminal state can be so completely reversed by the removal of a few grams of abnormally functioning tissue”*.

Binjurekirurgi – alltjämt en utmaning

Kirurgi på binjurarna gjordes redan vid 1800-talets slut. Den var till en början en del av bukkirurgin och tumörerna avlägsnades vanligtvis med ”njursnitt”. Kirurgin var riskfylld och förenad med en hög dödlighet (30–40 %). Det är först omkring 1950, när kortison kunde kliniskt användas, som kirurgin blev säkrare. För feokromocytomens del dröjde det minst ytterligare ett tiotal år innan kirurgin blev etablerad – sedan man fått tillgång till de långverkande alfablockerande medicinerna. Den endokrina binjurekirurgin har därför en relativt kort historia bakom sig. Trots det har framstegen inte låtit vänta på sig och våra egna endokrinkirurger har haft stor del i den utvecklingen. Genom att mäta ”steroidprofilen” i urin och serum var det möjligt att skilja benigna barkadenom från maligna. Nya terapeutiska aspekter på binjurecancern har redovisats från Göteborgs-kollegerna, som också visat att även efter en framgångsrik kirurgi av feokromocytom kvarstår en ökad mortalitet beroende på en överdödlighet i kardiovaskulär och malign sjukdom. Endokrinkirurgerna i Stockholm har visat att vid märgtumörer hos patienter med multipel endokrin neoplasi 2A kan subtotal adrenalectomi med kvarlämnande av en kortikal rest ge tillräcklig endogen steroidproduktion.

Operationer för aldosteronism kom sent in i bilden. År 1954 beskrevs syndromet av Jerome Conn. Kort därefter kom ytterligare rapporter om samma sjukdomsbild. Conn ansåg att binjuretumörer kunde vara ansvariga för hypertoni i cirka 20 procent – andra menade att sjukdomen var långt ovanligare. Kanske kan syndromet, som angetts bland annat från svenskt håll, vara orsak till hypertoni i cirka tio procent.

Accidentella binjuretumörer var tidigare ovanliga, men genom att datortomografin och ultraljudet alltmer kommit till användning har dessa så kallade ”incidentalom” blivit allt vanligare. På 1980-talet upptäcktes denna tumörform i 0,6-0,7 procent av genomförda bukundersökningar med datortomografi. Enligt färskas uppgifter från Göteborg kan vi räkna med att den siffran nu är omkring åtta procent. Något karikerat kan sägas att ”incidentalom” i dag utgör väsentligen samma problem som när begreppet skapades i början på 1980-talet. Kliniskt är det viktigt att

avgöra om tumörerna är hormonproducerande eller inte och om de är godartade eller elakartade. Resultat av prospektiva studier om tumörernas handläggning saknas och några enhetliga riktlinjer för tumörernas diagnostik och terapi kan inte heller anses föreligga.

På binjurenkirurgins område har den laparoskopiska tekniken fått stort utrymme. Denna teknik, som i början ofta begränsades till "incidentalom", utnyttjas i dag för alla typer av binjuretumörer och genom ökad skicklighet har allt större tumörer kommit att avlägsnas laparoskopiskt. Kanske var binjurenkirurgin enklare förr. Åtminstone att döma från historien om Hellströms demonstration av en bilateral adrenalektomi inför en utländsk läkare. Operationen gjordes genom bakre snitt. Först utforsades vänster sida under något mumlande från Hellströms sida. Efter en stund sträckte han fram ena handen samtidigt som han yttrade: "*Here is the left adrenal*". Därefter fortsatte operationen på höger sida. Efter något "grävande" kom så småningom även här handen upp i luften med kommentaren: "*Here is the right adrenal*". Därmed var demonstrationen över.

Gastrointestinalkanalens och bukspottskörtelns endokrina kirurgi – vad kan vi förvänta oss framöver?

Mag-tarmkanalen kan ses som vårt största endokrina organ med en varierande uppsättning av hormonproducerande celler. Den vanligaste tumörformen är karcinoiden. Namnet karcinoid skapades för att betona "snällheten" i tumören – den ansågs vara liten, långsamt tillväxande och ha mindre tendens till metastasering. Först ett sekel efter dess upptäckt (1867) ifrågasattes konceptet i och med att man kunde påvisa tumörens maligna potential. I dag är karcinoid-syndromet känt och inte minst har våra egna endokrinkirurger i olika sammanhang angett betydelsen av att patienter med "mid-gut carcinoid" primärt åtgärdas med radikal kirurgi. En tumörreducerande kirurgi är ofta motiverad och vid levermetastaser är enukleation, segmentell eller mera formell leverresektion aktuell. Lundakirurgerna har i flera studier även visat att ischemisk behandling av levermetastaser, endera via avstängning eller embolisering av leverartärer, många gånger är av värde för att minska karcinoidsyndromets effekter. Från Uppsalahåll har man visat att ett utnyttjande av en intraoperativ skintigrafisk teknik för att upptäcka tumörens intraabdominella spridning, bland annat till levern, kan öka kirurgins möjligheter. I omfattande svenska studier har den endokrin-onkologiska behandlingen vid karcinoidsyndromet utvärderats och resultaten har bl.a. visat på interferons och olika somatostatinanalogers roll i terapin.

Kirurgi av endokrina pankreastumörer kom sent in på scenen. Insulinet upptäcktes som bekant först 1921 av forskarna i Toronto, Frederick Banting och Charles Best, och det dröjde till 1929 innan den första insulinproducerande tumören kunde avlägsnas. Endokrina pankreastumörer är ovanliga men erbjuder inte sällan svårigheter såväl diagnostiskt som terapeutiskt. En viktig del i diagnostiken är att avgöra

huruvida tumörerna är sporadiska eller ingår i ett MEN-1- syndrom. Den familjära tumörformen är ofta multipel och bildar vanligen flera peptidhormoner. I vårt land har flera centra ägnat stort intresse åt att utveckla tekniker för pre- och intraoperativ lokalisering av dessa neuroendokrina tumörer, liksom att ta fram immunohistokemiska metoder för att mer exakt kunna klassificera tumörerna. En utmaning för kirurgerna är att avgöra gränserna för operativ behandling och balansera kirurgins möjligheter mot den endokrin-onkologiska terapin. Viktigt är dock att ta vara på kirurgins möjligheter och nyligen har Göteborgs-kirurgerna framhållit att levertransplantation har en plats i terapin av högt differentierade neuroendokrina tumörer med låg profileringsgrad. Den framtida utvecklingen blir spännande.

Framtiden – andra akten i endokrinkirurgins historia

Endokrinkirurgi har kommit för att stanna. Det är en speciell form av kirurgi som kräver speciell kunskap. De olika endokrina sjukdomarna kommer alltid att efterfråga ökade insikter rörande diagnostik och terapi. En viss centralisering är nödvändig eftersom vissa sjukdomstillstånd är ovanliga och svåra att optimalt handlägga; framför allt gäller det endokrina tumörer i mag-tarmkanalen och bukspottskörteln. Ett nära samarbete med andra discipliner krävs, inte minst är det nödvändigt att ha ett "team-work" med endokrinologer, radiologer och onkologer. Dessutom fordras att endokrinkirurgen har tillgång till laboratorieresurser för "snabba" hormonanalyser liksom patologer med särskilt kunskap på endokrinpatologins område.

För den fortsatta utvecklingen är det nödvändigt att ämnet endokrinkirurgi får en tydlig struktur – inte minst måste de kirurger som vill ägna sig åt denna "biologiska" disciplin ges en chans att få en god operationsteknisk skicklighet. Ämnet är mångfacetterat och innehåller allt från svåra halsexplorationer till sofistikerade bukingrepp. Bara om helheten kan behållas ges den framtida forskningen den omfattning som är nödvändig för att kunna drivas i ett interdisciplinärt samarbete. En förhoppning är således att endokrinkirurgin ges förutsättningar till fortsatt utveckling så att den kan behålla den framskjutna plats den haft i svensk och internationell kirurgi alltsedan ämnet etablerades på 1970-talet.

Föreningens ordförande har varit:

- 1995 – 1998 Håkan Ahlman, Göteborg
- 1998 – 1999 Göran Åkerström, Uppsala
- 2000 – 2002 Bo Wängberg, Göteborg
- 2003 – 2005 Jan Zedenius, Stockholm

Hedersledamöter: Sten Lennqvist, Linköping, Lars-Erik Tisell, Göteborg, Sten Tibblin, Lund, Per Ola Granberg och Henry Johansson.

Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi

JÖRGEN RUTEGÅRD och GÖRAN EKELUND

I början av 1990-talet stod det alltmer klart att kunskapsutvecklingen och specialiseringen inom det stora kirurgämnet gjorde det alltmer nödvändigt att bilda subspecialitetsföreningar inom Svensk Kirurgisk Förening (SKF). Kolorektalkirurgin var tidigt ute. Lars Pählman och Rune Sjødahl tog initiativ till en egen förening. I samband med Svensk Kirurgisk Förenings samsommarmöte i Luleå 1994 hölls ett konstituerande möte och vid Riksstämman samma år ägde det första årsmötet rum och stadgar antogs. Förste ordförande blev Leif Hultén. Internationellt benämns föreningen *Swedish Society for Colon and Rectal Surgeons*.



Leif Hultén, förste ordförande i SFKRK.

Medlemskap i Svensk Kirurgisk Förening är förutsatt. Föreningens ändamål var och är att främja utbildning och utveckling av svensk kolorektal kirurgi, främja internationella kontakter och bevaka olika aspekter av kvalitetssäkring inom ämnesområdet.

Den nya föreningen möttes av stort intresse och redan efter några månader var 130 svenska kirurger medlemmar. Kontaktpersoner vid varje klinik med speciellt ansvar för kolorektalkirurgin identifierades.

Engagemanget i utbildning tog sig uttryck redan vid den första Kirurgveckan i Varberg 1996 då SFKRK tog aktiv del i programmet i nära samråd med de lokala arrangörerna. Efterhand har ansvaret för det vetenskapliga kolorektala programmet helt övergått till delföreningen. Detta innefattar abstrakthantering, ordnande av symposier och gästföreläsningar, ST-utbildning mm. På senare år har föreningen använt formen posterföredrag, det vill säga utöver traditionellt utställd poster kort presentation i auditorium, vilket varit positivt och gett mer tid för diskussion.

Däremot har i takt med moderföreningens minskade engagemang i Riksstämman också kolorektalföreningen trappat ned insatserna där. Dock har ett kolorektalkirurgiskt inriktat symposium drivits varje år.

En annan utbildningsfråga är CME (Continous Medical Education), där föreningen drivit ett pilotprojekt som visat att CME-registrering är möjlig att bedriva och att den ger en bra bild av kirurgers tillgång till fortbildning.

Stipendier för auskultation och tjänstgöring vid utländska centra tillkom också snart, liksom en egen hemsida på nätet.

Vid ISUCRS' (International Society of University Colon and Rectal Surgeons) stora kongress i Malmö 1998, med Göran Ekelund, tidigare president i ISUCRS, som primus motor, var den svenska kolorektalföreningen medarrangör och bidrog med vetenskaplig kommitté.

Kvalitetsfrågor har hela tiden varit viktiga. De svenska registren för rektalcancer och koloncancer har byggts upp med föreningens aktiva stöd. Screening för kolorektal cancer har drivits på från styrelsehåll. Komplikationsregistrering och operationskoder har varit föremål för översyn. Den stora frågan om lämplig uppföljning efter operation av kolorektal cancer ser ut att leda till en multicenterstudie.

Föreningen och enskilda medlemmar inom och utom styrelsen har engagerat sig i nationella studier. Betydande resultat har uppnåtts och ytterligare väntas framöver.

Ackreditering av kolorektalkirurgier diskuterades från 1997 och kom igång året efter. Avsiktligt lades ribban högt; ackreditering skulle innebära kompetens för överläkartjänst inom kolorektal kirurgi. Först ackrediterad blev Rune Sjödahl, då landets ende professor i kolorektal kirurgi och alltså rimligen kvalificerad. Därefter ackrediterades ett antal personer på noggrant utformade meriter och 1999 kom det nu fortfarande gällande examinationsförfarandet igång. Ett betydande arbete har lagts ned inom detta fält och idag är över hundra svenskar ackrediterade kolorektalkirurger. Intresset för examinationen har ökat på senare år. Uppenbarligen uppfattas ackrediteringen som en kvalitetsstämpel även om legala aspekter som formell subspecialitet ännu inte kommit till stånd.

En inventering av potentiella utbildningskliniker inom kolorektalkirurgi har nyligen genomförts. Syftet är att kvalitetssäkra utbildning fram till ackreditering.

Hela tiden har harmonisering med europeisk ackreditering diskuterats. En komplikation i sammanhanget har varit den splittrade europeiska föreningsstrukturen inom kolorektalkirurgin. Här ser det dock nu ut som om en lösning kan komma till stånd.

Under flera år har skapandet av en egen subspecialitet varit på förslag. Föreningens uppfattning är att kolorektalkirurgi väl kan motiveras som grenspecialitet inom kirurgin i analogi med kärnkirurgi. Frågan är föremål för upprepade utredningar och i skrivande stund inte avgjord. Det finns ett samband med bakjournskompetens och sjukhusstrukturfrågor där utvecklingen mot ökad specialisering och fördjupning går vidare. Kompetensförsörjningen är avgörande och flera svåra överväganden måste göras.

I föreningens styrelse har under åren en rad kolorektalkirurger gjort stora insatser. Vid styrelsemötena har representanter för yngre kirurger med kolorektalkirurgiskt intresse varit adjungerade.

Ordförande under åren har varit:

Leif Hultén	1994–1996
Göran Ekelund	1996–1998
Rune Sjädhahl	1998–2000
Lars Pählman	2000–2002
Svante Nordgren	2002–2004
Jörgen Rutegård	2004 -



Tre av föreningens tidigare ordförande. Från vä Göran Ekelund, Lars Pählman och Rune Sjädhahl flankerande Robert Beart, USA, sittande.

Föreningen har för närvarande tre hedersledamöter, nämligen Leif Hultén, Nils Kock och Bruno Samenius.

Några exempel på kolorektalkirurgisk utveckling under seklet

Obstruktion, perforation och anastomosinsufficiens är några av de allvarliga problemen inom kolorektalkirurgin och handläggningen av dessa har förändrats stegvis, inte minst med ökande erfarenhet med framläggning av tarm som stomi. Det klassiska treseansförfarandet med först stomiframläggning, därefter elektiv resektion och sist stominedläggning visade sig ha större sammanlagd morbiditet och mortalitet, varför numera en- eller tvåseansförfarande gäller.

Stomier har ibland betraktats som kirurgiska nederlag. De kan likaväl vara en integrerad del i en lyckad behandling. Att ha stomi påverkar dock ofta livskvalitén negativt och övergripande försöker man minska stomianvändningen och i stället göra rekonstruktioner med bevarad sfinkterfunktion.

Länge ansågs det av infektionsskäl riskabelt att öppna en stomi redan vid den operation då den anlades. I stället öppnades stomin några dagar senare, ofta med diatermi och fick sekundärläka till bukväggen. Man sade att stomin mognade. Att öppna och primärsy stomin primärt med mukokutana suturer var ett framsteg. Engelsmannen Bryan Brooke stod för mycket av utvecklingen och fortfarande kallas ofta den raka terminala ileostomin för Brooke's stomi.

När man lärde sig att sy kolo- och ileostomier med everterande suturer så att stomin protruerar förenklades bandageringen avsevärt samtidigt som under de senare tre–fyra dekaderna av seklet välfungerande stomibandage och andra hjälpmedel utvecklades och blev kostnadsfria.

Loopileostomin, lanserad i Sverige av Leif Hultén, kom på 70-talet och blev mycket använd i avlastningssyfte. Den är lätt att anlägga, praktisk att bandagera och ger sällan upphov till prolaps. Nackdelar är en viss frekvens, även efter stominedläggning, av allvarliga tunntarmskomplikationer som ileus och fistelbildning.

Den klassiska transversostomin kom att ersättas delvis av loopileostomin för temporär avlastning. Dock finns på senare år ett visst omtänkande. Transversostomin förefaller ge färre svåra komplikationer och kan mycket väl placeras på samma plats som en ileostomi och öppnas på samma sätt så att den tillförande skänkeln dominerar.

Den kontinenta ileostomin, eller Kock-reservoaren, utvecklades för urologiskt bruk av Nils Kock på 60-talet efter ett långvarigt systematiskt forskningsarbete och beskrevs av honom, som kontinent ileostomi, första gången i *Archives of Surgery* 1969. Metoden, som blev mycket uppmärksamman internationellt och fick global spridning, genomgick sedan en serie av utvecklingssteg. Många reoperationer, framför allt för nippelglidning, var för patienterna ett pris att betala. För många patienter med inflammatorisk tarmsjukdom gav Kock-reservoaren en bättre livskvalitet med frihet från yttre stomipåse. Idag



Nils "Nicke" Kock.

görs dock i de flesta fall bäckenreservoar, en vidareutveckling av samma idé, men med ileoanal anastomos och den kontinenta ileostomin används mer sporadiskt för konvertering från konventionell ileostomi till kontinent sådan.

Stomiterapeuterna är en medarbetargrupp vilkas betydelse i detta sammanhang knappast kan överskattas. Deras bidrag till patientvården och produktutvecklingen har varit avgörande för att ett liv med stomi inte längre behöver innebära isolering och sociala svårigheter. Den skandinaviska utbildningen startades 1980 av Inger Palselius, inom området utbildad i USA, och Leif Hultén.

Kirurgin för inflammatorisk tarmsjukdom har utvecklats remarkabelt. På 30-talet hade ulcerös kolit en mortalitet kring 40 procent. Förbättrad medicinsk behandling och kirurgi vid rätt tidpunkt har sänkt siffran till normalbefolkningens nivå. På 60-talet myntades femdagarsregeln; vid ett svårt skov av ulcerös kolit skulle patienten opereras inom fem dygn. Med fortsatta framsteg har den tiden kunnat utsträckas något.

Operationen i akutskedet har skiftat från framläggande av en eller flera (Turnbull's blow hole operation) stomier över proktokolektomi till för närvarande kolektomi, ileostomi och kvarlämnande av rektum inför senare försök till rekonstruktion.

Förstahandsoperationen för rekonstruktion är sedan 80-talet bäckenreservoar med ileoanal anastomos. Reservoaren görs oftast av enkel J-typ, även om S-, W- och K-reservoar kan användas. Många patienter får så småningom en relativt problemfri tillvaro men viss inkontinens, inflammation i reservoaren och svåra bäckeninfektioner är påtagliga problem varför operationen inte är något panaceum vid ulce-

rös kolit. I Sverige har väl kända kliniska och forskningserfarenheter publicerats framförallt från Göteborg (Hultén och medarbetare) och Stockholm (Liljeqvist och medarbetare).

Ileorektal anastomos användes mycket för 50 år sedan och har åter aktualiserats av Linköpingsgruppen. Operationen är mindre och ger ofta god funktion kombinerad med modern medicinsk lokal behandling.

Konventionell rak eller kontinent ileostomi föredras dock av en del patienter och kan vara utvägen vid komplikationer till bäckenreservoar.

Den ökande cancerrisken vid ulcerös kolit ansågs på en del håll på 70-talet motivera proktokolektomi även hos symtomfattiga patienter. Numera förbehålls kirurgi patienter med klara premaligna cellförändringar, så kallad dysplasi eller med utvecklad malignitet.

Det förefaller som om frekvensen av kirurgi för ulcerös kolit har minskat i Sverige på senare år, sannolikt beroende på stegvis förbättrad medicinsk behandling. Möjligen kan sjukdomen också ha ändrat karaktär och blivit lindrigare.

Vid Crohn's sjukdom har den kirurgiska utvecklingen gått från bypass-kirurgi på 50-talet (Eisenhower's operation!) till "radikala" stora tarmresektioner i tron att recidivrisken minskade till åter mer tarmsparande kirurgi med begränsade resektioner och strikturplastiker. Vid Crohns sjukdom i kolon försvarar begränsade resektioner också sin plats.

I Sverige har intresset för denna sjukdom länge varit stort och flera forskningssammanställningar har framlagts under de fem sista dekaderna av seklet. Tidigt bland annat från Uppsala (Krause och medarbetare), Malmö (Wenckert och medarbetare), Göteborg (Hultén och medarbetare) och Stockholm (Hellers och medarbetare). Engagemanget från medicinska gastroenterologer har efter hand ökat och resulterat i tydligt samarbete inte minst i Örebro (Järnerot och medarbetare) och Linköping (Sjödahl och medarbetare). Under senare år har Linköpingsgruppen introducerat intraoperativ enteroskopi, som är en värdefull teknik vid reoperationer. Gruppen har publicerat undersökningar avseende tarmsparande kirurgi som alternativ till kolektomi.

Rektalcancer är ett annat exempel på en anmärkningsvärd utveckling. Vid förra sekelskiftet ansågs sjukdomen ej behandlingsbar eller möjligen åtkomlig med lokala resektioner, ofta via perineum eller sakrum (bakre resektion). Miles i England införde synkron abdominoperineal rektumamputation vilket så småningom blev standardoperation. Successivt ökade frekvensen sfinkterbevarande kirurgi via abdominell åtkomst, så kallad främre resektion av rektum. En rysk uppfinning på 70-talet möjliggjorde låg cirkulär maskinanastomos i lilla bäckenet och andelen främre resektioner ökade.

Mortaliteten var dock länge konstant och frekvensen lokalrecidiv betydande. En förbättrad kirurgisk teknik, total mesorektal excision, där kirurgen R.J. (Bill) Heald från England betytt mycket, har påtagligt minskat lokalrecidivrisken. Preoperativ strålbehandling, där viktiga insatser gjorts från svenskt håll inte minst från Uppsala

(Påhlman, Glimelius och medarbetare) och från Stockholm (Cedermark, Holm och medarbetare), har bidragit verksamt till denna förbättring och vi ser nu att överlevnaden faktiskt påverkas positivt.

Det senaste bidraget är en mer extensiv teknik vid de abdominoperineala excisioner som fortfarande måste göras vid mycket låga tumörer som har en stor recidivrisk.

Överhuvudtaget behandlas kolorektal cancer alltmer individualiserat och multidisciplinärt idag. Tät samverkan med radiologi, patologi och onkologi är nödvändig, liksom specialiserad omvårdnad med noggrann patientinformation och snabb postoperativ mobilisering.

Proktologin var under första hälften av seklet inte särskilt uppmärksammas men har sedan vuxit sig stark genom betydande insatser av bland andra Bruno Samenius, då i Göteborg, Björn Snellman och Bo Holmström i Stockholm. Bruno Samenius utbildade sig tidigt inom området i USA och på St Marks i London och spred sina kunskaper här i landet.

Utvecklingen har gått i riktning mot dagkirurgi. Till detta bidrar förbättrad smärtlindring och förenklade metoder.

Hemorroider av måttlig storlek behandlas nu med gummibandsligaturer i mottagningsmiljö sedan denna teknik introducerades i Sverige kring 1960 av Bruno Samenius. I slutet av 90-talet tillkom en ny operation, "staplad" anopexi (Longo), som har fått fotfäste som varande lindrigare postoperativt. Långtidsresultaten är fortfarande av naturliga skäl inte kartlagda. Den 50 år gamla operationen med öppen hemorroidektomi enligt Milligan-Morgan försvarar väl sin plats.

Analfissur behandlades länge med excision av fissuren. Nackdelen var att man



Bruno Samenius, till vänster, introducerar 1974 Göran Ekelund för Harry Bacon i USA, grundare av ISUCRS (mitten).

åstadkom en nyckelhålsdeformitet i anus med lätt inkontinens som följd. Subkutan lateral sfinkterotomi blev ersättare som standardingrepp. Även denna operation används nu med viss restriktivitet på grund av inkontinensrisker och behandlingen är primärt medicinsk med nitroglycerinsalva, diltiazemsalva eller lokalt injicerat botulinumtoxin.

Analfistlar, särskilt de höga, är notoriskt svårbehandlade. Här har en viss utveckling skett från konservativ setontechnik till mer radikal yttre excision av fisteln kombinerad

med lambåförslutning på insidan. Det är dock tveksamt om resultaten förbättrats påtagligt.

Vad gäller analkirurgi har stort forskningsintresse uppkommit i landet och många internationellt uppmärksammade avhandlingar har presenterats från flera håll och inte minst från Danderyd (Bo Holmström och medarbetare).

Laparoskopisk kolonkirurgi har utvecklats på många centra men också

avvecklats på flera. Fördelen är givetvis det mindre traumat, särskilt på bukväggen. Kolon är dock ett stort och flexibelt organ varför tekniken är svår, kräver lång inlärningstid och tar stort operationstidsutrymme.

Sammanfattningsvis har kolorektalkirurgin utvecklats stegvis och delvis divergerande. Vid kolorektal cancer har trenden varit ökad radikalitet och vid inflammatorisk tarmsjukdom har en mer restriktiv hållning tagit över. Mycket uppmuntrande är att det kirurgiska hantverket kombinerat med den intellektuella analysen och framstegsambitionen så påfallande har förbättrat resultaten, avläsbara i minskad dödlighet och förbättrad livssituation för många patienter.



Bo Holmström opererar i sin tidiga karriär.

Svensk Förening för Övre Abdominell Kirurgi

Del 1.

Bildandet av föreningen och dess vidare utveckling

INGEMAR IHSE

Under Svensk Kirurgisk Förenings första 100 år har stora framsteg gjorts inom disciplinen. En enorm kunskapsexpllosion har setts, framför allt de senaste 30-40 åren, samtidigt med en omfattande teknologisk utveckling. Detta har lett till en ökande specialisering inom det som en gång kallades allmänskirurgi. Somliga kallar det fragmentering, men de hyser bara en from förhoppning om att allting skall förbli som det alltid varit. Förväntningarna på oss kirurger har stigit och en bibehållen och ökande kvalitet kräver att de kirurgiska teamen får tillräckligt patientunderlag för de patientgrupper/operationer de tar ansvar för. Därför måste specialisering/profilering av mindre frekventa diagnoser ske inte bara inom kliniken, landstinget och regionen utan också på det nationella planet och i



John Rissler, överläkare vid Sabbatsbergs sjukhus 1914–1928, framstående kirurg vars instrument (bl.a. Risslerbågen) vi fortfarande använder. *Oljemålning i Svenska Läkaresällskapets porträttsamling.*

vissa fall i ett nordiskt eller europaperspektiv, Detta var bakgrunden till starten av ett nationellt forum, en delförening under Svensk Kirurgisk Förening, för främjande av kirurgi inom övre gastrointestinalkanalen inklusive lever, gallvägar, pankreas och mjälte.

En arbetsgrupp bildades vid årsskiftet 1994/1995 för att bana vägen för den nya föreningen. Den bestod av Lars-olof Hafström, Ulf Haglund, Jörgen Larsson, Lars Lundell och hade Ingemar Ihse som ordförande. Gruppen genomförde som en av sina första åtgärder en enkät bland medlemmarna i Svensk Kirurgisk Förening för att efterhöra intresset för en delförening med den tänkta inriktningen. Gensvaret blev mycket stort!

Den fortsatta planeringen kännetecknades därför av både målmedvetenhet och entusiasm. Förslag till stadgar togs fram och dessa låg till grund för en ansökan till Svensk Kirurgisk Förening om att få bli en delförening. Svårare var att hitta ett riktigt bra namn men valet föll på Svensk Förening för Övre Abdominell Kirurgi (SFÖAK) som mot någras odds fortfarande är vår signatur.



Ingemar Ihse, SFÖAKs förste ordförande.

Föreningen bildades den 25 augusti 1995 vid kirurgveckan i Falun och vi fyller alltså tio år när Svensk Kirurgisk Förening firar sina första 100. Något tidigare hade kolorektalföreningen och laparoskopiföreningen konstituerats under moderföreningens paraply. Den första riktiga styrelsen såg Ingemar Ihse som ordförande, Åke André-Sandberg som sekreterare, Claes Rudberg som kassör och Lars-olof Hafström, Ulf Haglund, Lars Olbe och Kjell Thor som ledamöter.

Vilka var då SFÖAKs uppgifter? Vi uppfattade i arbetsgruppen dem som att bevaka och stimulera utveckling, forskning och utbildning. Därför agerade vi snabbt mot moderföreningen och argumenterade för att få ha huvudansvaret för det vetenskapliga programmet vid kirurgveckorna inom vårt intresseområde. Vi förde också fram ett krav att delföreningarna skulle få ekonomiskt stöd för att kunna bjuda in internationella föreläsare och även få del av eventuella pekuniära vinster vid kirurgveckan. Också här blev vi bönhörda.

Vårt första riktiga årsmöte hölls i Varberg 1996. Vi hade redan 137 medlemmar och en dominerande plats i Kirurgveckans program. Svensk Kirurgisk Förening hade då godkänt vårt stadgeförslag.

Vid Kirurgveckan i Västerås följande år presenterade styrelsen ett handlingsprogram för de närmaste åren. Det var främst inriktat på utvecklings- och utbildningsinsatser. Ett stort antal priser och stipendier skapades. År 1998 infördes till

exempel vid mötet i Strömstad priser för "bästa kliniska abstrakt", "bästa experimentella abstrakt" och "bästa poster" utöver forsknings- och resestipendier. Här startades också ST-luncherna "Samtal med experter" och föreningen hann med att tidigare under året arrangera en kurs i kirurgisk teknik i Huddinge och ett konsensusmöte om cytostatikabehandling om cancer i lever och pankreas på Örenäs slott i Skåne. Flera goda kurser och konsensusmöten har därefter genomförts i föreningens regi. Vid årsmötet i Strömstad avtackades Ingemar Ihse efter nästan fyra år som ordförande och efterträddes av Jörgen Larsson. Christer Staël von Holstein hade under mandatperioden ersatt Åke Andrén-Sandberg som sekreterare. Christer, som för övrigt var en av de främsta tillskyndarna till att vi fick en kirurgvecka i vårt land, valdes nu formellt till sekreterare och tjänade därmed också han föreningen under ett utsträckt mandat.

Under de följande åren stärktes föreningens ställning i svensk kirurgi ytterligare. Jörgen Larsson efterträddes efter väl förrättat värv som ordförande av Lars Lundell vid mötet i Östersund 2000 och Johan Permert tillträdde i Karlstad 2003.

SFÖAK har vid Kirurgveckorna tillsammans med kolorektalföreningen fortsatt att ha en dominerande ställning i det vetenskapliga programmet.

Formerna har utvecklats successivt bland annat genom att postersessionerna lyfts fram som utmärkta plattformar för tanke- och erfarenhetsutbyte. Föreningen har också ställt allt större krav på förberedelsearbete och professionalitet hos ansvariga för symposier och workshops vilket höjt kvaliteten på presentationerna ytterligare. Programmet har i regel kryddats med ett par internationella gästföreläsare ofta på mycket hög nivå. Sedan 2001 ges en kurs i bakjournkirurgi i anslutning till Kirurgveckan.

Stadgarna ger föreningen möjlighet att utse hedersledamöter. Först ut var Lars Olbe följt av Curt Franksson, Philip Sandblom och Stig Bengmark, alla kända profiler i svensk kirurgi.

På senare år har samarbetet med moderföreningen och dess olika utskott fördjupats till exempel i frågor som formell ST-examination, CME-program och Spurinspektioner. En ökande samverkan har också inletts med Svensk Gastroenterologisk Förening. I planeringen inför kirurgveckorna sker alltid en konstruktiv diskussion med laparoskopiföreningen. Sedan riksstämman ändrat karaktär är SFÖAKS uppgift här endast att föreslå ämnen för symposier.



SFÖAKS tre följande ordförande – Jörgen Larsson (mitten), Lars Lundell (till vän) och Johan Permert. Fotomontage av J. Wahlstedt UMAS.

SFÖAK har ett stort engagemang och är drivande i kvalitetsregisterarbete i nära samarbete med moderföreningen. I skrivande stund finns register för esofagus-cardiacancer, ventrikelcancer, bariatrisk kirurgi, gallkirurgi och pankreaskirurgi i olika stadier av utveckling. Om detta och annat kan ett besök på föreningens hemsida ge mer information.

Under de tio år som gått har SFÖAK etablerats som en väsentlig röst för hög kvalitet inom övre abdominell kirurgi i vårt land. Detta återspeglas bland annat i en ständigt ökande medlemskader och toppnoteringar vad gäller antalet åhörare vid arrangemangen på kirurgveckan. SFÖAK behövs som en aktiv katalysator för hela kirurgin och kommer att kunna bidra till att svensk övre abdominalkirurgi står bättre rustad i den konkurrens som kommer med utvecklingen mot den mer gränsöverskridande vård som redan är på gång i EU.

Del 2.

Utvecklingen av kirugi inom esofagus, ventrikel, pankreas och lever under 100 år

LARS LUNDELL och JOHAN PERMERT

Den medicinska utvecklingen under förra seklet, och då framför allt dess senare del, har påtagligt påverkat kirurgin inom övre mag-tarmkanalen, levern och pankreas. Utifrån ett patofysiologiskt perspektiv har ventrikelkirurgi varit den del av den gastrointestinala kirurgin som genomgått de största förändringarna. Under de första decennierna efter 2:a världskriget utgjorde ulcus indikationen den helt dominerande bakgrunden för den kraftiga ökningen av framför allt resektionskirurgin. Debatten gick het inom svensk kirurgi huruvida Billroth II alltid var överlägsen Billroth I rekonstruktionen. Var det nu så att det föregående ansågs föreligga upptod frågan om kort eller lång tillförande slynga, ante- eller retrocoliskt osv. Dominerande profiler i denna diskussion var Meurling, Wallensten och Dahlgren bland andra. Genom de betydelsefulla insatserna av Dragstedt och Curt Franksson introducerades vagotomin som kirurgisk behandlingskoncept för att åstadkomma bestående reduktion av syrasekretionskapaciteten.

Ulcuskirurgins andra högkonjunktur kom då Frankssons selektiva vagotomi-princip vidareutvecklades till den proximala gastriska vagotomin eller selektiv proximal vagotomi (SPV). Denna operativa behandling av framför allt ulcus duodeni lanserades hårt och framgångsrikt i landet av Sture Hedenstedt. Funktionsbevarande kirurgi av denna typ steg ytterligare i popularitet genom det faktum att cancerincidensen ökade oroväckande hos dem som tidigare genomgått ventrikel

resektioner där Billroth II-rekonstruktionen tycktes vara speciellt belastad. Genom introduktionen av effektiva medicinska behandlingsmetoder i form av H₂-receptor antagonisterna samt protonpumphämmare liksom framför allt genom upptäckten av *Helicobacter pylori* gick luften fullständigt ur den elektiva kirurgiska verksamheten. Detta har också medfört ett annorlunda förhållningssätt till akut kirurgi vid komplikationer till ulcussjukdomen som blödning, obstruktion och perforation.

I dag är det framför allt cancerindikationen som motiverar ventrikelkirurgi. Det har och är fortfarande en debatt om hur omfattande lymfkörteldissektionen ska vara, en problematik som kanske får än större relevans i spåren av framstegen inom adjuvant-neoadjuvant behandling. Frågan om subtotal eller total gastrektomi är avgjord till fördel för den mer pragmatiska hållningen och vi känner i dag väl indikationerna för när ett ventrikelsubstitut ska erbjudas patienten efter en totalmage för att optimera den postoperativa rehabiliteringen liksom livskvaliteten.

Samtidigt som ventrikelkirurgi varit en ren allmän-bukkirurgisk affär har esofaguskirurgin genomgått stora strukturförändringar under 1900-talet. Från början var den en ren thoraxkirurgisk angelägenhet där den ofta hade en tämligen undanskymd plats. Undantag fanns där N-P Bergh i Göteborg och G. Hambræus i Lund ägnade såväl malign som benign esofagus kirurgi stort intresse. Under 70- och 80-talen skedde en dramatisk förändring vid flera av landets universitetskliniker där esofaguskirurgin utvecklades till en integrerad del av övre abdominell kirurgi. Denna process har nu slutförts och när den laparoskopiska kirurgin gjorde sitt intåg spreds antirefluxkirurgi till ett flertal sjukhus i landet. Den laparoskopiska antirefluxkirurgin har kunnat hävda sig väl i konkurrensen gentemot medicinsk behandling inte minst beroende på en serie betydelsefulla insatser från svenska kliniska forskargrupper.

Stora förändringar har också skett inom lever-pankreasområdet. Från att i mitten av förra seklet ha varit pionjärbete har denna kirurgi utvecklats till att idag vara en integrerad del av ett högspecialiserat multimodalt och multidisciplinärt behandlingskoncept. Vägen dit har möjliggjorts genom utveckling och förändringar inom en rad områden. Även om utveckling inom anestesi och intensivvård har haft stor betydelse är trots allt framstegen inom den kirurgiska metodiken grunden för hela områdets utveckling. Denna utveckling karaktäriseras snarare av många små steg framåt, där många kirurger genom sina insatser bidragit, än av stora dramatiska genombrott.

Grunden för både pankreas- och leverkirurgi är en djup förståelse för anatomi och kunskap om respektive organs funktionella kapacitet. Den kirurgiska metodiken vid lever- och pankreaskirurgi har som mål att säkert avlägsna en del av levern eller pankreas utan att orsaka oväntade och okontrollerade blödningar eller andra komplikationer. När orsaken till operationen är cancer skall resektionen göras med god marginal utifrån tumörbiologiska principer. Kvarlämnade vävnader skall ha bevarad funktion och rekonstruktionen efter resektionen skall göras fysiologiskt funktionell med liten risk för komplikationer

I mitten på femtiotalet föreslog fransmannen Couinaud att levern skulle indelas i åtta segment, vart och ett försörjt av en portatriad. Denna indelning tydliggjorde och underlättar förståelsen av leverns funktionella och vaskulära anatomi och utgör grunden för modern resektionskirurgi utgående från leverns olika anatomiska plan. Den asiatiska kirurgen Ton That Tung lanserade i mitten på femtiotalet en teknik för delning av leverparenkymet som bygger på att portastrukturerna har en högre hållfasthet än leverparenkymet. Genom att dela parenkymet trubbigt, med fingrarna eller med instrument, kan vaskulära strukturer identifieras och delas på ett kontrollerat sätt. De olika hjälpmedel som utvecklats för att dela leverparenkymet bygger vidare på denna princip. Utifrån dessa förutsättningar har leverkirugin utvecklats till den nivå den idag befinner sig på tack vare många olika kirurgers metodiska och hängivna utvecklingsarbete.

Motsvarande utveckling baserad på ökad anatomisk förståelse har skett inom pankreasområdet. Vid cancerkirurgi har detta lett till en förbättrad och säkrare dissektionsteknik utgående från anatomiska plan, med ökade möjligheter att genomföra mera omfattande resektioner. Vid kirurgisk behandling av benigna tillstånd har utvecklingen gått i andra riktningen. Mer riktade ingrepp där körtelns gångsystem dräneras eller där förändrad pankreasvävnad avlägsnas utan att andra organ behöver tas bort har utvecklats.

Den omfattande utvecklingen inom diagnostisk radiologi som skett, framför allt under den senaste tioårsperioden, har påtagligt bidragit till att möjliggöra den kirurgiska utvecklingen. Med olika radiologiska modaliteter kan man idag identifiera och avgränsa patologiska förändringar i lever och pankreas. Relation till betydelsefulla anatomiska strukturer kan visualiseras med hög precision. Resektabilitet och spridning kan bestämmas preoperativt med hög säkerhet vilket inte var fallet för bara några år sedan. Baserat på resultatet av radiologin kan det kirurgiska ingreppet noggrant planeras. Härigenom ökar resektionsfrekvensen och många svårigheter kan undvikas. Radiologerna är viktiga i behandlingsteamet, inte bara vid diagnostik utan också för planering och utförande av avancerade kirurgiska ingrepp. Moderna radiologiska metoder, som datortomografi och MRI, har också påtagligt bidragit till att öka kirurgernas förståelse för den komplexa anatomin inom lever- och pankreasområdet. De avancerade rekonstruktioner som idag är en del av rutinradiologin är enastående lektioner i anatomi.

Kirurgernas, såväl som kirurgins, roll har också påtagligt förändrats under denna utvecklingen. Tidigare var kirurgen ofta ensam när avgörande beslut om utredning och behandling skulle fattas. Förutom kirurgi fanns sällan andra behandlingsalternativ att erbjuda. Idag är situationen en annan. Kunskap om biologi och patofysiologi kring sjukdomar i levern och pankreas har ökat dramatiskt och ny kunskap genereras ständigt. Tillskott av nya komplementära behandlingsmetoder tillsammans med förbättringar inom cytostatikaområdet har givit pankreas- och leverkirugin nya roller. Avancerad kirurgi har blivit aktuell som behandlingsmetod hos helt nya patientgrupper.

Från att för några år sedan varit den helt dominerande diagnosen inom pankreas kirurgi är pankreascancer idag indikationen hos mindre än 50 procent av patienter som genomgår pankreasresektion. Kunskapen om och möjligheter till tidigare och bättre diagnostik av andra tumörformer och av benigna symptomgivande tillstånd har ökat. Detta i kombination med utvecklingen av kirurgisk metodik och förbättrade kirurgiska resultat, har gjort att många andra patientgrupper än pankreascancer idag opereras.

Inom leverkirugin har förändringarna varit ännu större. Metastaser i levern vid kolorektal cancer har i dag flera behandlingsalternativ som ger många patienter goda behandlingsutsikter och möjligheter att botas. Kombinationsbehandling med cytostatika, olika typer av lokal tumördestruktion och allt mer avancerade kirurgiska metoder har medfört att leverresektion idag är aktuell som potentiellt kurativ behandling hos många av dessa patienter. Också vid primär tumörsjukdom i levern har behandlingsmöjligheterna förbättrats. Större möjligheter och ökad erfarenhet att bedöma leverns funktionella kapacitet gör att man idag bättre kan välja ut de patienter som har nytta av kirurgi vid hepatocellulär cancer.

Som följd av denna utveckling har också kirurgens roll förändrats. Idag är pankreas- och leverkirurger medlemmar av multidisciplinära behandlingsteam. Det är idag regel att patienter som genomgår tumörkirurgi i pankreas eller lever också behandlas med cytostatika. Mini-invasiva behandlingsalternativ, så som exempelvis endoskopisk terapi eller lokal vävnadsdestruktion, kan vara alternativ eller komplement till stor resektionskirurgi. För korrekt bedömning och ett optimalt behandlingsbeslut skall kunna fattas fordras mångsidig kunskap utifrån alla för patientens tillstånd relevanta aspekter. Denna arbetsform ställer höga krav på förmågan att samarbeta och detta har självklart påverkat också kirurgernas arbetssätt.

Svensk Förening för Bröstkirurgi

Bröstcancer då och nu

JAN FRISELL, CHRISTIAN INGVAR, ANN-CHRISTINE KÄLLSTRÖM och
JÖRGEN NORDENSTRÖM

Redan Hippokrates beskrev kirurgisk behandling av bröstcancer med mastektomi men greken Claudius Galen (130-200 efter Kr.) dominerade sen läkekonsten fram till 1300-talet med sin tro att sjukdomar orsakades av obalans mellan blod, flegma, svart och gul galla. Behandling var därför diet, salvor och omslag. Mastektomi populariserades igen på 1500-talet av belgiern Andreas Vesalius som förordade kärlligatur som haemostas.

Tidigt upptäcktes att spridning till lymfkörtlarna medförde en försämrad prognos (LeDran, 1685-1770) och kvarstår än i dag som en av de viktigaste prognostiska faktorerna vid bröstcancer. Upptäckten medförde att Jean-Louis Petit på tidigt 1700-tal beskrev hur en mastektomi och axill utrymning skulle göras.

I och med introduktionen av anestesi och antiseptik blev den kirurgiska behandlingen mer tillgänglig och James Paget redovisade tio procent mortalitet i anslutning till bröstoperation.

William Halsted (1852-1922) är kanske den kirurg som förknippas mest med bröstcancerhistorien. Han ansåg att bröstcancer spreds centrifugalt längs med lymfbanorna. Hans radikala mastektomi kom faktiskt att dominera ända fram till 1970-talet och innebar borttagande av



Halstedts mastektomi.

hela bröstet, bägge pektoralismuskulerna samt axillinnehållet. Huddefekten som uppstod lämnades ofta att granulera eller täcktes med delhud. Halstedts dogmer kullkastades slutligen av David Patey som visade att det gick lika bra för patienterna om pektoralis bevarades och huden suturerades. Den moderna "Modifierade radikala mastektomin" som ännu används var därmed beskriven.

Den kirurgiska behandlingen av bröstcancer, tillika den adjuvanta behandlingen, har under de senaste decennierna genomgått en stor förändring. Utvecklingen av den bröstbevarande kirurgin beskrevs av bland andra Umberto Veronesi i Italien och Bernard Fisher i USA på 1970-talet som ett alternativ till den modifierade radikala mastektomin där kombinationen med strålbehandling gav få lokalrecidiv och samma överlevnad som vid mastectomi. År 1980 utfördes bröstbevarande kirurgi på cirka tio procent av bröstcancer patienterna, 1990 cirka 30 procent för att idag utgöra den dominerande operationsmetoden (50–60%).

Ett nationellt screeningprogram med mammografi startade i Sverige i slutet av 80-talet. Randomiserade studier visade att tidig upptäckt av bröstcancer med regelbunden mammografiundersökning minskade dödligheten i bröstcancer. Små tumörer hittades och dessa var i de flesta mest lämpade för bröstbevarande behandling.

Även den kirurgiska behandlingen av axillen har genomgått stor förändring sedan slutet av 90-talet – från radikal axillkirurgi med utrymning av de två nedre delarna av axillens fett och lymfkörtlar med hög risk för armmorbidity till utvecklingen av sentinel node diagnostiken där endast en körtel tas ut. Detta har medfört mindre risk för armkomplikationer med bibehållen diagnostisk säkerhet jämfört med tidigare radikala ingrepp.

En annan viktig utveckling inom bröstkirurgin är onkoplastikkirurgi som bland



Modern bröstbevarande operation.

annat innebär bröstrekonstruktiv kirurgi där det borttagna bröstet ersättes med annan vävnad, antingen egen kroppsvävnad eller av en protes. Man kan även använda sig av plastikkirurgisk teknik vid bröstbevarande kirurgi för att få ett bättre kosmetiskt resultat utan att ge avkall på tumörmarginaler och återställa symmetri genom reduktion och lyft av det andra bröstet.

Tillkomsten av Svensk Förening för Bröstkirurgi

År 1989 avled Kicki Waller från Åre i bröstcancer. Hon blev 41 år. För anhöriga och vänner som följde hennes kamp mot sjukdomen blev detta en uppskakande händelse där man inte bara uppfattade de medicinska behandlingsalternativen som otillräckliga utan även den del av vården som hade att göra med omvårdnad, smärtlindring

och bevarande av livskvalité. Vänerna startade en fond till hennes minne med målsättning att förbättra vården för patienter som drabbats av bröstcancer. Insamlade medel gör att fonden årligen alltsedan 1993 kan anordna en konferens i Åre för läkare med särskilt ansvar för bröstcancer vården. Läkare från alla delar av landet deltar varvid man diskuterar forskningsnyheter och hur behandlingen skall kunna förbättras. Konferenserna utgår alltid från den enskilda patientens behov och vid flera tillfällen har därför patienter och anhöriga inbjudits för att berätta om sina upplevelser av bröstcancersjukdomen. Mötet hålls varje år under tre dagar i januari månad i Åre. Kicki föddes och växte upp i Åre och det finns en stark förankring av fonden hos lokalbefolkningen och företagarna i Åre.



Deltagare i Kicke Waller symposium i Åre – grunden till bildandet av föreningen.

Huvuddelen av deltagarna har varit kirurger och onkologer men även plastikkirurger, röntgenologer och patologer deltar i mötena. Målsättningen är att alla landets sjukhus som sköter bröstcancerpatienter skall vara representerade på mötet. Varje möte har ett övergripande tema, särskilt framstående föreläsare har inbjudits:

- 1993 Karen Antman, Boston (Autologous bone marrow transplantation)
- 1994 Joan Slack, London (Hereditary aspects of breast cancer)
- 1995 Jean Yves Petit, Milano (Breast conservation and reconstruction)
- 1996 Laszlo Tabar, Falun (Mammography screening)
- 1997 Christopher Elston, Nottingham (Pathology and prognostic factors in breast cancer)
- 1998 Stein Kaasa, Trondheim (Palliative care and quality of life in patients with breast cancer)
- 1999 Karl von Smitten, Helsingfors (Immediate breast reconstruction)
- 2000 Lars Erik Rutqvist, Stockholm (Adjuvant endocrine therapy in early breast cancer)
- 2001 Anders Ekblom, Stockholm (Twin studies in breast cancer)
- 2002 Jonas Bergh, Stockholm (Developments in treatment during recent years)

- 2003 Knut Aspegren, Köpenhamn (Communications with patients)
2004 Dick Rainsbury (Onco-plastic surgery)
2005 Lars Holmberg (Stora utmaningar i bröstcancervården. Hur rustar vi?)

Under de år som fonden har anordnat möten har flera hundra av landets mest framträdande läkare inom bröstcancervården och bröstcancerforskningen deltagit. Betydelsen av mötena har framförallt varit inom tre områden: spridning av ny kunskap, utarbetande av behandlingsrutiner och vetenskapliga studier samt förbättrat nationellt samarbete.

Det kanske viktigaste resultatet av fondens verksamhet har varit att mötena har skapat ett landsomfattande nätverk med personer verksamma inom bröstcancervården. Detta är betydelsefullt inom ett område där behandlingen är så spridd och omfattande och kräver ett multidisciplinärt omhändertagande. Genom det nätverk som bildats har ämnesområdets betydelse lyfts fram och är en av de främsta anledningarna till bildandet 1996 av Svensk Förening för Bröstkirurgi som numera har medlemsstatus inom Svensk Kirurgisk Förening. Föreningen är en viktig källa för ökad kunskap och utveckling och samtidigt en markering för de tio procent av landets kvinnor som drabbas av bröstcancer och därmed för andra subspecialiteter, politiker och administratörer och för de som är verksamma inom bröstcancervården.

Idag ställer patienter betydligt högre krav på information och behandling än tidigare. Information från internet, TV och radio gör patienterna betydligt mer medvetna om olika behandlingsmöjligheter. Detta ställer i sin tur större krav på den behandlande bröstkirurgen att informera om olika behandlingsalternativs för- och nackdelar. Bröstkirurgspecialistens kompetens gäller ofta inte bara det kirurgiska. På många håll i Sverige är det också bröstkirurger som sköter den medicinska adjuvanta och palliativa behandlingen av bröstcancer. Parallellt med den kirurgiska utvecklingen och införandet av screening har tilläggsbehandling med cytostatika och hormonell behandling utvecklats och bidragit till den allt bättre överlevnaden.

Patienterna behandlas numera ofta på speciella bröstmottagningar av "bröstteam" där olika specialister ingår. Varje fall diskuteras både pre- och postoperativt på en bröstkonferens och behandlas efter riktlinjer som tagits fram i det svenska nationella vårdprogrammet. Bröstmottagningarna med sina specialutbildade bröstkontaktsjuksköterskor utgör grunden för den trygghet som behövs för våra patienter.

För att samla all den kompetens om bröstkirurgi som finns i Sverige och för att kunna möta upp mot de krav som bröstpatienterna ställer på optimal behandling så är Svensk Förening för Bröstkirurgi helt essentiell och ett viktigt forum för information, utbildning och utveckling. Sedan starten har föreningen haft följande ordförande i tur och ordning

- 1996–2004 Per-Ebbe Jönsson
2003– Jan Frisell

Föreningens möten under Kirurgveckan är alltid välbesökta.

Svensk Kärlkirurgisk Förenings bakgrund och historia

HÅKAN PÅRSSON och ERIC WAHLBERG

Kort om Svensk Kärlkirurgis historia

Arteriell kärlkirurgi började anta ansenliga volymer i USA under slutet av 1950- och 60-talet och de första kärlkirurgiska operationerna i Sverige utfördes under 1950-talet. Clarence Crafoord opererade det första bukaortaaneurysmet på Serafimerlasaret och ortopeden Tor Hierton införde femoropopliteal bypasss för behandling av claudicatio med målet att minska antalet amputationer.

Under slutet av 1960-talet och i början av 1970-talet började kunskapen om kärlkirurgi spridas utanför pionjärerens sjukhus. En av Crafoords elever, Stig Ekeström, bedrev på thoraxkliniken KS framför allt aortoiliacal kirurgi på indikationerna aneurysm och claudicatio. Under tidigt 1970-tal introducerades perifer rekonstruktion vid kritisk ischemi efter amerikansk förebild av Sven-Erik Bergentz i Malmö, Ingvar Eriksson i Uppsala och Bo Eklöf i Lund. Därefter följde en relativt snabb spridning av kunskapen och vid slutet av



Professor Sven-Erik Bergentz vid sin pensionering bredvid ett porträtt som avtäcktes vid tillfället och målats av Jörgen Zetterqvist.

1970-talet var kärlkirurgi etablerad på hälften av landets länskliniker för att fem år senare finnas på de allra flesta. En kärlkirurgisk avdelning inrättades under 1980-talet såväl i Malmö som Uppsala och vid den senare blev David Bergqvist landets förste professor i kärlkirurgi. Under 1990-talet bildades kliniker för kärlkirurgi i Malmö, Linköping och på Karolinska Sjukhuset.

Tidigt under den svenska kärlkirurgins utveckling introducerades intraoperativa metoder för kontroll av operationsresultatet. Pionjär var Stig Ekeström som introducerade elektromagnetisk flödesmätning. Intraoperativ angiografi introducerades 1976 av Ingvar Eriksson och Staffan Bowald i Uppsala.

På vensidan utvecklade redan i slutet av 1930-talet Gunnar Bauer i Mariestad flebografisk diagnostik, heparinbehandling och utförde även tidigt operationer för behandling av posttrombotiskt syndrom. Djup venös rekonstruktion med trombectomi och AV-fistel vid akut iliacatrombos utvecklades av Bo Eklöf och venklaffplastik av Ingvar Eriksson under 1980-talets första år. Lars Norgren och fysiologen Olav Thulesius utvecklade fotvolumetri vid diagnostik och utredning av venös insufficiens. David Bergqvist har varit internationellt ledande inom utveckling av trombosprofylax och antikoagulantia.

Flera svenska kärlkirurger har spelat en roll för kärlkirurgins internationella utveckling.

Sven-Erik Bergentz är hedersmedlem i den amerikanska kärlkirurgföreningen. David Bergqvist är hedersmedlem i American Venous Forum, European Society for Vascular Surgery och Vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland Han har också varit chefredaktör för European Journal of Vascular Surgery. Lars Norgren har varit president i Europeiska Kärlkirurgföreningen och i flera andra organisationer såsom Societas Phlebologica Scandinavica och International Union of Angiology. Bo Eklöf är president i American Venous Forum. Det finns flera andra kärlkirurger som också har betytt mycket internationellt men ovanstående nämns som exempel.

Under 1990-talet har utvecklingen av endovaskulära behandlingsmetoder förändrat kärlkirurgin med möjligheter till PTA och stentinläggning vid perifera, renala och carotislesioner. Stentgraftinläggning vid elektiva och på senare tid också



Professor emeritus Tor Hierton (ortoped och kärlkirurgisk pionjär i Sverige) och David Bergqvist (innehavare av landets första professor i kärlkirurgi) vid efterundersökning, 1993, av patient som opererats på-50 talet av Hierton för cystisk popliteadegeneration.

akuta aortaaneurysm har introducerats. Svenska kärlkirurger har spelat en stor roll för utvecklingen av den endovaskulära behandlingen av kärleksjukdomar och här har kärlliniken i Malmö med hjälp av Krasnodar Ivancev gått i spetsen.

Kärllubben bildades som en intresse- och diskussionsförening 1978 av Arvo Kövamees på Serafimerlasarettet och Ingvar Eriksson i Uppsala. Det första mötet hölls 1979 på Serafimer lasarettet och hade 43 deltagare. Följande år hölls mötet i Uppsala och då var intresset i stigande. Ett av de mest kontroversiella ämnena under dessa år var frågan om aortoiliacal bypass eller trombendarterektomi. Under de följande åren hölls möten i Borås och Malmö för att därefter hållas på skilda kirurgkliniker i landet med speciellt kärllintresse. Klubbens möten hölls alltid den första fredagen i februari.

Svensk Kärlkirurgisk Förening (Swedish Society for Vascular Surgery-SSVS)

I slutet av 1980-talet framfördes önskemål om att bilda en formell förening då Svensk Kirurgisk förening (SKF) fick handlägga allt fler frågor som berörde kärlkirurgiska problem. På mötet i Trollhättan-Vänersborg 1990 bildades SSVS formellt. En styrelse valdes som fick fortsatt mandat under 1991. David Bergqvist valdes till ordförande och efterträddes 1996 av Jesper Swedenborg som i sin tur 2001 efterträddes av Eric Wahlberg.

Den nybildade SSVS fortsatte att ha sina möten i februari, men i och med Kirurgveckan i Varberg 1996 flyttades huvudmötet till Kirurgveckan. Fortfarande hålls ett årligt vårmöte bestående av dels den gamla kärllubbens program dels ett program samordnat med arbetsgruppen för kärllregistret, Swedvascs årliga möte. Således har den kärlkirurgiska föreningen allt sedan 1996 hållit två möten per år, ett under Kirurgveckan, tillika årsmöte, och ett under maj månad tillsammans med Swedvasc. Det svenska kärllregisteret är en viktig del av SSVS. Det startade 1987 som VRISS (Vascular Register in Southern Sweden) och utvecklades senare och blev rikstäckande. År 1994 var i stort sätt samtliga kärlkirurgiska kliniker involverade och VRISS fick istället namnet Swedvasc. Det kom då att bli en sektion till SSVS. Ordförande i VRISS samt i Swedvasc från starten 1994 var David Bergqvist som 2002 därefter efterträddes av Martin Björck.

Den laparoskopiska kirurgins utveckling i Sverige

AGNETA MONTGOMERY, DAG ARVIDSSON och JOAR SVANVIK

Den laparoskopiska kirurgins utveckling började i Sverige redan på 1910-talet då den svenske läkaren Hans-Christian Jacobaeus introducerade både den laparoskopiska och thoracoskopiska tekniken. Under början av 1970-talet blev tekniken allmänt använd inom gynekologin för diagnostik och sedermera även sterilisering. År 1985 utförde den tyske kirurgen E Muhe



H-C Jacobaeus thoracoscoperar, bilden troligen från 1920-talet.

den första laparoskopiska kolecystektomin, men han blev inte initialt uppmärksammasad för detta. Med en mera funktionell laparoskopisk operationsmetod utförde den franske gynekologen P Mouret i Lyon den första, mera allmänt vedertagna, laparoskopiska kolecystektomin. Efter detta gick utvecklingen snabbt och i samband med Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgery (SAGES) möte i Atlanta mars 1989 presenterades de första större internationella materialen avseende laparoskopisk kolecystektomi. Cuschieri från Skottland samt Dubois från Frankrike presenterade vardera drygt 200 fall. Redic från USA gjorde också en presentation av de första tio polikliniska operationerna. Metoden beskrevs starkt fördelaktig för patienten med kort vårdtid, reducerad smärta och kort sjukskrivning efter operation. Metoden spreds nu mycket snabbt över världen.

Tekniken infördes till Sverige av Ulf Haglund och Dag Arvidsson vid Akademiska sjukhuset i Uppsala samt Joar Svanvik och Tore Scherstén vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Metoden introducerades där efter studiebesök i Paris, operationer på gris och sedan utfördes en del moment före konvertering till öppen operation. De första operationerna gjordes under februari månad 1990. De första svenska erfaren-

heterna vid de båda sjukhusen presenterades i en artikel i Läkartidningen på sammanlagt hundra operationer.

Snabbt spred sig också tekniken som en löpeld i Sverige. Entusiaster vid ett antal mindre sjukhus såsom Värnamo och Falköping var mycket tidigt ute med introduktionen av tekniken. Man insåg snabbt det skriande problemet på utbildning, apparatur och kvalitetskontroll.

I augusti 1991 initierades starten av Svensk Förening för Laparoskopisk Kirurgi av Joar Svanvik och Dag Arvidsson. I samband med Riksstämman 1991 valdes en styrelse med Joar Svanvik som ordförande. Föreningens logo togs fram av föreningens kassör överläkare Claes Rudberg i Västerås med hängiven hjälp av mamma som konstnär. Avsikten med föreningen var att samla svenska kirurger under årliga vetenskapliga möten, hålla kurser i laparoskopisk kirurgi, samordna multicenterstudier, göra kvalitetsregistrering samt anordna tester av laparoskopiska instrument och utrustning.



Föreningens första logo som användes mellan 1991 och 2003.

Initiativet att skapa ett register för laparoskopisk gallvägskirurgi initierades. Mellan åren 1991–1993 registrerades totalt 11 164 operationer med totalt 57 gallgångsskador (0,5 %). Av dessa 57 var elva allvarliga skador med substansförlust. Tidigare rapporterad frekvens har i de flesta material legat runt 0,3 procent vid öppen teknik. Registret upprättades med tanke på att få en överblick över om incidensen gallgångsskador verkligen ökade och om skadepanoramata skilde sig från öppen operationsteknik. Tyvärr fanns det inte medel för fortsatt drift av detta tidigt startade och unika register.

I föreningens regi gjordes också ett försök att starta ett register för laparoskopisk funduplicatio initierat av Tore Lind i Skövde. Även till detta saknades såväl pengar som följsamhet i rapportering varför detta så småningom också lades ner. Tiden tycktes inte mogen för ett komplikationsregister.

Ett internationellt samarbete utvecklades mellan Svensk Förening för Laparoskopisk Kirurgi och den europeiska föreningen European Association for Endoscopic Surgery (EAES). Under åren 1992–1995 arrangerades årligen ett vetenskapligt möte där deltagarantalet växte från 130 till 220 intresserade kirurger. Mötet hölls i turordning i Tylösand, Ekerum, Piteå och sist Tällberg. Till samtliga möten har internationella toppföreläsare varit inbjudna. Redan vid det första mötet etablerades ett samarbete med laparoskopiiintresserade gynekologer och thoraxkirurger.

År 1993 hade man också etablerat ett samarbete på nordisk bas och i detta projekt har två möten arrangerats, ett i Malaga och ett i Glasgow. Som första separata förening ansökte Svensk Förening för Laparoskopisk Kirurgi om att få bli en sektion inom Svensk Kirurgisk Förening. I samband med sensommarmötet december 1993 accepterade Svensk Kirurgisk Förening denna ansökan och därmed hade den första delföreningen bildats. Detta initiativ har sedan följts av bildandet av övriga delföreningar.

Medicinska Forskningsrådet (MFR) inbjöd 1997 ett 40-tal kirurger, anestesiologer, medicinska gastroenterologer, hälsoekonomer, representanter från SBU och Socialstyrelsen att delta i en konsensuskonferens avseende laparoskopisk kirurgi för att svara på ett antal specificerade frågor. Detta möte resulterade i ett "State of the Art" dokument för att tydliggöra för- och nackdelar vid tre vanliga laparoskopiska ingrepp såsom gallstensoperation, operation för gastroesophagial reflux samt ljumsnbräck.

De två internationellt mest kända multicenter studierna avseende laparoskopisk versus öppen operation för ljumsnbräck har initierats av Dag Arvidsson. Den första studien jämförande laparoskopisk operation enligt TAPP (TransAbdominal pre Peritoneal Patch) mot Shouldice's suturplastik med öppen metod inkluderade 1100 patienter och har sammanfattats i en avhandling försvarad av Fritz Berndsen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö 2003. Vetenskapligt sett har produktionen varit hög i Sverige och internationellt sett har vetenskap av hög klass med ett stort antal randomiserade studier genomförts. Fram till idag har sju avhandlingar försvarats innefattande den laparoskopiska tekniken.

Svensk Förening för Laparoskopisk Kirurgi har haft stor betydelse för att styra upp utvecklingen av den laparoskopiska kirurgin i Sverige. Föreningen har sammanlagt haft fyra ordföranden som i turordning är Joar Svanvik Linköping, Dag Arvidsson Uppsala, Agneta Montgomery Malmö och sittande Stig Ramel Huddinge.

Föreningen har under Kirurgveckorna utvecklat ett ökande samarbete med övriga delföreningar där beröringspunkter har funnits. Stor vikt har lagts vid internationella kontakter och deltagandet på internationella konferenser har från svensk sida varit stort. Föreningen har också befrämjat ett samarbete mellan både universitetssjukhus, centrallasarett och länsdelssjukhus och man har på detta sätt skapat ett nätverk för samarbete över landet. Tekniken är nu etablerad vid landets samtliga kirurgiska kliniker men verksamheten avseende antal och typ av ingrepp varierar dock stort mellan sjukhus. Metoden får anses som mest väletablerad avseende gallkirurgi. Tekniken utnyttjas också i varierande omfattning för diagnostik vid misstanke på appendicit och för appendectomi. Andra



Laparoskopisk operation i modern tid.

områden där tekniken lämpar sig väl är preperitoneal endoskopisk bräckoperation (TEP), ärrbräckoperation, splenektomi, operation för gastroesophageal reflux, "live-donor"- nefrektomi och så vidare. Ovanstående får tjäna som exempel på tillämpning där tekniken på många ställen är väletablerad. I följande kapitel ges ett exempel på den nya teknikens betydelse för utveckling av traditionell kirurgi, nämligen bräckkirurgin.



Laparoskopisk operation av gangränös appendicit.



År 2003 bytte föreningen namn till Föreningen för Minimalinvasiv Kirurgi, MIK. Avsikten med namnbytet var att anpassa sig till den internationella utvecklingen avseende kirurgiska metoder som i ett vidare perspektiv syftar till att vara minimalinvasiva för patienten.

Sammanfattningsvis introducerades den laparoskopiska tekniken på bred front snabbt under början 1990-talet. Med ett tidigt skapande av en nationell förening kunde verksamheten avseende utbildning, kvalitetskontroll, vetenskapliga studier, instrumentutveckling och samarbete utvecklas på ett för tekniken mycket positivt sätt. Föreningen har starkt bidragit till att tekniken i Sverige har ett mycket gott internationellt anseende med en hög aktivitet och kvalitet.

Litteratur

Jacobeus HC. Über Laparo- und Thoracoskopie. Beitr Klin Tuberk 1912;25:183-254.

Laparoscopic biliary tract surgery in gallstone disease. Avhandling. Ulf Berggren, Uppsala 1997.

Audit of groin hernia repair. Avhandling. Anders Kald, Linköping 1997.

Muhe E. Die erste Cholezystektomie durch das Laparoskop. Langenbecks Arch Chir 1986;369:804

Chuschieri A, Dubois F, Mouiel J, Mouret P, Becker H, Buess G et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991;161:385-7.

The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1 518 laparoscopic cholecystectomies. N Engl J Med 1991;324:1073-8.

Arvidsson D, Haglund U, Scherstén T, Svanvik J. Laparoskopisk cholezystektomi revolutionerande operationsalternativ vid gallsten. Läkartidningen 1992;80(6):395-6.

Svanvik J, Arvidsson D. Förening ordnar kurser och samordnar studier. Läkartidningen 1993;90(19):1875

Medicinska Forskningsrådet (MFR). Laparoskopisk teknik inom allmänkirurgi. State-of-the-art konferens 1997;1-48 mfradmin@mfr.se

Svanvik J, Scherstén T. Laparoskopisk cholecystectomi reducerar vård- och sjukskrivningstid. *Läkartidningen* 1991;88(7):496-7.

Hjelmqvist B. Complications of laparoscopic cholecystectomy as recorded in the Swedish laparoscopy register. *Eur J Surg* 2000;Supl 585:18-21.

A laparoscopic approach in gastro-oesophageal surgery, experimental and epidemiological studies. Avhandling. Rune Sandbu, Uppsala 2001.

The changing path of inguinal hernia surgery. Avhandling. Fritz H Berndsen, Malmö 2003.

Minimally invasive hernia surgery. Avhandling. Sven Bringman, Huddinge 2003.

Laparoscopic or open antireflux surgery – a comparative study with special reference to the patients perspective. Avhandling. Gunilla Nilsson, Lund 2003.

Laparoscopy and tumor growth – a clinical and experimental study. Avhandling. Owe Lundberg, Umeå 2004.

Foregut motility disorders – a clinical and experimental study. Avhandling. Ann Kjellin, Stockholm 2004.

Obesity surgery. Avhandling. Torsten Olbers, Göteborg 2004.

Operations for gastro-esophageal reflux disease – studies on mode of action and how to improve functional outcome. Avhandling. Cecilia Engström, Göteborg 2004.

Laparoscopy – diagnostic applications in suspected appendicitis and access-related complications. Avhandling. Ann-Cathrin Moberg, Malmö 2005.

The changing path of inguinal hernia surgery. Fritz H Berndsen, Avhandling Lunds Universitet, Malmö.

Bräckkirurgins utveckling i Sverige

SVEN BRINGMAN och SAM SMEDBERG

”Sträfvandet att åstadkomma radikalläkning af yttre underlifsbräck genomgår hela den operativa kirurgien och är en god del af dess historia” inleder Silas Lindqvist sin akademiska afhandling från 1908 betitlad *”Studier öfver resultaten af radikaloperationer för bräck vid kirurgiska kliniken i Uppsala 1/9 1888 – 31/12 1904”*.

Efter införandet av den antiseptiska sårbehandlingen var bräckkirurgin ett av de områden där utvecklingen tog fart, och ett stort antal metoder utvecklades. Publikationer utgick från Sabbatsbergs sjukhus, Växjö och Sundsvall. Bassinis radikaloperation (första resultaten publicerade 1888), med rekonstruktion av inguinalkanalen till dess ursprungliga skick genom återskapande av dess sneda förlopp, anammades tidigt även i Sverige och började användas omkring 1890. En av fördelarna med metoden var att den *”icke blott i auktorns egen hand gifvit goda resultat, utan att den lätt och med samma goda resultat utföras af alla kirurger”*. Jacques Borelius bidrog från Sverige till Nordisk Kirurgis Förenings Samforskning rörande radikaloperation av bräck, publicerad 1895 och han publicerade 1898 sina egna resultat av 200 operationer utförda i Karlskrona.

Resultatredovisningens huvudpunkter inom dåtidens bräckkirurgi avhandlade mortalitet, suppuration (gummihandskar kom i regelmässigt bruk först 1903) och recidiv.

Efter den vetenskapligt aktiva fasen i början av den moderna bräckkirurgins utveckling i Sverige var det med få undantag tyst på bräckfronten under flera decennier. Uppföljningsstudier publicerades från Helsingborg 1943, Malmö 1951 och Gällivare 1969. Sängläge och vårdtid diskuterades i ytterligare ett par publikationer. Bassinis metod med modifikationer och vidareutvecklingar, främst Girardplastiken, var förhärskande. Bräckplastiken syddes vanligen med enstaka silkesuturer sedan

man på grund av dåliga resultat lämnat catgutsuturen. Läkarbrist gjorde att hantverket ofta fick läras enligt principen "see one, do one".

Först under 1960- och 70-talen påbörjades på nytt forskning inom området parallellt med att man kunde se ett ökat kliniskt intresse för bråck. Från USA hade kommit publikationer om anatomiska plastiker med McVay som främste förespråkare och om den preperitoneala Nyhusplastiken. Ingolf Ljungdahl analyserade systematiskt och noggrant uppföljda bråckoperationer och på grund av påvisade sämre resultat övergavs Nyhusplastiken som metod för inguinala bråck till förmån för Bassinis och Girards metoder.

Även inom andra områden bedrevs klinisk forskning. Bland annat har från svenskt håll de anatomiska begreppen vid Spigellibråck klarlagts och en röntgenmetod, positiv herniografi, utvecklats av röntgenologen Gullmo, varvid anatomin ytterligare klarlades och den kirurgiska tillämpningen härav analyserats av Smedberg.

Shouldice plastiken, utvecklad i Canada på 1950-talet med Bassinis teknik som grund, blev utbredd i Sverige först i slutet av 1980-talet. Man använde då vanligen, icke resorberbart, monofilament efter att många under en period använt resorberbart multifilament vid modifierad Bassini. Tensionsfria plastiker med Lichtenstein som den vanligaste, ökade under 1990-talet och är numera den vanligaste operationstekniken i Sverige. Några olika tekniker med användande av prefabricerade nätpluggar har också använts en hel del de senaste sju-åtta åren.

Efter att ha varit satt på undantag ett antal år ökade intresset för ljumskbråckskirurgi i Sverige under 1990-talet. Orsakerna till detta kan sägas vara åtminstone tre: grundandet av ett svenskt bråckregister, nätanvändning vid öppen bråckkirurgi och införandet av laparoskopisk bråckkirurgi med nät. Vikten av att använda nätmaterial var känd under många år dessförinnan. Theodore Billroth uttalade att "om vi kunde producera konstgjorda vävnader med samma täthet och hållfasthet som fascia och sena så skulle hemligheten med radikal bot vara upptäckt". Det nationella bråckregistret startades 1992 av Erik Nilsson i Motala och har nu blivit rikstäckande. Databasen innehåller nu över 100.000 operationer. Registret är unikt i världen och har haft stor betydelse för såväl den kliniska som den akademiska utvecklingen av bråckkirurgi i Sverige. Vi lärde oss till exempel att recidivfrekvensen i Sverige var så hög som 20–25 procent. Detta har initierat kvalitetsarbete på många sjukhus som lett till minskad recidivfrekvens.

Flera avhandlingar har haft bråckregistret som bas eller använt bråckregistret som en del i avhandlingen. Den laparoskopiska utvecklingen hade stor betydelse för bråckkirurgin i Sverige och bråckkirurgin fick högre prioritet.

Under senare delen av 1990-talet ökade fokuseringen på materialen i de nät som implanteras vid all tensionsfri bråckkirurgi. I en strävan att minimera mängden kvarvarande främmande material i nätet har ett antal olika nät utvecklats som innehåller en del som resorberas.

Problematiken vid bukväggsförslutning och ärrbräck har uppmärksammats allt mer på senare år. Intresset för ärrbräck har likaså ökat under de senaste åren där användning av nät antingen retromuskulärt enligt Rives-Stoppa eller intraabdominellt med laparoskopisk teknik är de metoder som sannolikt ökar mest.

Sammanfattningsvis har bräckkirurgin i Sverige åter blivit en viktig del av den akademiska och kliniska vardagen under det senaste decenniet, efter att ha varit satt lite grand på undantag under många år.

Litteratur

Ljungdahl I. Inguinal and femoral hernia. An investigation of 502 own operated cases. Acta Chir Scand 1973;Suppl 439.

Spangen L. Spigelian hernia. Acta Chir Scand 1976;Suppl 462.

Gullmo Å. Herniography. The diagnosis of hernia in the groin and incompetence of the pouch of Douglas and pelvic floor. Acta Radiol 1980;Suppl 361.

Smedberg S. Herniography and hernial surgery, Bulletin no. 59. Lund: Lunds Universitet; 1986.

Nordin P. Groin hernia surgery : studies on anaesthesia and surgical technique. Linköping: Hälsouniversitetet, Linköping; 2003.

Bringman S. Minimally Invasive Hernia Surgery. Stockholm: Karolinska Institutet; 2003.

Haapaniemi S. Quality assesement in groin hernia surgery - the role of a register. Linköping: Hälsouniversitetet, Linköping; 2001.

Kald A. Audit of groin hernia surgery. Linköping: Hälsouniversitetet, Linköping; 1997.

Berndsen FH. The changing path of inguinal hernia surgery. Malmö: Lunds Universitet; 2003.

Israelsson L. Wound Complications in midline laparotomy incisions: The importance of suture technique. Malmö: Lunds Universitet; 1995.

Cengiz Y. Separation of wound edges in midline celiotomies: the importance of suture technique. Umeå: Umeå universitet; 2001.

Kirurgiskt trauma

Svensk Förening för Traumatologi

PER ÖRTENWALL

Omhändertagande av skadade personer är egentligen grunden för kirurgin som specialitet. Som bekant fanns under stormaktstidens svenska fälttåg fältskärer som följde härerne på deras marscher. Fältskärerna hade sitt ursprung i barberarskrået och det tog lång tid innan de accepterades som "riktiga läkare" – i vissa kretsar kanske detta fortfarande inte har skett...

Det är därför inte konstigt att svenska kirurger under lång tid haft ett intresse av svensk traumavård och att ämnet av och till varit uppe till diskussion och behandling på möten inom Svensk Kirurgisk Förening. Ämnet har rönt ett förnyat intresse i Sverige under de senaste tio åren, sannolikt beroende på att vår amerikanska motsvarighet initierade och i slutet av 80-talet publicerade sin "Major Trauma Outcome Study". I denna presenterades data avseende omhändertagande av cirka 130 000 traumapatienter vid olika trauma-centra i USA. Motsvarande data fanns inte tillgängliga i Sverige, vilket ledde till start av två separata traumaregister i början av 90-talet; OLGA-Trauma med bas i Lund och Vestra med bas i Göteborg. Inget av registren blev dock någon framgång på grund av svårigheter att leverera feedback till användarna. Registren lades så småningom ner och istället initierades Kvitra, till vilket majoriteten av landets akutsjukhus nu anslutit sig.

Diskussionen om hur skadade patienter skulle omhändertas ledde till att många sjukhus började skriva manualer angående det egna sjukhusets traumaorganisation. En del av dessa kom också att tryckas upp med hjälp av stöd från läkemedelsindustrin och fick en ganska vid spridning i landet.

Intresset för traumafrågor ledde till att Svensk Förening för Traumatologi bildades 1995 med Tom Häggmark som dess förste ordförande. I stadgarna poängterades att föreningen är oberoende och multi-disciplinär och under bildandet var förutom kirurger även anestesiologer, ortopedier och neurokirurger mycket aktiva.

Även bland sjuksköterskorna bildades en traumaförening, Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma (RST).

Ungefär samtidigt tog Svensk Kirurgisk Förening under ledning av Ulf Haglund kontakt med American College of Surgeons för att diskutera ATLS-kursen. Efter att ett antal svenska läkare gått igenom instruktörsutbildningen i USA genomfördes 1996 den första kursen i Sverige. Jonas Rastad, endokrinkirurg från Uppsala, blev Sveriges första "National Director". Han drog runt Sverige i ett eget härnadståg och lyckades med hjälp av en stor energi och ett så kallat mustigt språk på kort tid få igång kursverksamhet på dryga tioalet kursorter runt om i landet. Sedan dess har mer än 2000 svenska läkare utbildats i konceptet, på senare år med Thore Wikström, Linköping som svensk nationellt kursansvarig.

Motsvarande amerikanska utbildning på sjuksköterskesidan (TNCC) introducerades av RST i Sverige och för ambulanssjukvårdens räkning startade även PHTLS.

Andra personer som bör uppmärksammas för att ha höjt kvalitén på svensk traumavård är Sten Lennquist, tidigare kirurgprofessor i Linköping, som tillsammans med dåvarande medicinalrådet Karl-Axel Norberg på Socialstyrelsens Beredskapsenhet initierade och genomförde utbildning av 20-talet svenska "traumateam". Efter en förberedande kursvecka i Linköping gavs dessa team möjlighet att i turordning under en månads tid följa verksamheten vid Penn Trauma Center i Philadelphia. Utbildningen som finansierades genom omfördelning ur försvarsanslaget medförde att ett stort antal svenska sjukvårdsanställda exponerades för ett högkvalitativt omhändertagande i traumarummet och dessutom i praktiken fick se vad "damage control-kirurgi" är och hur det skall användas. Detta koncept har sedan spridits dels genom att kirurger utbildade i Philadelphia fört kunskaperna vidare på respektive sjukhus, men också genom kurser i Sverige under ledning av chefen för Penn Trauma Center, Bill Schwab.

Den stundtals ganska hätska debatt som fördes i Sverige i mitten på 90-talet huruvida vården av traumapatienter skulle koncentreras till "Trauma Centra" eller ej, och i så fall på vilka sjukhus dessa centra skulle lokaliseras, har lugnat ner sig. De flesta har insett att med tanke på hur glesbefolkat vårt land



Gemyttlig samvaro i PO Granbergs snöbivack. Led i köldforskning.

är måste de flesta sjukhus stå beredda att ta emot alla sorters patienter, även de som är svårt skadade. Koncentration av traumafallen eller ej är en fråga som möjligen kan dryftas i de mest tätbefolkade delarna av landet, men som för övrigt är ganska ointressant.

Jag vågar påstå att under de senaste tio åren har traumaomhändertagandet generellt påtagligt förbättrats i Sverige genom de ovan redovisade utbildningsinsatserna. Svensk Förening för Traumatologi har däremot under denna period tappat många av sina ursprungliga medlemmar, precis som RST – kanske orkar vi bara intressera oss för en fråga så länge som den upplevs som ett problem? SFT har också kommit att mer och mer uppfattas som en sektion av Svensk Kirurgisk Förening, kanske beroende på att vi deltagit i och organiserat ett eget program alltsedan sensommarveckan i Strömstad. Detta har varit SFTs mötesaktivitet vid sidan av "Trauma-mötet" i november i Göteborg som nu hållits i 15 års tid efter att ursprungligen ha startats av Bo Risberg. Det senaste traumamötet hade som tema "blödning och blödningskomplikationer hos den traumatiserade patienten" och arrangerades tillsammans med SCANTEM (Scandinavian Networking Group on Trauma and Emergency Management). Trots att mötet arrangerades på nordisk bas och hade ett högaktuellt tema slöt bara knappt hundra personer upp. Det finns således all anledning att fundera över SFTs framtid och om tiden inte är mogen att nu ansöka om att bli en sektion inom SKF. Detta då trauma inte tycks kunna existera som en egen intresseförening i Sverige och då föreningen ändå anses vara en del av kirurgin.

Det finns dock anledning till eftertanke. Det är ingalunda självklart att det är kirurgerna som är traumaansvariga på våra sjukhus. I Tyskland till exempel är trauma en verksamhet som företrädesvis bedrivs av frakturkirurger. Detta då ortopediska operationer är den vanligaste typen av ingrepp betingat av trauma – även med höftfrakturerna exkluderade! I Köpenhamn är det anestesiologer ihop med ortopeder som driver Traumacentrat på Rigshospitalet. Den framväxande gruppen akutläkare kan också vara en yrkeskategori som har ett intresse för traumaomhändertagande.

Även när vi ser till de framsteg som gjorts under de senaste årtiondena avseende traumaomhändertagande kan konstateras att allmänkirurgerna inte varit särskilt framträdande. Datortomografi har visserligen revolutionerat diagnostiken, men där baseras framstegen på ny teknik inom bildframställning och hantering. Vissa parenkym- och kärlskador har visat sig möjliga att framgångsrikt behandla med interventionell radiologi kombinerat med embolisering respektive täckta stent-grafter. Barnkirurgerna var föregångare i att visa att många lever- och mjältskador kan behandlas konservativt. Neurointensivvården har gjort stora framsteg tack vare den teoretiska modell och den farmakologiska behandling som togs fram i Lund. Allmänkirurgiskt har dock framstegen varit mindre, möjligtvis med undantag för "damage control-konceptet". Det kan dock noteras att detta beskrevs redan under första världskriget! Uppmärksamheten runt förekomst av abdominellt compartment-syndrom får väl också räknas som ett framsteg i förståelsen runt olika traumarelaterade tillstånd.

Vad kan vi då räkna med i framtiden? Sannolikt en utveckling som går mot mindre invasiva ingrepp än tidigare. Det finns ibland en vanföreställning att vi redan passerat kulmen på den tekniska utvecklingen och att denna nu "mattats av". I själva verket är det tvärtom – den accelererar! Fortsatt teknisk utveckling vad gäller bildframställning kombinerat med förfinad teknik avseende kateterburna interventioner kommer sannolikt att mer och mer ta över den traditionella kirurgin. Det framtida akutrummet kommer sannolikt mer att likna ett avancerat röntgen-lab än en operationsal! Dock, tills dess att denna vision är verklighet är det ändå vår uppgift att förvalta arvet från fältskärerna och se till att de skadade får den vård och omsorg de behöver!

Transplantationer: från försöksverksamhet till etablerad sjukvård

CARL-GUSTAV GROTH och FOLKE NILSSON

På 1950-talet gjordes i USA och Frankrike de första försöken att transplantera en njure till människa. Att njuren blev det första organet som transplanterades berodde på att de njursjuka patienterna kunde hållas vid liv genom behandling med konstgjord njure och att patienterna kunde få en njure från en anhörig. På 1960-talet började man transplantera lever, pancreas, och tarm, samt hjärta och lunga. De tidiga försöken att transplantera organ möttes av kritik. Att överföra ett organ från en människa till en annan stred mot naturens ordning. Transplantationer var dessutom farliga, dyra, och resurskrävande. Man antydde också att kirurgerna gjorde transplantationer mest för att briljera. Många ansåg att det var oetiskt att transplantera organ till sjuka människor.

Idag görs transplantationer av njure, lever, hjärta, och lunga rutinmässigt. Pancreas kan transplanteras till vissa patienter med svår diabetes och tarm transplanteras till vissa patienter med otillräcklig tarmfunktion. Flertalet patienter kan efter transplantation leva ett normalt eller nästan normalt liv.

Organ för transplantation kan erhållas från avlidna eller från levande givare. Tillvaratagandet av organ från avliden donator utan ischemiskada förutsätter att hjärnrelaterade dödsriterier tillämpas. I Sverige accepterades sådana kriterier senare än i de flesta andra västländer (1988), och detta fördröjde utvecklingen av hjärt-, lung- och levertransplantationer. Tillvaratagna organ kan förvaras nedkylda utanför kroppen under många timmar efter att de har perfunderats med speciella perfusionsvätskor.

Under 1970-talet fanns det stora förhoppningar om att man skulle kunna minska risken för avstötning vid transplantation genom att "matcha" givare och mottagare med hänsyn till deras HLA-antigener. Alla patienter i Skandinavien som väntade på njure från avliden registrerades i ett dataregister som angav deras HLA-antigener.

(Scandia transplant) Tillgängliga nekronjurur kunde sedan skickas till de patienter, som hade den bästa HLA överensstämmelsen. Med bättre immunhämmande medel har HLA fått mindre betydelse och transplantationsverksamheten idag bygger på immunhämmande behandling. Initialt fanns två läkemedel, idag finns det mer än tio medel, flera är mycket effektiva. Vissa är farmaka som hämmar intracellulära signalsubstanser, andra utgörs av antikroppar som blockerar viktiga receptorer på cellernas yta. Genom att använda en kombination av flera medel, kan risken för biverkningar minimeras. Vid terapivikt kan ett läkemedel bytas ut, alternativt kan ytterligare ett ges. Med de protokoll som används idag uppkommer tidig avstötning endast hos ett fåtal patienter.

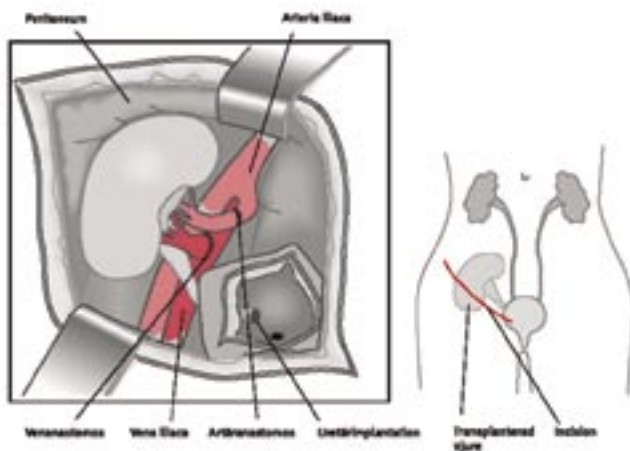
I Sverige gjordes den första njurtransplantation år 1964 på Serafimerlasarett i Stockholm av C. Franksson. Den unika operationen beskrevs på tidningarnas första sidor. En 17-årig yngling med kronisk urinförgiftning fick då en njure av sin pappa. Båda föräldrarna var villiga att ge en njure, den 46-årige pappan valdes, därför att sonen var utseendemässigt mera lik pappan. Vävnadstypning fanns då inte. För att förhindra avstötning behandlades patienten med azathioprin, senare i förloppet gavs också prednison. Några dagar senare var patienten botad från sin urinförgiftning. Njuren fungerade i nästan tre år, men förstördes därefter av kronisk avstötning. Den tidiga njurtransplantationsverksamheten i Stockholm byggde huvudsakligen på användandet av njurar från anhöriga.

År 1965 initierade L-E Gelin ett njurtransplantationsprogram vid Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg. Man byggde därefter snabbt upp en omfattande verksamhet främst baserad på användandet av njurar från avlidna. Några år senare började man göra njurtransplantationer också i Malmö, där verksamheten kom att ledas av S.E. Bergentz, och i Uppsala där verksamheten initierades av L. Thorén.

Totalt har strax över 10000 njurtransplantationer nu gjorts i Sverige. Den yngsta patienten var ett år, den äldsta var över 70 år. Resultaten är utmärkta. Fem år efter

transplantationen har cirka 70 procent av de patienter som fått en njure från en avliden fortfarande ett fungerande transplantat, motsvarande siffror för de patienter som har fått en släktingnjure är cirka 80 procent. Den patient som haft sin njure längst har nu haft den i 33 år.

Den första pancreas-transplantationen i Sverige gjordes år 1974 Njurtransplantation.



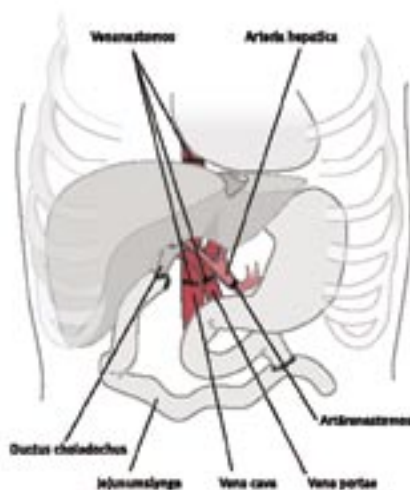
på Huddinge sjukhus av C.G. Groth. Patienten var en 31-årig diabetiker som led av livshotande blodsockersvängningar. Dagen efter transplantationen hade han normalt blodsocker och kunde sluta med insulininjektionerna. Efter några veckor tillstötte dock kirurgiska komplikationer och avstötning, och den nya bukspottkörteln måste tas bort. År 1981 transplanterades tre patienter som utvecklat uremi pga. diabetesnefropati, med både njure och pancreas på Huddinge sjukhus. Patienterna behandlades med det då nya läkemedlet cyclosporin, och prednison. De tre patienterna fick efter transplantationen normalt blodsocker och kunde upphöra med sina insulininjektioner under ett antal år.

Totalt har det nu gjorts 410 pancreastransplantationer i Sverige. Verksamheten bedrivs vid alla de fyra transplantationsenheterna. I flertalet fall har patienterna samtidigt fått en ny njure. Några patienter med mycket svårskött diabetes har transplanterats med enbart pancreas. Fem år efter transplantation har cirka 60 procent av patienter ett fungerande transplantat. Den patient som haft sitt transplantat längst har nu haft det i 20 år.

I Sverige gjordes den första levertransplantation på Huddinge sjukhus år 1984 av C.G. Groth. Eftersom hjärnrelaterade dödsriterier då inte tillämpades kylades den nya levern med en speciell snabbkylningsmetod. Patienten var en 13-årig flicka med ett hepatoblastom som fyllde hela levern. Ingreppet tog cirka tio timmar, men patienten kunde nästa dag sitta på sängkanten. Patienten behandlades med cyclosporin och prednison. En månad senare kunde hon gå i skolan och rida. Tumören metastaserade dock ett år efter transplantationen, och tog hennes liv några månader senare.

Totalt har det nu gjorts 1500 levertransplantationer i Sverige, merparten har gjorts på Huddinge Sjukhus, och på Sahlgrenska Sjukhuset där verksamheten initierades av T. Scherstén. De vanligaste indikationerna har varit kronisk aktiv hepatit, primär biliär cirros, och skleroserande cholangit. Resultaten med levertransplantation är idag utmärkta. Fem år efter transplantation lever cirka 70 procent av patienterna med ett fungerande transplantat. Den patient som haft sin nya lever längst har nu haft den i 19 år.

Den första tarmtransplantation i Sverige gjordes 1990 på Uppsala Akademiska Sjukhus av S. Meurling och G. Tuveson. Den första multiviscerala (lever, ventrikel, tarm och pancreas) transplantationen, gjordes på Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg 1998 av M. Olausson. Patienten var en fyraårig flicka med sekretorisk diarré, och



Levertransplantation.

levercirros orsakat av parentalnutrition. Totalt har nu tio patienter genomgått tarm eller multivisceral transplantation i Göteborg, sex av patienterna lever idag med fungerande transplantat. Den fyraåriga flickan har nu levat i sex år efter transplantation, hon mår bra och går i skolan. Resultaten motsvarar de bästa som idag uppnås internationellt.

Den första hjärttransplantationen i Sverige gjordes 1984 på Sahlgrenska sjukhuset av G. William-Olsson. Patienten var en 49-årig man med grav hjärtsvikt orsakad av coronarsjukdom och kardiomyopati. Eftersom hjärndödsbegreppet då ännu inte accepterats i Sverige användes ett hjärta från Tyskland. Hjärtat transporterades med flyg direkt till Göteborg. Tiden från det att hjärtat togs ut i donatorn till dess att cirkulationen släpptes på i mottagaren var två timmar och 42 minuter. Efter ingreppet behandlades patienten med cyclosporin och prednison. I efterförloppet tillstötte blödningar, arytmier och feberoch efter två veckor avled patienten med multipel organsvikt.

Innan dödsbegreppet ändrades i Sverige gjordes ytterligare tre hjärttransplantationer med utländska hjärtan i Göteborg. En av dessa patienter dog efter några månader, en levde i två år, den tredje patienten lever fortfarande och mår utmärkt.

Totalt har nu cirka 500 hjärttransplantationer gjorts i Sverige, flertalet är gjorda på Sahlgrenska Sjukhuset och i Lund. Indikationerna har främst varit ischemisk hjärtsjukdom och dilaterad kardiomyopati. Resultaten med hjärttransplantation är idag utmärkta med en femårs överlevnad på 75 procent. Den längsta överlevnaden är 18 år.

Den första lungtransplantationen i Sverige utfördes vid Lunds Lasarett i januari 1990 av J-O Solem och J. Kugelberg. Patienten led av alpha-1 antitrypsinbrist-orsakat emfysem. Vänster lunga transplanterades. Patienten mårde initalt bra, men avled tre månader postoperativt på grund av generell CMV-infektion.

Totalt har nu cirka 350 lungtransplantationer utförts i Sverige. Vanligaste diagnosen för unilateral lungtransplantation är emfysem orsakat av KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) eller alpha 1-antitrypsinbrist; de vanligaste orsakerna till bilateral lungtransplantation är cystisk fibros och arteriell pulmonell hypertension är. Femårsöverlevnaden är idag cirka 65 procent, den längsta överlevnaden 14 år.

Den första kombinerade hjärt-lungtransplantationen utfördes vid Sahlgrenska Sjukhuset år 1990 av G. Petterson och G. William-Olsson. Patienten hade medfött hjärtfel med utveckling av Eisenmenger's syndrom. Idag, 15 år efter transplantationen, lever patienten ett aktivt liv. Totalt har 41 hjärt-lungtransplantationer gjorts i Sverige.

Under tidigare år presenterades vetenskapliga nyheter inom området på olika specialistföreningars möten, bland annat på Svensk Kirurgisk Förenings möten. År 1992 bildades Svensk Transplantationsförening på initiativ av L. Frödin, den förste presidenten var S.E. Bergentz. Föreningen anordnar två vetenskapliga möten årligen.

Ett antal svenska vetenskapliga insatser som haft internationell räckvidd finns beskrivna i faktarutan.

Faktaruta beträffande viktiga vetenskapliga insatser (Initiativtagare)

Immunosuppression

- 1966 Dränage av lymfa genom kanylering av ductus thoracicus erbjuder ett sätt att försvaga den transplanterade patientens immunförsvar. (C. Franksson)
- 1983 I samband med att cyclosporin användes vid pancreastransplantationer upptäcktes att medlet kan inducera hyperglykemi. (R. Gunnarsson)
- 1986 En skandinavisk multicenterstudie visade att cyclosporin är ett högeffektivt immunosuppressivt läkemedel vid njurtransplantation: utmärkta resultat uppnåddes oberoende av HLA-matchning och tidigare blodtransfusioner. (G. Lundgren, CG. Groth)
- 1999 Sirolimus introducerades som ett nytt immunosuppressivt basläkemedel vid transplantation. (CG. Groth)

Njurtransplantation

- 1997 Långtidsstudier visade att livslängden bland levande njurgivare är densamma som hos normalbefolkningen. (I. Fehrman)
- 2003 Retroperitoneal, hand assisterad teknik minskar risken för komplikationer vid laparoskopisk donor-nefrektomi. (J. Wadström)
- 2004 ABO-antikroppar kan avlägsnas effektivt med en specifik kolhydrat absorber. (G. Tydén)
- 2004 Om uremiker med höga titrar av HLA-antikroppar transplanterats med ett leversegment, samtidigt med njuren, absorberas antikropparna av leversegmentet och njuren skyddas. (M. Olausson)

Pancreastransplantation

- 1974 Påbörjades pancreastransverksamheten på Huddinge Sjukhus som idag är den näst äldsta i världen. Under 1970-80 talet var gruppen ensam om att dränera exocrina pancreas till mottagarens tarm, idag dominerar denna teknik. (CG. Groth, G. Lundgren, G. Tydén)
- 1987-89 Pancreastransplantation motverkar uppkomsten av diabetessjukdomens sekundär-komplikationer (nefropati, neuropati). (H. Wilczek, SO. Boman, G. Solders)

Levertransplantation

- 1993 Levertransplantation förhindrar uppkomsten av de neurologiska skadorna vid familjär amyloid polyneuropati. (G. Holmgren, BG. Ericzon)

Tarmtransplantation

- 1998 Utmärkta resultat med multiviscerala transplantationer. (M. Olausson)

Lungtransplantation

- 2000 Världens första transplantation av lunga från en avliden givare med cirkulationsstillestånd, med ex vivo evaluering av lungtransplantatet. (S. Steen)

Xenotransplantation

- 1994 De första dokumenterade försöken att transplantera insulinproducerande celler från gris till människa. En biopsi tagen 3 veckor efter transplantationen visar viabla grisceller. (CG. Groth, O. Korsgren, A. Tibell)

KIRUB – kirurger under utbildning

Delförening i Svensk Kirurgisk Förening

CONNY WALLON

Under en SK-kurs i kolorektal kirurgi år 2001 diskuterades kirurgutbildningen i Sverige. Kursen i Uppsala var väl representerad från många sjukhus i landet och ST-kirurgerna vittnade då om ganska stora skillnader i hur deras kirurgutbildning var utformad. Några av oss deltagare började diskutera hur man skulle kunna arbeta för ett gemensamt utbildningsprogram i Sverige. Diskussionen fortsatte även efteråt och kontakt togs med den dåvarande yngre representanten i Svensk Kirurgisk Förening, Minette Söderström. Hon hade också haft tankar kring denna fråga då man från många håll ville veta ST-kirurgernas åsikter eftersom ST-utbildningen i Sverige stod inför en genomgripande förändring.



Under våren 2001 utmynnade detta i ett första möte där nuvarande yngre representanten Bodil Andersson, Minette Söderström och dåvarande ordföranden för Svensk Kirurgisk Förening, Rune Sjö Dahl samt undertecknad utarbetade riktlinjerna för bildandet av KIRUB – kirurger under utbildning – och dess verksamhetsinriktning. Provisoriska stadgar och en programförklaring samt en motion om att KIRUB skulle få bli en sektion i Svensk Kirurgisk Förening utarbetades.

Den huvudsakliga inriktningen för föreningen var att driva utbildningsfrågor och skapa ett rikstäckande nätverk. Redan då hade några regioner börjat organisera ett regionalt utbildningsprogram för ST-kirurger och vi insåg att dessa initiativ och goda exempel skulle, genom en rikstäckande intresseförening, kunna spridas till gagn för alla ST-kirurger i landet. De exempel vi arbetade med var bland annat ST-

utbildningen i Värmland med Leif Spangen och arbetet i sydöstra sjukvårdsregionen med det så kallade ST-rådet och dess ST-regiondagar.

KIRUB bildades sedan under på Kirurgveckan i Malmö 2001. Den första styrelsen bestod av Conny Wallon, ordförande, Bodil Andersson, sekreterare, Eva Vihke-Patil, kassör, Jonas Leo, Malin Sternby, Minette Söderström, Stefan Acosta, och Elisabet Skagius.

KIRUB hade efter det första året 168 medlemmar bestående av såväl ST-läkare som nyblivna (inom tre år) specialister.

Det första årets arbete i KIRUB inriktades främst på att etablera regionala nätverk för ST-kirurger. Genom e-post kunde snart alla ST-kirurger nås för information om olika utbildningserbjudanden. KIRUB skapade också en egen hemsida.

Mycket av arbetet var också att skapa debatt om kirurgutbildningen vilket vi gjorde genom flera artiklar i Svensk Kirurgi. Här togs bland annat upp vikten av samordnade regionala utbildningsinsatser och behovet av att låta ST-kirurger tidigt genomgå grundläggande kirurgiska kurser som ATLS och kurs i Basal kirurgisk teknik (BKT) som då inte startat i Sverige ännu. Vidare genomfördes enkätundersökning om hur ST utbildningen såg ut i landet.

En viktig del av ST-utbildningen är den akademiska delen. Att kunna utveckla och ta ställning till nya behandlingsmetoder och utvärdera resultat hör till kirurgens vardag och alla behöver träning och utbildning i detta. Ett bra forum för debatt och kritik för ST-kirurger är Kirurgveckan där många ST-kirurger kanske för första gången presenterar sin forskning utanför hemmakliniken. KIRUB fick god respons i SKF för dessa tankar och kirurgveckan har blivit det viktigaste akademiska mötet för oss där också KIRUB fått ansvaret för en plenarsession.

På initiativ av laparoskopiföreningen hade den nu årliga ST-kongressen startats. KIRUB fick under 2003 överta detta arrangemang under namnet KIRUB-dagarna. Mötet som pågår två dagar har hittills varit uppskattat bland både ST-kirurger och handledare. Mötet bygger på evidensbaserad kirurgi med state-of-the-art föreläsningar och diskussioner. Vidare har mötet blivit en träffpunkt för utbildningskommittén i SKF och landets ST-kirurger. Arrangemanget sköts av ST-kirurger och växlar årligen plats i landet. Varje år har olika tema där SKFs delföreningar inbjuds att medverka i arrangemanget kring föreläsningarna. Under KIRUB dagarna i Kalmar 2003 var temat bukkirurgi och 2004, i Örebro, kärkirurgi och trauma.

KIRUB har nu börjat finna sina arbetsformer. KIRUB antogs 2003 som delförening i Svensk Kirurgisk Förening. Visionen av ett nationellt utbildningsprogram byggt på regionala utbildningsinsatser och kurser lever vidare. Vi kar med KIRUB kommit en bit på den strukturerade utbildningsväg vi hoppas att framtidens kirurger skall kunna åtnjuta målet att framtidens kirurger även fortsättningsvis skall kunna utföra sitt arbete med hög kvalitet oavsett var utbildningen skett.

Kirurgprofiler i Sverige under 100 år

Vilka är det som har byggt upp och utvecklat kirurgin i Sverige under de senaste hundra åren? Ett kort svar är: De som har arbetat som kirurger på landets sjukhus. Detta kapitel redovisar ett längre svar genom att presentera de mest betydelsefulla kirurgprofilerna i Sverige sedan 1905, då Svensk Kirurgisk Förening grundades.

Det är förstås en grannliga uppgift att bestämma vilka profilpersoner som ska beskrivas här och i vilken omfattning. En del som gjort betydande nationella och internationella avtryck i den kirurgiska historien är självklara. Men det har även funnits många lokalt tydliga profiler runt om i landet, såsom många av de ensamma lasarettsläkarna. En del profilpersoner har infört nya tekniker, en del har skickligt utnyttjat dem, en del har varit utsökta lärare, en del har varit framstående forskare, en del goda organisatörer och en del har på annat sätt varit betydande personer inom samhället.

Inför arbetet med detta kapitel har vi kontaktat de olika klinikerna i landet. Från många har vi fått information som vi har använt som grund för presentationerna, tillsammans med annat tillgängligt material och framförallt beställda skrivningar från olika kollegor, se förteckningen i slutet av detta kapitel. Kapitlet innehåller många illustrationer. Dessutom är flera av de här presenterade profilpersonerna avbildade i andra kapitel där de även är nämnda (se personregister).

Vi har inom svensk kirurgi i dag ett flertal aktiva som redan är tydliga profiler. Vi har dock haft som princip att inte inkludera dem som i dag är under 70 år. Trots det är vi medvetna om att läsare kan tänkas sakna beskrivningar av såväl betydande kirurger som av kliniker. Kapitlet gör alltså inte anspråk på att vara heltäckande. Inte heller är kapitlet balanserat och rättvist. Vi hoppas på förståelse härför.

Detta kapitel tar med dig på en resa genom Sverige och presenterar kirurgprofiler från alla landsändar. Vi börjar resan i de tre storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Sydsverige. Sedan tar vi oss vidare genom Norrland, Mellansverige, Uppsala och Mälardalen för att slutligen avsluta vår resa i Linköping.

Trevlig resa!

Kirurgin vid Stockholmsjukhusen

Var i Sverige har kraftcentrum för kirurgisk utveckling funnits? Frågan har inget enkelt svar. Under det gångna seklet har inflytandet från olika kirurgiska centra haft varierande tyngd under olika perioder. Ett är dock säkert: den svenska kirurgins historia började i Stockholm.



Acrel medaljen, instiftad av Svensk Kirurgisk Förening 1955.

År 1752 öppnade Serafimerlasarettet med Olof af Acrel som överkirurg. Han ledde lasarettet i 54 år, och från och med 1776 blev han även "Generaldirektör öfver alla lazarettet i Riket".

Denna redogörelse för Stockholmskirurgin under hundra år knyter ett antal kirurgiska profiler till de olika sjukhusen. Många av de sjukhusbyggnader som vi presenterar finns inte längre kvar, men bilderna visar i vilken miljö de kirurgiska pionjärerna arbetade. De utvalda bilderna visar också att sjukhusen ofta var vackrare förr.

Serafimerlasarettet

Under andra hälften av 1800-talet hade kirurgin på Serafimerlasarettet stagnerat. Lokalerna för patientvård och operation har beskrivits som mycket ruffiga. Kring förra sekelskiftet hade kirurgkliniken emellertid fått en kraftfull chef i professor John Berg. Han lyckades genom tillbyggnader skapa ett centralsjukhus med flera olika specialiteter. Berg ansåg dock att lasarettstomten var alltför liten och att man i stället måste bygga upp ett större rikssjukhus som kunde expandera. Detta blev dock verklighet först på 1940-talet genom Karolinska sjukhuset.



Serafimerlasarettet, det gamla Gripenhielmska palatset där Acrel startade 1752. Före tillbyggnaden på 1830-talet. Trågravvy av C.E. Gernandt.

Det var på Bergs initiativ kirurgföreningen bildades år 1905. Han var också föreningens ordförande fram till 1918 och hyllades då som den svenska kirurgins ostridde hövding.

Gustaf Söderlund, kirurgchef 1928–1949, var även han en respektingivande person. Som vetenskapligt råd i Medicinalstyrelsen hade han stort inflytande i så kallade disciplinfrågor. Dock ansåg kirurgerna på verkstadsgolvet att hans "domar" ofta var hårda.

Under 1930- och 1940-talet kom Herbert Olivecrona att göra sin pionjärsats inom hjärnkirurgin. Han startade som allmänkirurg, och hans första vetenskapliga arbeten gällde peritonit. Olivecrona kom emellertid snart att bli intresserad av operationer på perifera och centrala nervsystemet.



John Berg föreläser på Serafimerlasarettets kirurgiska klinik 1916.



Herbert Olivecrona.

Efter utbildning hos Harvey Cushing blev Herbert Olivecrona 1935 professor i neurokirurgi och chef för en nyinrättad neurokirurgisk klinik. Redan under första året vårdade kliniken mer än 200 patienter med hjärntumör.

Olivecrona kom att bli specialitetens främste företrädare i Europa. År 1960 flyttade verksamheten till Karolinska sjukhuset. Olivecronas efterträdare blev Lars Leksell, pionjär inom stereotaktisk neurokirurgi.

Efter hand kom det att lagra sig en hel del damm i den gamla kirurgbyggnaden på Serafimerlasarettet. Men 1964 kom en stormvind dit i form av den nyutnämnde professorn Curt Franksson. Det mesta ställdes på huvudet, och allt skulle göras "mesamma". Men effekten blev påtaglig. Under de följande åren producerades ett betydande antal avhandlingar av de initialt skärrade medarbetarna.



Curt Franksson.

Det berättas att Curt Franksson en gång diskuterade frågan om njurtransplantation med sina kollegor. När han ställde frågan: "När tror ni att vi kan börja?" så fick han till svar: "Om några år". Franksson utbrast: "Vi startar på måndag".

Curt Franksson utförde den första njurtransplantationen i Norden på Serafimerlasarettet 1964. Han och Carl-Gustav Groth fortsatte sedan att utveckla transplantationsverksamheten på Huddinge sjukhus.

Carl-Gustav Groth var chef för den transplantationskirurgiska verksamheten på Huddinge sjukhus från 1973 till 1995. Han var också professor vid Karolinska Institutet 1983–2000. Groth skapade på Huddinge sjukhus en aktiv forsknings- och undervisningsklinik. 37 avhandlingar framlades vid kliniken, och 115 utländska gästforskare tjänstgjorde där. Under hans ledning gjordes den första pancreas-, lever- och benmärgstransplantationen i landet. Groth och hans kollegor gjorde också den första transplantationen av Langerhanska öar.

Groth införde en rad viktiga immunosuppressiva medel i Sverige som har haft stor betydelse för att utveckla transplantationskirurgin i landet. Han har belönats med Konungens medalj för sina insatser.

År 1980 upphörde Serafimerlasarettet vid en ålder av 227 år. Den siste professorn i kirurgi på sjukhuset var Dag Hallberg som var professor från 1976, först på Serafimerlasarettet och sedan på Huddinge sjukhus fram till sin död 1992.

Dag Hallberg var till sin natur nyfiken, entusiastisk och en stor humanist. Hans vetenskapliga intresse var gastrointestinal metabolism och nutrition. Tillsammans med Oscar Schubert ledde han den kliniska prövningen av den första intravenösa fettemulsionen och han studerade emulsionens farmakokinetik och metabolism.

Hallberg var också en av pionjärerna inom obesitaskirurgin och var vid sidan om L.I. Kuzmak, den som uppfann metoden med så kallad reglerbar gastric banding. Metoden blev sedan en av standardbehandlingarna vid morbid övervikt och har använts på tiotusentals patienter världen över.



Dag Hallberg.

Sabbatsbergs sjukhus

Sabbatsbergs sjukhus öppnade 1879, och var vid sekelskiftet det största sjukhuset i Skandinavien. I de olika paviljongerna ägnade sig kirurgerna åt verksamhet inom ett flertal specialiteter. Det fanns två kirurgkliniker; chef för K 1 var Emil Perman (han med tecknet indirekt ömhet vid appendicit) och för K 2 John Rissler. Rissler konstruerade flera instrument, som länge användes vid buk- och frakturkirurgi.

Emil Permans efterträdare var Gunnar Nyström, som dock blev professor i Uppsala redan efter två år. En insats under hans tid i Stockholm var att han skötte August Strindberg under dennes sista sjukdom.

Bland de många kirurger som arbetat på sjukhuset under de följande decennierna, märks Samuel Hybinette. Han var känd för att vara en glänsande kirurg, och folk vallfärdade till honom från olika delar av landet för att få hjälp. Dessutom var han en skicklig sångare, vars tenor ljud både i operations- och konsertsalar. Hans slagfärdighet framgår av de många historier som senare Stockholmskirurger genom traditionen blev matade med. En av hans insatser i kirurgin var metoden för att stabilisera axelleden vid habituell luxation: Eden-Hybinettes operation.

Sjukhusets "glansperiod" inträffade dock kring seklets mitt. Centralgestalten var Clarence Crafoord. Han hade tidigare gjort sig känd för att ha opererat patienter med lungembolism, och för att ha utvecklat den kliniska användningen av heparin. Hans avhandlingsarbete handlade om lungexstirpation.



Clarence Crafoord.

När Crafoord blev överläkare på Sabbatsberg var hans ambition att utveckla thoraxkirurgin. År 1942 opererade han ett fall av öppenstående ductus Botalli (först i Europa). Två år senare gjorde han den första framgångsrika aortaresektionen vid coarctatio aortae. Vägen för fortsatt expansion inom thoraxkirurgin låg öppen.



Åke Senning.

En förutsättning för den fortsatta utvecklingen var att han lyckades samla en grupp äregiriga och kompetenta kirurger kring sig. Bland dessa kan nämnas Åke Senning, Viking Olof Björk, Bengt Johansson och Stig Ekström. Dessutom samarbetade han med andra kirurgiska specialister, främst Paul Frenckner och Eric Carlens på öronkliniken. Crafoord behövde deras hjälp för att finna metoder att klara andningsfunktionen under intrathorakala ingrepp.

Nästa utmaning var att konstruera en fungerande hjärt- och lungmaskin. Perfusionsförsök med syresatt blod gjordes på patologen. Viking Björk har berättat hur han gjorde operationer på en hund med hustrun som assistent. På eftermiddagen fraktade de hunden i bilens baklucka till lägenheten på Tyskbagargatan. Nästa morgon kunde de till sin glädje konstatera hundens kissfläck på mattan och att denna inte visade tecken på hemolys.

Tillsammans med kardiologer och röntgenologer utvecklade kirurgerna på Sabbatsbergs sjukhus även thoraxdiagnostiken, med avancerad hjärtkateterisering och

angiografi. År 1954 opererades den första patienten med extrakorporal cirkulation, en kvinna med fibromyxom i hjärtat. Detta var den första lyckade operationen med en hjärt- och lungmaskin i Europa.

Thoraxkirurgin flyttade till Karolinska sjukhuset 1958. Där utvecklades sedan ingrepp på koronarkärnen till ett rutiningrepp med hjälp av extrakorporal cirkulation.



Viking Olof Björk.

S:t Eriks sjukhus

Verksamheten på Allmänna försörjningsinrättningen startade år 1860 på det gamla Grubbensområdet på Kungsholmen. Men verksamheten erbjöd inte sjukvård. Där skulle i stället fattiga och gamla människor få bo. Med tanke på situationen på "Svältholmen" blev logementen allt mer överbelagda. Smittsamma sjukdomar (olika epidemier och tuberkulos) spred sig på inrättningen och allt fler logement användes för vård. Vid slutet av seklet hade större delen av byggnaderna omvandlats till sjukhus.



Allmänna försörjningsenheten, senare Sankt Eriks sjukhus.

År 1911 fick inrättningen en kirurg. Det var Gunnar Nyström som sedan flyttade till Sabbatsbergs sjukhus. Men den kirurgiska delen av verksamheten var länge blygsam. På 1930-talet ändrades namnet till S:t Eriks sjukhus och den gamla skräcken för att hamna på Grubbens började ge vika.

Flera progressiva medicinchefer bidrog till detta. På Medicin II, med Bengt Ihre som chef, utvecklades en högkvalificerad gastroenterologisk enhet. I samarbete med denna enhet kom även kirurgkliniken att blomma upp.

Einar Perman, son till Emil Perman som nämnts tidigare, var en mycket originell chef känd för sin tankspriddhet. Han blev en gång tillfrågad av en medarbetare hur mycket han tyckte att man skulle ta bort vid en ventrikelresektion på en patient. Svaret från Einar Perman blev: "Sörriu, du ska ta bort lite förssta gången, sörru. Då kan du ta mera nästa gång, sörru".

Men både Einar Perman och medarbetaren Björn Lindholmer var mycket skickliga och flyhänta kirurger.

I och med att Hjalmar Wijnbladh blev chef år 1960 ändrade kliniken sin huvudinriktning. Han var den tidens auktoritet vad gäller strumakirurgi, och detta färgade klinikens operationsprogram. Ända fram till att sjukhuset stängde 1984, bedrev kirurgerna även avancerad gastroenterologisk kirurgi.



Einar Perman.

S:t Görans sjukhus

Sjukhuset öppnade 1884 som kuranstalt för veneriska sjukdomar. År 1901 tillkom en byggnad för patienter med avancerad lungtuberkulos. Med tiden minskade dock behovet av vårdplatser för dessa sjukdomar. År 1930 blev sjukhuset i stället ett "centrallasarett".



Sankt Görans sjukhus.

Förste chef var Abraham Troell från Serafimerlasarettet. Han hade rykte om sig att operera med stora tag. Troells efterträdare Oscar Schuberth ledde kliniken i 20 år. Som stöd i rutinarbetet hade han den tystlåtna, men mycket respekterade, Björn Snellman. För de flesta läkare förknippas Schuberths namn med Riksstämman, som han startade och drev med fast hand under många år. Mindre kända är hans insatser på 1960-talet, tillsammans med Arvid Wretling, för att framställa en intravenös fettemulsion – Intralipid. Den blev sedan en stor produkt på världsmarknaden.



Oscar Schuberth.

En stor profil med Stockholmsbas är Lars Räf. Han har hunnit med att vara chef på inte mindre än fyra Stockholms sjukhus: Serafimerlasarettet, Nacka, S:t Eriks och S:t Görans Sjukhus. Kombinationen nyfikenhet och en aldrig sinande energi har karakteriserat Lars Räf under hela hans aktiva yrkeskarriär – en karriär som inte har avtagit i samband med pensionering och en honorärprofessur.

Lars Räf utbildades vid Karolinska Institutet Stockholm. Hans avhandlingsarbete fick stor klinisk relevans i och med upptäckten att den perorala kaliumsubstitutionen gav slemhinneulcerationer. I och med att tablettorna gjordes om försvann denna biverkan helt. För denna upptäckt belönades Lars Räf med Hirschka priset.

Såsom föredragande i HSN under fem år och som medicinsk redaktör på Läkartidningen under 15 år delade han också med sig av erfarenheter som säkert kommit många till gagn i den kliniska vardagen.



Lars Räf.

Medicinshistoria har alltid intresserat Lars Räf. I takt med att Stockholms sjukhusen stängdes har han bedrivit källforskning som lett till ett flertal historiska publikationer om dåtida sjukvård. I Svensk Kirurgisk Förening tjänstgjorde Lars Räf först under en fyraårsperiod som sekreterare och sedan som föreningens ordförande.

Maria sjukhus

Sjukhuset låg på Wollmar Yxkullsgatan på Södermalm i en ombyggd fabrik. Kirurgchef mellan åren 1911 och 1937 var Einar Key. Under denna tid utvecklades kliniken enligt Wolfram Kock till ett "kirurgiskt Mecka". Key var känd för att ha gjort den



Maria sjukhus.

Maria sjukhus har även ett mindre ärorikt eftermäle. I augusti 1936 utfördes där fyra mindre operationer i lokalanestesi. Patienterna insjuknade inom ett dygn, och samtliga avled efter några dagar. Utredning visade att patienterna hade injicerats med kvicksilveroxicyanid i stället för att injicerats med etocain, eftersom man hade förväxlat flaskorna. Key och fyra sjuksköterskor åtalades, men samtliga blev friade i Rådhusrätten. Misstagen på sjukhuset ledde dock till en kungörelse om rapporteringskyldighet: Lex Maria.

första embolektomien år 1912 och kunde sju år senare i den nordiska kirurgföreningen redovisa fem egna fall. Embolektomi blev i anglosaxisk litteratur kallad the Swedish operation. Keys främsta insats torde dock ha varit att han startade och länge drev Acta Chirurgica Scandinavica. Maria sjukhus blev en plantskola för utbildning av kirurger, som när sjukhuset stängde på 1940-talet flyttade över till Södersjukhuset eller Karolinska sjukhuset.



Einar Key. Olja på trä. Sign. Louis Sparre. Svenska Läkaresällskapets porträttsamling.

Karolinska sjukhuset

Karolinska sjukhuset har alltsedan sin tillkomst 1940 varit en kraftkälla för svensk hälso- och sjukvård. I många avseenden har sjukhuset en unik ställning med sin nära anknytning till Karolinska Institutet. Från början var Karolinska sjukhuset ett riks-sjukhus och sedan 1960 fram till 1982 var det



Karolinska sjukhuset.



John Hellström får röntgenbilder demonstrerade av Åke Åkerlund. I bakgrunden Lennart Andersson.

ett statligt sjukhus. Arthur Engel skrev i samband med sjukhusets 40-årsjubileum: "När jag blev chef för Medicinalstyrelsen 1952 var KS obestriddigen det ledande sjukhuset i Sverige som åtnjöt ett internationellt rykte inte bara i den medicinska världen utan också bland administratörer och sjukhusbyggare."

Förste kirurgprofessor på sjukhuset var John Hellström från Maria sjukhus. Han hade specialintresse för urologin och blev bland lekmän känd för den vackra blåsten han tog ut ur Gustaf V. Säkerligen var det via urologin och njurstenar han kom att intressera sig för

hyperparathyreoidism. Han samlade ett stort material av patienter med denna då ganska okända sjukdom.

En av hans elever var Gustav Giertz, som 1954 blev utnämnd till överläkare i urologi. Detta hindrade inte att han år 1966 blev ordförande i vår förening, ett uppdrag han skötte med stor omsorg och stort engagemang. Gustav Giertz omnämnes på fler ställen i denna bok. Han disputerade 1946, utnämndes 1947 till docent i urologi trots att urologi inte var en etablerad specialitet. Då reserverades två avdelningar på sjukhuset för urologiska fall. Gustav Giertz vikarierade också som professor i kirurgi 1957 då John Hellström gick i pension.

År 1958 utnämndes professor Jack Adams-Ray. Han var en kirurg med kanske större intresse för mastceller och mikroskopet än för patienterna. Han var dessutom en mycket engagerad lärare. Under denna tid då etiska kommittéer ännu inte var påtänkta, underströk han alltid vikten av att visa respekt för patienterna, att lyssna och informera. "Patienten har alltid rätt" var en av Jack Adams-Rays huvudteser, och detta långt innan behovet av individualiserat omhändertagande eller sjukvårdslagens krav på informationsskyldighet hade uttalats.

Gunnar Nylander kom till Karolinska sjukhuset från Akademiska sjukhuset där han framförallt gjort en framgångsrik insats inom experimentell kirurgi och bidragit till att ett stort antal läkare kunnat disputerat. Skämtsamt kallades Gunnar Nyländers experimentallaboratorium därför för "docentmaskinen".

Karolinska sjukhuset har sedan starten bedrivit en omfattande och bred kirurgisk verksamhet. Inom endokrinologisk kirurgi har Per-Ola Granberg varit en välkänd företrädare, som bidrog till att driva utvecklingen på Karolinska sjukhuset framåt.

Ejnar Eriksson var kirurgen som blev Sveriges förste professor i idrottsmedicin och därmed konverterade till ortopedi. Ejnar blev framförallt internationellt berömd för sitt stora kunnande inom knäkirurgi och sin kompetens inom film, sina presen-

tationer och sin föreläsning- förmåga. Under lång tid höll Per-Ola Granberg och Ejnar gemensamma föreläsningar om kyla med flera projekto- rer samtidigt och en teknik som låg många år före resten av tidens föreläsningar. "Kyl- föreläsningen" är fortfarande ett begrepp i Stockholm bland 1970-talets studenter.

Rolf Sundblad var huvud- ansvarig för gallkirurgin på Karolinska sjukhuset och utvecklade tillsammans med

Ingmar Fernström på röntgenkliniken ett förbättrat omhändertagande av patien- ter med choledochusstenar. Rolf Sundblad var också sekreterare i Svensk Kirurgisk Förening och arbetade som verksamhetschef på Sophiahemmet i Stockholm fram till sin pensionering.



PeO Granberg åstadkom alltid en trevlig stämning, såväl i allvarliga som lättsamma situationer. Här under SIC-kongressen 1985, tillsammans med Tom Häggmark, PO Boija, Bo Eriksson och Sverre Emås.

Södersjukhuset

År 1944 öppnade sjukhuset med 1 200 vårdplatser. Läkarstaben bestod till stor del av läkare från Maria sjukhus. Södersjukhuset hade två kirurgkliniker, varav den ena gradvis koncentrerade sig på ortopedi och frakturkirurgi. Produktionen var enorm, och kliniken stod under 1950-talet för nästan hälften av allmänkirurgiska rutin- grepp i Stockholm. Klimatet på sjukhuset verkar dock ha varit hårt och det fanns en del missämja inom och mellan kirurgklinikerna. Vid ett tillfälle uppstod handgemäng, vilket föranledde en inspektion från Socialstyrelsen.



Thomas Ihre.

Foto: Lasse Skog

Vill man utnämna en "doktor SÖS" måste det bli den stridbare Karl-Ludvig Wiechel. Han arbetade på sjuk- huset från 1953 fram till sin pensionering 1991. Wiechel gjorde en pionjärinsats med perkutan transhepatisk cholangiografi och utvecklade även behandlingen vid olika typer av gallvägshinder. Dessutom skötte han kandidatundervisningen vid Södersjukhuset på ett för- tjänstfullt sätt.

Ytterligare två välkända kirurgprofiler är Göran Lundh och Thomas Ihre som båda arbetade på Söder- sjukhuset. De har bland annat varit Riksstämmoge- neraler. Thomas Ihre har också varit en mycket aktiv ordförande såväl för Sveriges Läkarförbund som för Svenska Läkaresällskapet.

Ersta sjukhus

En främmande fågel i Stockholms sjukhusvärld är Ersta sjukhus, som drivs av diakonissanstalten. På kirurgkliniken bedrivs kvalificerad gastroenterologisk kirurgi, och verksamheten är mycket uppskattad av medborgarna. En av sjukhusets kirurger gav avtryck i historien med sin vingade intravenösa kanyl, Thore Olovson, klinikchef 1952–1969.



Ersta sjukhus.

Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus

Kirurgi bedrevs redan på den vårdanstalt från år 1854, som bar "HKH:s höga namn". Den första appendektomin på barn i Sverige gjordes där. År 1899 stod det nya barnsjukhuset färdigt. Det blev centrum för



Kronprinsessans Lovisas barnsjukhus.

Stockholms och i viss mån landets barnkirurgi i 70 år. Av kirurgklinikens många driftiga chefer märks Philip Sandblom 1945–1950.

Sigrid Söderlund var en av Sveriges första kvinnliga kirurger. Hon utbildade sig till barnkirurg på Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus. Hon var även forskningsaktiv inom experimentell thorax- och kärlkirurgi och blev senare chef på S:t Görans barnkirurgiska klinik.



Sigrid Söderlund var även en framstående fäktare. Här skenfäktande med sin far Gustaf Söderlund.

Sjukhus i Stockholms län

I länet, det vill säga utanför Stockholms stad, fanns det bortsett från de två universitetssjukhusen tidigare fem sjukhus, i dag tre. Vid de två nedlagda länsdelssjukhusen har det funnits kirurger som märkts även utanför länet.

Den synnerligen dynamiske Sture Hedenstedt på Nacka sjukhus prövade först jejunumtransposition vid ulcus duodeni. När det visade sig att detta inte var en framgångsrik behandling, introducerade han i stället SPV (selektiv proximal vagotomi) i Sverige.

På Löwenströmska lasarettet fanns Viktor von Bahr. Han "uppfann" den skruv-spik, med hans namn, som under en lång period var förstahandsval på kirurgkliniker vid osteosyntes av höftfrakturer.

Tyngre kirurgi inom länet har varit koncentrerad till Danderyds sjukhus (förut Mörby lasarett). Sven Rune Jonson (tidigare under många år vetenskaplig sekreterare i Svensk Kirurgisk Förening) var chef under åren 1967–1984. Han såg till att kirurgkliniken på det nya sjukhuset blev rustad för kvalificerad verksamhet och även för kandidatundervisning.

Göteborgskirurger under 100 år

I förgrunden till den moderna Göteborgskirurgin finner vi Sven Johansson (1880–1959). Denna internationellt välrenommerade kirurg gick under smeknamnet "Knivsvan". Hans kollegor beskrev honom som en arbetsnarkoman och charmig bohem. Sven Johansson blev chef för kirurgkliniken vid Sahlgrenska sjukhuset 1924. Hans stora intresse var att behandla frakturer och han såg sig själv som något av en snickare.

Sven Johansson var också intresserad av cancer och startade 1925 en så kallad cancerdispensär. Där fick patienterna även social hjälp vilket lade grunden till sjukhuskuratorsystemet.

Den moderna Göteborgskirurgin fick sin början i de första professorerna vid det nya universitetet i Göteborg. Anders Westerborn, Einar Ljunggren och Ragnar Romanus var alla stora kirurgprofiler som på ett eller annat sätt bidrog till den svenska kirurgins utveckling.

Anders Westerborn var en av Sahlgrenskas två första professorer i kirurgi. Han hade studerat operationsteknik tillsammans med den legendariske Lester Dragstedt i Chicago 1947. Det berättas också att Westerborn var tongivande när det gällde tillkomsten av den medicinska högskolan i Göteborg vilket inträffade 1949.

Einar Ljunggren och Ragnar Romanus bildade skola för Kirurgen I och Kirurgen II. De skapade tillsammans med sina efterträdare en mycket fruktbar miljö och plantskola för kirurgledare och professorer.

Kirurgen I och Kirurgen II hade helt olika profiler och det var vattentäta skott mellan de båda klinikerna. Det sägs att avståndet mellan de två operationsavdel-

ningarna var hela jorden runt minus fem meter. Stämningen på Kirurgiska kliniken II var mera allvarlig medan Einar Ljunggrens klinik hade en lättare stämning med glada gamänger.

Sammantaget var Romanus och Ljunggren tongivande i att utveckla den moderna kirurgin under senare delen av 1900-talet. De representerade inte bara två helt olika ledarstilar utan också två helt olika sidor av kirurgyrket.

Einar Ljunggren hade en bakgrund som lasarettsläkare vilket innebar bred kompetens kliniskt och tekniskt. Ragnar Romanus förde däremot fram idéer om framför allt förbättrad studiegång och hade en bred preklinisk bakgrund. Han hade också en klar vision om att forskningen var mycket viktig för sjukvårdens framtid.

Ragnar Romanus sökte närhet till preklinikerna för att skapa nätverk med de traditionellt mycket duktiga klinikerna. Blandningen av dessa två skolor blev synnerligen lyckosam för Göteborg.

Det arbete som Ljunggren och Romanus utförde under bara några år var imponerande. Strukturen som de etablerade på det nya universitetssjukhuset innebar att akademisk kirurgi blev en verklighet även i Göteborg.

Kirurgerna kring Einar Ljunggren

Einar Ljunggren (1896–1986) fick sin utbildning i Stockholm och tjänstgjorde bland annat på Maria Sjukhus hos sin morbror Einar Key. Ljunggren disputerade med en avhandling som handlade om njurtumörer. Därefter blev han tillförordnad chef i Sundsvall under tre år, varefter han tjänstgjorde som lasarettsläkare i Sollefteå till 1936. Einar talade mycket målande om just åren i Sollefteå och att vara lasarettsläkare, vilket var en mycket prestigefylld och meriterande post. En lasarettsläkare fick dock inte vara gift eller ta emot någon betalning. Ljunggren berättade att han därför var tvungen att gifta sig i smyg.

Han var också mycket känd för sitt studentengagemang ända till långt efter det att han gått i pension och deltog i många resor tillsammans med studenterna.

Genom sin förmåga att delegera uppgifter lyckades Ljunggren också bredda den kirurgiska verksamheten och kompetensen. Han fick därigenom en utomordentligt skicklig stab.



Teckning från Einar Ljunggrens disputation. Bilden hämtad, med tillstånd, ur Einar Ljunggrens "En kirurg ser tillbaka". Almqvist & Wiksell Förlag 1968.

Stämningen under Einar Ljunggrens tid på Kirurgkliniken I var mycket glad, positiv och studentvänlig tack vare Einars personlighet. Den kollegiala stämningen beskrevs som rå men hjärtlig. De personer som Einar samlade omkring sig var genomgående positiva och skickliga yrkesmän. Enligt Nils Kock, en annan känd kirurgprofil från Göteborg, menade Einar att det var viktigt att lära sig det hantverksmässiga yrket i första hand, innan det akademiska livet var aktuellt. Einar Ljunggren gick i pension 1962.

Einar Ljunggren hade förmågan att ta till sig unga idérika personer. En av dem var Hans Tillander, som började på Sahlgrenska 1954. Tillander var rapp i munnen och var bland annat intresserad av uppfinningar. Det var just när Tillander presenterade en sådan uppfinning i Stockholm som Einar Ljunggren lockade honom till Göteborg.

Hans Tillander var en tekniskt begåvad kirurg. Under hela hans karriär kom han på nya idéer och uppfinningar. Det gick många skrönor om Hans, som hans yngre kollegor gärna spred. När någon exempelvis undrade om det varit en svår operation, svarade Tillander "det finns inga svåra operationer, bara mycket lätta, lätta och mindre lätta".

Efter sin tjänstgöring på Sahlgrenska började han på Ekmanska sjukhuset 1962. Han blev sedermera chef på Kungälv's lasarett. Tillander ansågs av sina medarbetare i Kungälv som lite bufflig men snäll och som en bra ledare.

I övrigt bör den välkända profilen Gustaf Dhunér, även kallad "Duntan", nämnas i detta sammanhang. Dhunér började 1949 och blev Sahlgrenskas första anestesiläkare, chef för Anestesi I. Han var i mångt och mycket ett original. Ett av hans kännetecken var att han stammade, vilket kunde få en del otåliga kirurger irritera. Det berättas bland annat att Hans Tillander, som var rapp och frispråkig, efter en föreläsning frågat Dhunér hur "någon med fel på talcentrum kunde komma på tanken att hålla föreläsning". Svaret kom rappt: "att på vissa kirurger var ju hela hjärnan omvandlad till talcentrum".

En annan känd profil vid denna tidpunkt var Bruno Samenius. Han koncentrerade sig på proktologi och blev en auktoritet inom området. Bruno Samenius är född 1920. Han blev med.lic. 1946 och redan tre år senare påbörjade han studier vid St



Bruno Samenius, tänker tillbaka på Hedrologicum Collegium.

Mark's Hospital i London och senare i USA. Större delen av hans aktiva var förlagd till Göteborg, men slutfasen var på Sophiahemmet i Stockholm.

Bruno Samenius har haft ett stort antal internationella kontakter och var utomlands välkänd bland kolorektalkirurger. Ett stort uppsving och erkännande av svensk kolorektalkirurgi kom 1972 då Samenius, med stöd av Nils Kock, Leif Hultén, Jan Kewenter och Sven Arfwidsson, ansvarade för Sveriges dittills största internationella kolorektalkirurgiska kongress, Hedrologicum Conlegium.

Även om Bruno Samenius under de första åren mest arbetade med den större abdominella kolorektalkirurgin har han blivit mest känd för sin proktologiska erfarenhet. Den erfarenheteten saknades annars mestadels på den tiden i Sverige. Bruno Samenius har också varit proktologkonsult på flera sjukhus, bland annat i Borås. Under de senare Stockholmsåren kom han att alltmer bli en efterfrågad konsult för anorektala veneriska sjukdomar.

Ragnar Romanus och Lars Olbe

Ragnar Romanus (1908–1982) blev kallad till professuren i Göteborg 1956. Där efterträdde han Anders Westerborn som varit professor sedan 1952. Liksom Einar Ljunggren hade Ragnar Romanus fått sin kliniska utbildning vid bland annat Maria sjukhus samt vid Karolinska sjukhuset. Ragnar Romanus var tungt prekliniskt utbildad och hade också varit amanuens i anatomi, fysiologi och patologi. Även Romanus var intresserad av urologiska problem och skrev en avhandling om prostatit och pelvospondylit.



Ragnar Romanus.

Ragnar Romanus var akademiker och administratör. Under hans tid som chef introducerades mycket av den experimentella kirurgi som sedan fördes vidare inom kirurgklinikerna. Romanus arbetade hårt och fokuserade på forskningen. Han krävde mycket av sina medarbetare och införde bland annat vetenskapliga lördagsmöten som kunde pågå från klockan två på eftermiddagen fram till sena eftermiddagen eller kvällen.

En annan nationellt och internationellt känd kirurg som påbörjade sin bana under Ragnar Romanus ledning vid Kirurgiska kliniken II var Lars Olbe. Han utbildade sig vid Karolinska Institutet, där han blev docent i farmakologi. Hans speciella intressen var ventrikelsekretion, vilket motiverade Ragnar Romanus att rekrytera honom till Sahlgrenska. Lars Olbe accepterade erbjudandet och kom till Göteborg för att studera ulkussjukdomens patofysiologi. Hans studier och närheten

till Hässles farmakologiska laboratorium i Göteborg var ett viktigt bidrag till utvecklingen av Losec, Astra Zenecas storsäljare. Lars Olbe ledde den ventrikelkirurgiska verksamheten, och samarbetade med flera andra nu kända kirurger.

Kirurgerna kring Lars-Erik Gelin

Lars-Erik Gelin (1920–1980) efterträdde 1962 Einar Ljunggren som professor på Kirurgiska kliniken I. Därmed fick kliniken en internationellt renommerad ledare med klinisk patientnära forskning som intresse. Lars-Erik, som kallades "Charlie" bland nationella och internationella vänner, ägnade mycket tid åt forskning och hade en unik förmåga att stimulera medarbetare.

Lars-Erik Gelin hade, liksom Ragnar Romanus, forskningsmöten som började efter arbetstid, det vill säga klockan fem på måndagar. Slutet

kunde dra ut på tiden fram till klockan åtta eller nio på kvällen, men det fanns absolut ingen på kliniken som undvek att komma på dessa forskningsmöten.

Enligt Nils Kock måste Lars-Erik Gelin räknas till en av de absolut mest betydelsefulla kirurgerna i svensk historia. "Nicke" menar att Gelin var starkt bidragande till att han själv fortsatte sin akademiska karriär och sedermera blev professor.



Lars-Erik "Charlie" Gelin lägger ut kursen.



Lars-Erik Gelin.

Det var framför allt Lars-Eriks sätt att entusiasmera människor och sprida sitt brinnande intresse för forskningen till äldre och yngre kollegor som gjorde honom så stor. Entusiasmen och nyfikenheten fanns hela tiden, liksom engagemanget för patienten. Det berättas om en gång då Lars-Erik föreläste om akut buk. När kandidaten började berätta om patienten och lägga ut texten om labvärden av alla de slag, avbröt Lars-Erik och utbrast: "Nej, nej kandidaten – sanningen finns inte på lab utan hos patienten!!"

Gelins främsta insats kliniskt var att etablera transplantationskirurgin i Göteborg. Han kan med rätta räknas som en av de

stora pionjäreorna i världen inom området. Lars-Erik Gelin och hans medarbetare utvecklade på bara några år den största erfarenheten i Europa inom transplantation.

Gelins internationella nätverk var stort. Många av hans medarbetare fick möjlighet att åka exempelvis till USA under ett år för att forska.

Lars-Erik Gelin var Sveriges första professor med transplantationsprofil. Hans laboratorium, Rheologlaboratoriet, visade sig bli en plantskola för många duktiga forskare och blivande professorer. Forskningsfälten var många på Kirurgiska kliniken I, men de hade en sak gemensamt – den direkta anknytningen till patientnära problem. Vissa av forskningsområdena fick också större erkännande internationellt än lokalt i Göteborg.

Exempel på det var Hans Inge Peterson, som forskade om tumörspridning. Han var verksam vid Rheologlaboratoriet och handledare för en rad forskarstudenter. Carl Magnus Rudenstam är ett annat exempel. Han ägnade sin karriär åt tumörkirurgi, framför allt bröstcancer och melanom.

Flera av de medarbetare som började sin bana på Transplantationsenheten i Göteborg kom senare att bli välkända profiler inom kirurgin såväl i Västsverige som i övriga landet. En viktig person var Åke Gustavsson, även kallad "Gus", som under ett år fick förmånen att vistas tillsammans med Professor Thomas Starzl i Denver. Han blev senare chef vid kirurgkliniken i Alingsås där han verkade fram till sin pension.

Efter att Lars-Erik Gelin gått bort 1980, övertogs chefskapet vid transplantation av Hans Brynner som på relativt kort tid lyckades skapa viktiga internationella kontakter. Han var bland annat delaktig i att bilda ESOT, den europeiska transplantationsorganisationen.

Samtida med Lars-Erik Gelin var också Yngve Edlund. Yngve kom till Göteborg 1954 efter kirurgutbildning i Falun, på Serafimerlasarettet och på Sophiahemmet. Hans främsta insatser gjordes inom gallvägskirurgin. Yngve Edlund blev också betydelsefull för utbildningen av studenter, bland annat skrev han en lärobok i kirurgi som användes inom medicinarutbildningen i Göteborg på 1970-talet.

Kock, Hultén och Scherstén

Ragnar Romanus efterträddes 1974 av Nils Kock som föddes i Finland. Han gjorde sin med.lic. i Helsingfors 1951 och flyttade till Göteborg där han blev medicine doktor efter en avhandling på fysiologen hos professor Björn Folkow.

Nils Kock är utan tvekan den internationellt mest kände kirurgen från Göteborg. Hans forskning representerar innovativ kirurgi, som är direkt patientnyttig.



Nils "Nicke" Kock.

Liksom Ragnar Romanus var Kock mycket noggrann och fordrade mycket av sig själv och sina medarbetare. Han var också ansedd som en tekniskt skicklig operatör och planerade sina ingrepp mycket noga.

”Nicke”, som han också kallas, är betydligt mer tystlåten än vad Lars-Erik Gelin var. Båda värdesatte dock klinisk teknisk färdighet i kombination med patientnära forskning. Tillsammans med bland annat Leif Hultén blev utvecklingen på Kirurgen II mycket fruktbar efter att Nils Kock blivit professor där. Även efter sin pension har Nils Kock varit mycket aktiv och utvecklat nya användningsområden för sin reservoarteknik. Han har fått ett flertal nationella och internationella hedersbetygelser.



Leif Hultén.

Leif Hultén blev professor 1984 efter en avhandling 15 år tidigare, likaså hos Björn Folkow, om nervkontroll av kolonmotilitet. Hultén vidareutvecklade och förde arvet vidare från Nils Kock, men var samtidigt skollad i Romanus klinik. Hultén var med om att skapa ett ledande tarmkirurgiskt centrum i Göteborg. Både den kliniska verksamheten och forskningsarbetet fokuserade på inflammatorisk tarmsjukdom.

Efter Lars-Erik Gelin blev Tore Scherstén 1980 förordnad som professor vid Kirurgiska kliniken I. Han föddes i Lidköping och blev i Göteborg med. dr. 1967 på en avhandling om gallsyror i levern. Scherstén anses av många vara den mest kraftfulle och dynamiske kirurgledaren vi har haft i Sverige under de senaste tjugofem åren.

Scherstén utvecklade ett särskilt intresse för kärl- och leverkirurgi som ledde fram till levertransplantationsprogrammet i Göteborg. De två första tarm- och clusterpatienterna transplanterades 1990 och var de första av sitt slag i Europa.

Scherstén är på många sätt omnipotent med god administrativ förmåga. Han innehade bland annat huvudsekreterarfunktionen i Medicinska forskningsrådet 1989–1994 samtidigt som han tjänstgjorde som dekanus inom fakulteten. Under den tiden hade han även uppdrag inom SBU. Tore Scherstén var också den som införde molekylärbiologisk teknik i den kirurgiska forskningen.



Tore Scherstén.

Kirurgprofiler i Borås och Uddevalla

En av de stora Boråskirurgerna är Nils Liedberg som började sin chefskarriär i Eksjö, där han var kirurgchef i tio år. Lika lång tid var han sedan klinikchef i Borås. Efter sin pensionering startade och ledde han under många år SÄL – Sveriges Äldre Läkares

förening. Liedberg var tekniskt skicklig, hade förmågan att knyta skickliga medarbetare till sig och var även en känd profil i Nordisk Kirurgisk Förening.

En annan stor profil var Albert Broomé, som kom från Lund och efterhand blev 1:e underläkare i Borås. Senare fick han tjänsten som biträdande överläkare. Broomé skrev under tiden i Borås sin avhandling om ulkuskirurgi (med Lars Olbe i Göteborg som handledare). Han var en innovatör på många områden. Ett exempel är att han introducerade kärllkirurgi i Borås 1964, efter ett kort studiebesök i England.

Broomé lämnade Borås 1970. Via Lund kom han till Helsingborg, och var där periodvis klinikchef. Det var han som 1973 (tillsammans med flera kända assistenter) opererade kung Gustav VI Adolf för utbredd hemorragisk gastrit.

En annan Boråsprofil är Nils Ternér. Han fick sin grundläggande kirurgutbildning i Sundsvall och var biträdande överläkare på Samariterhemmet i Uppsala 1968–1976. Han hade en mycket bred facklig och administrativ utbildning och erfarenhet, bland annat som studentkårsordförande. Han satt med i Läkarförbundets centralstyrelse, där han bidrog till att modernisera läkarförbundet. Han var sedan sjukvårdschef i Södra Älvsborg 1976 där han stannade fram till sin pensionering 1990.

Bertil Norberg är en föregångare inom fibergastroskopi i Sverige och han publicerade den första artikeln i svensk fackpress om fibergastroskopi 1963. Då var inte metoden accepterad i Sverige eftersom röntgenundersökningar ansågs tillräckligt tillförlitliga. Dessutom var gastroskopimetoderna besvärliga för både patienten och läkaren.

När Bertil Norberg började vid Uddevalla sjukhus 1963 fanns inget fiberskop på sjukhuset. Därför såg han till att få låna Sahlgrenskas instrument på lördagarna. Kort därpå inköptes ett fiberskop till Uddevalla sjukhus. Under de närmaste åren spreds sedan metoden i Sverige och i början av 1970-talet fanns fiberskopet på flera svenska sjukhus. Endoskopi med böjliga instrument blev inledningen på en ny tid. Med den metoden som förebild började en rad andra undersökningar genomföras på liknande sätt.

Kirurgprofiler i Sydsverige

Under de senaste 100 åren har det funnits många fler sydsvenska kirurgprofiler än vad som får plats i denna skrift. Vi har valt dem som har bidragit till kirurgins utveckling såväl kliniskt som vetenskapligt eller som på annat sätt varit goda ambassadörer för specialiteten här hemma och kanske utomlands. I södra Sverige hamnar vi då lätt hos alma mater, som ju i det sydsvenska perspektivet är liktydigt med Lunds universitet.

Lundakirurgerna

Den första professorn med både kliniskt och akademiskt ansvar för kirurgin i Lund var Carl Jacob Ask. Han blev utnämnd 1858 och hade då både en humanistisk och en

medicinsk avhandling. Den fortsatta vetenskapliga aktiviteten blev emellertid låg och i senare delen av hans ämbetsperiod stagnerade kirurgin.

Asks efterträdare på det nya seklet, Jacques Borelius, insåg möjligheterna och bidrog starkt till de kirurgiska framstegen i södra Sverige. Han fick sin kirurgutbildning i Uppsala och Göteborg och kom 1891 som kirurgchef till Karlskrona. Han hade då disputerat på en avhandling om Listers antiseptik och blivit docent vid Lunds universitet året innan.

Borelius skrev också ett uppmärksammat arbete om prostatahyperplasi och redovisade en i Karlskrona egenhändigt opererad serie på 200 bråckpatienter. Detta lär ha varit en av de första studierna och analyserna i landet baserat på ett patientmaterial och inte bara, som dittills varit regeln, på enstaka kasuistik.

När Borelius tillträdde professuren i Lund 1899 påbörjade han att modernisera kliniken och dess inre arbete. Han intresserade sig själv särskilt för gallvägskirurgi. Även på det administrativa området visade han stora talanger.

Under hans ledning byggdes kliniken om och blev nu nästan dubbelt så stor. Kliniken fick också en ny operationsavdelning och dessutom utrymmen för röntgenundersökning, vilka dittills inte funnits. Två år efter att Borelius kommit till Lund blev han också sjukhusdirektör. Han bidrog som sådan till den utvidgade verksamhet som skedde vid hela sjukhuset i början av 1900-talet. Han hann också med att göra studieresor till Tyskland, Frankrike, England och Australien och ska ha varit en lysande pedagog.

Borelius efterträdare blev en av hans egna elever, Gustaf Petrén. Han hade efter en filosofie kandidatexamen i Lund börjat läsa medicin och disputerade också där 1911 på en avhandling om ventrikelkirurgi. Han gjorde studieresor till främst Tyskland, men också till Österrike och Schweiz, varifrån han hämtade hem ny kirurgisk kunskap.

År 1918 utnämndes han till professor i kirurgi i Uppsala. Där stannade Petrén tills han kallades tillbaka till Lund när Borelius 62 år gammal avlidit i leukemi 1921.

Petrén var en dynamisk och krävande chef som hade ett brett vetenskapligt intresse. Men det som intresserade honom mest var bukkirurgin. Han blev genom sina personliga egenskaper snart en levande legend som professor, föreläsare och klinikchef. Han kallades i den södra landsändan rätt och slätt för GP.

När Petrén gick i pension 1936 efterträddes han av Jan Paul Strömbeck. Han hade disputerat på Karolinska Institutet och fått hela sin kirurgiutbildning i huvudstaden.



Gustaf Petrén. Oljemålning, Lunds lasarett.

Avhandlingen handlade om mesenteriell lymfadenit. I Lund blev hans huvudinriktning i forskningen förebyggande behandling av postoperativ tromboembolism.

Strömbeck hade inte bara en skarp analytisk förmåga utan var också utrustad med administrativ begåvning. Denna kom till användning både i hans roll som klinikchef och under hans år som styresman och vicedirektör för lasarettet.

Han medverkade till fortsatt specialisering av kirurgin när neurokirurgi och thoraxkirurgi blev egna kliniker. Strömbeck bidrog också till sjukhusets specialisering när narkosläkare anställdes och en blodcentral inrättades.

År 1950 kallades Strömbeck till professuren på Serafimerlasarettet, det sjukhus han lämnat för Lund elva år tidigare. Samma år utnämndes en annan lundaprofil till hans efterträdare – Philip Sandblom.



Philip Sandblom.

Philip Sandblom föddes i Chicago av svenska föräldrar. Familjen flyttade efter några år tillbaka till Sverige och Stockholm, där Sandblom avlade sin läkarexamen 1930. Den grundläggande kirurgiska utbildningen fick han i Örebro och vid Serafimerlasarettet. Innan han kom till Lund hade han varit chef för Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus i fem år.

Avhandlingen, som lades fram vid Karolinska Institutet 1944, belyste sårsläckningens mekanismer, ett område som fortsatte att engagera Sandblom under hela hans karriär. Efter sina tidiga studier av cholecystokininetts effekter hos den välkände fysiologen AC Ivy i Chicago blev gallvägarnas fysiologi, patofysiologi och kirurgi ett annat intresseområde. Sandbloms insikt om betydelsen av experimentell forskning resulterade i att han och fysiologen Georg Kahlson såg till att Lund fick landets första experimentalkirurgiska avdelning.

Med sin rika begåvning och receptivitet förvaltade Sandblom det han såg och lärde i Nordamerika under sin tidiga karriär på ett klokt och konsekvent sätt. Han kunde därför införa flera nya kirurgiska metoder i Sverige. Innan han tillträdde professuren i Lund hade han hunnit introducera operationer för Fallots tetrad och kongenital esofagusstenos.

Tillsammans med Carl-Axel Ekman gav Sandblom väsentliga bidrag till vår kunskap om kirurgisk behandling av portal hypertension. Lund blev landets centrum för sådan behandling och Sandblom/Ekman hade dåtidens största europeiska material av porta-cava-shuntar.

Bland Philip Sandbloms övriga insatser kan nämnas hans beskrivning av hemobili och hemosuccus pancreaticus. Han tillämpade den barnkirurgiska tekniken också på vuxna patienter och bildade skola för den atraumatiska kirurgin.

Under Sandbloms tolv år som rector magnificus expanderade universitetet kraftigt och genomgick omfattande organisatoriska förändringar. Hans administrativa talanger och förmåga att snabbt sätta sig in i olika ärenden och ta beslut var då till stor gagn för universitetet och dess framgångsrika utveckling.

Under rektorsperioden drog Carl-Axel Ekman det tunga lasset i ledningen av kliniken. Han valde dock i slutet av 60-talet att lämna akademien för att bli chef för kirurgkliniken i Borås.

Sandblom var internationellt erkänd och förärades otaliga hedersbetygelser. Samtidigt var han en varm förespråkare för Lund och svensk kirurgi. Han byggde upp ett för den tiden exceptionellt omfattande internationellt nätverk till gagn för kliniken som besöktes av många av dåtidens ledande kirurger.

Tillsammans med hustrun Grace, också hon född i Chicago, var Sandblom en stor konstsamlare. Hans bok om sjukdom och konstnärligt skapande var internationellt spridd. Philip Sandblom var inte bara kirurg och vetenskapsman utan också humanist och världsmedborgare. Han brukade på sin ålders höst säga "jag har kommit till Chicago för alla viktiga händelser i mitt liv: att födas, att gifta mig och att se första barnet födas. Nu återstår bara en viktig händelse. Jag hoppas att Ni förstår att jag tvekar att återvända till Chicago".

Han dog i Lausanne, helt plötsligt, när han och Grace var ute på stan för att göra inköp inför en resa till Lund dagen därpå. Det blev slutet på en lång och ovanlig kirurgkarriär.

Sandblom efterträddes i Lund av Stig Bengmark. Han hade disputerat i Lund på en avhandling om prostata. Efter det flyttade han till Göteborg där han fick sin huvudsakliga kirurgutbildning.

Det var tre göteborgare som 1971 intog kirurgiprofessurerna vid Lunds universitet, i Lund respektive Malmö. Bengmark blev pionjär i Sverige inom det leverkirurgiska området. Han var en dynamisk ledare i såväl sjukvård som



Carl-Axel Ekman (till vän) och Göran Lundh med Grace Sandblom.



Stig Bengmark och Bengt Zederfeldt.

forskning. Under hans tid presenterades ett rekordstort antal avhandlingar och flera nya grepp togs både inom student- och postgraduate-utbildningen. Han genomförde ytterligare specialisering/subspecialisering vid kliniken och deltog flitigt i den nationella sjukvårdsdebatten. Liksom Sandblom omhuldade Bengmark och insåg värdet av internationellt utbyte.

Malmö kirurger

Malmöns förste professor i kirurgi var samtida med Philip Sandblom. Helge B Wulff läste medicin i Lund och fick sin grundläggande kirurgiutbildning hos Gustaf Petré. Han var en modern läkare som rest mycket i världen och tog hem många idéer. Han var visionär och påtagligt progressiv.

Trots att han själv behärskade hela kirurgin såg han tidigt till att utse flera överläkare med särskilt ansvar. Det ledde snart till välrenommerade kliniker för såväl plastikkirurgi, handkirurgi och urologi. Bland det första Wulff gjorde var att överlämna all frakturkirurgi till ortopedin.

Plastikkirurgin kom att ledas först av Karl-Erik Hogeman och senare av Sten Jacobsson. Nils Carstam fick ansvar för handkirurgin.

Wulff hade från Lund med sig ett stort intresse för thoraxkirurgi. Han utvecklade en mycket stark thoraxkirurgi i Malmö, tillsammans med av honom utsedda överläkare. De tog emot patienter inte bara från Sverige utan även från utlandet. De använde först hypotermi och senare hjärt-lungmaskin. Den thoraxkirurgiska verksamheten kom dock senare att alltmer försvagas. Den har i stället växt sig stark i Lund, där all thoraxkirurgi för södra Sverige är samlad i dag.

Även inom den kvarvarande kirurgin såg Wulff till att sektionera med egna ansvarsområden, ungefär av den typ vi ser i dag. Han bidrog alltså mycket vad gäller specialisering och subspecialisering av kirurgins olika delar, ett uttryck för hans framsynthet. På andra håll i Sverige försökte man som regel fortfarande hålla kirurgin samlad.

Wulff blev ett stort namn i svensk och nordisk kirurgi. Han var en drivande generalsekreterare i Nordisk Kirurgisk Förening under en 10-årsperiod från 1952. Han var också president för föreningens kongress i Falsterbo 1963.

Wulff hade ett stort kontaktnät i USA med storheter som Alton Ochsner och Claude Welch för att nämna några. Detta ledde till årliga och årlånga utbyten mellan



Helge B Wulff. Olja på duk. Målad av N Malmström. Kir klin Malmö.

amerikanska kirurger och Malmökollegor, vilket var ömsesidigt berikande.

När Wulffs och Sandbloms tjänster skulle återbesättas gjordes detta i en gemensam konkurrens med tre andra tillsättningar i landet. En av dessa gällde en nyinrättad tjänst i experimentell kirurgi i Malmö.

Som efterträdare till Helge B Wulff återvände Bengt Zederfeldt till alma mater. Han disputerade på sårläggning i Lund med Philip Sandblom som handledare. Han fortsatte även med denna forskningsinriktning när han flyttat till Göteborg. Zederfeldt blev en av de ledande i Europa inom detta område. I Malmö byggde han upp ett "sårlaboratorium" varifrån ett stort antal avhandlingar utgick.

Zederfeldt var en kraftfull ledare och klinikchef som fick sin klinik att blomstra. Han blev sedermera ordförande för Svenska Läkaresällskapet. Hans insatser för Svensk Kirurgisk Förening beskrivs på andra ställen i denna bok.

Den experimentella kirurgprofessuren i Malmö tilldelades Sven-Erik Bergentz. Han kom att utveckla kärlkirurgin till den då starkaste i Sverige. Bergentz började också att utveckla transplantationskirurgin snart efter sitt tillträdande. Hans professur kom senare att omvandlas till en professur i kärlkirurgi, dock först efter att han gick i pension.

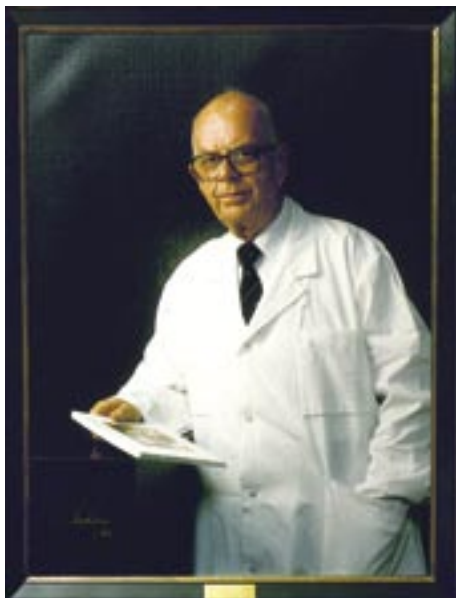
Han hade arbetat tillsammans med Lars-Erik Gelin i Göteborg, där de 1965 utförde en njurtransplantation ett halvår efter Curt Frankssons första operation.



Sven-Erik Bergentz.

Insatserna resulterade i att Malmö blev ett transplantationscentrum med utmärkta verksamhetsresultat.

Bergentz var starkt forskningsintresserad och inte minst som dekanus för Medicinska fakulteten stärkte han forskningen i Malmö. Han var också en erfaren kliniker och kallades 1973 till Konung Gustav VI Adolfs sjukbädd. Majestätet avled i en diffus magblödning trots kirurgi några veckor tidigare. Före operationen gick Bergentz till kungen tillsammans med livmedikus Gunnar Biörck varpå kungen sände telegram till statsminister Palme med följande lydelse: "Jag blöder från magsäcken. Kirurgerna tycker att det skall opereras. Jag tror att det är ett klokt beslut. Jag är vid gott mod. Hälsningar Gustav Adolf."



Bengt Zederfeldt. Foto på duk. Kir klin Malmö.



Fritz Bauer. Olja på duk. Målrad av Carl Larsson.
Kir klin Malmö.



Otto Löfberg. Olja på duk. Målrad av Jonas Åkesson.
Kir klin Malmö.

När Malmö Allmänna Sjukhus, då ännu inte universitetssjukhus, delades i en invärtes och en utvärtes avdelning 1907 blev Fritz Bauer sjukhusets förste kirurgchef. Han var ytterst dynamisk och nydanande. Till sjukhuset kom till och med utländska besökare som t.ex. bröderna Mayo. De ville se hur ett välorganiserat sjukhus kunde te sig.

Tio år senare blev Bauer generalfäktläkare i Sverige och efterträddes av Otto Löfberg, också han en dynamisk och framstående kirurg.

Bland de senare Malmökirurgerna vill vi nämna Anders Wenckert som redan 1958 startade en noggrann, prospektiv analys av patienter med Crohns sjukdom. Detta ledde till en rekommendation av en kirurgiskt aktiv behandlingsprincip. Ytterligare en Malmöprofil är Ivar Borg som blev känd för sin hypotes att herpes simplexinfektion skyddar mot magsår.



Anders Wenckert.

Kalmar och Kristianstad

Erik Millbourn utbildades och disputerade i Lund innan han tillträdde som chef för kirurgiska kliniken i Kalmar. Han arbetade tillsammans med Jan Paul Strömbeck om gallstenssjukdomen och dess kliniska uttryck.

Millbourn var den förste som fastställde ett samband mellan gallgångskonkrement och akut pankreatit och kunde därmed verifiera Opies 40 år tidigare framlagda hypotes. Hans beskrivning av pankreasgängen fick senare stor klinisk betydelse när

endoskopisk retrograd cholangiopancreaticografi introducerades. Millbourns banbrytande insatser fick nyligen stort utrymme i den bok om pankreas historia som skrevs av den amerikanske kirurgen John M Howard.

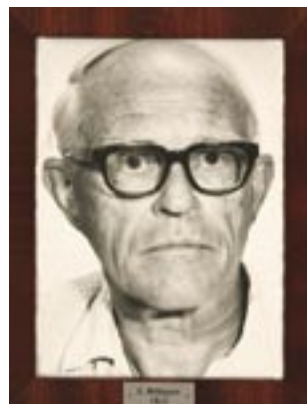
En annan färgstark kirurgprofil i Sydsverige var Fredrik Koch. Han fick sin utbildning hos Gustaf Petré



Fredrik Koch.

och flyttade något år efter disputationen till Malmö. 1956 blev han chef för kirurgen i Kristianstad där han stannade till pensioneringen 1972.

Kliniken blev en attraktiv utbildningsplats där flera framtida klinikchefer lotsades i marin anda. Koch, marineläkaren, var en stor beundrare av Lord Nelson och hade organiserat sin klinik efter flottans principer. Klinikens attraktionskraft berodde också på att Koch och hustrun, skådespelerskan Gaby Stenberg, hade förmågan att skapa en stark gemenskap och sammanhållning mellan "stabsmedlemmarna" och deras familjer.



Erik Millbourn.

Utlandsbaserade sydkirurger

Några kirurger som utvecklats i den sydsvenska myllan valde att förlägga huvuddelen av sin aktiva tid på framträdande poster utomlands. Så gjorde till exempel Lars Röhl som kom till Lund 1952. Röhl disputerade 1959 och fick den nya biträdande överläkartjänsten i urologi hos den legendariska Gösta Jönsson 1960. Fyra år senare flyttade han till Heidelberg där han byggde upp en av dåtidens ledande europeiska urologkliniker. Han fick för övrigt en nyupptäckt stjärna uppkallad efter sig som tack för en lyckad transuretral resektion av Heidelberguniversitetets astronomiprofessor.

Bo Eklöf tog vägen över Borås, Lund och Helsingborg till Kuwait där han som ämnesföreträdare och chef startade ett läkarutbildningsprogram. Eklöf satte också igång forskning och skapade god kirurgisk sjuk-



Bo Eklöf.

vård med hjälp av en lång rad svenska kollegor. Eklöf avslutade sin karriär som kirurgprofessor i Honolulu.

Kirurgprofiler från andra delar av landet

Naturligtvis finns det många bemärkta kirurger runt om i hela vårt avlånga land. Denna bok presenterar ett stort urval av dem. På vår resa genom Sverige möter vi kirurger från Norrland, centrala Sverige, från lärdomsstaden Uppsala, Mälardalen och städerna runt Väneren. Till slut kommer vi fram till Linköping, där vi avslutar vår resa.

Norrland och centrala Sverige

Willem van der Linden kom till Sverige efter andra världskriget. Han blev docent i Umeå 1961 och fick professors namn 1981. Han tjänstgjorde på kirurgkliniken i Östersund från 1964 och gick i pension som klinikchef 1986. Därefter arbetade han som kirurg i Jemen i 15 år, där han mest behandlade skott- och sticksador.

Van der Linden utförde tillsammans med Herbert Sunzel studier rörande behandlingen av akut kolecystit. Han intresserade sig särskilt för vetenskapsteori och selektionsfenomen i sjukhusdata. Han visade tillsammans med Fumio Nakayama att den avvikande gallsyresammansättningen hos kolecystektomerade patienter inte beror på operationen utan att patienterna haft gallsten. Därmed föll teorin att ökningen av koloncancer som iaktogs på 1980-talet förorsakats av ökningen i kolecystektomi som skett på 1950-talet. Så kirurgerna fick fortsätta kolecystektomera som förr.

Sven Dahlgren är en tydlig profil inom kirurgin och inom svensk sjukvård. Han har under en lång tidsperiod varit framstående som läkare, forskare, lärare, författare, administratör och ledare. Sven Dahlgren tillträdde en professur i kirurgi vid Umeå universitet 1978. Han blev snart därefter prefekt vid kirurgiska institutionen och klinikchef vid kirurgiska kliniken på regionsjukhuset i Umeå. Han behöll dessa befattningar fram till pensioneringen i januari 1992.



Sven Dahlgren.

Inom sitt verksamhetsområde lyfte han forskningsnivån och utvecklade den kliniska sektoriseringsen. Sven Dahlgren var en kirurgiskt aktiv professor och deltog bland annat i utvecklingen av obesitaskirurgi.

Sven Dahlgren var dekanus vid den medicinska fakulteten 1980–1986. Han gjorde bland annat insatser för utökad läkarutbildning i Umeå, deltog i UHÄ:s planeringsberedning och medverkade till den första professuren i omvårdnadsforskning. Han agerade också för tillskapandet av en

Rietz 1916 den första lyckade blodöverföringen i Sverige genom att givarens (patientens fader) arteria radialis anastomoserades till sonens vänstra vena basilica.

En för många känd profil på detta, länge landets största, odelade lasarett, var Knut Hallberg. Innan han avgick 1962 hade han dock delat upp lasarettet i flera specialavdelningar. Knut Hallberg var känd som en mycket skicklig kirurg och han utförde bland annat en, på sin tid, unik operation. Han transplanterade nämligen en stortå till platsen för en tidigare amputerad tumme.

Kirurgveckan under jubileelumsåret 2005 äger rum i Gävle vars odelade lasarett togs i bruk 1887 med Carl Axel Bergh som den förste lasarettsläkaren. Han blev utnämnd till medicine hedersdoktor vid Uppsala universitet men avled några år därefter på seklets första dag och efterträddes av Erik Lindström.

Dessa kirurger i Hudiksvall och Gävle är några exempel på ensamma lasarettsläkare på odelade lasarett runtom i landet. De hade en bred kunskap, inte bara inom kirurgi, utan även i till exempel internmedicin, gynekologi och obstetrik. De arbetade hårt och i avsaknad av erfarna underläkare var de oftast "bakjour" året runt. Även om de flesta inte blev vad vi här kallar nationella profiler så var de i sina städer högst respekterade män – och starka profiler.

Lasarettet i Örebro intar liksom många av dess kraftfulla befattningshavare en särställning i svensk kirurgisk sjukvårds utveckling. Genom att vara en stor och framsynt klinik men ändå utan egen universitetsstatus intill 2002 har Örebro bidragit som en stark bas för klinisk kirurgisk träning.

Lasarettet har genom åren fostrat många framstående svenska kirurger. Flera av dem som verkat som chefer för kirurgin i Örebro har också utvecklat Örebro lasarett till det expanderande universitetssjukhus det är i dag.

Sven Almström var lasarettsläkare under tiden 1888–1905. Almström tillhörde den gamla skolan av lasarettsläkare, med ett brett ansvar och intresse för såväl den medicinska som den kirurgiska sjukvården. Han var tidigt ute med att introducera nyheter inom kirurgin.

Att kirurgi ibland kan vara ett värv förenat med yrkesrelaterad sjuklighet som hotar framtida opererande var uppenbart redan under förra seklet. En lång rad av livshotande infektionssjukdomar, varav TBC intar en särställning, kunde drabba den opererande kirurgen. Ett annat problem var eksem, och Almström tvingades 1905 i förtidspension från lasarettsläkartjänsten på grund av svåra sublimatexem.



Carl Axel Bergh. Kopia i olja på duk, privat ägo. Original hänger på Gävle lasarett.

Karl Lange, född 1863, var den som tog över efter Sven Almström. Lange var lasarettsläkare i Örebro 1906–1929. Liksom många av sina generationskamrater växte Karl Lange upp i en prästfamilj, som son till en kyrkoherde på Gotland. Lange genomförde sina medicinstudier i Uppsala och fick därefter sin grundläggande kirurgiska träning på Serafimerlasarettet i Stockholm.

Innan Lange återvände till Gotland och Visby som ordinarie lasarettsläkare flyttade han runt i landet på olika vikariat. Att vikariera för lediga lasarettsläkare eller på vakanta tjänster var vid denna tid ett vanligt sätt att meritera sig för ordinarie befattning.

Det är ingen ovanlighet att gamla elever efterträder sina läromästare. Så ock i Örebro, där den dynamiska Gösta Bohmansson arbetade som underläkare under Langes ledning mellan 1919 och 1922. Bohmanssons intryck tycks ha varit blandade, då han i sina memoarer bland annat skriver om Lange att "han stod kvar på samma nivå som vid sin avslutade utbildning och följde inte med i litteraturen". I rättvisans namn ska dock sägas att Bohmansson i samma memoarer också uttrycker en stor beundran för Lange som människa.

Gösta Bohmansson föddes 1887, och verkade som lasarettsläkare i Örebro mellan 1929 och 1952. Bohmansson växte upp i Malmö och blev därefter lundastudent. Som son till en regementsläkare valde han då att studera medicin. I motsats till flera av sina generationskamrater bland lasarettsläkare utanför universitetsvärlden ägnade Bohmansson tidigt kraft och intresse åt vetenskapliga frågor. Han disputerade 1925 på en avhandling om magsårets kirurgiska behandling.

Liksom sin företrädare Karl Lange fick Bohmansson en viktig del av sin kirurgiska utbildning vid Serafimerlasarettet i Stockholm, där han också skrev sin avhandling. Efter sedvanliga vikariat på olika lasarettsläkartjänster flyttade Bohmansson till Umeå där han under några år skulle komma att inta en dominerande ställning.

Först blev han överläkare vid den kirurgiska kliniken och de sista åren också styresman (motsvarande sjukhusdirektör) för lasarettet som helhet. Trots sina framgångar valde han att återvända söderut till Örebro då tjänsten efter Karl Lange blev ledig.

Väl installerad i Örebro avancerade Bohmansson snabbt till posten som styresman för lasarettet. Under hela sin aktiva yrkestid hade han ett omfattande internationellt kontaktnät och genomförde ett flertal studieresor till kliniker runt om i Europa.

Bohmansson var en färgstark och dominerande person. Han hade rykte om sig att vara en kraftfull och skicklig debattör. Därtill ansågs han snabbt kunna växla uppfattning och lika frejdigt argumentera för en linje rakt motsatt den han nyss med full kraft drivit. Som hos många andra kraftfulla personer



Gösta Bohmansson.

vid denna tid fanns dock i botten en någorlunda god självsikt. Man kan av Bohmanssons memoarer förstå att han var väl medveten om, och kanske också lite stolt över, denna egenskap.

Den som kom att efterträda Gösta Bohmansson var Nils Tolagen, född 1896. Han var klinikchef vid kirurgkliniken i Örebro från 1952 till 1962. Liksom sina företrädare vid Örebrokliniken fick han en viktig del av sin kirurgiska basutbildning vid Serafimerlasarettet i Stockholm.

Nils Tolagen var en kliniker i ordets verkliga bemärkelse. Under hans period i Örebro genomfördes till exempel omfattande poliklinisering av den mindre omfattande kirurgin (exempelvis bråck och varicer). Forskningsverksamhet gavs däremot inte någon framträdande roll under Tolagens ledning.

Olle Westerborn var också han en av profilerna från Örebro. Han var son till Anders Westerborn, kirurg i Göteborg, som bland annat hade skrivit avhandling om bäckenbrott – kanske var det därför sonen hade intresse för frakturkirurgi. Westerborn kom till Örebro efter att ha disputerat på rättepifyser i Uppsala.

Efter ett års tjänstgöring vid Skandinaviska sjukhuset i Korea återkom han som bitr.överläkare till Örebro. Han drev här framför allt frakturkirurgi som sitt stora intresse, och han införde snabbt nya osteosyntesmaterial. Olle Westerborn fick abrupt överta klinikchefskapet när Sten Wallensten plötsligt avlidit i tjänst på natten. Han var mycket intresserad av att leda verksamheten och blev så småningom även blockchef för kirurgblocket och förtroendeläkare för landstinget. Många känner Olle som mångårig ordförande i Läkarförbundet.

När vi pratar om kirurger som på ett eller annat sätt har verkat i Örebro, måste vi också nämna Esse Kristoffersson. Han startade – som en av de första i Sverige – operation i form av jejunioleal bypass för morbid fetma. Han kunde också inse biverkningarna och slutade med detta ingrepp efter några år. Ändå bidrog han kraftfullt till att införa nästa operationstyp för övervikt – gastric bypass enligt Mason – som än i dag är standardmetoden. Örebro var den första kliniken utanför USA som tog upp metoden.

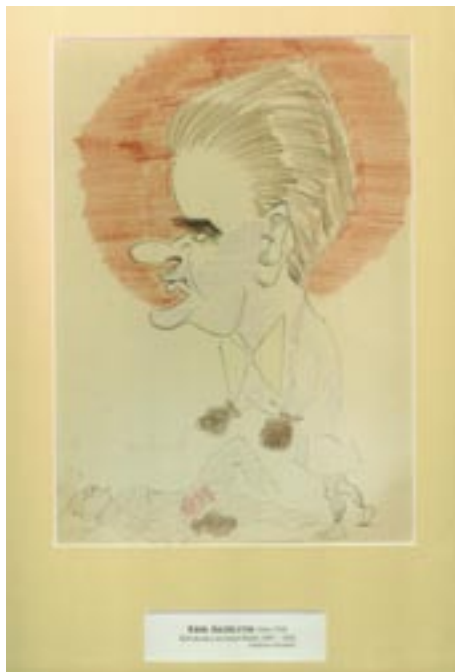
Vi förflyttar oss nu från Örebro till Falun. I den staden finns framför allt tre profiler som bör nämnas.

Johan Waldenström föddes 1880 och blev efter diverse tjänstgöringar till förordnad lasarettsläkare i Falun 1914. År 1915 blev han ordinarie lasarettsläkare, och var även lasarettets styresman 1916–1945. Han blev medicine hedersdoktor i Uppsala 1927. Waldenström kommer från en känd läkarfamilj och var bror till professorn i ortopedi i Stockholm, Henning Waldenström, och farbror till Jan Waldenström. Han satte sin prägel på Falu lasarett som lasarettsläkare fram till 1945, då han avgick.

En tid efter att Johan Waldenström hade avgått kom Stig Lindgren till Falun. Där var han chef mellan 1952 och 1964. Hans huvudsakliga intresse var ryggkirurgi, men under hans tid gjordes även lungkirurgi och öppen hjärtkirurgi som till exempel mitralisstenoser.

Stig Lindgren blev medicinalråd och avdelningschef på Socialstyrelsen 1964. När han arbetade med mer övergripande sjukvårdspolitiska frågor fick han nytta för sitt intresse att behandla problem ur befolkningsperspektiv – ett intresse han grundlade redan i sitt avhandlingsarbete 1932. Han arbetade också med frågor om sjukvårdsorganisation och trafiksäkerhet, bland annat i Föreningen för högertrafik 1960–1967.

Erik Åkerlund, även kallad "Kirre", kom sedan från MAS i Malmö och blev chef under nästan tjugo år och satte mycket stark prägel på Falu lasarett. Han var en principfast och god chef, som många av underläkarna uppskattade, då han hela tiden stöttade underläkarkåren i tuffa situationer.



Erik "Kirre" Åkerlund. Karikatyr av Thorsten Stenberg.

Kirurgerna runt Vänern

En märkesman inom flebologien i Sverige var professor Gunnar Bauer. Han introducerade heparinbehandlingen vid trombosjukdomen och gjorde stora forskningsinsatser om den djupa venösa insufficiensen.

Gunnar Bauer började sin kirurgbana hos hjärtkirurgen Clarence Crafoord på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Bauer disputerade 1933 i Malmö på en 900 sidor tjock avhandling om appendicit och peritonit. År 1937 blev han lasarettsläkare vid det odelade lasarettet i Mariestad, vårt äldsta länssjukhus. Där stannade han fram till 1959.



Gunnar Bauer.

År 1954 tilldelades Gunnar Bauer professors namn. I skrivelsen till konungen står det: "Lasarettsläkaren Bauer var den förste, som visade att trombosjukdomen kan effektivt behandlas med heparin. Han pointerade vikten av en tidig diagnos och en snabbt insatt terapi".

Det kanske viktigaste datumet i flebologiens historia är den 1 december 1940. Vid ett möte i Stockholm med Svensk Kirurgisk Förening presenterade Crafoord och hans medarbetare sina erfarenheter på några få patienter av heparinbehandling vid akut trombos. Resultaten var dock osäkra. Bauer framlade sina första resultat av heparinbehandling på 21 patienter med

sensationellt god effekt på trombosen. Bauer förklarade detta med att möjligheten att påvisa trombosen i sitt tidigaste skede tillät att heparinbehandlingen kunde sättas in tidigare än vad som förut varit möjligt.

Gunnar Bauer kunde också konstatera att heparinbehandlingen skulle åtföljas av mobilisering. Det berättas att Gunnar Bauer efter sitt sista barns födelse, 1943, "kommenderade" sin maka upp ur sängen redan dagen efter förlossningen, trots alla protester från barnmorskorna i Mariestad.

En av de stora profilerna i Karlstad var Per Clarholm, som föddes i staden 1860. Han arbetade först som underläkare vid Serafimerlasarettet och Karlstad lasarett. 1898 blev han utnämnd till lasarettsläkare i Karlstad. Han blev den första överläkaren och klinikchefen vid kirurgkliniken i Karlstad då lasarettet 1910 delades i en medicinsk och en kirurgisk klinik. Överläkare och klinikchef var han till 1928.

Per Clarholm var även en passionerad konstsamlare av framför allt egyptisk och kinesisk konst. En del av hans konstsamlingar donerades efter hans bortgång till Nordiska museet och finns fortfarande att beskåda på Tyresö slott. Clarholm avled 1942.

En annan av Karlstads kirurgprofiler var Rolf G S Kaijser. Han föddes i Härnösand år 1903. Kaijser blev 1946 docent i kirurgi vid Uppsala universitet och kom 1950 till Karlstad som överläkare och klinikchef. På den positionen stannade han till 1968. Kaijser var också styresman 1950–1960. År 1951 gjorde Kaijser en avstickare och reste till Korea, där han var chefsläkare vid Svenska Röda Korsets sjukhus i ett halvår. 1958–1970 var han även riksdagsledamot i första kammaren, där arbetet pågick tisdag till och med torsdag. Under dessa dagar ville han bli uppringd och konsulterad av kirurgkollegorna i Karlstad. De yngre medarbetarna hölls i strama tyglar av Rolf Kaijser och de fick ofta påpekanden angående uppförande, klädsel och språk. Utåt ställde han däremot alltid upp till deras försvar.

Kaijser hade ett stort historiskt intresse och kunnande. Han studerade historia, nationalekonomi och statskunskap vid Stockholms högskola efter sin pensionering, och tog en fil.kand. 1971. Han avled 1982.



Rolf Kaijser. Porträtt på kirurgiska kliniken i Karlstad.

Kirurgerna i Uppsala och Mälardalen

När Svensk Kirurgisk Förening bildades 1905 var K G Lennander professor och överläkare vid kirurgkliniken i lärdomsstaden Uppsala. Lennander var den förste som fick professuren som en ren kirurgprofessur (1891). Innan dess hade tjänsten varit i kombinationen kirurgi och obstetrik/gynekologi.

Lennander var handikappad av ett hjärtfel – en sjukdom som också tog hans liv 1908. På grund av sitt hjärtfel kunde han de senare åren bara operera sittande och



Karl Gustaf Lennander. Olja på duk. Kir klin Akademiska sjukhuset, Uppsala.



Gunnar Nyström. Olja på duk. Kir klin Akademiska sjukhuset, Uppsala.

han arbetade mycket från hemmet. K G Lennander är kanske mest känd som den förste skandinaviske kirurg som opererade en patient med akut appendicit. Blindtarmssjukdomen och resultatet av kirurgisk behandling av denna sjukdom var Lennanders huvudsakliga forskningslinje.

År 1921 tillträdde Gunnar Nyström tjänsten som kirurgprofessor i Uppsala. Nyström var en av Lennanders lärjungar och hade 1907 disputerat på en doktorsavhandling om kirurgisk behandling av icke perforerad appendicit. Han hade ett mycket brett kirurgiskt intresse och introducerade bland annat Nyström-spiken för osteosyntes vid collumfraktur.

Nyström intresserade sig aktivt för sjuksköterskeutbildningen. Dessutom var han en intresserad administratör och var en tid, förutom kirurgprofessor, också direktör för Akademiska sjukhuset.

Nyström efterträddes 1942 av sin elev Olle Hultén, som många uppfattade som en mycket allvarlig person som sällan sågs skratta. Han skrev sin avhandling om tibiakondyl-frakturer.

Hultén hade ett brett kirurgiskt intresse och hade en tid varit krigskirurg i Finland. Vetenskapligt ägnade han sig mycket åt gallvägskirugi och röntgendiagnostik. Hultén introducerade den peroperativa cholangiografien i Sverige.



Lars Thorén. Olja på duk. Signerad Bertram Schmiterlöw 1988. Kir klin Akademiska sjukhuset, Uppsala.



Lars Thorén i aktion.

År 1964 efterträddes Hultén av Lars Thorén, som innehade tjänsten till 1987. Han hade en mycket bred kirurgisk utbildning och han intresserade sig för många olika områden inom kirurgin. Vetenskapligt kom han mest att ägna sig åt frågeställningar inom chock och vätskebalans, men också åt gallvägs- och leverkirurgi samt endokrinkirurgi.

Thorén var en skicklig kirurg inom hela det dåtida kirurgisk spektrat som då omfattade både urologi och ortopedi. Kunskaperna förmedlades vidare i en uppskattad lärobok om vätskebalans som han var författare till.

Det var under Thoréns tid som Akademiska sjukhuset fick egna kliniker för urologi och barnkirurgi, liksom en modern ortopediklinik. Lars Thorén etablerade sektionen för njurtransplantation. Han har också varit ordförande i Svensk Kirurgisk Förening. Som tidigare ordförande har Lars Thorén även nu, mer än 30 år senare, varit till ovärderlig hjälp för jubileumsbokens redaktionskommitté med uppgifter från en tid som få i landet i dag har eget minne av.

De tre professorerna Nyström, Hultén och Thorén tjänstgjorde alla i mer än 20 år på sina professurer. De hade alla sin skolning i Uppsala och de kom att prägla Uppsalakirurgin under en stor del av de hundra år Svensk Kirurgisk Förening funnits.

Tre andra profiler från Uppsala var Urban Krause och Tor Hierton och Henry Johansson. Urban Krause var överläkare på Kirurgkliniken på Akademiska sjukhuset med ansvar för nedre gastrointestinal kirurgi från 1956 till 1987. Hans huvudintresse var inflammatorisk tarmsjukdom och hans principer har haft stor betydelse för att utveckla den kirurgiska behandlingen både nationellt och internationellt. Urban Krauses avdelning var ett fint exempel på hur olika yrkeskategorier kan bygga upp en samlad kompetens för att behandla en ofta ung patientgrupp. Verksamheten präglades av hängivenhet, noggrannhet och kirurgiskt hög kvalitet. Under senare delen av sin tjänstgöring var Urban Krause, chefsläkare vid sjukhuset.

Tor Hierton var först ortoped på Norrbacka, och därefter professor i Uppsala 1962–1978. Hierton disputerade 1952 på Karolinska institutet med avhandlingen Arterial homografts. An experimental study in dogs. Efter det studerade han kärlkirurgi i både USA, Frankrike och England 1952–1970.



Henry Johansson.

Henry Johansson utbildades vid Karolinska Institutet och inledde sin kirurgiska bana i Norrköping 1958. Från 1962 fram till pensioneringen 1994 arbetade han på Akademiska sjukhuset i Uppsala där han från 1978 var överläkare. 1985 utnämndes han till professor i endokrinologisk kirurgi.

Johansson var medlem av Medicinska forskningsrådet 1986–1993 och ledamot av Cancerfonden 1986–1992. Han var också ordförande för Nordisk Kirurgisk Förenings sektion för endokrinkirurgi och styrelseledamot för IAES.

Under perioden 1982–1994 var han chef för forskningsorganisationen på Akademiska sjukhuset. Han har alltid varit ett föredöme i den kliniska rollen. Hans gärning har ständigt präglats av en vetenskaplig hållning och han är fortfarande en utomordentlig lärare.

Herman Wahren tjänstgjorde under perioder på olika sjukhus innan han mellan 1947–1965 fick positionen som överläkare i kirurgi i Eskilstuna. Wahren fick av regeringen professors namn – en ära som endast ett fåtal lasaretsöverläkare får del av.

Sommar Bruzelius blev överläkare i Västerås från 1957, efter doktorsavhandling i Lund och efter flera kirurgtjänster i södra Sverige. Han efterträddes av Harry Tera som kom från en biträdande överläkartjänst i Linköping. Han hade en bred kompetens och var till exempel intresserad av sårläggning, och det resulterande bland annat i boken *Sutur* när var hur.

Kirurgerna i Linköping

Paul Rudström utbildades i Uppsala. Han disputerade 1944 på en avhandling om cholangiografi under operation, men utöver bukkirurgi arbetade han mycket med thoraxkirurgi. 1957 kom han som klinikchef till Linköping.

Det är allmänt omvittnat att Rudström utstrålade en enorm kraft och styrka och att han hade fantastiskt personminne. Han kände all personal vid namn och brydde sig mycket om hur de mådde. Dessutom var han en fantastisk patientdoktor – ett verkligt föredöme för många kirurger. Jourhavande skulle ringa hem till honom varje kväll klockan 21.30 för en kort rapport även om han inte var bakjour.

I operationssalen var Rudström både snabb och försiktig – en total gastrektomi kunde klaras av på 45 minuter. Han älskade att operera struma och även om det blödde en del blev slutresultatet bra. Som chef var han krävande och hade en klassisk syn på beslut – ”är du tveksam så handla”, ”det här med kirurgi ... innebär att man måste fatta beslut, de får gärna vara kloka, men det är inte alldeles nödvändigt”.



Paul Rudström.

Jarl Wetterfors kom 1971 till Linköping efter docentur. Han skrev sin avhandling på Karolinska institutet (Gustaf V laboratorium) om albuminets fysiologiska roll, som han försvarade 1965. Hans stoiska lugn i alla situationer var ett stort stöd för alla i hans omgivning.

Wetterfors introducerade snabbt den moderna gastrointestinala kirurgin. Efter hårt arbete under långa dagar växte så småningom en ledande verksamhet fram i Linköping.

Sten-Otto Liljedahl (även kallad "Battis" eftersom han var trumslagare som ung) var laborator i brännskadevård vid Karolinska institutet när han 1971 utnämndes till professor i kirurgi vid Linköpings universitet. Hans största intressen var idrottsmedicin (särskilt knäskador) och brännskador.

Liljedahl var en ovanligt dynamisk person som gärna rekryterade kirurger med bakgrund inom idrotten. Genom sin intuition kunde han rekrytera framstående medarbetare som till exempel kom att introducera arthroskopi av knäleden i Sverige. Han var fotbollslandslagets läkare och anlätades som läkare vid flera olympiska spel. Sten-Otto levde för kirurgi, klinisk forskning och idrott. Han var en av initiativtagarna till Vätternrundan och cyklade den själv ett antal gånger.



Sten-Otto "Battis" Liljedahl.

Om hundra år ...

Även om vi har nämnt många kirurger i detta kapitel av jubileumsboken kan vi inte säga att vi har svarat på frågan om vilka som har skapat den svenska kirurgin. Givetvis har de nämnda profilerna en stor del av äran, men som tidigare påpekats får vi inte heller glömma dem som inte har omnämnts. Vi tänker då på alla andra kirurger på sjukhus runt om i landet som har verkat under de senaste hundra åren. Vi tänker också på dem som fortfarande arbetar och driver utvecklingen inom kirurgin framåt.

Nu är det dags att höja blicken mot framtiden. Vilka kirurger kommer att omnämnas i nästa jubileumsbok, om femtio eller hundra år? Vi vet naturligtvis inte svaret. Några av dem som vi redan har skrivit om i denna bok kanske kommer med. Några av dem som är verksamma i dag kommer alldeles säkert med. Men vi vet inte vad nästa generations kirurger heter.

Ändå har vi alla ett uppdrag från framtidens jubileumsboksredaktörer. Det uppdraget innebär att vi ska medverka till att skapa de kirurgprofiler som ska driva utvecklingen under de närmaste hundra åren. Framtidens unga läkare och kirurger behöver inspiration, uppmuntran och goda förebilder för att välja kirurgbanan och för att känna hur roligt det är med kirurgi. Om vi kan föra vidare det starka engagemang som har präglat kirurgyrket och Svensk Kirurgisk Förening under hundra år, går vi en ljus framtid till mötes.

Till detta kapitel har många bidragit vid intervjuer, i många fall omfattande sådana, och en hel del kommer från arkivmaterial. Härutöver har bidrag skriftligen erhållits. Dessa bidrag har redigerats av redaktionskommittén och, just för detta kapitel, blivit föremål för en sammanfattande redigering av Lennart Köhler, Ord & Vetande i Uppsala.

Vi tackar alla som bidragit!

Skriftliga, beställda, bidrag har erhållits från följande (exklusive medlemmar i redaktionskommittén):

David Bergqvist, Uppsala
Östen Engelbrektsson, Borås
Wilhelm Graf, Uppsala
Ulf Haglund, Uppsala
Torgil Hallböök, Skövde
Bo Holmström, Danderyd
Eva Idh, Uddevalla
Ingemar Ihse, Lund
Göran Mellbring, Skövde
Pär Nordin, Östersund
Lars Norgren, Örebro
Michael Olausson, Göteborg
Bertil Persson, Hudiksvall
Lars Pählman, Uppsala
Lars Räf, Stockholm
Kerstin Sandelin, Stockholm
Gunnar Wickbom, Örebro

Föreningens tidskrift – Svensk Kirurgi

LARS OLOF HAFSTRÖM

Svensk Kirurgisk Förening har inte alltid haft en egen tidskrift. Före 1974 redovisade svenska kirurger sina abstrakt från föreningsmöten och riksstämman i Svensk Kirurgisk Förenings, Svenska Läkaresällskapets sektion för kirurgi, förhandlingar. År 1973 kom VOLYM XXX i A5 format och 273 sidor. Sven Dahlgren har i ett personligt meddelande angivit att förhandlingarna även trycktes som bilaga i Nordisk Medicin. Detta upphörde 1971.

Åren 1970–73 var jag skattmästare i Svensk Kirurgisk Förening, en hedersam och respektabel styrelsepost. Eftersom Sven Dahlgren skulle avgå som redaktör för föreningens förhandlingar diskuterades vid styrelsemöten under 1973 format och fortsatt upplägg av dessa förhandlingar. Jag föreslog att de skulle omformas till en mer frekvent utkommande tidskrift, som skulle kallas Svensk Kirurgi. Varken Lars Thorén, som var ordförande i föreningen, eller jag har lyckats att återfinna det styrelseprotokoll, där detta diskuterades och det årsmötesprotokoll där detta beslut fastställdes. Min minnesbild är att styrelsen, Lars Thorén och Lars Räf (sekreterare) tillstyrkte förslaget under förutsättning att Svensk Kirurgi ej skulle belasta föreningens budget. Efter att under två mandatperioder som skattmästare balanserat en budget på cirka 30000 kronor trodde jag mig kunna hantera detta. Det kan nämnas att föreningens budget år 2003 låg på tre miljoner det vill säga hundra gånger högre (personligt meddelande Bengt Ekelund).

Förutsättningar var för det första, att på min dåvarande arbetsplats (kirurgkliniken i Lund) hade dess chef Stig Bengmark byggt upp ett tryckeri och fotolaboratorium och där anställt en synnerligen innovativ tryckare, fotograf och illustratör – Jan Strömblad. Stig Bengmark blev dessutom entusiastisk över att Svensk Kirurgi skulle utges från Lund och lovade att tidningen skulle tryckas och häftas till självkostnadspris. Vissa kostnader för tidskriften hamnade inom ramen för kirurgklinikens verksamhet, bland annat togs papper och trycksvärta från lunda-klinikens lager. Förutsättning nummer två var att jag genom en annons i Sydsvenskan lyckats

anställa en utomordentligt duktig redaktionssekretere – Gillian Sjödahl. Hon hade engelska som modersmål men hade lärt sig en fenomenal svenska och korrigerade inte sällan språket i manuskripten både vad gällde svenska och engelska. Gillian var dessutom psykolog och hanterade kirurger med stor mänsklig skicklighet och blev snart oersättlig på "redaktionen". Vidare hade jag, vid de traumakurser som Ejnar Erikson, Lars Räf och jag höll varje vinter i Storlien, fått ett stort och generöst kontaktnät i industrin och första numrets behov av annonsörer var täckt. Sammanfattningsvis räckte detta för att jag på årsmötet 1973 skulle väljas till redaktör och föreningen skulle ge ut Svensk Kirurgi.

Premiären

Första numret av Svensk Kirurgi vol. XXXI 1974 hade 87 sidor i offset tryck. Den ekonomiska basen var tolv helsidesannonser plus Stilles annons på omslagets första sida. Första sidans logo; en skalpell som åtskilde Svensk och Kirurg hade utformats av Jan Strömblad efter en skiss av redaktören. I förordet uttryckte redaktören att tidningen skulle spegla aktuella aktiviteter i föreningen. Innehållet var sammanfattningar från föreningsmöte på Karolinska sjukhuset 8 februari och från förenings-



Svensk Kirurgi i olika tappningar. Den första grå versionen har sedan förekommit i olika färger – varje redaktör bytte färg.

möte i Malmö 22–23 mars, 1974. Många sammanfattningar i detta första nummer är värda att minnas. Jag nämner gärna två: "Oxidativ kapacitet i vastus lateralis efter olika former av träning efter knäoperationer" av Häggmark, Eriksson, Saltin m fl. som konkluderade att de patienter som tränade quadricepsmuskeln i knäledad gips återfick full rörlighet fortare i knäleden än de som randomiserats till en fast, orörlig gips. "Rökning och perifer cirkulation" av L. Janzon fastställde att sambandet mellan rökning och kärlsjukdom var av kausal natur.

Under min tid som redaktör utkom Svensk Kirurgi med tre nummer 1974 och med ett nummer 1975. Detta sistnämnda nummer innehöll en hovsam ursäkt av redaktören för en "borttappad sammanfattning" från Riksstämman 1974. I denna sammanfattning redovisade Franksson, Groth och medarbetare att transplantatöverlevnad av släktingnjure efter två år var 86 procent och av nekronjure 48 procent, en vid den tidpunkten mycket viktig information.

Epok Eklöf

Vid årsmötet 1975 valdes Bo Eklöf till redaktör. I hans förord var han mest tacksam för att ha fått redaktionssekreteraren Gillian Sjödahl i arv. Gillian och dess förste redaktör hade nämligen sedan starten lyckats att öka annonsantalet till 25 per nummer och detta täckte Gillians lön. Bo gjorde också, som den festernas man han är, ett upprop för ett kirurgiskt cocktailparty på riksstämmefredagen.

I Eklöfs första utgåva vol. XXXII, 1975 no 2, presenterades föreningens styrelse för 1976 med suddiga bilder och värdefull information om deras viktigaste personliga attribut. Bland annat fick läsaren veta att så småningom föreningens blivande ordförande Lars Räf hade 72 procent långsamma fibrer i sin quadricepsmuskel. Sture Hedenstedt, som var president, tyckte i sin ledareartikel att en kirurg som inte sysslade med skidor, skridskor, segling, fjällvandring, piano, Koreakrig, Rotary, andlig vård, politik, botanik, bastu med isbad, vin, kvinnor, sång och tobak var en fackidiot.

Den stora innovationen i volym XXXIII var att omslaget ändrade färg till orange. En tradition som sedan fortsatte med ny färg för varje årgång. I de fortsatta volymerna med Bo Eklöf som redaktör, utnyttjade styrelsens ordförande (Bengt Zederfeldt) i ökad utsträckning möjligheten att redovisa föreningens policy i för den tiden kontroversiella frågor. Bland rubriker läser man; efterutbildningens organisation, klinikers utbildningsvärde, länsdelssjukhusens verksamhet, läkarfördelningen, krisen på operationsavdelningarna. En del av dessa problem är ju fortsatt aktuella och kunde ha skrivits idag.

Sture Hedenstedt beskriver i en reseberättelse (vol. XXXIV) hur han gästopererade en så kallad SPV (selektiv proximal vagotomi) på Lloyd Nyhus' klinik i Chicago. Han beskriver målande hur bulbus duodeni ingick i en tumörkaka, hur han tappade sina glasögon i såret, hur han fick mjältkapseln skadad och nödgades göra mjälttextirpation. Han fick i efterhand reda på att han gjort SPV på en pylorus cancer.

I vol. XXXV(1978) skriver Ragnar Romanus, som för övrigt var min förste chef på Sahlgrenska, i en lång artikel om akut appendicit att akut appendicit ej kan botas med antibiotika samt att frisk appendix skall extirperas vid laparotomi. Bo Eklöfs värdefulla förvaltning av Svensk Kirurgi renderade honom en elegant Acrelmedalj när han avtackades vid årsmötet 1979.

En Oskarisk era

Den nyvalde redaktören var Jan Oscarsson. Man förstår av hans förord att Svensk Kirurgi hade fått såväl ekonomiska problem som tryckningsproblem vilket medförde att volym XXXVI över huvud taget inte kunde utges och att volym XXXVII nr 1, som redovisade aktiviteterna 1979 först kom ut i början av 1981. I detta nummer önskade nämligen Bengt Zederfeldt i sin ordföranderuta ett gott 1981. Redaktören talade om ökade tryckningskostnader och om behovet av att rationalisera utgivningen samt att abstrakten i fortsättningen skulle ha internationell standard. Monica Einarsson hade nu blivit redaktionssekreterare och bibehöll denna funktion till 1993, i drygt tio år. Volym XXXVII nr 1 hade inte mindre än 325 sidor och bland annat finner man att Svensk Kirurgisk Förenings ordförande jubileumsåret 2005, Jörgen Larsson, redovisade inte mindre än fyra sammanfattningar om bland annat fria radikaler vid ischemi.

Nästa nummer var XXXVII no 2 och XXXVIII no 2 och innehöll riksstämmereferat från dessa två år. Denna volym trycktes på Wallin och Dalholm boktryckeri AB, Lund. Den på ideell basis bedrivna verksamheten vid kirurgkliniken i Lund var därmed avslutad. Så vitt jag i efterhand förstår saknad av ingen.

År 1981 (dvs april 1982) utkom Svensk Kirurgi med endast ett nummer som fick beteckningen vol. XXXIV- Eftersom denna volym redan publicerats 1977 korrigerades på omslaget med penna till korrekta 39. I detta nummer informerar redaktören om den av årsmötet 1981 godkända omstruktureringen av Svensk Kirurgi och framhöll speciellt att tidskriften skall vara ett forum för kirurgiska diskussioner. Ordföranderutan hade skrivits av föreningens nye ordförande Lars Räf. Han tog upp problem som var aktuella; den smalnande samhällsekonomin, akutsjukvården, reduktion av vårdplatser inom allmänkirurgin, risk för kirurgöverskott, kirurgisk kvalitet, arbetstidsförkortning mm.

Beroende på att Monica Einarsson flyttat till Eksjö flyttade också redaktionen till den småländska metropolen och tryckningen av volym 41 skedde på Eiffels Boktryckeri. Svensk Kirurgi fick nu ett elegant metalliskt omslag och ISSN nummer som ökade värdet av författarnas abstracts i deras CV samt ett lösnúmerpris (50 kronor). Det senare en skattemässig nödvändighet. Fyra nummer trycktes årligen med 100 sidor text och med 40 annonssidor men med i princip oförändrat innehåll. Referat av kirurgiska avhandlingar och en internationell kongresslista hade tillkommit. Ekonomin för Svensk Kirurgi var säkrad – ett krav från föreningen för tidskriftens fortlevnad.

År 1986 valdes ny redaktör. Första numret i volym 44 börjar med avgående redaktörens (som även han avtackades med en Acrelmedalj) välfunna ord om den tillkommande redaktörens kraft och intresse till att utveckla tidningen. Lika välformulerat tackar den tillträdande Johannes Järhult Jan Oscarsson för att han får överta ett väskött pastorat med en sällsynt duktig "pastorska", redaktionssekreteraren Monica Einarsson.

Johannes pastorat

Idogt kämpande, som den mittback han var i sin ungdom, lyckades Johannes Järhult att fortsatt ge ut Svensk Kirurgi med fyra nummer årligen med samma goda kvalitet. Dessa tidningar ger självklart en enorm dokumentation av klinisk kirurgisk forskning. Mycket som redovisas är produktkontroller från den klinik som haft ett kirurgmöte. Dessa redovisningar har nu 10–20 år senare ett betydande intresse och ger en bild av hur kirurgin och kirurgisk kunskap förändrats och förbättras i Sverige. Intressant experimentell forskning har också smugits in i många abstrakt. Om denna redovisade forskning har haft någon klinisk konsekvens kan vara ett ämne för en kirurghistorisk avhandling.

År 1993 kom volym 51 nr 4 med svarta pärmar. I detta nummer framförde föreningens ordförande (Ulf Haglund) skäl till kommande förändring av tidskriftens skepnad.

Det tyngsta argumentet var att *"svenska kirurger får tillgång till en bra kirurgisk vetenskaplig tidskrift – European Journal of Surgery (EJS) – som på ett enkelt sätt, gav dem tillgång att följa den kirurgiskt vetenskapliga utvecklingen"*. Vidare anfördes att kommunikationsmöjligheten ökar från fyra till tio gånger. Detta skäl ansåg han som mycket viktigt eftersom en intensiv debatt om sjukvårdens och kirurgins villkor pågick och där medlemmarnas olika ståndpunkter var mycket olika.

Den blivande ex-redaktören, Johannes Järhult, formulerade sin sorg över att detta var sista numret. Han beklagade nu med all rätt att ingen redaktör lyckats få de viktiga professionella debatterna förda i Svensk Kirurgi utan de hade mestadels förts i Läkartidningen. Men han framhåller att tidskriftens styrka varit att allt som diskuterats och rapporterats på föreningsmöten redovisats, det vill säga att Svensk Kirurgi mest redovisat vardagskirurgins vedermödor, till exempel bräckkirurgi och ventrikelkirurgi mer än experimentalkirurgi. Detta hade varit en prioritering, som de flesta medlemmar ansett vara riktig. Han var dyster över att autoreferaten av bröst- och bukkirurgiska resultat i länssjukvården ej längre skulle förmedlades till föreningens medlemmar, utan istället skulle man leta efter föreningsmeddelande bland intresseväckande fallbeskrivningar om inklämda pungbräck hos sudanesiska kameldrivare och signifikanstyngda serier om farmakologisk blockad av fria syreradikaler vid E. coli-utlöst sepsis hos uppländska grisar. Avslutningsvis tackade Johannes Järhult redaktionssekreterare Monica Einarsson för de 15 år, som hon på ett utomordentligt sätt varit redaktionssekreterare. Han överförde också ett lycka till

till nye redaktören, Lars Lundell, och gav honom attribut som kunnig, entusiastisk och en blivande redaktör, som metodiskt kommer att genomföra sina planer.

Monica Einarsson gav i sin avslutande kommentar en målande beskrivning av tiden före datorn, klipp och klistra-tiden. Hon redovisade också det svåra arbetet med att skaffa annonsörer.

Den försvunna bilagan

Genom förfrågningar till ett antal personer som var involverade i Svensk Kirurgi under den tid, den var en åttasidig bilaga till *European Journal of Surgery* (1994–96), framkommer bland annat att det förelåg betydande svårigheter att få tillräckligt material till de åtta sidorna. Detta medförde att tryckningen av "European" försenades och att samma material fick ingå flera nummer.

Jag har inte lyckats återfinna något exemplar av Svensk Kirurgi från denna tid, varken på Universitetsbiblioteket på Sahlgrenska eller hos kända samlare. I biblioteks-exemplaren av "European" är bilagorna borttagna. Redaktören har inte kunnat ge några konkreta uppgifter från sin tid som redaktör åren 1994-96.

Nystart

År 1996 valdes Åke Andrén-Sandberg till redaktör för åren 1997–99. Denne redaktör, som var och är en flyhänt skrivare, tog sin an denna uppgift med stor ambition. Han uppger i sina minnesbilder, att han hade en tacksam uppgift då han fått styrelsens uppdrag att pånyttföda tidningen. Förutsättningarna till detta var mycket goda, eftersom tidningen i princip "bara kunde bli bättre". Eftersom inflödet av artiklar till redaktören var mindre än minimalt skrev han det första numret själv och hade i detta lyckats med att göra 19 (nitton sic!) stavfel, vilket en välstavande kirurg prydligt meddelade honom. Detta första nummer hade fått en ny och elegant layout vilket genast lockade tillräckligt antal annonsörer till nästa nummer. Genom att Lars Johansen blev annonsrekryterare blev annonstillströmningen så stor att var fjärde sida fick vara annons. En köbildning på annonsörer uppstod och tidningen gick med vinst. Efter tre år var tidningen en av de största plusposterna i föreningens räkenskaper. Åke Andrén-Sandberg redovisar att han under sin redaktörstid arbetade 10–15 timmar i veckan året runt med Svensk Kirurgi. Svårigheten att hålla balansen mellan redaktionell frihet och föreningens ansvar omintetgjorde några av Andrén-Sandbergs idéer till att göra tidningen än mer läsvärd. På föreningens årsmöten fick han kritik för att tidningen inte höll angivna utgivningsdagar samt en applåd som tack. Vid sin avgång som redaktör fick han rättmätigt Acrel-medaljen. Åke Andrén-Sandbergs insatser för att Svensk Kirurgisk Förening fick en läsvärd tidskrift kan inte nog understrykas.

Under dessa tre år hade Svensk Kirurgi fått en klar struktur och snygg layout med återkommande intressanta rubriker; ordförandes ledare, presentation av kirurg-klinik, aktuella kirurgiska fackliga problem, kirurgisk etik, kirurgisk historia, bok-recensioner mm. Den hade nu 48 sidor i A4 format och med glättat papper.

Dessutom finns många guldkorn att finna: sålunda skriver föreningens ordförande Bertil Hamberger bland annat i sin ledare i vol 56, nummer 1 i direktcitat: *"Svensk kirurgi är inne i ett dynamiskt skeende med stor potential, vilket medför höjd status för kirurger och kirurgin"*. Han fortsätter med: *"Därför måste vi kämpa vidare – så småningom kommer vi att få medvind."* Doktor Salven, vår välkände kollega, kunde inte uttrycka sig bättre och mer salvelsefullt?

En debatt, som aldrig tog riktig fart, initierades av Claes Söderlund samma år angående fördelning av vårdresurser i en krympande ekonomi. Han ställde frågan; Varför skall länsdelsjukhuset i Mora ha dubbelt så många vårdplatser per 100 000 innevånare som Södersjukhuset?

Västerbotten tar över

Till redaktör för år 2000 och framåt valdes Martin Björck, Skellefteå och senare Uppsala. Till sitt förfogande fanns nu redaktionssekreterare Barbara Dürr.

Martin Björck tog sig också friheten att strama upp försättsidan och anlidade en professionell layout-konsult. Detta gav tidningen en ansiktslyftning, vilket hade stor betydelse för att öka intresset från föreningens medlemmar och presumtiva annonsörer. Tidningens ökade läsbarhet, att den började komma ut regelbundet samt att Lars Johansen fungerade utomordentligt väl som annonsackvisitör medförde att vinsten från tidningsutgivningen ökade nästan tiofaldigt och passerade en miljon kronor. Martin Björcks devis för sin redaktörsperiod *"ingenting är omöjligt"* höll väl. Allt fler kirurger bidrog med vetenskapliga och fackliga inlägg. Till detta kom en del roande debattinlägg och kåserier. En stor del av tidningens utrymme ägnades med all rätt åt föregående och tillkommande kirurgvecka. Den ökade ambitionsnivå och det allt större kravet på arbetsinsatser medförde att Martin Björck rekryterade en redaktionskommitté och 2001 fick tidningen tre biträdande redaktörer; Svante Nordgren, Christina Jansson och Göran Simert. Tidningen har numera också blivit tillgänglig via internet på föreningens hemsida. Det är oomtvistligt att Martin Björck var värd den stående applåd och den Acrel-medalj han fick då han avgick som redaktör.

Svensk Kirurgi gav under 2000-talet alltmer utrymme åt delföreningarnas intresse. Med naturlighet blir det kolorektalföreningen med Lars Pählman som *"preses"*, som breder ut sig mest. Detta är inte helt oförtjänt eftersom denna delförening varit en föregångare i många frågor: ackreditering, vårdprogram, registrering m.m. De dagliga kliniska problemen får också tilltagande utrymme med läsvärda översiktsartiklar ibland skrivna av kirurger under utbildning. Ett sådan exempel är *"Mjättrauma – observera eller explorera"* av Jonas Malmstedt (Vol 62:2).

Vid årsmötet 2003 valdes Tobias Kjellberg, Karlstad till ny redaktör. Han har med framgång fortsatt att utveckla Svensk Kirurgi. Tidningen kommer regelbundet med sex intressanta nummer årligen, 50–60 läsvärda sidor. Inget motsäger att Svensk Kirurgi under Tobias Kjellbergs redaktörskap kommer att vara en tidning, som alla svenska kirurger kommer att läsa.

Acta Chirurgica Scandinavica/ European Journal of Surgery

– internationella språkrör för svensk kirurgi

STEN LENNQUIST

I samband med föreningens jubileum har jag blivit ombedd att skriva några rader om vår svenskbaseade kirurgiska tidskrift i sina olika former. Egentligen har ju Svensk Kirurgisk Förening aldrig vare sig stött eller arbetat särskilt aktivt för denna tidskrift. Däremot har ju många medlemmar i föreningen på egna initiativ lagt ned ett stort och omfattande arbete både som författare, referenter och redaktionsmedlemmar. Innan svenska kirurger hade möjlighet att publicera sig i de stora expanderande amerikanska tidskrifterna ansågs också dåvarande Acta Chirurgica Scandinavica i egenskap av "vårt internationella språkrör" ha stor betydelse för den svenska kirurgins utveckling. Av dessa skäl kan det vara motiverat med en återblick i detta sammanhang.

Acta Chirurgica Scandinavica, i slutet av 1900-talet omdöpt till European Journal of Surgery, var faktiskt en av världens äldsta kirurgiska tidskrifter med anor ända sedan 1860-talet. År 1869 grundade professorn i patologisk anatomi vid Karolinska Institutet



Acta Chirurgica Scandinavica.

Axel Key "Nordiskt Medicinskt Arkiv" som ett gemensamt forum för medicin och kirurgi. 1919 uppdelades denna tidskrift i två delar: Acta Chirurgica Scandinavica och Acta Medica Scandinavica.

Den förste chefredaktören för Acta Chir Scand blev Axel Keys son Einar Key, professor i kirurgi vid Karolinska Institutet. Tidskriften har under nästan 100 år bara haft sex chefredaktörer:

- Einar Key 1919–1954
- John Hellström 1955–1966
- Olle Hultén 1967–1974
- Lars Thorén 1974–1988
- Sten Lennquist 1989–2000
- Joar Svanvik de sista två åren före nedläggningen 2002

År 1967 uppdelades Acta Chir Scand i huvudtidskriften med samma namn och ytterligare tre tidskrifter som skulle täcka de kirurgiska specialområdena thoraxkirurgi (Scandinavian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery), plastikkirurgi (Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery, senare kompletterad med handkirurgi) och urologi (Scandinavian Journal of Urology and Nephrology).

Einar Key arbetade hängivet för tidskriften och testamenterade tillsammans med sin hustru Anna Key nästan hela sin, på den tiden ansevärda, förmögenhet till tidskrifternas utveckling och bevarande. Beloppet placerades i en fond som förvaltades skickligt och redan i början av sjuttioalet översteg ett värde av en och en kvarts miljon kronor. I enlighet med Keys önskan förvaltades fonden av en förening, Föreningen för Utgivande av Acta Chirurgica Scandinavica, som stod som utgivare och ägare av tidskrifterna. Medlemmar i denna förening skulle vara professorer och docenter inom de kirurgiska ämnesområdena som fick automatiskt medlemskap i och med sin akademiska rang. Föreningen valde en styrelse som fattade beslut om medlems användande och tillsatte redaktörer. Fondmedlen användes till att täcka alla redaktionella kostnader.

Tidskrifterna trycktes och distribuerades av förlaget Almqvist och Wiksell (Stockholm) som sedan uppköptes av Scandinavian University Press (Oslo), i sin tur uppköpt av Taylor & Francis (London). Förlagets kostnader täcktes av prenumerationsintäkterna av vilka föreningen fick en årlig royalty som bidrag till de redaktionella kostnaderna. På grund av den solida ekonomiska basen kunde tidskrifterna utges helt oberoende av annonsintäkter vilket var unikt i detta sammanhang.

Fram till mitten av 1950-talet var det nästan en självklarhet för svenska kirurger att publicera sina främsta arbeten i Acta Chir Scand. I enlighet med Einar Keys önskan skulle tidskriften också vara ett forum där doktorander kunde publicera avhandlingsarbeten och experimentalkirurgiska arbeten kom att stå för en betydande del av innehållet.

Från mitten av 1900-talet ökade både intresset och möjligheterna för svenska kirurger att publicera arbeten i de snabbt expanderande amerikanska tidskrifterna.

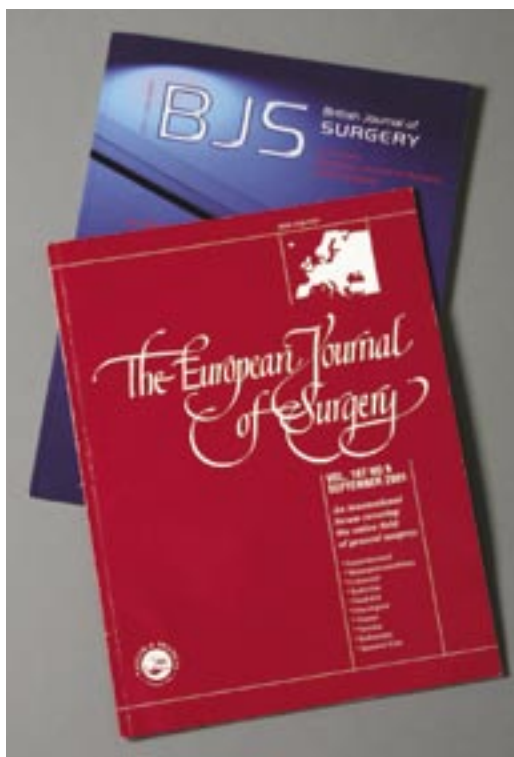
Flertalet av dem var kopplade till medlemskap i de stora amerikanska kirurgföreningarna, vilket innebar både stor upplaga, stort inflöde av bidrag och hög referens-impact eftersom amerikanska kirurger huvudsakligen läser och refererar till inhemsk litteratur. De blev då helt naturligt både attraktiva och meriterande fora att publicera sig i. Svensk kirurgisk vetenskap har hittills hållit en jämförelsevis mycket hög kvalitet och svenska bidrag var uppskattade och välkomna.

Detta innebar lika naturligt en svår konkurrenssituation för ett svenskbaserat forum och såväl manuskriptinflöde som prenumeranter minskade succesivt för dåvarande Acta Chir Scand. I slutet av åttiotalet hade antalet prenumeranter sjunkit till 400 av vilka större delen utgjordes av bibliotek och institutioner. Det blev svårt att fylla de sex årliga numren som tidvis fick slås samman. Något måste göras. Införande av konsekvent refereebedomning och konsekvent språkgranskning, utökande av "Advisory Board" och förnyande av omslaget medförde ett temporärt men övergående uppsving.

I Europa upplevde alla kirurgiska tidskrifter samma problem med den amerikanska dominansen (även ärevärdiga British Journal of Surgery) och i Holland höll den nationella kirurgiska tidskriften Netherland Journal of Surgery helt på att gå under i brist på underlag. Man insåg nödvändigheten av ett Europeiskt samarbete och 1992 togs det dramatiska steget att döpa om Acta Chir Scand till European Journal of Surgery (EJS). Föreningen för ACS behöll äganderätten till tidskriften som förblev Sverigebaserad med svensk huvudredaktion

Tidskriften blev forum för den holländska kirurgföreningen som anslöt prenumeration på EJS till medlemsavgiften, vilket innebar en rejäl ökning av upplagan. Det gjorde dock till en början inte den svenska kirurgföreningen trots mycket förmånligt pris, vilket väckte en del undran och kommentarer internationellt. Senare anslöt sig också European Surgical Society och den tyska "Theoretical Surgery" och efter ytterligare ett par år också Svensk Kirurgisk Förening.

Tidskriftens format och layout ändrades helt. "Editorial" och "Advisory Boards" expanderades och fick internationell prägel. Allt detta sammanlagt ledde till en ökning av upplagan



Efterföljarna European Journal of Surgery och British Journal of Surgery med EJS.

från 400 till över 3000, där även antalet individuella prenumerationer (utöver de automatanslutna) ökade kraftigt. Antalet nummer per år ökade från sex till tolv med månatlig utgivning, trots en avböjandefrekvens som steg till över 60 procent.

Det hela såg ett tag ganska bra ut med ett undantag, och ett bevarande sådant: Impaktfaktorn, som enligt gällande regler justerats ned till noll vid namnbytet, steg mycket långsamt och låg kvar långt under både de amerikanska jättarna och *British Journal of Surgery*. Om vi som då hanterade tidskriften insett vilken betydelse impaktfaktorn skulle komma att få, kunde säkert ytterligare knep vidtagits för att öka den snabbare: Telegrafiskt förkortade artiklar enligt BJS modell hade gett fler artiklar i förhållande till sidor, case reports som knappast citeras kunde ha slopats tidigare, svenska ledande kirurger kunde ha bidragit mer med att rekrytera och skriva bra reviewartiklar som ger hög impakt. Men det är lätt att vara efterklok och frågan är om det ändrat utvecklingen.

BJS, som också besvärades av den amerikanska dominansen och sökte förankring i centraleuropa, lockade så småningom över holländarna till sig vilket naturligtvis var ett bakslag för EJS. Den brittiska tidskriften närmade sig också EJS, till en början egentligen inte alls för en inkorporering utan för att diskutera möjliga samarbetsformer. Actaföreningen utsåg en arbetsgrupp för att sköta dessa förhandlingar som, kanske ganska oväntat för många, ledde till att EJS 2002 plötsligt försvann och ersattes av en finstilt rad på BJS omslag. Specialtidskrifterna för thoraxkirurgi, plastikk- och handkirurgi och urologi/nefrologi blev dock med vissa förändringar kvar med Actaföreningen som ägare och utgivare.

Utvecklingen inom tidskriftsvärden med ökat antal specialområden och ökat antal tidskrifter och därmed hårdnande konkurrens motiverar helt klart samarbete, och även i vissa fall samgående, mellan tidskrifter. Ur den synvinkeln var tanken att inleda samarbete i någon form med BJS både naturlig och riktig. Många har dock frågat sig om EJS:s de facto ganska positiva utveckling och goda rykte vid tiden för samgåendet borde ha lett till en litet tyngre och mer synlig position i den brittiska tidskriften. Det skulle ha varit ett välförtjänt hedrande av Einar Key som ägnade en stor del av sitt liv och hela sin förmögenhet till att etablera ett bestående svenskbaseerat forum för svensk kirurgisk vetenskap.

Oavsett denna utveckling måste man konstatera att *Acta Chirurgica Scandinavica* i sina olika former historiskt sett haft stor betydelse för svensk kirurgisk vetenskap och dess väg till en internationell position som alla svenska kirurger med rätta kan vara stolta över.

Kirurgisk forskning

TORE SCHERSTÉN

"Discovery consists of seeing what everybody has seen and thinking what nobody has thought"¹

Kirurgisk forskning kan definieras på olika sätt – som den forskning som bedrivs av kirurger eller i vidare bemärkelse som forskning om de sjukdomar som företrädesvis behandlas med kirurgiska metoder. Inom båda dessa definitioner ryms såväl klinisk som experimentell forskning.

Under mina drygt 20 år i det Medicinska Forskningsrådet, varav många som ordförande i den kirurgiska prioriteringskommittén, kunde jag konstatera att kirurgisk forskning i dess vidare bemärkelse höll mycket hög klass och stod sig väl i jämförelse med forskning inom andra discipliner. Detta tydliggjordes framför allt när projekt blev bedömda i mer än en kommitté, vilket var vanligt när forskningsmetodikerna hämtad från annan specialitet såsom fysiologi, biokemi eller farmakologi. Samma erfarenhet hade jag även under de år jag satt med i Cancerfonden. Det bör betonas att de projekt som bedömdes i såväl MFR som Cancerfonden helt dominerande var av experimentell karaktär. Förhållandevis få ansökningar om rent kliniska projekt bedömdes och än färre fick finansiellt stöd.

Mycket grovt kan man urskilja tre arter av kirurgisk experimentell forskning, nämligen sådan som undersöker och kartlägger människans normala fysiologi och biokemi, sådan som studerar hennes sjukdomar och deras kausala samband, och sådan som försöker finna verkningseffektiva botemedel och analysera om de terapeutiska ansatserna faktiskt har den önskade effekten. Forskningen innefattar experiment på både människa och djur. För att travestera vad Paul Klee en gång skrev om konst "Forskningen skall inte reproducera det synliga; den skall göra det fördolda synligt".

¹ Albert Szent-Györgyi. Finns att läsa i: I.J. Good, The scientist speculates.

God experimentell liksom klinisk forskning förutsätter förmåga till nytänkande, envishet, uppslagsriktighet och "lateralt" tänkande. Svensk kirurgi har haft och har många som uppfyller dessa kriterier och ett stort antal forskningsinsatser har lett till betydelsefulla framsteg inom kirurgin. Vilka exempel man än väljer för att belysa detta så finns det alltid andra exempel som kan anses mer betydelsefulla.

Under detta århundrades första hälft var postoperativa venösa tromboser ett överhängande hot vid varje större operation. Många patienter avled av lungembolier emanerade från djupa ventromboser i benen eller bäckenet. Det fanns inte några effektiva profylaktiska eller terapeutiska åtgärder att ta till.

I mitten av trettioåret då Clarence Crafoord var docent och kirurgiskt verksam vid Sabbatsbergs sjukhus stimulerade han Erik Jorpes till att försöka rena heparin, som var känd som en koagulationshämmande substans, till ett kliniskt användbart medel. Jorpes lyckades snart få fram ett rent heparin befriat från sina tidigare toxiska biverkningar. Crafoord startade samma år kliniska provningar av heparin som ett profylaktikum mot postoperativ tromboembolism och två år senare rapporterade han säkerställd klinisk framgång. Introduktionen av heparin som profylax bidrog i hög grad till att göra det möjligt att framgångsrikt utföra avancerad thoraxkirurgi.

Jörgen Lehman, var från slutet av trettioåret fram till 1963 verksam som klinisk kemist vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Han hade läst en rapport om att nötkreatur fick blödningar om de åt mögelangripen sötklöver. Orsaken var en protrombinbrist framkallad av en substans, kumarin, i klöver. Lehman såg här en behandlingsmöjlighet. På hans begäran syntetiserade Ferrosan dikumarol, ett kumarinderivat. Han prövade dikumarol, senare kallad AP, på djur och på sig själv och kunde konstatera att den sänkte protrombinhalten i blodet. Under en följd av år redovisade Lehman, på riksstämmor och i Läkarsällskapet framgångsrika kliniska resultat av AP-behandling vid trombos. AP fick snabb acceptans som trombosförebyggande medel och som behandling vid trombos.

Healon, som blivit en av förutsättningarna för avancerad ögonkirurgi, har varit en mycket framgångsrik produkt för svensk läkemedelsindustri. Den är resultatet av intimt samarbete mellan internationella forskare, svenska universitetsforskare och industriforskare. År 1947 kom en ungersk bindvävsforskare, Endre Balazs, som flykting till Sverige. Under sin tid på KI handledde han en student, Torvard Laurent, i studier om bindvävspolysackariden hyaluronans fysikaliskt kemiska egenskaper. Arbetet ledde till Laurents avhandling 1957, vilken blev grunden för användningen inom ögonkirurgi och ortopedi.

Ortopeden Nils Rydell gjorde i samarbete med Balazs försök med att injicera koncentrerad hyaluronan i leder på skadade travhästar och fann att det botade dem. Pharmacia startade på initiativ av Rydell tillverkning av hyaluronan i första hand för veterinärt bruk. Senare har det kommit till användning vid humana ledsjukdomar.

Hyaluronan, under namnet Healon, började användas omkring 1980 som hjälpmedel och förutsättning för lyckosam kataraktkirurgi.

Clarence Crafoord, svensk thoraxkirurgis grundare, utvecklade i början av 1930-talet tillsammans med sin kollega Paul Frenckner och ingenjör Emil Andersson vid AGA en tryckstyrd ventilator, spiropulsatorn. Spiropulsatorn kom att revolutionera thoraxkirurgin genom sin relativa enkelhet. Den användes vid de flesta europeiska kliniker ända in på femtiotalet. Den volymstyrda respiratorn, Engströmrespiratorn, är en fortsatt utveckling av den ursprungliga spiropulsatorn.

Crafoord var även initiativtagaren till utveckling av hjärt-lungmaskinen, som utvecklades i samarbete med Emil Andersson vid AGA. Crafoords elev och efterträdare, Viking-Olof Björk, vidareutvecklade i samarbete med Åke Senning maskinen till klinisk användbarhet.

Åke Senning tillsammans med Rune Elmqvist vid Siemens-Elcoma konstruerade den första implanterbara hjärtstimulatorn – pacemakern. En utrustning som har revolutionerat behandlingen av hjärtarytmier.

Per-Ingvar Brånemarks grundforskning och kliniska forskning som lett fram till benförankrade proteser har inneburit ett enormt framsteg för kirurgin och odontologin. Upptäckten att titan kan integreras med ben och insikten att fyndet kan användas kliniskt kan betecknas som ett Serendipity-fynd, men som Louis Pasteur framhållit: "slumpen gynnar det förberedda sinnet". I sina studier av mikrocirkulationen i benmarg och benvävnad behövde han en kammare för vitalmikroskopi, som kunde placeras i levande ben. Inspirerad av arbeten i Oxford med den så kallade "rabbit ear chamber", som var konstruerad för in-vivo studier av mikrocirkulationen hos vakna kaniner, utvecklade han sin "benkammare". På grund av svårighet att få tag i tantal, som Oxfordkammaren var gjord av, använde Brånemark titan. Det visade sig vara ett framgångsrikt val. När kammaren skulle lossas från benet för att användas i annat sammanhang gick det inte – den hade blivit en integrerad del av benet.

Tusentals patienter med svåra handikapp har kunnat hjälpas med Brånemarktekniken – med tandfixtur, ansiktsrekonstruktion, ledrekonstruktion och extremitetsprotes.

En annan stor svensk forsknings- och konstruktionsframgång, som har sitt ursprung i grundforskning, är Nils G Kocks kontinenta ileostomi. Kock disputerade 1959 vid den fysiologiska institutionen i Göteborg på en avhandling om tarmens nervösa kontroll. Hans skolning i tarmfysiologi var med stor sannolikhet bakgrunden till hans lyckosamma sinnrika konstruktion. Nils Kock kunde göra om terminala ileum från en conduit till en reservoar som kunde göras kontinent genom en ventil som förhindrar läckage av gas och tarminnehåll genom mynningen på bukvägg.

Kocks konstruktion har kommit att användas världen över. En vidareutveckling har sedan skett, av andra, med tillkomsten av bäckenreservoirtekniken. En modifikation av Kocks konstruktion har även fått stor användning inom urologin efter blåsexirpation. Detta har varit mycket väsentliga framsteg för en stor grupp patienter.

År 1988 godkändes substansen omeprazol som läkemedlet Losec i Sverige. Godkännande följde sedan snabbt i många länder. Inom några år blev Losec världens mest sålda läkemedel.

I en artikel i Dagens Nyheter den 25 februari 1991 beskrevs Losec som "den största svenska uppfinningen i modern tid". Rätt eller fel kan givetvis diskuteras, men tvivels utan har Losec fått en större genomslagskraft än någon annan svensk uppfinning i modern tid. Ulcusbehandlingen före Losec var företrädesvis kirurgi. Praktiskt taget "över natten" ersattes kirurgin med läkemedelsbehandling – en enorm ekonomisk och humanitär vinst. Vägen fram till färdigt läkemedel var lång och minst sagt knagglig med många hinder av såväl vetenskaplig som administrativ karaktär. Under de 22 år som projektet tog innan framgången var klar var det framför allt en forskare som bidrog med kunskaper och initiativ, Lars Olbe. Utan hans insatser och kunskaper hade med stor sannolikhet inte projektet kunnat ros i hamn. Losec är ett lysande exempel på vad kirurgisk forskning i samarbete med andra discipliner och med industrin kan åstadkomma.

Den kliniska kirurgiska forskningens vetenskapliga utveckling under de senare decennierna har starkt ifrågasatts. Enligt en artikel i *British Journal of Surgery* av DT Ubbink och DA Legemate, publicerad våren 2004, var kirurgisk behandling endast i 24 procent baserad på evidens från randomiserade kontrollerade studier (RCT). Det är en blygsam andel i jämförelse med många andra specialiteter och i synnerhet med läkemedelsbehandling. Richard Horton, en av de vetenskapliga redaktörerna i *The Lancet*, publicerade 1996 en redaktionell kommentar med titeln "Surgical research or comic opera: questions, but few answers". Han ställde frågan hur den kirurgiska kunskapen utvecklades. För att få en klarare uppfattning om "surgical research" gick han igenom några kirurgiska tidskrifters publikationer under ett år. Om han exkluderade brev och bokrecensioner fann han 215 artiklar, varav 175 beskrev resultaten av primärforskning. Endast tolv av de etthundrasjuttiofem artiklarna (7 %) beskrev resultaten från randomiserade kontrollerade studier. Den helt dominerande "forskningsmetodiken" var redovisning av erfarenheter från vanligen retrospektiv uppföljning av patientserier (case series). Den representerade 46 procent av alla artiklarna. Den näst vanliga kategorin av studier var djurexperiment, som utgjorde arton procent.

En naturlig fråga är om det skett någon väsentlig förändring under de senaste tio åren. För att få svar på den har jag gått igenom publikationerna under åren 2003 och 2004 i några av de tidskrifter som Richard Horton analyserade. Efter att ha utslutit brev, bokrecensioner och översiktsartiklar fann jag 434 artiklar som beskrev resultaten av originalforskning. Av dessa var 36 (8 %) baserade på RCTs, 246 (57 %) på "case series", 43 (10 %) på enbart enskilda observationer och 109 (25 %) på experimentell metodik. Någon väsentlig förändring har således inte skett, fortfarande dominerar beskrivning av erfarenheter från patientserier. Man kan fråga sig varför. Det kan knappast vara ett resultat av tidskrifternas urval för publikation. Snarare speglar det en kirurgisk tradition, som envist hänger kvar.

² *American Journal of Surgery, Annals of Surgery, Archives of Surgery, British Journal of Surgery, World Journal of Surgery*

³ Pierian Spring från regionen Pieria vid Olympus, musernas hemvist

Givetvis har denna typ av publikation ett visst värde men slutsatserna av studierna är alltid vaga. Värdet ligger framför allt i att de kan vara hypotesgenererande. Vid utvärdering av behandling eller försök till slutsatser om kausala samband är resultaten från "case series" däremot av tveksamt värde – risken för okontrollerad bias och effekter av "confounding factors" är stor. För att citera Alexander Pope från "Essay on Criticism":

*A little learning is a dangerous thing;
Drink deep, or taste not the Pierian Spring;
There shallow draughts; intoxicate the brain,
and drinking largely sobers it again³*

Kirurgisk klinisk forskning måste i framtiden bidra till att "evidens baserad kirurgi" tillämpas i högre utsträckning än vad som idag är fallet.

Begreppet "evidens baserad medicin"(EBM) myntades 1992 och har sedan dess spritts och accepterats över världen snabbare än någon annan medicinsk "nyhet".

Evidens baserad medicin är dock endast en nyhet som begrepp. Dess praktiska och filosofiska ursprung går tillbaka till mitten av artonhundratalet då läkare framför allt i Frankrike klargjorde att varje beslut om behandlingen av en enskild patient skall vara baserat på bästa tillgängliga kunskap. Det man i dag menar med EBM är stort sett det samma. David Sackett har definierat EBM såsom:

"Integrering av den individuella kliniska expertisen med den bäst tillgängliga externa kliniska evidensen från systematisk forskning".

Eftersom randomiserade kontrollerade studier (RCT), speciellt meta-analyser av RCTs vanligtvis ger oss den bästa vetenskapliga informationen och innebär den minsta risken för att leda oss fel har den blivit något av "gold standard".

Men tillämpning av EBM är långt ifrån enbart RCTs. När det gäller kirurgi måste annan vetenskapligt accepterad information godtas. Särskilt i fråga om dramatiska framsteg i behandling vid livshotande sjukdomar eller skador. RCT är inte metoden för utvärdering av de stora stegens utveckling. Vem skulle vilja vara kontroll vid utvärdering av fallskärmen?

Vad bör man då ha som kriterier på evidens baserad kirurgisk metodik? Enligt min mening bör följande kriterier gälla:

- Etablerade och avgränsade indikationer för användning
- Specificerade resultat – risker och nytta skall vara väl definierade
- Standardiserade krav för användning – kompetens hos läkare och annan personal, tillgång till adekvat utrustning.

För att kunna tillämpa evidensbaserad kirurgi enligt dessa kriterier krävs omedelbar tillgång (bed-side) till den vetenskapliga informationen, det vill säga ett väl utbyggt informationsteknologiskt system. Det krävs direktaccess till kvalitetsfilterade databaser varav det i dag finns många. Men vi har i Sverige, liksom i flera andra länder,

inte alltid tagit till oss och förstått att utnyttja den tekniska utvecklingen på ett adekvat sätt. Det är med andra ord svårt för att inte säga omöjligt att i varje situation tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap i kirurgisk verksamhet.

En annan fråga är hur man skall selektera och tolka vetenskaplig information. Det är inte så lätt om man inte har vetenskaplig skolning. Redan Galenos insåg detta och underströk det med följande ironiska kommentar (citerat från engelsk text):

*”All who drinks from this goblet shall recover quickly, except for those it doesn't cure. They shall die.
Thus we may conclude that it works, except for the incurable cases”*

Galenos, 130–200 A.D.

För en framgångsrik utveckling av kirurgin i framtiden, till fromma för såväl patienter som kåren, krävs att kirurgerna får inte bara en god teknisk utbildning utan även en grundlig vetenskaplig skolning. Båda behövs. En bra teknisk kirurg med bristande kunskap är lika illa som en tekniskt dålig kirurg med god kunskap.

Forskning och politik

Det politiska etablissemanget har alltid sagt sig värna om forskningen och forskningens kvalitet. Min erfarenhet efter många år i statens Forskningsberedning och samarbete med olika politiska beslutsfattare har givit mig insikten om att viljan finns men tyvärr att kunskapen saknas. Vad som har lett till framgång och stora medicinska genombrott är inte politiskt styrd sektorsforskning eller problemdefinierad målforskning. Nej, det har varit kunskapssökande, politiskt oberoende forskning.

Inom kirurgin liksom inom de flesta andra forskningsområden har de största positiva förändringarna skett som resultat av forskning som initialt enbart syftat till ökad kunskap, det vill säga forskarstyrd och inte politikerstyrd forskning. Trots att vetenskapshistorien entydigt visar att ny betydelsefull kunskap inte kan beordras fram så ökar politikerstyrningen av forskning i Sverige och i många andra länder.

Kirurgisk forskning syftar ytterst till att göra den extirpativa kirurgin överflödigt och att göra den reparativa kirurgin allt mer fullkomlig. Den kunskap som krävs för detta kan enbart definieras av kirurgerna själva i samarbete med samtliga medicinska och naturvetenskapliga discipliner. En uppgift för kirurger och andra forskare är att klargöra detta för våra politiker.

Kirurger i samhälle och kultur

JOHANNES JÄRHULT

Redaktören har förelagt mig en nästan hopplös uppgift; att skriva ett kapitel om de svenska kirurger som under sista hundra åren gjort betydelsefulla insatser inom samhälle och kultur.

Det saknas inte läkare som varit viktiga samhällsbyggare på nationell nivå eller utfört kulturella gärningar utanför den egna länsgränsen. Problemet är att dessa läkare är psykiatriker, intermedicinare, socialmedicinare, distriktsläkare – men sällan kirurger.

Ett annat problem är dokumentationen. I föreningens gamla protokoll finns ingenting om medlemmarnas eventuella insatser i samhälle och kultur, inte heller Läkarförbundet kan bidra med sådana upplysningar. De namn som dyker upp i denna artikel är därför hopsamlade genom egen kännedom samt vänligt bemötande från de pensionerade kirurgprofessorerna Stig Bengmark, Sven Dahlgren, Curt Fransson, Henry Johansson, Gunnar Nylander, Lars Räf, Tore Scherstén och Lars Thorén. Även de pensionerade medicinprofessorerna Lars Erik Böttiger och Lars Werkö har bidragit liksom Läkartidningens legendariske redaktör Yngve Karlsson.

Jag tror därför att tiden från 1950 och framåt är hyggligt täckt, medan 1905–1950 i stort sett ligger i dunkel. Må alla onämnda samhällsengagerade och kulturella kirurgkollegor från denna tid ge mig sin postuma förlåtelse att de inte blivit vederbörligt hyllade för sina insatser.

Kirurger inom svensk politik

Jag började förstås mitt sökande högt uppe bland senaste seklets regeringar och riksdagar. Efter spaning via ovan nämnda källor samt Riksdagens Informationstjänst och Riksdagsbiblioteket måste jag tyvärr tillstå att jag bara lyckats hitta en enda kirurg som varit riksdagsman: Rolf Kaijser.

Kaijser blev docent i kirurgi vid Uppsala Universitet 1946 och verkade som överläkare vid kirurgiska kliniken i Karlstad mellan 1950 och 1968. Enligt uppgift var han en läkare av gamla stammen: temperamentsfull och van att bli åtlydd, erfaren och arbetsam och duktig operatör.

Mellan 1958 och 1970 var han invald i 1:a kammaren som representant för högern/moderaterna. Samtidigt satt han i landstingets förvaltningsutskott. I riksdagen hade han vitt skilda arbetsuppgifter: medlem i lagutskottet och statsutskottet, ledamot i barnanstaltsutredningen och 1961 års sjukförsäkringsutredning, medlem i u-landsberedningen och kommittén för vård inom kriminalvården.



Rolf Kaijser.

Kaijser skötte sitt riksdagsarbete tisdag till torsdag. Övriga veckodagar skulle hans patienter tas om hand. Lördagar och söndagar var det följaktligen mottagning och operation. Enligt Sven Dahlgren, som i sin ungdom vikarierade vid hans klinik, kunde den eldfängde Kaijser skälla ut sina underläkare inför öppen ridå, men i nästa stund lojalt hålla dem bakom ryggen. Själv fick den unge Dahlgren sig en offentlig åthutning för att han lagt gipsskena på en enkel radiusfraktur vilket enligt Kaijser var ett kardinalfel. Det skulle vara cirkulärgips!

I Svensk Läkarmatrikel från 1970 kan jag läsa att Kaijser erhöll en rad utmärkelser: KNO, FFrK4o3kl, SRK-GM, AMF, UNM.

Kirurgernas riksdagsintresse har således varit lågt under de senaste hundra åren.

En läkarkollega – internmedicinare – som tillbringade tolv år i andra kammaren och därefter avgick frivilligt summerade sitt riksdagsarbete på följande sätt: Jag stod helt enkelt inte ut längre. Riksdagen är ingenting för verksamma människor. Som nybörjare placeras man sist i kammardebatterna och kommer inte till tals förrän den egentliga debatten är slut.

Sade hovmedikus, professor Gunnar Biörck, m, vid sitt utträde ur riksdagen 1989.

Om Biörck har rätt kanske man därför kan hålla kirurgernas ointresse för kamrarna som klokskap och dyrbar läkartid har kunnat användas till mer produktiv sysselsättning.

Under 70- och 80-talen redovisade Läkartidningen regelbundet vilka medlemmar som blivit förtroendevalda till riksdag, landsting och kommun. De var faktiskt ganska många; ett drygt hundratal läkare deltog i det lokalpolitiska arbetet under varje mandatperiod. Lusläsning av de gamla årgångarna avslöjar två ting: För det första var de politiskt engagerade läkarna stabilt borgerliga (1989 gick det exempelvis nio moderata doktorer per socialdemokratisk dito inom kommun- och landstingsfullmäktige) och för det andra utgjorde kirurgerna bara en liten, liten rännil i detta politiska flöde.

De få namn jag kunnat hitta bland ordinarie ledamöter och suppleanter till kommun och landsting under denna tidsperiod var: Hilding Björkman (kds) i Växjö, Allan Eddeland (fp) i Tibro, Åke Henning (m) i Oskarshamn, Thomas Ihre (m) i Danderyd, Kaj Möllefors (m) i Örebro, Mikael Romanus (fp) i Göteborg, Lars-Håkan Rydberg (m) i Sollefteå och Bo Sönne (m) i Söderhamn. Eddeland och Möllefors var urologer.

Så det verkar som vår nuvarande kassör Bengt Ekelund faktiskt är den kirurg som nått högst upp i den kommunala hierarkin. Bengt har sedan början av 1990-talet suttit med i kommunfullmäktige i Tanumshede och sedan 1998 är han dess m-märkte ordförande. Som en av sina verkligt

stora kommunalpolitiska framgångar kan han räkna det naturreservat, som han kunnat inviga tillsammans med Hans Majestät Konungen. Dessvärre hamnade den av Ekelund och Majestätet gemensamt undertecknade och uppskrivade minnestavlan något på snedden, vilket harmar Bengt Ekelund varje gång han passerar platsen.

Nej-men-förresten, jag har fått reda på att Bengt faktiskt har två föregångare. Såväl Per Clarholm, förste kirurgklinikchef i Karlstad 1910–1928, som Axel Eurén, dito i Jönköping 1907–1929, var under många år sina respektive stadsfullmäktiges ordförande.



Kung Carl XVI Gustaf och Bengt Ekelund.



Per Clarholm. Relief på kirurgiska kliniken i Karlstad.



Axel Eurén.

Gamla starka kirurger

Fram till 1960-talet var svensk sjukvård starkt hierarkisk, ja patriarkalisk. På många sätt dominerade de stora centrallasaretten mer än vad universitetsklinikerna gjorde. Kirurgcheferna på centrallasaretten (länssjukhusen) och normallasaretten (länsdels-

sjukhusen) uppträdde inte sällan som om sjukhusen var deras personliga egendom. De styrde och ställde inte bara inom sitt sjukvårdsområde utan hade ofta stort inflytande på det lokala samhället och även på sjukvårdens utveckling på ett nationellt plan.

En typisk stor stark var Gösta Bohmansson i Örebro. Bohmansson kom till Örebro som chef 1928 och blev kvar till sin pensionering 1952. Han deltog aktivt i sjukvårdsplaneringen i landet och var en drivande kraft i utbyggnaden av Karolinska Sjukhuset 1945–49. Gösta Bohmansson var kirurgisk pappa och läromästare till flera av seklets kirurgprofessorer: Philip Sandblom, Charlie Gelin, Gunnar Grotte, Lars Thorén.

Andra starka centralasaretschefer med stor betydelse även utanför sina hemorter var Stig Lindgren i Falun, Nils Liedberg i Borås, Sten Meurling i Sundsvall, Axel Odelberg i Östersund, Sölve Richter i Sundsvall och Lars Risholm i Halmstad.

Låt mig som exempel på en patriark i länsdelsmiljö nämna Olof Andréén (1891–1983). Efter sin medicine licentiatsexamen i Stockholm 1921 återvände Olof Andréén till hemstaden Nässjö efter några underläkarår i Växjö och Västerås. Han blev järnvägläkare och öppnade en privatpraktik. År 1930 invigdes sjukhuset i Nässjö och Andréén blev dess förste – och ende – läkare. Under åtta år, tills en extraläkare anställdes, slet han som ensam, ständigt jourhavande läkare med akutmottagning, vårdavdelningar, poliklinik och operationsavdelning; 70 procent av arbetet utgjordes av kirurgiska patienter. 1934 blev han medlem i både stads- och landstingsfullmäktige. Han hamnade i förvaltningsutskott och sjukvårdsstyrelse och kunde med stolthet se sjukhuset omvandlat till lasarett 1943 och delat lasarett med BB, medicin-, kirurg- och röntgenavdelning 1956. Som om inte detta var tillräckligt genomdrev han inrättandet av gymnasium och var under många år läroverkets inspektor, dessutom ordförande i hembygdsföreningen mm. Denna otroliga arbetsbörda hindrade inte att Olof Andréén fick ett långt liv och levde i hög aktivitet 35 år efter pensioneringen 1958.



Olof Andréén.



Tore Scherstén, som varit aktiv i styrningen av kirurgisk forskning i landet.

Bland starka kirurgprofessorer som under andra hälften av 1900-talet låtit sin stämma höras i samhällsdebatten bör särskilt framhållas Ragnar Romanus och Tore Scherstén i Göteborg samt Stig Bengmark i Lund. Starka personligheter med genomslagskraft i allmänna debatten var också neurokirurgen Herbert



Stig Bengmark.

Olivecrona och thoraxkirurgen Clarence Crafoord.

Om fackliga chefstjänster ska räknas in i det nationella samhällsarbetet bör det nämnas att kirurgerna Thomas Ihre och Olle Westerborn varit ordförande i Läkarförbundet. Bo Hjern och Lars And-åker har varit VDar för samma förbund.



Clarence Crafoord (till höger) och Prins Wilhelm (mitten) under fiskafänge.

En modig professor

Under mitt sökande efter samhällsprofiler till detta kapitel blev jag kontaktad av en kollega som berättade att hon i sin ägo hade en märklig liten skrift av en gammal kirurgprofessor i Stockholm. Boken var utgiven 1943 på förlaget Trots Allt och bar namnet Nazistparadiset, en titel som utgör en hjärtskärande ironi. Jag fick låna det slitna häftet och mötte en man med klarsyn och civilturage. Nazistparadiset är en svidande vidräkning med den svenska undfallenheten mot Tyskland under andra världskriget, här namnges höga militärer och domare med uttalade nazistsympatier, här beskrivs utrotningslägrens existens, här polemiserar mot svenska statens beslut att internera vänstermänniskor och låta brinnande nazister gå fria. Redan 1933, som medlem i riksdagens 1:a kammare, varnade professorn för de inhumana brunskjortorna. Under de första krigsåren reste han runt i landet och höll hundratals föredrag om nazismens brutalitet. Lönen blev två domar för spridande av falska rykten; först 2000 kronor i böter, senare två månaders fängelse.

Vilket mod, vilket föredöme! Professorns namn var Israel Holmgren, men han var dessvärre inte kirurg utan invärtesmedicinare.

Kirurger inom andra samhällsfält

Peter Paul Heinemann föddes i Köln 1931 men familjen flydde via Holland till Sverige. Heinemann var kirurg i Örebro 1968–1995 och blev mest känd som en klok

och förtroendeingivande Radiodoktor under 1980-talet. Han engagerade sig också mycket kraftfullt i arbetet för att förebygga både mobbing och narkotikamissbruk, främst hos unga. Han skrev böcker och artiklar i dessa ämnen och var en flitig föreläsare och debattör runt om i Sverige. För sina insatser hedrades han med det schweiziska Paracelsuspriset för "förtjänstfullt upplysningsarbete med känsla för det unika hos individen".

Anders Delin lämnade 1980 en lovande karriär som kirurgdocent på Karolinska Sjukhuset och begav sig till Hälsingland, där han blev överläkare på kirurgkliniken i Bollnäs. Vid sidan om kirurgyrket har han tålmodigt och hängivet ägnat sin tid åt botanik och miljöarbete. Han har inventerat hela Hälsinglands flora, han har med artiklar, föredrag och praktiskt arbete oförtröttligt kämpat för att skydda orörda vattendrag och ovärderliga skogsområden. 2004 tilldelades han COOPs stora "Änglamarkspris" för sina insatser.

Ett flertal kirurger har alltsedan Korea-kriget varit aktiva i internationellt hjälp- arbete via FN och SIDA (t ex Rolf Kaijser, Erik Mosesson, Tor von Schreeb). Ännu fler har solidariskt arbetat i den fattiga delen av världen inom olika kyrkor och ideella organisationer (Roland Andersson, Anders Carlstedt, Carl-Axel Ekman, Jan Tage Holmberg, Gunnar Isaksson, Arne Kjellgren, Göran Kurlberg, Lars Risholm, Carl Martin Sundbom och Arne Weiber för att nämna några). Johan von Schreeb var under många år ordförande i Läkare utan gränser och anlitas flitigt för uppdrag i katastrofområden världen över. Hans Samnegård har i många år haft ett ledande befattning inom Röda Korsets centralorganisation.

Slutligen bör nämnas att Bo Ebbe Löfberg – son till Otto – legendarisk chef för kirurgkliniken i Malmö 1920–1946, blev rikskändis på seklets mitt som den förste TV-doktorn.

Kirurger inom kulturen

Kirurger har inte rykte om sig att vara särskilt kulturella.

"I min generation härskade bara yrkesnit och ett humanistiskt öde landskap", skrev en av våra pensionerade professorer till mig under arbetet med denna artikel.

Därmed är det dock inte bevisat att kirurger är mer okulturella än t ex radiologer. Jag känner personligen åtminstone tre–fyra stycken kirurger med starka kulturella intressen och mina bidragsgivare har framfört ett flertal exempel på bibliofiler och tavelsamlare i vår kår.

Men om man försöker hitta svenska kirurger eller f.d kirurger som utövat/utövar traditionell kultur (att skriva, måla, komponera, dansa, spela oboe för att nämna några exempel) inför en bredare publik blir fynden ganska få.

Skrivande kirurger

Låt oss börja med skrivandet. Skönlitterära läkare är ingen ovanlighet. Schiller, Tjechov, Conan Doyle, Maugham, Bulgakov, Celine är några internationella storheter; Jersild, Durling, Ström några svenska.

Jag ringde professor emeritus Lars Erik Böttiger som specialiserat sig på skrivande läkare. I hans samling av 300 svenska skönlitterära verk med läkarförfattare finns ingen kirurg – däremot är det ingen ovanlighet att kirurger förekommer i skönlitteratur. Den som kom närmast är en stockholmsk thoraxkirurg, Ulf Lockowandt. Mellan 1987 och 1999 har han utgivet en diktsamling och två romaner. Den senaste, "Utsteg", har jag faktiskt läst utan att falla i trance.

Om man däremot lämnar den rena skönlitteraturen finns flera välskrivande kirurgkollegor. Den flitigaste var Malmökirurgen Knut Haeger. Hans bokproduktion är faktiskt imponerande; förutom flera medicinska läroböcker (den magnifika "The Illustrated History of Surgery" som opus magnum) publicerade Knut Haeger 14 böcker mellan 1962 och 1984. Enligt Göran Ekelund utnyttjade Knut varje ledig minut till att skriva; han kunde sluta mitt i en mening för att bli kallad till operationsbordet och vid operationens slut fortsätta skrivandet som om ingenting hänt.

Böckernas innehåll präglas av hans stora kunskaper i medicin- och kulturhistoria (Kungliga krämpor 1962, Kapare, kockar och kirurger 1963, Kannibaler och kvacksalvare 1965, Kejsarsnitt och klädeshandel 1971, Dansk krönika 1984) liksom hans faiblesse för engelsmän och det engelska (Läsebok för Londonfarare 1974, Engelsk krönika 1977, Bisarra briter 1980, Skotsk krönika 1982). Haegers kunskaper härstammade inte från några akademiska studier utan från ett ständigt bokläsande och ett fotografiskt minne.

Hans kulturhistoriska vitterhet kombinerades med en påfallande känsla för människans genuina njutningsmedel. Pipan var denne kärllkirurgs ständige sekreterare och hör här hans beskrivning av vad gåslever från Alsace Lorraine kan användas till:

...lantbrödsskivor bstryks med gåsflott och en färs av hackad hönslever, skinka och stekt beckasin, kryddas med muskot och armagnac, gratineras, beläggs med gåsleverskivor och serveras med en sås som gjorts på skyn från levern och beckasinen, smaksatt med madeira...

(Ur "Himmelsk fulländning", 1972)



Wolfram Kock.

En annan kirurg som skrivit och redigerat en lång rad böcker i de mest skiftande medicinhistoriska ämnen (mest känd är kanske hans bok om Olof af Acrel, 1967) är Wolfram Kock. Hans första bok var dock en rese-schildring, Resa till Kap (1949). Förutom sitt författarskap var Kock under lång tid ordförande för Medicinhistoriska Sällskapet och föreståndare för Medicinhistoriska Museet i Stockholm.



Knut Haeger. Foto: Anders Wenckert.

Lundakirurgen Bengt I Lindskogs kunskaper i medicinshistoria ledde till en professur i samma ämne i Köpenhamn. Lindskogs mest lästa bok är sannolikt "Medicinsk terminologi" som finns i varje läkarsekreterares bokhylla.

(En kulturhistorisk insats värd att nämna i detta sammanhang är professor Lars Thoréns tålmodiga arbete med att bygga upp ett medicinshistoriskt museum i Uppsala.)

Stockholmskirurgen/ortopeden Ivar Palmer skrev en uppskattad memoarbok ("Foga samman", 1967) med undertiteln "Episoder kring kirurgi, krig och blommor". Tre år senare publicerade han "Bladen som ingen räknar", där han utifrån sin biologiska livssyn diskuterade evolutionens roll för mänskligheten. Palmer var dessutom en djupt kunnig botanist och en god tecknare.

En annan kirurg med starkt naturintresse var Bertil Bager på Mörby lasarett. Bager var en utomordentlig växtfotograf och gav 1955 ut "Naturen som formgivare", en finstämd och rikt illustrerad naturlyrisk betraktelsebok som även översattes till engelska.

Andra memoarskrivande kirurger är Einar Ljunggren ("En kirurg ser tillbaka") och Tor von Schreeb ("Färdens frihet. En fältskärs berättelse").

Peter Heimann, strumakirurg och sedermera kirurgprofessor i Bergen, var en flitig populärmedicinsk skribent med flera böcker på sin meritlista, bland annat "Att bli frisk".



Einar Ljunggren.

Konstnärliga kirurger

Sannolikt finns långt fler konstsamlande än konstskapande kirurger.

På min konstnärslista har jag blott fem namn, varav de två första är plastikkirurger: Tor-Göran Fries Henriksson, Carl-Evert Jonsson, Olle Mårtensson, Eric Secher och Staffan Smeds. Var gränsen går mellan konstnär och skicklig amatör är mig fullständigt obekant men samtliga dessa mäns verk har jag skådat och beundrat.

Och så har vi förstås Philip Sandblom; konstkännare, konstsamlare, konstbokskrivare, konstmecenat.

Hösten 1966 gick jag min andra medicintermin i Lund. Som nationsaftonsvärd i Smålands Nation fick jag till uppgift att ringa upp Rector Magnificus Sandblom och be honom komma till nationen för att berätta för de unga smålänningarna om sjuka konstnärer. För mig var han representant för den högsta akademiska societeten, därtill gick rykten om hans enorma förmögenhet och om Picasso i original som utsmyckning av toalettväggen. Till min förvåning föreföll Philip bli uppriktigt glad över inbjudan, talade vänligt med den stammande medicine studeranden och ställde som enda krav att han skulle bli hämtad vid porten.

Föreläsningkvällens afton tog jag min Volkswagenbubbla, modell -56, för upp till den stora Sandblomska villan på Tunavägen och ringde på. Philip stod beredd i mörk poplinkappa och sliten portfölj i näven, placerade en svart basker över det

silvervita håret och kysste sin Grace på kinden. Med viss möda fick han in sina långa ben i den lilla bilens framsäte. Under vägen ner till nationen språkade han vänligt men en smula nasalt med mig, som vore jag en jämbördig kollega i professionen.

Jag fann föreläsningen bländade. När jag skjutsat honom tillbaka hem, tog han mig i hand och tackade för den förnämliga bilturen. Hans ödmjukhet kändes äkta och den grundlade min livslånga beundran för honom.

De flesta kirurger från 30- och 40-talsgenerationen har hört honom tala om de sjuka konstnärerna. Många har hans bok "Creativity and Disease" hemma i bokhyllan. Den kom ut i sex reviderade editioner och behandlade på ett personligt och inträngande sätt hur sjukdomar påverkar den konstnärliga skapandet; inte bara hos bildkonstnärer utan även hos författare och poeter. För även om Philip Sandblom blev mest känd som konstvetare, ska man inte glömma bort att han var en djupt bildad polyhistor med stark övertygelse om kulturens centrala roll för mänsklighetens utveckling.



Philip och Grace Sandblom.

Under ett långt liv tillsammans samlade paret Sandblom konst. En betydande del av sin tavelsamling donerade Grace och Philip till Nationalmuseum och Lunds Universitet, där den fortfarande kan beskådas.

En annan konstmecenat var Karlstadkirurgen Per Clarholm, 1860-1942, som donerade en stor del av sin samling av egyptisk och kinesisk konst till Nordiska Museet. Hans samling visas fortfarande på Läckö slott.

Kirurger vid film och teater

Kit Colfach deltog i den danska motståndsrörelsen och flydde till Sverige under slutet av andra världskriget. Han arbetade under 50- och 60-talen som kirurg i Västervik och skapade sig samtidigt en inte oväsentlig berömmelse som filmmakare inom branschen Ungt Uppror. Som tonåring såg jag med visst pirr i de autonoma nerverna hans film "Susanne" om en ung, vacker, ljushårig raggarflicka. Skrönorna om Colfachs händelserika liv är legio i Västervikstrakten.

Lars Broling, numera kolorektalkirurg i Eksjö, inledde de första 15 åren av sitt yrkesliv med att vara skådespelare och regissör bland annat på Riksteatern och Norrköpings Stadsteater.

Kanske man under denna rubrik också borde infoga alla de kirurger som under årens lopp deltagit i spex av skilda slag. Men de får finna sig att bli kollektivt och anonymt hyllade på detta sätt.



Affisch till Elsa och Kit Colfachs film Susanne. Med tillstånd av Nordisk Tonefilm.

Musikaliska kirurger

Så till slut några rader om musikaliska kollegor.

Några tonsättande kirurger har jag inte lyckats spåra, ej heller kirurgmusiker som gjort nationell karriär på röst eller instrument. Detta utesluter inte att vårt skrå innehåller gott om musicerande, musikaliska och musikälskande personer. Här några axplock som på intet sätt är heltäckande.

Gustaf Bäärnhielm, patriarkalisk ledare för Ulfsparre-Hägerflychtska läns-lasarettet i Eksjö 1905-1931, grundade stadens orkesterförening 1928.

Karl Ludwig Wiechel, hepatobiliär kirurg vid Södersjukhuset, satt i många år i Kungliga Operans styrelse.

Legendariske thoraxkirurgen Clarence Crafoord lär ha varit en duktig kammar-musiker.

En annan thoraxkirurg, Jan Malina i Malmö, var utbildad konsertpianist i sitt hemland Tjeckoslovakien.

Andra skickliga kirurgpianister var/är Sture Hedenstedt, György Fenyö och Anders Somell i Stockholm samt Ante Kempas i Växjö.

Nils Peter Bergh, utbildad hos Helge Wulff i Malmö och sedermera thoraxkirurg i Göteborg, var en framstående klarinet-tist och körsångare.

Jonas Roman, ung kolorektalkirurg i Varberg, glädde besökarna vid Kirurg-veckan 2004 med en fantastisk orgelkonsert.

Endokrinkirurgen Knut Ole Grön-stad var en virtuos kornettist i tradjazz-branschen. Multimusikalisk är även kärllkirurgen Eibert Einarsson i Eksjö, kör-ledare, saxofonist, klarinetttist mm.

Flera av våra pensionerade kirurgprofessorer har vidimerat att deras hädan-gångne KS-kollega Jack Adams Ray hade en fantastisk sångröst. Och endokrin-kirurgdocenten Jan Zedenius, samma kli-nik, har en mäktig baryton som låtit sig höras jorden runt tillsammans med Stock-holms Bachkör.

Om punkrock tillhör kultursfären kan väl diskuteras, men icke förty var Huddinges kolorektalkirurg Anders Dolk under sin vilda ungdom medlem och låtskrivare i det legendariska bandet Ebba Grön.

Och sist, men inte minst, bör omnämnas att Södersjukhusets lever-galla-pankreas-kirurg Tomas Sonnefeld, trots frånvaro av musikaliska meriter, varit gift med ABBAs Agneta Fältskog.

Så kom inte och påstå att svenska kirurger saknar kultur!



Nils Peter Bergh. Teckning av Thorsten Stenberg.

Kirurgutbildningen under seklet

BOEL ENGARÅS och GÖRAN WALLIN

Utbildning och arbetsförhållanden liksom meritvärdering berör varandra. Det här kapitlet har tonvikt på utbildningsaspekterna. Under de första fem decennierna får kirurgmötenas innehåll beskriva vad som dominerade inom kirurgin och vad kirurgen alltså måste behärska för att klara sitt arbete. På femtiotalet började utbildningsdiskussionen konkretiseras vad gäller utbildningens längd, antal kirurger och var utbildningen skulle förläggas. Samhällets ansvar för specialiteter och specialistutbildning blev under 60-talet tydligare och specialitetsföreningarnas inflytande minskade i motsvarande grad. Det sista kvartssekle har tonvikten lagts på utbildningens innehåll och subspecialiseringen har blivit en realitet.

Kirurgens viktigaste utbildning sker i den dagliga tjänstgöringen, i möten med patienter, kolleger, sjuksköterskor och andra arbetskamrater. Det unika med vår specialitet – att behärska kirurgiska metoder, veta när vi ska tillämpa dem och förstå deras plats i helheten – har vi länge lärt oss i mästar-lärlingsrelationer med äldre kolleger och så är det i viss mån fortfarande. Många av oss minns med tacksamhet och respekt dem som engagerade sig i oss som personer och i vår utbildning, när vi var gröna underläkare. På samma sätt som i andra yrken, var det vanligt att de med höga ambitioner företog resor till "mästare" i andra länder och på så sätt kunde de fåtaliga kirurgerna i riket hålla sig ajour med utvecklingen. Utbildning på det här sättet räckte länge för den grundläggande utbildningen, men de färdiga specialisterna måste inhämta nya kunskaper och ta del av andras erfarenheter. Detta behov var den viktigaste grunden för att bilda Svensk Kirurgisk Förening.

Även om specialitetens innehåll knappast diskuterades, än mindre utbildningens, så har föreningens fokus från början varit utbildning i vid mening. Det vi idag kallar fortbildning, alltså specialistens utbildning, präglade kirurgmötena från start. Kirurgföreningens möten ägde länge rum i Stockholm, där ju föreningen bildades med namnet Stockholms Kirurgförening på initiativ av John Berg 1905.

Oftast förlades mötena till kvällstid och på helger för att inte störa det dagliga arbetet och för att göra det möjligt för kolleger från landsorten att delta.

Under kirurgföreningens första tid var det odelade lasarettet vanligast. År 1910 fanns det endast åtta kirurgkliniker i landet. På det odelade lasarettet var en lasarettsläkare ansvarig för alla inläggande patienter. Lasarettsläkaren måste alltså ha en mycket bred profil, som också inkluderade t ex internmedicin. Egentligen var kirurgen den främmande fågeln; tillkomsten av nya metoder – kirurgiska – innebar att lasarettsläkaren måste skaffa ny kompetens, som det tog tid att skaffa. Det kan illustreras med fallet Johan Anton Waldenström. Han insjuknade och avled i appendicit, när han skulle tillträda sin professur i medicin i Uppsala 1879. Ingen vågade operera honom fast han bad om det. Kravet på utbildning i medicin fanns kvar till slutet av femtiotalet. Från 1959 blev dock både öppen vård och medicin frivilliga moment. Kravet på bred kompetens präglade föreläsningsutbudet på kirurgmötena under många år och man ordnade också gemensamma aktiviteter med till exempel ex internister, som till exempel ett söndagssymposium 1931 om morbus Basedow.

Lennanderska fonden blev tidigt ett ekonomiskt stöd till fortbildningen. Elva år efter Karl Gustaf Lennanders död överlämnades den till Svenska Läkaresällskapet 1919. Fonden hade stiftats av KG Lennander och hans mor för att stödja föreläsningar i kirurgi och hygien. Föreläsningarna skulle hållas i april månad.

Oscar Schubert uppskattade antalet möten under föreningens första femtio år till omkring 300, varav 250 månadssammanträden. Antalet föredragshållare under dessa år var enligt tillgängliga register 790 och antalet föredrag 2985 (men var nog färre; om ett föredrag hade flera författare, kunde det redovisas flera gånger t ex). Tillsammans med sektionen för obstetrik och gynekologi arrangerades tolv så kallade kirurg-gynekologmöten under åren 1908–1932.

Glimtar från kirurgmöten

Stockholms Kirurgförening höll sitt första sammanträde den 18 november 1905. Då visade John Rissler en patient opererad för coxitis och ett fall med en ovanlig knäledsluxation. John Berg visade en patient, som opererats för tungcancer med kvarlämnande av tungans främre del och en som opererats för ett "fjädrande finger". Einar Key talade om pseudocongenital höftledsluxation och Karl Gustaf Lennander redogjorde för ett fall av höggradig ventrikeldilatation i förening med tunntarmsvolvulus.

Vid det första kirurg-gynekologmötet höll Jaques Borelius ett föredrag, betitlat "Hur länge bör patienten ligga till sängs efter en aseptiskt läkande enkel laparotomi?". Einar Key talade om kirurgisk behandling av traumatiska hjärtläsioner.

På mötena redovisades också epidemiologiska material, som till exempel Appendicitens köns- och åldersfördelning i Uppsala 1906–1925. Tuberkulos var en folksjukdom och Einar Perman presenterade några fall av ileocecal tuberkulos.

På föreningens första årsmöte 1929 "förhandlade" man bland annat om sänke-reaktionen vid akut cholecystit, barnsängsfeberns behandling samt hjärtsvikt och kirurgi. År 1930 presenterades trettio föredrag fördelade på fyra urologiska, fem anesthesiologiska, sju ortopediska, fyra endokrinologiska, tre gastrointestinala, ett ÖNH, fyra thoraxkirurgiska och två obestämda.

År 1933 hölls föredragen på tyska, förmodligen för att underlätta kommunikationen med en inbjuden gäst, A von Lichtenberg. En imponerande serie om etthundra fall av cancer recti 1921–32 på Sabbatsberg redovisades av K Furster. Perman berättade om erfarenheter från 500 lumbalanestasier. Ett föredrag handlade om iv-infusion vid postoperativ oliguri och anuri.

Vid årsmötet 1934 redovisade John Hellström fem fall av opererad hyperparathyreoidism, men deltagarna fick också information om en förbättrad modell av nattduksbord. Philip Sandblom "från Chicago" berättade om gallavledande operationer. Ernst Ferdinand Sauerbruch var gäst och presenterade ett fördrag om gränser och möjligheter för kirurgin.

Vid detta årsmöte diskuterades också en skärpning av rätten att annonsera specialitet i kirurgi. Begreppet specialitet var inte definierat och någon total samsyn avseende annonsering fanns inte, men årsmötet fastslog att det borde krävas tjänstgöring på delat lasarett. En skrivelse med detta innehåll skickades till Läkarförbundets styrelse. Den kan kanske ses som en föregångare till tjänstgöring på kategori I sjukhus, som var ett krav när utbildningen formaliserades 1969. År 1930 fanns det 28 kirurgkliniker och tre undervisningskliniker.

År 1935 gästades föreningen av en civilingenjör, som redogjorde för kniveggen, dess egenskaper och dessas förändring vid sterilisering och skärning. Kollegan Mårtensson talade om gallstensfrekvensen i Sverige.

Fredagen den 24 september 1937 började mötet kl 19.30 (precis) på Serafimerlasarettet. Tolv föredrag presenterades, innan den gemensamma supén intogs. J P Strömbeck och Gustaf Söderlund var de flitigaste föredragshållarna. Bland ämnena fanns: experimentell artärresektion, extirpation av aneurysm på a carotis interna, hormonbehandling av retentio testis, pancreascysta opererad med dränage till ventrikeln, ovanlig dödsorsak efter galloperation.

Några nya kolloidlösningar för infusionsändamål presenterades vid årsmötet 1943 av Grönvall och Ingelman, som därmed inledde dextranepoken. Perforation vid rektoskopi var ett annat ämne, men liksom tidigare (och fram mot sextioalet) dominerades föredragen av personliga erfarenheter.

Utbildning i framställningsteknik gavs i en PM 1946. Bilderna borde vara enkla, klara och lättfattliga. Tabeller skulle undvikas. Man skulle tala ledigt och hålla tiden samt gärna repetera.

För att öka tillgängligheten för medlemmar utanför Stockholm, började man ta upp föredragen på band 1953. Egon Norinder i Ljusdal skrev ett tackbrev och meddelade, att han avsåg att köpa bandspelare. Den tekniska infrastrukturen ställde till

problem redan då och banden kunde inte avlyssnas överallt. Ett annat problem var ljudkvaliteten, vilket Oscar Schubert trodde berodde på att föreläsarna ibland gick ifrån bandspelarens mikrofon. Han införskaffade därför en mikrofon att hänga om halsen och förklarade i ett brev till Helge Wulff, att han var övertygad om att ljudet nu skulle bli perfekt.

År 1946 började man anslå Stockholmssjukhusens operationsprogram för dagarna omkring föreningens möten på Svenska Läkarsällskapet. Kirurgföreningens medlemmar kunde också få programmen hemsända som expressbrev kvällen före operationsdagen.

En *kirurgvecka* arrangerades redan 1950 mellan 17 och 21 april. Tonvikten lades på personlig kontakt i operationssalar och på ronder på Stockholmssjukhusen och Akademiska Sjukhuset, men det visades också amerikanska operationsfilmer och det hölls föredrag. Årsmötet gick av stapeln på lördagen. På kirurgveckan 1951 tillkom fortbildningskurser. Ytterligare två kirurgveckor ordnades i Stockholm 1952 och 1954. En kirurgvecka arrangerades i Göteborg 1955.

Sedan 1954 skickades sammandrag av föredragen ut till medlemmarna en vecka före mötet.

Skrifter

Råd för kollegialt bruk, men även för allmänheten avseende behandling av köldskador, brännskador och tetanus utarbetades av föreningen 1942, 1945 respektive 1951. I andra världskrigets inledning samlades föredrag av krigskirurgiskt intresse, som först publicerats i Läkartidningen i en separat volym, utgiven på Fritzes förlag.

Formaliserad kirurgutbildning

Utbildningsfrågor var ett viktigt område särskilt för Kirurgförbundet. År 1945 diskuterades anestesi som ev självstädning specialitet och Torsten Gordh föreslog, att en specialist i anesthesi borde ha två års kirurgi, två års anesthesi och sex månaders medicin samt gärna amanuensjänstgöring i fysiologi eller farmakologi. Tiden och fördelningen återkommer senare vid introduktionen av FV (Fortsatt Vidareutbildning).

En för kirurgförbundet och kirurgföreningen gemensam specialistutbildningskommitté föreslog 1959 en sjuårig utbildning med fem års grundutbildning och två års randutbildning. En enkät gjordes bland medlemmarna, som avstyrkte öppen vård inom kirurgutbildningen, men tillstyrkte internmedicin.

Fram till mitten av 60-talet fanns ingen organiserad kirurgutbildning och beföringsgången var lång, eftersom det bara fanns en överläkare per klinik. Detta kunde i någon mån kringgås, t ex inrättades i Göteborg på Sahlgrenska Sjukhuset tre kirurgkliniker i stället för en och man fick då möjlighet att inrätta tre överläkartjänster. Under 60-talet kom läkarutbildning och vidareutbildning på agendan. Föreningens styrelse genomförde en ny enkät 1966, där det bland annat kartlades hur de svenska kirurgerna faktiskt arbetade. Många av underläkarna hade lång erfarenhet, särskilt

de som tjänstgjorde vid regionsjukhusen. Enkäten med tillhörande diskussion är typisk för hur utbildningsfrågor hanterades. Det handlade mer om dimensionering och beräkning av antal tjänster än om specialitetens innehåll och ansvar.

På 60-talet blev "staten" mer aktiv och positionerna försköts. Kirurgföreningens och andra specialitetsföreningar fick mindre inflytande. De statliga initiativ som senare ledde till AT, piggade upp eller snarare oroade föreningen och dess styrelse. Man oroade sig för att kirurgkursen under grundutbildningen bara blev fem månader och att dessa månader också skulle rymma mycket mer än allmänkirurgi. Dessutom skulle tentamen ske i anslutning till kursen. Den föreslagna allmäntjänstgöringen om 18 månader kunde fullgöras vid normal- och centralasarett, vilket skulle innebära att akademiska lärare endast ansvarade för knappt hälften av den grundläggande utbildningen. Specialistutbildningen skulle bli fyra år med tillägg av sex månaders randutbildning i anestesi. Ett års tjänstgöring skulle fullgöras på kategori I sjukhus. Kirurgföreningen såg stora svårigheter med förslaget, i huvudsak organisatoriska, men specialistkompetens i verklig mening skulle inte uppnås under den stipulerade tiden.

FV antogs 1969 och ingen läkare skulle få förordnas under längre tid än vad som krävdes för formell specialisering. Med FV skulle statsmakten också kunna styra läkare till områden med läkarbrist. Gustav Giertz nämner att i Umeå hade antalet läkare på 50 år stigit från 5 till 164, men hälften av provinsialläkartjänsterna i Västerbottens län var obesatta

FV räckte enligt föreningen inte till annat än självständig handläggning av kirurgiska sjukdomar i öppen vård. För att få självständig tjänst i slutenvård föreslog föreningen lasarettsläkarkompetens (sex år, varav fyra år huvudutbildning – två av dessa på universitetsklinik och två års sidoutbildning. Sidoutbildning högst ett år per specialitet). Om en kirurg skulle utföra minst 200 ingrepp per år, uppskattades behovet av kirurgspecialister till 1500. För detta antal borde utbildningen dimensioneras vilket inte var möjligt med en arbetsvecka på 40 h.

Socialstyrelsen presenterade ett läkarfördelningsprogram för åren 1973-1977 (LP 77). Allmänmedicinen prioriterades och bland annat skulle cirka 250 specialistkompetenta underläkare ("spular") med i genomsnitt 15 års kirurgi förstärka allmänmedicinen. Dessa spular bedömdes svara för en dryg fjärdedel av den kirurgiska vården. Föreningens dom blev hård och man tog strid. Arbetstiderna var redan läkarkårens längsta och om nästan hälften av kirurgerna försvann, skulle de inte bli kortare. Motdraget blev att kirurger självklart skulle sköta såväl öppen som slutenvård kirurgisk vård. Det var inte heller alldeles självklart och kirurgen Yngve Jones skrev kritiskt i Läkartidningen 1976, att "vårdcentraler blir tummelplats för kirurgproffs". 1977 togs på kirurgföreningens initiativ kontakt med allmänmedicinerna och så småningom kom föreningarnas företrädare överens om avgränsning, utbildning och organisation

De första AT-läkarna (Allmän Tjänstgöring) kom ut i vården 1973 med 21 månaders tjänstgöring fram till legitimation. Tjänstgöringen i kirurgi var sex månader och

det fanns ett separat skriftligt nationellt prov. Separata prov fanns också i medicin och psykiatri. Efter AT skulle specialiseringstjänstgöringen ske inom blocktjänstgöring, så kallade. FV-block. Nämnden för Läkares vidareutbildning (NLV) ansvarade för antal block och för vidareutbildningskurser, NLV-kurser. Specialistutbildning i kirurgi krävde fyra och ett halvt års tjänstgöring som underläkare i kirurgi och anesthesi. Det gick att byta ut en del av kirurgtjänstgöringen, bland annat mot tjänstgöring i andra kirurgiska specialiteter. Minst ett år skulle utföras vid kategori I-sjukhus och ett år vid enhet, där ortopedisk kirurgi bedrevs, men det stod inget om att underläkaren måste utföra några ortopediska ingrepp. Ingenstans framgick vad som skulle utföras under dessa år eller vad underläkaren skulle kunna efter avslutat FV-block. Däremot fanns regler för hur länge man kunde vara ur tjänst utan att behöva komplettera. Den praktiska tjänstgöringen kompletterades med sex obligatoriska NLV-kurser.

En utbildningskommitté tillsattes 1974 under ledning av Tore Scherstén med uppdrag att föreslå förändringar i specialist- och efterutbildning av kirurger med hänsyn till den beslutade uppdelningen i allmänkirurgi och ortopedisk kirurgi. Helst skulle man hunnit driva visst utredningsarbete "innan Socialstyrelsen slår till med sina direktiv", som det står i ett brev från Lars Räf till Tore Scherstén. Schersténs utbildningskommitté kunde 1975 konstatera att kirurgutbildning inom den stipulerade tiden inte var möjlig.

I nästa utbildningskommitté 1979 krävde Bo Arnesjö, att klinikernas utbildningskapacitet skulle utvärderas och att endast de kliniker, som kunde ge en god utbildning skulle tilldelas block.

I en tredje utbildningskommitté 1986 föreslog Bengt Zederfeldt, att en utbildning till bakjournskompetens skulle avslutas med examination. Sylf genomförde en enkät och ställde sig sedan avvisande till examination. Landstingsförbundet var positivt till examination men inte som en förutsättning för att få tjänst.

Kirurgprofessorerna underkände den nya utbildningens längd och skrev 1975 en gemensam skrivelse till Socialstyrelsen med krav på elva år för kirurgutbildning. På föreningens möte i Falun handlade pannediskussionen om meningsfull kirurgisk sjukvård, expanderande öppenvård och organisatoriska modeller.

Föreningens 75-årsjubileum firades 1980. På Riksstämman presenterade Olof Johansson ett föredrag om "Kirurgutbildningen i ett 40 års perspektiv". Det fanns 38 "block" i kirurgi och totalt 247 block inom kirurgområdet 1979. Föreningen kunde inte acceptera föreslaget antal kirurgblock. Slå vakt om kvaliteten inom svensk kirurgi heter också en artikel, som publicerades i Läkartidningen.

Bengt Zederfeldt noterade i Läkartidningen att föreningens efterutbildningskurser (onkologisk kirurgi och traumatologi) i Åre inte fick ges, då Landstingsförbundet inte ville tillåta dem på vintersportorter under högsäsong. Zederfeldt noterade, att Landstingsförbundet tillsammans med SPRI hade kurser för högre administratörer i ADB i just Åre under mars månad.

Föreningen kom 1981 på kollisionkurs med Läkarförbundet, som uppfattade föreningens Manifest om kirurgutbildningen som en katastrof, om det publicerades. Föreningen betonade vikten av hög operationsvolym och ville ha kvar SARB (särskild arbetstid) alternativt ta bort andra arbetsuppgifter än operativa, vilket i klartext betydde att överföra jouransvar till primärvården. Samma år skrev Bengt Zederfeldt och Ulf Haglund (ordförande och sekreterare) till alla klinikchefer och rekommenderade dem att inte använda gråblock för att undvika överproduktion av kirurger. Cirka 1050 kirurger bedömdes behövas i Sverige. Brevet till klinikcheferna följdes av ytterligare ett brev sedan Socialstyrelsen inte tilldelat önskat antal block. Vissa län drabbades särskilt. Klinikcheferna rekommenderades göra konsekvensbeskrivningar och sedan återkomma till Socialstyrelsen.

I samverkan med andra opererande specialiteter ordnades ett paraplymöte på Hooks Herrgård 1984. Man diskuterade efterutbildning, samordning med övriga nordiska länder och gemensamma bestämmelser för bakjournskompetens.

Att FV-systemet inte tillgodosåg rimliga kvalitetskrav på utbildningens innehåll var uppenbart. Önskan om att styra läkartilldelningen kom också på skam. För kirurgins del blev antalet grå block ungefär lika stort som antalet vita block. Antalet utbildade kirurger visade sig motsvara "marknadens" behov och kirurgerna fortsatte att bemanna akutmottagningarna. För att förbättra utbildningens kvalitet beslöt statmakterna att målstyra läkarnas specialistutbildning. FV ersattes med ST (specialiseringstjänstgöring). Specialitetsföreningarna fick ett stort ansvar för att definiera vilka kunskaper och färdigheter, som en specialist skulle ha. Arbetet bereddes av utbildningskommittén och föreningens fackliga sekreterare, Bengt Hjelmquist de första åren och senare Boel Engarås, var också ledamöter i Specialistutbildningsrådet (SPUR), där alla specialiteternas målbeskrivningar senare bereddes på uppdrag av Socialstyrelsen. Under en period var Bengt Zederfeldt ordförande i SPUR och då var vi alltså två kirurger.

Alla specialistutbildningar blev målstyrda 1992, sedan målbeskrivningarna fastställdes. Ett tidsmål fanns (och finns med). I princip skall målbeskrivningens krav ha uppnåtts på fem år. Ulcuskirurgin var fortfarande en mängdvara, när målbeskrivningen arbetades fram, men minskade dramatiskt i början av 1990-talet. Även i andra specialiteter tvingade den medicinska utvecklingen fram en övergripande revision, som också gjorde målbeskrivningarna redaktionellt enhetliga. Målbeskrivningarna är författningsreglerade. En önskan vid revisionen var att göra målbeskrivningarna mer flexibla för att lättare kunna anpassas till den medicinska utvecklingen, men så blev det knappast, när de reviderade målbeskrivningarna trädde i kraft första december 1996. En andra revision har genomförts 2004–5. Enligt författningen skall utbildningen ske under handledning (jämför första stycket ovan) och följa en individuell utbildningsplan. Några externa kontrollsystem har kirurgföreningen trots samverkan med bland annat Kirurgrådets föreningar (se kapitlet om styrelsearbetet i modern tid) inte fått gehör för, utan ST-läkarens chef skall intyga att underläkaren

uppnått målbeskrivningens krav. Till stöd för ST-läkaren, handledaren och verksamhetschefen har föreningen lagt stor omsorg på en utbildningsbok, som innehåller alla formalia samt föreningens rekommendationer, t. ex avseende planering av utbildningen.

Kirurgföreningens engagemang i utbildningsfrågor har snarast accentuerats under 1990-talet. Föreningen har sedan 1989 erbjudit ST-läkare i slutfasen av sin utbildning en skrivning i form av kortsvarsfrågor. Skrivningsformen har sedan utvecklats, men majoriteten av de nya specialisterna avstår från skrivning. Efter att skrivningen givits fem gånger gjordes en utvärdering. Det visade sig att tjänstgöringens längd upp till åtta år medförde bättre skrivningsresultat, vilket vi tolkade så, att goda skrivningsresultat faktiskt förutsatte erfarenhet och omdöme och inte var ett utvidgat AT-prov. I enkäter vid skrivningstillfällena har också de som skrivit tyckt att frågorna varit relevanta. Vi gjorde också en enkät till dem, som skrivit (102 personer) och till dem, som dessutom erhållit föreningens kompetensbevis (44 personer) under de första fem åren. Ingen av dessa personer tyckte sig ha haft någon faktisk nytta av sina prestationer i meriteringshänseende eller form av högre lön. Kirurgcheferna har å andra sidan uppgivit att godkänd skrivning och kompetensbevis medför högre lön. Vid några tillfällen har vi i annonser om lediga tjänster sett att kompetensbeviset bedömts som en merit. Hittills (t o m 2004) har 230 blivit godkända. Många har dessutom sammanställt sina prestationer under ST-tiden (operationslistor, pedagogiska, vetenskapliga och administrativa merit samt kurser) och erövrat föreningens kompetensbevis. Dock är det så att endast 20 procent av de nya specialisterna i kirurgi har brytt sig om att delta i föreningens examination. Man kan konstatera att vår skrivning under sina sexton år inte blivit den framgång, som föreningen hoppats på.

Parallellt med utvecklande av en skrivning arbetade vi med att inspektera kliniker, som erbjöd ST-utbildning (sk SPUR-inspektioner). Vi deltog i ett pilotprojekt i Östergötland 1990, innan SPUR-inspektionerna drog igång på riktigt. Våra inspektörer då var Lars Thorén och Åke Lindblom. Vår första inspektionsrunda påbörjades 1991 med ett antal erfarna kirurger som inspektörer. Vi har sedan genomfört ytterligare två inspektionsronder. Vid den andra inspektionsomgången utarbetades nya bedömningskriterier, som sedan kom att tillämpas vid alla specialiteters inspektioner efter beslut i SPUR och vi deltog i utbildning även av inspektörer inom andra specialiteter. Vid den senaste inspektionsomgången arbetade två inspektörer i par vid varje inspektion; en senior kirurg och en yngre. Vid inspektionerna följer man Donabedians kriterier, men bara struktur och process.

För den färdiga specialisten har föreningen definierat CME-poäng (continuous medical education) för svenska förhållanden. Några av delföreningarna har definierat krav för ackreditering inom sina områden.

Föreningen har också engagerat sig djupare i det europeiska samarbetet för utbildning inom ramen för UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) och under 2004 bland annat utarbetat ett förslag till målstyrd common trunk på

basen av en enkät till samtliga delegater i UEMS – section of surgery. Det är rimligt att öppna gränser och erkännande av samtliga medlemsländers specialistkompetens också innebär, att specialiteterna definieras och individernas kompetens faktiskt kontrolleras – för patienternas skull. En kirurg är en kirurg oavsett var i Europa han/hon är utbildad.

I slutet av 90-talet initierades ST-läkarnätverk i de olika regionerna i syfte att stimulera kirurgutbildningen. På flera ställen har dessa nätverk visat sig synnerligen livskraftiga. Under Bertil Hambergers och Rune Sjödahls ordförandeperioder bildades också Kirub – kirurger under utbildning.

Numera ansvarar IPULS (Institutet för Professionell Utveckling av Läkare i Sverige) för kvalitetsgranskning av flertalet av de utbildningskurser, som erbjuds kirurger och ansvarar också för fördelningen av de statligt finansierade SK-kurserna. Föreningens utbildningskommitté har ägnat mycket tid åt att definiera inom vilka områden, som kurser bör erbjudas och även genomfört en enkätstudie till landets samtliga kirurgchefer för att utröna vilka behov av kompletterande teoretisk utbildning, som verksamheten identifierar.

Under 1990-talet har våra möten förändrats i och med kirurgveckans införande. Där finns också ett ST-program. Kirurgveckan beskrivs i kapitlet om styrelsearbetet i modern tid.

Början till en framtidsversion

Kirubs ordförande Anna-Karin Elf, ST-läkare i Kungälv har reflekterat över framtiden för dagens ST-läkare. Ur hennes reflektioner hämtas följande citat:

Hur pass självgående kirurgiskt kommer vi att vara när vi teoretiskt sett är färdiga specialister?

Det är mycket möjligt att simulatorträning kommer att få en mer framträdande plats.

Vilka krav och förväntningar kommer vi nyutbildade att ställa på arbetet?

Bland yngre kollegerna märks att man också prioriterar familj och fritid. De två mest frekventa frågorna till Kirub under AT-läkarstämman 2003 var:

1. Kan man bli kirurg fast man är tjej?
2. Måste man gå jour om man vill bli kirurg?

Svaret på båda frågorna blev ja, men kanske inte jourpass på 36 timmar åt gången. Kan man korta arbetspassens längd, eller måste man förlänga utbildningen? Finns det möjlighet att effektivisera?

Vart är kirurgin på väg egentligen? Vilka är vi som kommer att forma denna process? I takt med att samhället förändras ställs nya krav på att arbetet ska gå att kombinera med familj och fritidssysselsättning.

Den klassiska allmänkirurgin försvinner och fler subspecialiteter frigör sig. På mindre sjukhus görs endast elektiva ingrepp och ett fåtal ingrepp per enhet i stora volymer. Det finns traumaenheter med superspecialiserade jourlinjer och på regionsjukhusen finns endast högspecialiserad vård.

ST-blocken utlyses därför regionsvis; inget sjukhus kan erbjuda en fullständig utbildning och ST-läkaren flyttar runt mellan tre–fyra sjukhus. Man väljer direkt, om man ska bli till exempel kolorektalkirurg och har då sin hemvist där. Inom andra subspecialiteter sker endast randutbildning. Större andel av träningen sker i simulatorer; det blir både en möjlighet och ett krav. Utbildningsprogrammen styrs centralt eller regionalt. Kommer forskning att vara en obligatorisk komponent?

Framtidens kirurg är en deltidsarbetande kvinna, som är superspecialiserad och tvärdisciplinär (kirurg och onkolog eller immunolog). Ock så ska det vara roligt! Eller?

Operationsträning eller snarare brist på sådan oroar många kirurger, såväl yngre som äldre och har ofta ställts i motsatsförhållande till jourarbete. Bertil Hamberger initierade under sin ordförandetid begreppet akutläkare, som skulle öka kvaliteten på akutvården och bättre stödja teamarbetet på akuten. Dessutom skulle kirurgen kunna frigöra sig från det icke kirurgiska akutarbetet. Nu finns akutläkare på flera håll i landet, men är ännu ingen egen specialitet. Tillkomsten av simulatorer för operationsträning kan på sikt öka kvaliteten och möjliggöra basträning även med kortare arbetstid.

När detta skrivs revideras målbeskrivningarna för andra gången. Dessutom aviseras en del förändringar i specialitetsantalet.

Helt klart är att föreningen kommer att ha fokus på utbildningsfrågor även under sitt andra sekel.



Medicinstudenter under det gångna seklets första del.

Arbetsförhållanden – glimtar ur kirurgens vardag

BOEL ENGARÅS och GÖRAN WALLIN

I det här kapitlet serveras glimtar från de senaste hundra åren hämtade från protokoll, minnesanteckningar, brev och intervjuer med tonvikt på kirurgens liv och verksamhet utanför den akademiska sfären. Hur spreds kirurgiska metoder i landet till exempel. Och hur var arbetsvillkoren och umgängestonen? Hur var patientens ställning? När började det finnas kvinnliga kirurger? Vad gjorde kirurgföreningen under andra världskriget?

Inledning

De senaste hundra åren har varit omvälvande. Vårt eget land blev först 1905 den geografiska enhet det är idag. Från ett stabilt bondesamhälle på tröskeln till industrisamhället med fattigstugor och utan allmän rösträtt har Sverige blivit ett land med många språk och influenser från skilda håll. Kirurgin är en del av samhället och kirurgen har under det senaste seklet fått verka i tid av unik medicinsk utveckling under en oerhört dynamisk historisk period. Att historien finns nära oss kan illustreras av att den sista officiella fältskären i vårt land, C F Sauer avled 1953 i Malmö, nittio år gammal¹.

Historien nära oss

Många sjukhus i landet grundades för omkring hundra år sedan. Så bifölls till exempel en motion om att bygga lasarett i Alingsås av landstinget 1905 och lasarettet invigdes 1910. Det var ett odelat lasarett till 1968, då den förste kirurgöverläkaren installerades. Han hette Åke Berg och var neurokirurgiskt utbildad i Stockholm.

¹ Samtida med det 1663 bildade Collegium medicum verkade ett Barberarämbete, som 1685 benämndes Chirurgiska Societeten. År 1797 uppgick det i Coll Med. Barberarkirurger dominerade länge den kirurgiska vården inte minst inom armén och marinen.

Han uppehöll sin neurokirurgiska kompetens genom att av och till tjänstgöra i Stockholm. Det berättas, att han i Alingsås diagnosticerade en hjärntumör hos en dam och erbjöd henne operation i Alingsås. Hon föredrog dock att komma till det stora sjukhuset och remitterades därför till Stockholm, där hon senare handlades av sagde dr Berg. Han blev sjuk och ersattes av Müller-Aspegren, som följdes av Åke Gustavsson 1977. Åke varvade under de första åren sitt ansvar för kirurgin i Alingsås med transplantationer i Kalifornien (se profilkapitlet). Det lilla lasarettet i Alingsås har varit en attraktiv utbildningsplats och åtminstone sex kirurgprofessorer har fått sin grundläggande utbildning här. Efter Åke blev Pontus Liedberg chef och nu har kirurgkliniken sedan några år sin första kvinnliga chef, Peggy Sonesson. Hon får ansvara för en genomgripande förändring av verksamheten till följd av en strukturell översyn i Västra Götaland.

Operationsvardag i kirurgins barndom

De nya terapeutiska metoderna, som kirurgin medförde, spred sig snabbt i landet. Operation för blindtarmsinflammation var vardagsgöromål till exempel på Borås lasarett från 1903. Diagnosen perityphlit hängde med en bit in på 1910-talet och avsåg en bukresistens på platsen för blindtarmen. Den var förstas inte alltid orsakad av appendicit. Massage var en behandlingsmetod, som också rekommenderades av Lennander. Vårdtiden efter en okomplicerad appendectomi var två veckor och feberfrihet förväntades efter halva tiden. Den första cholecystectomin i Jönköping genomfördes 1903 och i Borås 1904, men i Borås lät nästa vänta på sig till 1907. År 1905 diskuterade Läkaresällskapet i Lund om gallblåsan skulle vara kvar eller avlägsnas vid gallstenskirurgi.

På Serafimerlasarettet utfördes 1911 1377 ingrepp på den kirurgiska avdelningen. Det fanns också avdelningar för ögon, öron och gyn. Man opererade 231 appendiciter, varav 47 å froid. Sex akutoperade avled. Totalt avled 7,2 procent av de opererade patienterna. Även om blindtarmsoperationer var vanligast, gjordes också många galloperationer, ventrikelresektioner, dräneringar av empyem, bräck och frakturer. Laryngectomier förekom liksom neurokirurgiska ingrepp. Empyemen minskade först på 40-talet. Tuberkulos drabbade många och thoracoplastiker började utföras 1918. De blev tillsammans med andra operationer mot tuberkulos en mängdvara på Serafimerlasarettet fram till 1947, då den verksamheten följde med Oscar Schuberth till S:t Görans sjukhus.

Det var självklart att redovisa sina resultat. Många kirurgkliniker kan ta fram verksamhetsberättelser, som redovisar hur det gick för patienterna. På kirurgiska avdelningen på länslasarettet i Borås vårdades 1930 bland annat 435 personer under diagnosen appendicit. Sju av dem avled. Hur många av dem som opererades är okänt. Endast 211 vårdades med carcinomdiagnos, knappt hälften av dem hade ingen lokaldiagnos och 37 avled på sjukhuset. Förmodligen ställdes diagnosen sent i förloppet och de flesta avled i sina hem. Operationsberättelser finns att tillgå, ofta med efterföljande sektionsresultat. Det gäller till exempel en 1,5 årig gosse, som fem

dagarna före inkomsten fallit mot en vass spets på ett väckarur, som perforerat kraniet. Vid inkomsten var han högfebril och tachycard. Vid trepanationen vällde fram genom duran. Drän lades och gossen blev inledningsvis bättre, men efter en vecka började han kräkas och tre veckor efter inkomsten avled han. Vid sektionen fann man klar vätska under "som sprutade fram".

Operationsvolym och arbetstid

Under den första tiden diskuterades inte vare sig operationsvolym eller arbetstid. Operationsvolymen var hög och arbetstiden lång, vilket den var för de flesta svenskar. Enligt Hans Inge Pettersson gjorde en kirurg under 20-talet i genomsnitt 458 ingrepp årligen och under femtiotalet 414. Inför Nordisk Kirurgisk Föreningsmöte i Tromsö gick föreningens dåvarande sekreterare igenom antalet operationer per kirurg på Karolinska Sjukhuset, Hudiksvalls sjukhus och på Sahlgrenska sjukhuset 1996. Detta år genomförde kirurgerna i snitt 90, 240 och 150 operationer per person på respektive enhet. Det motsvarade 6,5 respektive 8,5 operationstimme/kliniskt arbetad vecka.

Arbetstidens längd ifrågasattes knappast och man avsatte tid för fortbildning med kollegialt umgänge på sin lediga tid. På fyrtiotalet var det inte självklart för alla att dessutom anslå tid till kirurgföreningen. G Bohmansson accepterade inte att bli ordförande 1948 på grund av för mycket arbete. Han accepterade senare. Senare års valberedningar har också mött tveksamhet till styrelsearbete på "tung" poster till följd av stor arbetsbörda för presumtiva kandidater.

Fortbildning och kollegialt umgänge

På annan plats i boken redogörs för möten på kvälls- och helgtid för att inte störa arbetsrytmen och dessutom göra det möjligt för kirurger utanför Stockholm att delta. Referataftnar var vanliga i hemmen. Östen Engelbretsson berättar om referataftnarna i Borås, som började på 50-talet under Nils Liedbergs tid. I början hade varje underläkare ansvar för en eller två tidskrifter. Referataftnarna lever kvar, men inte längre i hemmen.

På Liedbergs tid bjöds också läkarna med familjer på stor julfest strax före nyår. Nyårskaffe hos Carl Axel och Monica Ekman var en uppskattad tradition in på åttiotalet.

Så småningom blev golfbanor tillgängliga på flera orter och golftävlingar blev viktiga på kirurgmötena. Arbetsmoralen var oförändrad (och kanske var möjligheterna att ta ledigt mindre); golftävlingen fick alltså ske på söndag. Så var det till exempel 1958. Då hade föreningen 534 medlemmar och sammanträdde fredag, lördag och söndag med golftävlingen under söndagen. Motionsaktiviteterna har sedan tagit plats mitt i kirurgveckan och också kompletterats med Fun Run, som brukar springas parallellt med golfen. En av sekreterarna har träget föreslagit ytterligare en komplettering i form av en äkta Fun Run, nämligen till häst. Hennes önskemål har dock inte fått gehör.

Formerna för det kollegiala umgänget var högtidligare. Föreningens femtioårsjubileum firades på hotell Gillet med Socialstyrelsens generaldirektör Arthur Engel som "finaste" gäst. Klädseln var smoking och avgiften synnerligen hög – 40 kronor. John Hellström tillsköt därför en summa för att hans underläkare skulle ha råd att gå dit och förgylla festen .



Program vid 50-årsjubileet.

Även om umgängesformerna var mer formella, så tilläts ett roligare och ibland elakare språk. Sten Meurling beskrev 1960 i ett brev en person som olidligt tråkig (det gällde ett valberedningsärende). Personen i fråga var dessutom olämpligt lång, vilket befarades ge inrikesministern komplex och därigenom slå tillbaka på föreningen.

”Vännen” Olle Hultén diskuterar narkosläkarspecialiteten i ett brev till Gunnar Thorsén. Den omfattar ett litet område och han jämför med USA och England, där specialitetens ansvar vidgats. I England får man ”överhuvudtaget intrycket, att narkosläkaren är en hustomte, som ska allting bestyra, när kirurgen är borta från sjukhuset. Det förefaller mig svårt, att få en intelligent person att ägna sig åt denna specialitet och man vill naturligtvis inte ha någon annan än en intelligent person gående på sin klinik för obegränsad tid.”

Det tredje exemplet hämtas från 1974 och en skriftväxling mellan Folke Nilsson och Bo Hjern med anledning av Linköpingsmötet då bland andra S Åke Lindgren tyckte, att kirurgerna bar sig åt som psykiatrer (Han fann ingen entydig linje i anförandena särskilt avseende öppenvård). Folke Nilsson skrev till Bo Hjern, att han lyssnat till ”både företrädare för skånsk kirurgi och svensk kirurgi”. ”Skiljelinjen går väl att nere på slättlandet anser den högt subspecialiserade kirurgen ska sköta åkommor som faller inom hans område primärt, det vill säga det ska finnas höftdoktorer, knädoktorer och vårdoktorer. Svensk kirurgisk förening är ju mer nyanserad än så.”. Nilsson riktade sig mot Stig Bengmark, legendarisk chef i Lund. Akuten där skulle bemannas med AT-doktorer, medan specialister som kan sy sår är på S:t Lars (mentalsjukhus) eller på en vårdcentral. Bengmark ”myglade” och ”roffade åt sig ett stort antal tjänster”. Föreningen kan inte stå bakom detta under sken av att gynna den öppna vården. Folke Nilsson hade råkat se TV-programmet Pejling, där en statssekreterare vid namn Frid gav uttryck för ”läkarhat”. Bo Hjern medverkade som VD för Läkareförbundet. Folke Nilsson skriver, att hade Hjern varit där som facklig sekreterare för kirurgföreningen, så hade han kunnat strypa Frid.

Kvinnliga kirurger

Det är svårt att finna någon dokumentation om kvinnliga kirurger. Johanna Hellman är den första, som nämns. Hon valdes in i Svenska Kirurgförbundet 1949. Johanna Hellman var född i Tyskland 1889 och tog examen i Kiel 1915. Hon disputerade 1919 på en avhandling, som hette *Das ulcus pepticum oesophagus*.

På 70-talet valdes flera kvinnor in i föreningen och flera begär också utträde, troligen för att etablera sig i någon annan opererande specialitet främst gynekologi.

Inger Larsson blev 1982 den första kvinnan i styrelsen. Under några år var det sedan vanligt att kvinnor innehade posten som yngre ledamot i styrelsen och fick därmed också ett ansvar i utbildningskommittén.

På kirurgveckorna har kvinnliga kirurger har arrangerat lunchmöten och det har också både lokalt och nationellt ordnats möten för kvinnliga kirurger, till exempel ett höstmöte på Ersta sjukhus 1982.

Patienten

Patientens ställning var annorlunda. Det berättas till exempel att Karlkronas kirurgchef Rudolf Lundmark 1898–1927, svarade en patient, som undrade vilken operation som hade gjorts på henne med orden "det har ni inte med att göra".

Patienterna hade nog inte så hög tilltro till kirurgen alla gånger, men en mer patienttillvänd hållning visade i alla fall en lasarettsläkare i Gävle i en historia, som Gävlekliniken använde i sin klinikpresentation i Svensk Kirurgi. En presumtiv patient kunde inte bli opererad påföljande dag, som hon ville och blev ledsen över det. På doktorsns fråga om det var något särskilt, svarade hon "i morgon kommer dotra mi te stan, å då passa dä bra å ta hem liket".

Sociala förhållanden

Under de senaste hundra åren har arbetstiden varit lång. Levnadsvillkoren har varierat. På 20-talet kunde läkarbostaden fortfarande finnas i källaren. Där bodde läkarfamiljen delvis under jord utan kök och utan vatten inne.

På 30-talet kunde man utöver lön få bostad och fri mat. När Per-Ola Granberg började sin kirurgkarriär med att söka vikariat på Sabbatsbergs sjukhus 1948 fick han i stället auskultera fyra månader utan lön men med lunch. Sin försörjning ordnade han genom att vikariera som provinsialläkare på kvällarna. Arbetslöshet är numera mycket ovanligt och betingas inte av brist på tjänster, men det finns kirurger, som får ersättning från arbetslöshetskassan. Nio kirurger fick AEA-ersättning 1994.

Liksom i det övriga samhället var det inte vanligt med två yrkesarbetande i en familj. De långa arbetstiderna gjorde "markservice" nödvändig och gränserna mellan arbete och fritid var mer flytande. Kirurgfruarna gjorde stora insatser på den sociala sidan och bidrog till att klinikmöten ofta ägde rum i hemmen. Säkert bidrog de också till sammanhållningen mellan kirurgfamiljer. Två av de tre kvinnor som fått Acrelmedaljen har följdriktigt varit kirurgfruar. Sif Schuberth fick den 1970, när Oscar Schuberth blev hedersledamot. Ulla Giertz fick den 1973. Det var länge vanligt med särskilda damprogram på föreningens möten. Vid ett möte i Malmö ordnades sålunda en shoppingresa per båt.

Bertil Persson berättar om ändrade villkor. Under början av hans karriär hade alla kirurger hemmafru eller så fanns det barnflickor, en eller flera. Nu får han och hans fru passa barnbarnen, så att dessas föräldrar kan klara sina arbeten.

På sextioalet före den så kallade sjukronan levde kirurger ett gott liv med gott om pengar, som intjänades på poliklinikerna. Skattemyndigheternas intresse för dessa pengar medförde personliga katastrofer för flera läkare och i några fall slutade dessa i suicid.

Även om de ekonomiska förhållandena blev gynnsammare, var underläkarens autonomi begränsad, åtminstone för dem som var i karriären. Det berättas om en underläkare på Serafimerlasarettet, som fick veta att han "nästa dag" skulle börja

i Falun. Underläkaren stammade fram något om barn, som skulle börja skolan och bemöttes med frågan, om han inte ville bli kirurg. Han började i Falun.

När kirurgin blev en etablerad behandlingsmetod, blev också kirurgen (överläkaren) en person med inflytande. Inflytandet sträckte sig många gånger utanför sjukhuset. Axel Eurén var inte bara kirurgöverläkare i Jönköping dit han kom från Eksjö 1904 utan han blev också ordförande i stadsfullmäktige och engagerade sig i Jönköpings historia, kultur och natur. Hans talekonst var "beundransvärd" och trots sitt krävande arbete på sjukhuset missade han sällan sina sociala åtaganden.

Kultur

Kvalitetsfrågor inklusive utbildning har funnits så länge det funnits kirurger, liksom intresset för att dokumentera vår historia. Så beviljades till exempel Wolfram Kock 1500 kr för att vara tjänstledig under tre veckor och intervjuva äldre kolleger inför boken om genombrottstiden som publicerades 1955.

Föreningen engagerade sig också i ett gammalt medicinhistoriskt museum hos Stille Werner med 7000 objekt. Det fick stöd av företaget, sällskapet och en vänförening. Julkort trycktes med motiv från museet.

Hjalmar Winjblad publicerade i Läkartidningen åtta sidor 1966 med titeln Kirurgi – den tredje kulturen, där han citerade Bibeln (Moseboken om språkförbistringen) samt Churchill och Hammarskiöld. Den tredje kulturen alluderar till Snow, som beskrivit två kulturer (den vetenskapliga och den litterära intellektualismen).

Ansvarsnämnden

Anmälningarna mot läkare i ansvarsfrågor har ökat och särskilt yngre läkare anger idag, att deras arbete påverkas av risken för anmälning. Redan 1974 skrev Lennart Forsgren, som varit föredragande i kirurgi för Socialstyrelsen till styrelsen, att anmälningarna ständigt ökade. Lennart Forsgren föredrog 20 procent fler ärenden 1974 än vad företrädaren gjorde 1972, trots att det tillkommit en föredragande för ortopedi. Många ärenden handlade om anestesi och intensivvård. Nittio procent av Forsgrens tid ägnades HSAN. Resterande del skulle han vara rådgivare till Sjukvårdsbyrån.

Andra världskriget

Under mellankrigstidens senare del och under andra världskriget blev nya problem aktuella för Sveriges kirurger. Ur ett snävt professionellt perspektiv behövde kompetensen vidgas för att möta nya utmaningar till följd av krigshot. Ur ett vidare perspektiv handlade det om att våga se vad som faktiskt hände och dra konsekvenser därav inte minst vad avser solidaritet med kolleger av "icke-ariskt" ursprung. Efter sin pensionering ägnade Sven-Erik Bergenz en del av sin tid åt att redogöra för förhållandena inom läkarkåren under den här tiden i olika publikationer och föredrag.

Om korrespondensen mellan kirurgföreningen och Guleke i Tyskland avseende kirurgutbyte var uttryck för att tillgodose ett utbildningsbehov eller om man såg andra gemensamma intressen framgår inte. Årsavgiftens storlek känner vi till; den var tio kronor 1938.

Perman och Schuberth gav i samarbete med Fritzes bokhandel 1939 ut en bok i krigskirurgi och försökte på så sätt bidra till en kompetensökning inför de nya hoten.

Det fanns också initiativ av solidarisk natur. G Liljestrand, Gunnar Dahlberg och Jan Waldenström föreslog styrelsen att starta insamling för landsflyktiga intellektuella från Tyskland och andra möjligheter att hjälpa kolleger, men fick genmäle "av praktisk art". Förslaget utformning var realistiskt och "det märktes att förslagsställarna var teoretiska professorer". Styrelsen svarade, att man kunde tänka sig att ta emot tio personer. Schuberth hade gjort en utredning, där det framgick att det finns 62 obefordrade kirurger. Man ville bidra med att samla in pengar. Dessa läkare kunde inbjudas som gäster och få stöd från fonden i väntan på annat land att tjänstgöra i. Gamla och sjuka kunde få stanna.

Att övergreppen i Tyskland var kända hos många beslutsfattare och andra inflytelserika personer vet vi från andra källor. I föreningens egen dokumentation redovisas förekomsten av ett 16-sidigt (konfidentiellt) dokument, som sammanfattar föredrag vid ett möte för riksdagens interparlamentariska grupp 16 februari 1939. Utrikesrådet G Engzell redovisade information om judarna situation i Tyskland under Nürnberglagarna. Motsvarande information gavs också av mosaiska församlingen. Läkariporten diskuterades, också konfidentiellt, vid en internationell konferens i Evian 1939 om flyktingar från Tyskland.

Senare (1946) skrev föreningen brev till konungen angående baltutlämningen med önskemål om att ompröva vissa baltflyktingars återlämnande. Tjugoåtta kirurger lämnade bidrag för att nordiska kolleger skulle kunna delta i föreningens årsmöte.

Avslutning

Samhällets genomgripande omdaning har präglat de senaste hundra åren och givetvis också ändrat förutsättningarna för en kirurgs liv. Den medicinska utvecklingen har varit enorm och unik. Kirurgen under det gångna seklet har sett möjligheterna att hjälpa patienterna kontinuerligt öka. Kirurgens inflytande på sjukvårdens ledning och styrning har däremot minskat avsevärt.

Svensk Kirurgisk Förening och Svenska Kirurgförbundet

THOMAS IHRE

Stockholms Kirurgiska Förening bildades 1905 på initiativ av Professor John Berg, som var Överkirurg vid Serafimerlasarettet och tidigare ordförande i Svenska Läkaresällskapet. Man fastställde stadgar vid två på varandra följande möten och ansökte om att få bli en sektion inom Svenska Läkaresällskapet något år senare. Den 4 juni 1907 antogs Stockholms kirurgförening som en sektion i Läkaresällskapet. I samband med revision av Stadgarna 1929, ändrades namnet till Svensk Kirurgisk Förening tillika Svenska Läkaresällskapets sektion för kirurgi. Föreningens ändamål fastställdes till: *"att befordra den svenska kirurgins utveckling, framför allt genom anordnande av föredrag, diskussioner och demonstrationer"*. För att bli medlem i sektionen krävdes minst ett års kirurgi och ansökan skulle ställas till styrelsen som hade att föreslå acceptans eller avslag till styrelsens ordförande som fattade det avgörande beslutet.

Vetenskap och utbildning var de frågor sektionen befattade sig med. Arbetsvillkor, taxefrågor, tillsättningsärenden, befordringsmöjligheter mm var fackliga frågor och något man inte engagerade sig i. Arbetsbristen bland de yngre läkarna under slutet av 1920-talet och stora delar av 30-talet, där många fick auskultationstjänstgöringar utan lön, gjorde att fackliga frågor blev allt mer väsentliga. I januari 1933 konstituerades i närvaro av ett 70-tal kirurger Svenska Kirurgförbundet.

Svenska kirurgförbundet

Kirurgförbundet tog sig an en rad fackliga frågor som krav på specialistkompetens och taxefrågan. År 1936 blev Svenska Kirurgförbundet en specialistförening inom Sveriges Läkarförbund och kom också att påverka förhandlingar med motparten i bland annat taxefrågan. Kirurgförbundet spelade också en stor roll under andra världskriget då omkring 70 kirurger tjänstgjorde 1941 vid krigssjukhus i Finland.

Kirurgförbundet ändrade sina stadgar 1949 när Läkarförbundet krävde en stadgenormering. Ur dessa stadgar går att läsa:

"Svenska Kirurgförbundet är en riksförening inom Sveriges läkarförbund och en sammanslutning av förbundsmedlemmar, vilkas huvudsakliga uppgift är kirurgisk verksamhet. Kirurgförbundets uppgift är:

- Att bland sina medlemmar upprätthålla en god och värdig anda
- Att befordra hälsovårdens ändamålsenliga utveckling inom medlemmarnas speciella fack samt att tillvarataga medlemmarnas sociala och ekonomiska intressen"

Vidare står att läsa att

"Svenska legitimerade läkare skola för att kunna bli va ordinarie medlemmar av kirurgförbundet tillhöra Sveriges läkarförbund och i vederbörlig ordning hava tillerkänts rätt att annonsera den för medlemmarna gemensamma specialiteten." Detta sistnämnda måste tolkas som att man av Sveriges läkarförbund hade godkänts för att ha rätt att öppna privatmottagning med annonsering som specialist inom kirurgiska sjukdomar. Denna rätt till specialistbedömning hade Läkarförbundet till mitten av 1960-talet.

Vid Svenska Kirurgförbundets årsmöte 25 mars 1944 talade Gunnar Thorsén om totallöneprincipen. Gunnar Thorsén som då var verksam i Örebro, blev docent och överläkare vid Serafimerlasarettet och vikarierande professor fram till att Curt Franksson tillträdde tjänsten 1960.

Med tanke på den fortsatta utvecklingen fram till 7-kronans införande 1970, finns anledning att citera vissa synpunkter och tankar som Thorsén framförde 1944, det vill säga 26 år före 7-kronan.

Vid SYLF:s årsmöte den 12 mars 1944 i Göteborg presenterades olika lönesystem som Thorsén fortsättningsvis använde.

- "1. Nettolön innebär låg lön + naturaförmåner (kost, bostad, tvätt mm) + inkomst av öppen verksamhet, intyg mm*
- 2. Bruttolön innebär måttlig lön utan naturaförmåner men med obeskuren inkomst av öppen verksamhet, intyg mm*
- 3. Totallön innebär hög lön utan naturaförmåner och utan särskild ersättning för arbete i öppen vård, varvid förutsätts att åliggande kan göras att utföra dylikt arbete"*

Thorsén uppehöll sig kring totallönen. Han anförde att det främst bland de yngre fanns många förespråkare för totallön. Den skulle ge trygghet och en fastställd arbetstid som sedan skulle skapa arbetstillfällen för fler underläkare. Läkarna skulle komma att bli tjänstemän.

Mot totallön anförde Thorsén: *"Den kommunala och statliga kroppssjukvården har varit och är upplagd som en sorts social hjälp och understödsverksamhet utan behovsprövning, där patientavgifterna endast utgör en obetydlig återbäring av stora investerade medel. Som biprodukt uppkom sjukhus- respektive sjukstugeläkarnas öppna mottagningar inom anstalterna. Såsom ofta har biprodukter visat sig vara den omedelbart ekonomiskt mest värdefulla. Genom införandet av totallöneprincipen vill huvudmännen göra denna biprodukt lönande för egen räkning. Arbetskraften har man redan. Det gäller endast att fängsla den och leda den att tjäna deras mål".*

Thorsén fortsatte: *"Av principens förespråkare inom kåren framhålles, att denna skänker trygghet vid sjukdom och ålderdom. Detta skäl kan icke avvisas och det har icke oväsentlig tyngd. De framhålla även, att en totallön automatiskt förutsätter en begränsad tjänstetid och denna skulle komma att bli kortare än vår nuvarande arbetstid. Alltså skulle flera tjänster behövas och de yngre läkarna finna flera arbetstillfällen."* I det fortsatta framhåller Thorsén att så inte varit fallit bland andra tjänstemän. Man har inte kompenserat minskad arbetstid med flera tjänster och *"Väl motiverade framställningar om personalökningar avslås eller bifalles i mycket reducerad omfattning. Befattningshavarnas löneplacering är för de akademiska yrkena tragikomisk och blir för varje ny tjänst allt lägre."* I det fortsatta pläderar Thorsén för att inte acceptera totallön och summerar den delen med *"Tar man bort ersättningen per prestation, försvinner lusten att prestera."* Thorsén avslutar sitt anförande efter en flammande appell om total uppslutning mot totallönen, med citat från en medlem i Svenska Läkaresällskapet, J.E. Odén: *"Vårt arbete kräver så mycket av vår frihet, att vi måste kräva frihet i vårt arbete"*.

Som ett förspel till 7-kronorsreformen är detta historiska dokument av intresse. Mer om detta längre fram i detta kapitel.

Samgåendet Svenska Kirurgförbundet och Svensk Kirurgisk Förening

De flesta kirurger tillhörde både Svensk Kirurgisk Förening och Svenska Kirurgförbundet. Frågan om deras sammanslagning väcktes i samband med ett styrelsemöte i Kirurgförbundet 21 april 1950 av Tomas Gejrot. Han ifrågasatte varför man skulle ha två föreningar. Det borde räcka med en vetenskaplig och en facklig del. Frågan diskuterades enligt protokollet men bordlades. I samma protokoll finns antecknat att Kirurgförbundet önskade medverka vid förhandlingarna om lasarettsläkartaxan, vilket också kom att ske.

Gustav Giertz har under rubriken "Sektionen för kirurgi" i Svenska Läkaresällskapets 175-års Jubileumsbok redovisat den fortsatta utveckling fram till sammanslagningen mellan de två organisationerna 1962:

År 1958 förelåg ett tillsättningsärende som skulle komma att få stor betydelse för den fortsatta utvecklingen. *"Till en överläkartjänst i kirurgi hade medicinalstyrelsen på förslag uppfört tre medicine doktorer, varav två docenter i kirurgi i ungefär 50-års åldern. Från förslaget hade en 60-årig transportsökande från odelat lasarett utslutits. Förslaget innebar ett högt värdesättande av vetenskaplig skicklighet och ett accepterande av ett visst tak för tjänsteårens antal. Den transportsökande läkaren överklagade beslutet. Han fick stöd av lasarettsläkarföreningen och även av läkarförbundet. I Kirurgförbundet däremot var man enig om att de principer som kommit till uttryck i förslaget var berättigade. Svensk Kirurgisk Förening ställde sig bakom Kirurgförbundets uttalande. Enighet i denna fråga väckte en redan tidigare närd tanke på ett samgående av förening och förbund."*

Samgåendet beslöts vid årsmöte 1962 på Sahlgrenska sjukhuset i närvaro av cirka hundra deltagare. Det gemensamma namnet blev Svensk Kirurgisk Förening och

man antog nya stadgar 1963. Styrelsen för Föreningen kom att bestå av ordförande, två sekreterare, skattmästare, redaktör, tre övriga styrelsemedlemmar och den för nästa årsmöte valda presidenten. Fördelningen av arbetet mellan de två sekreterarna bestämdes av styrelsen. Presidentens uppgift var att i samråd med styrelsen göra upp föredragningslista till årsmötet och leda detta.

Obligatoriskt medlemskap i Förbund och Sällskap

Redan 1951 hade frågan om obligatoriskt medlemskap i Svenska Läkaresällskapet för medlemmar i Kirurgföreningen väckts men något beslut hade inte fattats. Av stadgarna för Kirurgförbundet från 1949 framgår att: *"Svenska legitimerade läkare skola för att kunna bli ordinarie medlemmar av kirurgförbundet tillhöra Sveriges läkarförbund*" Här var alltså fråga om obligatoriskt medlemskap i förbundet löst.

I den sammanslagna Svensk Kirurgisk Förenings stadgar från 1963 fanns ett krav på obligatoriskt medlemskap i Läkarförbundet och i Läkaresällskapet. Av § 3 framgår att *"ledamot skall vara medlem av Svenska Läkaresällskapet för att kunna delta i beslut om frågor som avses i § 2, tredje stycket (.....avgiver utlåtanden och förslag i frågor som av Sällskapet hänskjutas till utredande och besvarande), samt av Sveriges läkarförbund för att kunna delta i beslut om frågor som avses i § 2 fjärde stycket (.....avgiver utlåtande i socialmedicinska och fackliga frågor samt eljest i frågor som av läkarförbundet hänskjutas till föreningen).*

§ 3 avslutas med: *"Ledamot, som är i Sverige leg.läk. skall vara medlem av Svenska Läkaresällskapet och om han är därtill behörig även av Sveriges läkarförbund."*

De nuvarande normalstadgarna för Svenska Läkaresällskapet (2003) ställer endast krav på obligatoriskt medlemskap för styrelsemedlem i sektion. Denne skall vara ledamot eller associerad ledamot av Sällskapet. Övriga medlemmar av en sektion behöver alltså inte vara medlemmar i Sällskapet.

För Läkarförbundet gäller inget obligatorium. I nuvarande stadgar från 2003 finns ej heller infört krav om medlemskap för den facklige sekreteraren.

Gustav Giertz, professor i urologisk kirurgi vid Karolinska sjukhuset, var ordförande i Svensk Kirurgisk Förening mellan 1965 och 1972. Han beskriver i ovan angivna jubileumsbok från 1983 de svårigheter som sammanslagningen hade givit. De dubbla uppgifterna kunde väl i stort sätt genomföras men det fanns ofta problem med att veta vem av Förbundet och Sällskapet som hade ansvar för den ena eller den andra frågan. Det var först omkring 1969 som rollfördelningen blev riktigt tydlig: *"Sällskapet och dess sektioner skall i bredast möjliga samarbete slå vakt om medicinsk forskning och medicinskt framåtskridande. I Förbundet talar man i förhandlingar om en motpart. Ordet motpart kan i det här sammanhanget ses som ett nyckelord. Vi lever i organisationsverige där systemet tvingar en yrkesgrupp att förhandla sig till sina anställningsvillkor. Så betraktas förbundet med all rätt som en fackförening. Uttalar den sig i ett allmänmedicinskt spörsmål, föreligger risk att objektiviteten betvivlas. Vad förbundet yttrar betraktas lätt som en partsinlaga".*

Totallönen och 7-kronan

Det rådande lönesystem som Gunnar Thorséns försvarade 1944, gav överläkare och biträdande överläkare inom en del specialiteter höga inkomster, medan inom andra specialiteter inkomstnivåerna var avsevärt lägre. De högsta inkomsterna hade laboratoriespecialisterna och överläkarna inom bland annat röntgen. Systemet byggde på betalning per patient och utförd åtgärd. Patienterna betalade själva hela kostnaden vid sjukbesöket och fick ett kvitto som gav rätt till återbäring med 25 procent på sjukkassan. På röntgenavdelningarna liksom på laboratorerna, fick överläkaren disponera alla patientavgifterna och han/hon hade sedan att fördela dessa inom läkarstaben. Systemet kunde vara mycket orättvist och många underläkare var starkt beroende av vederbörande överläkares goda vilja för sin försörjning. Inom kåren och särskilt inom SYLF hade, som framgick av Thorséns anförande 1944, länge missnöje funnits mot det rådande systemet. Inom Förbundet drevs nu i mitten av 60-talet krav på en förändring och samtidigt upplevde socialdemokraterna att vissa läkare hade mycket höga inkomster. Och att det förekom att samtliga intäkter inte redovisades på ett korrekt sätt.

Dåvarande socialministern Sven Aspling, med stöd av regering och riksdag och stora delar av läkarkåren, beslöt att införa totallön från och med 1 januari 1970. I beslutet ingick att en fast patientavgift på sju kronor för öppenvårdsbesök. Läkarförbundet och motparten enades om att läkarkåren inte skulle förlora några pengar på förändringen av lönesystemet. Beslutet föregicks av en sammanräkning av alla läkarkvitton i hela landet från åren 1967 och 1968. Härigenom fick man ett underlag för läkarkårens totala inkomst och samtidigt genomfördes en taxeringsrevision som för många i kåren visade på stor diskrepans mellan uppgiven och faktisk inkomst.

Alla inkomster som kåren hade deklarerat under några år, lades samman i tre "högar" – en för överläkarna, en för biträdande överläkarna och en för underläkarna. Fördelningen skulle sedan ske med hjälp av uppskattade antal timmar som respektive grupp hade arbetat. Genom att dividera totalantalet timmar med den tillgängliga potten skulle man få en rättvisande timlön som sedan skulle ge totallönen per individ. Den fastställda arbetstiden i samhället var 1970 42½ timmar per vecka. För att få reda på arbetstiden per individ gjordes vecka 42 en individuell självskattning av den faktiskt arbetade tiden. Det ligger i sakens natur att många av kollegorna i en önskan att höja sin lön, uppgav mycket höga timtal. Andra handlade i "god tro" och överskattade sin arbetstid. Som ett exempel kan nämnas en kirurg vid Södersjukhuset som uppgav 96 timmars arbetsvecka som sin normalarbetstid. Sjukhusdirektören vid SÖS svarade att han köpte 60 timmar av dem.

Bortsett från individers medvetna eller omedvetna överskattningar av arbetstiden, visade resultatet att läkarkåren hade en arbetstid som översteg den normala. Man införde då för den tid som var över 42½ timmar begreppet "Särskild arbetstid" som ersattes med samma timlön som den ordinarie.

För vissa av kårens medlemmar innebar totallönen en avsevärd inkomstsänkning och i den efterföljande förhandlingen infördes "personlig avlösning". Under

en treårsperiod skulle särskilda medel ges för att de med avsevärda inkomstreduktioner skulle ha en möjlighet att anpassa sin ekonomi.

Resultatet av sjukronan

För stora delar av kåren, främst läkarna i icke opererande specialiteter, innebar förändringen av lönesystemet avsevärt förbättrade inkomster. Läkarna i de opererande specialiteterna hade tidigare fått en stor del av sina inkomster genom polikliniska operationer, intygsskrivande och ersättning för akutfall. Genom reformen försvann största delen av dessa inkomster. Poliklinikerna hade vanligen skötts av överläkaren eller biträdande överläkarna och dessa hade uppburit ersättningarna. Nu när man inte längre fick prestationslön, fick underläkarna överta polikliniktjänstgöringarna. På en del sjukhus hade på akutmottagningarna sedan länge införts ett pottsystem där alla intäkter las i en pott och fördelades mellan samtliga klinikens läkare – till överläkaren mest, därefter till de biträdande och det som blev över fick underläkarna dela på. Fördelning hade många gånger skett oberoende av hur många jourpass vederbörande hade tagit. Intresset från de överordnades sida att delta i framjourverksamhet upphörde på de flesta kliniker den 1 januari 1970.

Den omedelbara effekten på sjukvårdsproduktion visade på en sänkning. Vid Karolinska sjukhuset uppgavs sänkningen till 40 procent. Sviterna från övergången från prestationslön till totallön lever vi fortfarande med.

Gunnar Thorséns uttalande från 1944: *"Tar man bort ersättningen per prestation, försvinner lusten att prestera"*, gäller fortfarande.

Jag deltog själv i debatterna kring vecka 42 och effekterna av allt för höga timangivelser. Vi var ett antal som försökte få kollegorna att vara smarta. Ju färre timmar som angavs desto högre skulle timlönen komma att bli vid fördelningen av den tillgängliga potten och på sikt borde det vara klokt när arbetstiden minskade. Vi hade ingen respons på dessa anmaningar. Det enda resultatet för min del var att jag hamnade i SYLF:s styrelse och i Centralstyrelsen i Läkarförbundet. Den genomsnittliga arbetstiden efter vecka 42 blev cirka 54 timmar för läkare i landet. Vid universitetsklinikerna var den i allmänhet ändå längre, cirka 58 timmar. Det fanns en diskussion i Stockholm från universitetssjukhusen att timersättningen borde vara högre för dem som arbetade på u-sjukhus. Man hade ju där multipla uppgifter: forskning, undervisning och sjukvård, medan man på vanliga kliniker bara hade sjukvård som sin uppgift. Den frågan lyckades vi som arbetade på vanliga sjukhus föra bort från dagordningen.

Missnöjet med det nya avtalet och med att alla skulle ha samma timersättning ledde till framställning om lönedifferentiering: det tycktes orimligt att exempelvis en kirurg skulle ha samma ersättning per timme som exempelvis en psykiater. Läkarförbundet tillsatte en arbetsgrupp med namnet LDG 72 (lönedifferentieringsgruppen 1972) och jag fick Svensk Kirurgisk Förenings uppdrag att driva vår sak – högre lön för kirurger än för många av de andra specialiteterna. Vi arbetade med frågan

under en oändlig rad av fruktlösa sammanträden som leddes av kemisten Carl-Bertil Laurell, professor från Malmö. Slutligen gav vi upp och någon differentiering har det inte blivit sedan dess.

Jourfrågan och arbetstidens längd

År 1970-talet kom att domineras av arbetstidsfrågor och reallönen. Det allt högre skattetrycket ledde till att mindre och mindre av den intjänade inkomsten blev kvar efter skatt. Akademikernas centralorganisation SACO, drev frågan om nettolönen, det vill säga efter skatt behållen inkomst och myntade begreppet "reallön". En ytterligare dimension infördes: livslön. Akademiska yrken med långa utbildningstider gör att inkomsterna under ett yrkesverksamt liv blir förhållandevis låga. Vid en jämförelse mellan en byggnadsarbetare, som börjar arbeta vid cirka 20 års ålder och en läkare som börjar tjäna pengar vid 27–28 års ålder, kommer inte läkaren ifatt byggnadsarbetarens intjänade lön förrän vid drygt 50 år.

Arbetstidsfrågorna dominerade debatten och främst då den särskilda arbetstiden och jourersättningen. År 1966 infördes jourkompensation med timme för timme ledighet eller ersättning i pengar.

Så länge som jourinkomsterna kompenenserade för arbetet på obekvämt arbetstid – patientavgifterna var förhöjda nattetid med 50 procent – ansågs jourkompensation som någorlunda skälig. Men efter 7-kronan och med den ökade jourtyngd som följde förbilligandet av läkarbesöken, ställdes krav på ytterligare kompensation för arbete på obekvämt arbetstid. Samtidigt ändrades den sociala strukturen i samhället genom att allt fler kvinnor började arbeta, vilket ställde krav på männen att delta i omhändertagandet av familj och barn.

År 1978 tecknades det jouravtal som i stort fortfarande gäller och som idag inte anses tillfyllest.

Arbetsgivaren har allt sedan dess velat försäkra detta avtal som har visat sig vara mycket kostsamt.

Den särskilda arbetstiden var en stötesten både för SYLF och för arbetsgivaren. De flesta av kollegorna ansåg att den var motiverad, dels för att man arbetade längre än de flesta andra arbetstagare och dels för att begreppet overtid inte var reglerat bland högre tjänstemän till vilka biträdande överläkare och överläkare hör. Många ansåg dessutom att för att utbildas till exempelvis kirurg, krävdes det långa arbetsdagar. Jag satt i panelen vid ett av Svensk Kirurgisk Förenings möten i början av 70-talet där ämnet var: "Kan man bli kirurg på 40 timmar per vecka?" Som den SYLFare jag då var menade jag att det gick. Förutsättningen var att vi planerade utbildningen för underläkarna under FV-tiden på ett bättre sätt. Min minnesbild är att jag inte fick några applåder för denna min inställning. Från SYLF:s sida drevs frågan att ersätta den särskilda arbetstiden med nya tjänster. Så kom också att successivt ske. Detta, tillsammans med jourkompensationsvikarierna, ledde till det stora behov av nya tjänster som vi fortfarande lever med.

Inflytandet i Läkaresällskapet respektive Läkarförbundet

Svensk Kirurgisk Förening är en sektion inom Svenska Läkaresällskapet och en specialitetsförening inom Läkarförbundet.

Svenska Läkaresällskapets fullmäktige *"består av ledamöter i fullmäktige och deras suppleanter valda av Sällskapets sektioner eller invalda lokala läkaresällskap och av representanter valda av associerade lokala vetenskapliga sällskap och associerade föreningar. Sektion äger utse en ledamot för varje påbörjat 250-tal ledamöter i Sällskapet vilka tillika är medlemmar av sektionen. Invalda lokala läkaresällskap äger utse en fullmäktige för varje påbörjat 500-tal ledamöter i Sällskapet, vilka tillika är medlemmar av det lokala läkaresällskapet."*

Svenska Läkaresällskapet är en "paraplyorganisation" för alla dess sektioner. Det är sektionerna som bestämmer Sällskapets politik. Sällskapets fullmäktige och av fullmäktige valda nämnd, fattar alla beslut. Remisser till Läkaresällskapet skickas ut till berörda sektioner och svaren bildar underlag för Sällskapets remissvar. Riksstämman är uppbyggd av sektionernas möten och bidrag och i Riksstämmodelegationen, där flertalet av sektionerna har representanter, beslutas innehåll och formerna för Riksstämman. Svenska Läkaresällskapets Riksstämma är beroende av sektionernas aktiva medverkan.

Sveriges Läkarförbunds fullmäktige består av yrkesföreningar, lokalföreningar, specialitetsföreningar och intresseföreningar. Fullmäktigerepresentanter finns bara för yrkesföreningarna och lokalföreningarna. För att vara med i Läkarförbundet krävs att man är medlem i en yrkesförening och en lokalförening. Det finns inga krav på specialitetsförenings-tillhörighet. Varje yrkesförening får utse ett antal fullmäktige i proportion till sin storlek. Samma förhållande råder för lokalföreningarna. Fullmäktige utser Centralstyrelse och väljer ordförande och de två vice ordförandena. I CS finns representanter för yrkesföreningarna och för lokalföreningarna.

År 2002 framfördes en motion till Läkarförbundets fullmäktige att specialitetsföreningarna också skulle få utse fullmäktige. Motionen röstades ned bland annat med motiveringen att de yngre läkarna inte var representerade i tillräcklig omfattning i specialitetsföreningarna.

I debattartikel från 2004 i Läkartidningen framför ordförandena från fem specialitetsföreningar, däribland Svensk Kirurgisk Förening, att "Kollektivanslutning i Läkarförbundet är otidsenlig – dags för förnyelse!". Deras förslag är att man skall avskaffa den obligatoriska anslutningen till en yrkesförening. Medlemskap i läkarförbundet skulle då innefatta förbundet och en lokalförening. Resten skulle vara frivilligt. Något beslut i den riktningen har inte tagits.

Frågan om inflytande i de bägge läkarorganisationerna har alltid varit aktuell. Omhändertagandet av sjuka och handikappade, forskningens villkor, undervisning och utbildning och kvalitetsfrågor har traditionellt varit Läkaresällskapets huvudfrågor. Löne- och anställningsvillkor och arbetstidsfrågor men även förändringar i samhällsstrukturen har varit läkarförbundets. Dessa tidigare tydliga gränser har suddats ut under senare år. Läkaresällskapet och läkarförbundet har tillsammans

med Landstingsförbundet och Socialstyrelsen bildat stiftelsen IPULS (Institutet för professionell utbildning av läkare) som värderar det stora kursutbud som finns för utbildning och fortbildning av läkare. Från att under vissa tider inte ha haft något samarbete, har under det senaste decenniet samarbete och samsyn präglat de bägge organisationernas inställningar. Fortfarande gäller dock det som Gustav Giertz skrev i Sällskapets 175-årsbok: *"Så betraktas förbundet med all rätt som en fackförening..... Vad förbundet yttrar uppfattas lätt som en partsinlaga."* och längre ned: *"..... Sällskapet har en helt annan uppgift än förbundet, Sällskapet och dess sektioner skall i bredast möjliga samarbete slå vakt om medicinsk forskning och medicinskt framåtskridande."*

Dessa citat belyser värdet av att ha två organisationer som genom sina olika roller för sina medlemmar kan verka i enlighet med respektive organisations syften.

Litteratur

Svenska Läkaresällskapet 150 år, Hilding Bergstrand

Svenska Läkaresällskapet 175 år, Hygiea, Acta Societatis Medicorum Suecanae. Band 92 Häfte 6 1983

Stadgar Svenska Läkaresällskapet 2003

Stadgar Sveriges läkarförbund 2003

Läkartidningen 2002;48(99):4897

Läkartidningen 2002;48(99):4898

Läkartidningen 2004;3(101):218

Läkartidningen 2004;3(101):219

Stadgar Svenska Kirurgförbundet 1949

Stadgar Svensk Kirurgisk Förening 1963

Inledningsanförande vid Svenska Kirurgförbundets årsmöte den 25/3 1944.

Frågan om totallöneprincipen. Gunnar Thorsén, Örebro

Diverse protokollsutdrag från Svensk Kirurgisk Förenings styrelse och årsmöten.

Minnesbilder från en period som facklig sekreterare i Svensk Kirurgisk Förening

FOLKE NILSSON

Det började vid nattsexan efter en vårlig disputationsmiddag i Uppsala, 1972. Den facklige giganten Bo Hjern, dåvarande sekreterare i föreningen drog in författaren av dessa rader i en fönstersmyg och det skulle visa sig, inte blott dit utan även till ett för kirurgerna turbulent sjuttital. Jag var facklig sekreterare 1973–78 och sedan styrelseledamot ytterligare några år.

Vilka ska operera svenska folket?

Denna fråga ställdes redan 1970 av Bo Hjern och Lars Räf. Samma fråga formulerades i Läkartidningen, 1973, av kirurgföreningen (Lars Thorén, Folke Nilsson) tillsammans med kirurgerna och dåvarande ledamöterna i förbundets centralstyrelse, Thomas Ihre och Ulf Lindsjö.

Socialstyrelsen hade presenterat ett läkarfördelningsprogram för åren 1973–1977 (LP 77) med bland annat budskapet att ett "överskott" på cirka 250 specialister i kirurgi – spular – skulle överföras till en prioriterad allmänläkarvård. Detta överskott utgjordes av kirurger utan fast tjänst, men med i genomsnitt 15 års erfarenhet av kirurgi i bagaget. De svarade för 25–30 procent av den kvalificerade kirurgiska vården och tillsammans med de drygt 300 kolleger med fast tjänst hade de kårens längsta arbetstider. I stället för att med hjälp av spularna bygga upp tillräckliga fasta läkarstaber vid klinikerna, ansåg Socialstyrelsen att dessa specialister skulle "utan särskilda utbildningsinsatser, förstärka allmänläkarvården". Undra på att vi var obönhörliga i vår kritik och krävde, att den rovdrift, av de fåtaliga fast anställda kirurgerna, som haft att svara för en kontinuerlig akut sjukvård dygnet runt, året runt, måste upphöra. En radikal omprövning av LP 77 var nödvändig!

Vid föreningens höstmöten, 1974 i Linköping och året därpå i Falun, ventilerades LP 77 och dess konsekvenser i paneldebatter, där representanter för Socialstyrelsen, departementet och Landstingsförbundet medverkade.

Stämningen vid dessa debatter var tidvis upprörd och auditoriet visade av och till sitt högljudda ogillande över den fortsatta eftersläpningen i tjänstetilldelningen för kirurger. Det fanns helt klar fog för kirurgföreningens ganska militanta uppträdande dessa tider. Ulf Lindsjö, med en fot i Läkarförbundets centralstyrelse och hjärtat hos kirurgerna, kunnig och stimulerande debattör, beskrev tillsammans med oss (Lars Thorén, Folke Nilsson) i Läkartidningen 1974, hur återhållsamheten i utbyggnaden av de kirurgiska läkarstaberna medfört vårdköer, konservering av otidsenliga tunga arbetsförhållanden, främst för överordnade kirurger, samt sviktande handledarkapacitet. Svårigheter att rekrytera nya läkare till den allmänna kirurgin hade redan förmärkts. Vi påpekade vilket fruktansvärt misshushållande med de samhällseliga resurserna det var att styra redan vidareutbildade kirurger till allmänläkarvård, vilket var avsikten vid den tiden!

Kirurger och allmänläkare

Den politiska satsningen på stor utbyggnad av allmänläkarvården inleddes under 70-talet. Denna expansion äventyrade vårt dokumenterade behov av flera tjänster för specialister och ökade risken för utspärning av kirurgspecialister.

Föreningen agerade för att kirurgi skall skötas av kirurger och att kirurgisk vård bedrivs i både öppen och slutenvård. "Den kirurgiska kliniken och specialiteten måste tilldelas tillräckligt antal specialister för att kunna åtaga sig sjukvårdsområdet totala öppna och slutna kirurgiska vård" hävdade Stig Bengmark och Ulf Lindsjö tillsammans med oss (L Thorén, F Nilsson) i Läkartidningen 1975 i en artikel om kirurgins framtida organisation. Utan tvekan uppfattades föreningens utspel med oblidat ögon inte bara av allmänläkare utan även av några av de egna medlemmarna.

Kanske var det föreningens tuffa agerande i kombination med de lokala huvudmännens sunda förnuft och deras vetenskap om att kirurgerna behövdes där dom var och var för få, som gjorde att den hotande utspärningen uteblev och tjänster började tillkomma.

Samverkan kirurgi och allmänläkarvård

Vi "lugnade" oss och på vårt initiativ bildades 1977 en arbetsgrupp med föreningarna för allmänmedicin och distriktsläkare. Samordnarna som vi kallades, publicerade riktlinjer för utbildning, organisation och avgränsning. Gruppen fastnade för en modell, baserad på sex månaders FV-utbildning vid länsdelsjukhus för allmänläkare och konsultbesök av kirurgspecialist på vårdcentralen. Aktstycket kunde läsas i Läkartidningen. Överenskommelsen glädde inte minst Läkarförbundet, som under flera år tvingats hysa den tidvis hätska revirstriden.

Länsdelssjukhusen

De femtiotal länsdelssjukhus som fanns på 70-talet hade oroliga år. Deras värde hade ifrågasatts av både medicinska och administrativa experter. Brist på personal hade på många håll tvingat fram en arbetstyngd som var oacceptabel. I Socialstyrelsens planer för 80-talet fanns ingen plats för dessa sjukhus, de skulle ersättas av vårdcentraler och länssjukhus. Men en sådan utveckling sågs med minst sagt blandade känslor. Många landstingspolitiker slog fast att länsdelssjukhusen inte fick rubbas. Folk ville ha sitt närsjukhus och det skulle inte några skrivbordsprodukter från Stockholm kunna ändra på! Sjukvårdshuvudmännen räknade också kallt med att länsdelssjukhusen skulle finnas kvar in på 80-talet.

Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, SPRI (saligen avsomnat 1998) publicerade 1977 en utredning, bakom vilken även stod Socialstyrelsen och flera specialistföreningar. Kirurgföreningen tog stor plats och under några år arbetade vi, Bengt Zederfeldt och jag, tillsammans med Rolf Carleson, Lennart Israelsson, Sven Kornhall och Ulf Lindsjö, stenhårt med denna utredning. Varför var då denna så viktig? Jo, den gav oss verktygen att konkret visa att våra sedan länge framförda krav på dimensionering av de kirurgiska klinikernas läkarstaber var nödvändiga för att skapa fungerande enheter och den placerade vårt utbildningsprogram – se nedan – i verklighetens fokus.

SPRI-rapporten slog fast att länsdelssjukhusen borde bibehållas som dygnet-om-öppna akutsjukhus. För att möjliggöra detta måste flera specialister i medicin, kirurgi, anesthesiologi och radiologi tillföras. Socialstyrelsen tvingades i rapporten medge att en omprövning av läkarfördelningsprogrammet måste göras och en minskad ökningstakt i allmänläkarutbildningen syntes oundviklig.

Kirurgiklinikerna på alla nivåer skulle alltså byggas med staber av specialister och kunde då tillåta beredskap och jour dygnet runt. Några år senare började detta förverkligas. Den gamla tjänsteprofilen, som kunde liknas vid en triangel, med basen nedåt, vändes upp och ned. De orimliga förhållanden som existerat, där möjligheterna till befordran och sluttjänst före uppnått ansenlig ålder, var obefintliga, började försvinna.

Allmänkirurgi – ortopedisk kirurgi

Diskussionen om avgränsningen hade pågått de senaste 25 åren. År 1973 omhändertogs de frakturkirurgiska fallen huvudsakligen vid ortopedklinikerna vid endast fem av nio regionsjukhus och vid en tredjedel av centrallasarettens. Göran Bauer var den stridbare företrädaren för ortopedkirurgerna och han bidrog starkt till att påskynda en differentiering. Den skedde inte helt utan kontroverser. Göran och hans "hårda" kirurgi var ju uppstickaren, och som sådan tvingad att kämpa med oss "mjuka" om utrymmet. För oss var det viktigt att det stora extremitetskirurgiska kunnandet, som fanns vid de allmänkirurgiska klinikerna, togs till vara, och att säkerställa att våra medlemmars meriter beaktades fullt ut vid övergång till ortopedkirurgisk klinik.

Kirurgernas utbildning

År 1977 publicerade föreningen sitt utbildningsprogram. Den dåvarande utbildningskommittén hade då arbetat i tre år. Den utbildning som föreslogs var för kirurger som skulle arbeta i självständigt ställning i en integrerad slutet och öppen kirurgisk sjukvård. SPRI-rapporten hade ju visat att relativt många färdigutbildade kirurger krävdes för dygnet-om-verksamhet och därmed blev det möjligt att profilera staberna. Vi hade så länge man kan minnas tillämpat så kallad lasarettläkarutbildning, det vill säga fortsatt utbildning efter specialistkompetens, som möjliggör verksamhet på eget ansvar. Detta framgångsrika koncept önskade vi behålla och programmet tog upp detaljerna i en sådan utbildning. Efterutbildningen, som föreningen framgångsrikt bedrivit med egna krafter i många år, lyftes fram och behovet av sådan för olika befattningshavare analyserades.

Vår utbildnings-PM togs mycket väl emot. Läkarförbundet var imponerat av det nedlagda arbetet och menade det vara ett föredöme för andra föreningar. När jag läser programmet syns det fortfarande efter 30 år användbart, inte minst i den pågående diskussionen om bakjourens kompetens och utbildningsbehov.

Den nödvändiga ökade kirurgtätheten skapade frågor, fortfarande högst aktuella, om hur den enskilda kirurgen skulle kunna få tillräcklig operativ träning och rutin. Detta var också ett begynnande internationellt problem, och då vi var tidigt ute med dessa frågor, väcktes nyfikenheten på flera håll. Jag var bland annat i England och USA på inbjudan, för att belysa vår modell.

Resor i västerled

I utbildnings-PM betonades vikten av att delta i internationella kurser och kongresser. Svenska kirurger var vid den tiden föga beresta om man undantar några professorer, som "reste runt". Till mina roligaste upplevelser räknar jag de gruppresor till American College of Surgeons kliniska kongresser, som jag organiserade tillsammans med en resebyrå. På den tiden fanns inga lågprisflyg och att resa individuellt var för många äventyrligt. Flera år drog vi på höstresor till Chicago, San Francisco, Miami, Atlanta – ibland följt av en rekreationsvecka på Hawaii eller Västindien. Värdefulla kontakter upprättades med det amerikanska kirurgsamhället och därmed tillfällen till intressanta sidoaktiviteter. Från startens blygsamma tio deltagare blev vi snart ett femtiotal. Kanske ifrågasattes det kloka i att sätta så många viktiga kirurger i ett och samma flygplan, men det klarade sig. Den klinikchef, som vi tappade bort vid ett planbyte i Seattle, kom även han småningom till rätta.

Spridda tankar

Att få ta aktiv del i föreningens spännande 70-tal gav många förmåner. En sådan var att personligen lära känna del flesta av landets kirurger, många av dem vid föreningens stora begivenheter, sensommarmötena, som arrangerades av olika sjukhus.

Där fick man känna stödet för nedlagt arbete och tillfälle gavs att festa med glada kamrater.

En annan förmån var att nära få arbeta med mina två ordföranden, Lars Thorén och därefter Bengt Zederfeldt, strålande förebilder för svensk kirurgi, som också blev mina vänner. Lars, även "till vardags" på den tiden min chef i Uppsala – glad optimist, positiv till alla idéer och med en avväpnande charm i diskussioner med "fienden". Ingen uppgift, vare sig i såret eller föreningsarbetet tycktes honom för svår. Ibland kunde entusiasmen svämma över och hans agenda fick ses över gemensamt.



Bengt Zederfeldt.

Swårt var det för Lars att inte hinna allt! Bengt var oerhört noggrann, analyserande

och konstruktiv. Han njöt av listiga formuleringar i ett remissvar, men ännu mera av den kamratliga samvaron vid nattliga, strategiska överläggningar. Bengt kallades, efter sin pensionering, ånyo till de fackliga barrikaderna av läkarföreningen i Malmö och gjorde där en uppskattad insats.

Om de vetenskapliga sekreterare, som fullbordade raden av förmåner, Lars Räf och därefter Rolf Sundblad, kan bara förtäljas: härliga killar, som verkligen bidrog till att jag inte kunnat glömma föreningens 70-tal.



Lars Thorén.

Styrelsearbetet i modern tid

BOEL ENGARÅS och GÖRAN WALLIN

Svensk Kirurgisk Förenings första decennier har skildrats av bland andra Wolfram Kock och Oscar Schuberth. Under senare år har flera kolleger fått och åtagit sig att teckna föreningens historia, men arbetet har av olika skäl skjutits på framtiden. Det samlade arkivmaterialet har flyttat runt i landet. 2001 kom turen till Rune Sjødahl och oss. Drygt tjugofem flyttkartonger hämtades. I våra egna datorer kunde vi hämta ut många tusen sidor text. Arbetet visade sig vara minst sagt tidskrävande. För att få en allsidig bild av föreningens historia behövdes ändå insatser av många fler. Deras och våra ansträngningar har resulterat i den här boken. I det här kapitlet kondenseras vårt eget material för att spegla styrelsearbetet under 13-årsperioden 1989-2001. Flera av områdena skildras alltså ingående i andra kapitel i boken, men här beskrivs styrelseperspektivet. Vi försöker också beskriva en del strategiska överväganden, som styrelsen gjort. Vissa områden, som inte fått särskild uppmärksamhet på annat håll i boken, kommer att skildras mer ingående.

Varför finns Svensk Kirurgisk Förening?

Föreningens syfte är fastlagt i stadgarnas tredje paragraf. Föreningens ändamål är att främja kirurgins utveckling på ett vetenskapligt, fackligt och kollegialt sätt. Vad gör egentligen styrelsen för att främja kirurgins utveckling? Gör styrelsen någon nytta? Det verkar inte hända så mycket från dag till dag, men när vi nu sammanfattar "våra" år, har faktiskt mycket hänt.

- Kirurgveckan etablerades. Årsmötet flyttades dit och vårt engagemang i Riksstämman tonades gradvis ned
- ATLS startades
- Delföreningarna bildades
- Europeisk ackreditering påbörjades och vårt europeiska samarbete intensifierades i UEMS och European Board of Surgery

- Vårt focus på utbildningsfrågor tog allmer tid med den målstyrda specialistutbildningen
- KIRUB bildades
- Tidskriften Svensk Kirurgi blev en succé i sitt nya koncept
- Föreningen öppnade det egna kansliet
- Ekonomin stabiliserades och föreningen fick en god likviditet
- Svensk Kirurgisk Förening engagerade sig starkt i jourfrågan och förordade akutläkare

Det har verkligen varit en förmån att arbeta i styrelsen för Svensk Kirurgisk Förening (SKF). Arbetet ger en möjlighet till god insyn och kunskap om kirurgin i Sverige och en möjlighet att delta i det offentliga samtalet genom deltagande i olika arbetsgrupper, genom att läsa och besvara remisser från olika håll och genom att skriva artiklar och delta i debatter. Under den här tiden har föreningen haft fyra ordföranden. Varje ordförande hade sin egen ledarstil och gav sin "ministär" en egen inriktning, men inte hela styrelsen byts ut vid ett och samma tillfälle tryggades kontinuiteten. Föreningens ordföranden – våra galjonsfigurer – var alla fast förankrade i kirurgin. De var fortfarande aktiva i det vardagliga kirurgiska arbetet och det är vi glada över. Allt fler verksamhetschefer och andra befattningshavare som beslutar om kirurgins nu- och framtid har själva lämnat det praktiska arbetet bakom sig och har inte längre samma kontakt med de dagliga problemen.

Då Göran Wallin (GW) 1984 kom till kirurgiska kliniken. Karolinska sjukhuset som nybliven specialist frågade Björn Cedermark "Vad skall Du bli för något och hur skall Du få en tjänst? Först måste alla dessa avdelningsläkare som redan är docenter bli böl och sedan öl och så gå i pension för att det skall bli ett utrymme för dig och vid den tidpunkten om 30 år är det dags för dig att gå i pension inom fem år och dessutom kommer kirurgi då ej längre att behövas. Vi kommer att ha andra metoder att behandla cancer än med kirurgi". Det var ju en ganska dyster profetia. Det har kommit nya metoder men mängden kirurgi har ej minskat, bara ändrat karaktär. Intressant var en diskussion som hölls på Riksstämman, då Bengt Glimelius, onkolog från Uppsala, framförde åsikten att kirurgi kommer i framtiden att vara än viktigare. "Kirurgen måste kunna gå in var som helst i kroppen, ta ut vad som helst utan att åstadkomma någon som helst skada". Detta är en vision som kommer att ge oss arbetsuppgifter även i framtiden.

Hur utses styrelsen?

Antal styrelseledamöter och vissa arbetsuppgifter framgår av våra stadgar. Styrelsen väljs på årsmötet och det finns en valberedning bestående av tre personer. Valberedningens ledamöter utses för en treårsperiod, där varje år en person avgår och en ny utses. Valberedningen försöker hitta lämpliga styrelseledamöter, som tillsammans ska utgöra ett bra team och dessutom representera landets alla kirurger. Då vägs olika faktorer in för att få en balans mellan stora och små sjukhus, mellan

”akademi och praktik”, mellan landets olika delar, mellan subspecialiteter och slutligen tas hänsyn till ålder och kön.

Hur arbetar styrelsen?

Med undantag av den period, när Ulf Haglund var ordförande har styrelsen haft ett årligt internt i huvudsak ägnat åt strategiska överväganden, inskolning av nya medlemmar och övergripande planering av det kommande årets arbete. Det är förstås också en form av teambuilding och trevlig samvaro. Styrelsearbetet har ökat under åren. Mycket har kommit utifrån (möjligheten att medverka i målbeskrivningsarbetet t ex), men styrelsen har också tagit egna initiativ, som ökat arbetsbelastningen. Styrelsen har gjort det i tro att föreningens medlemmar efterfrågar och har nytta av dessa aktiviteter, till exempel fokuseringen på utbildning, kirurgvecka, kvalitetsarbete och klinisk forskning

Styrelsearbetet regleras i stor utsträckning av våra stadgar, vilka genomgått ett antal revisioner genom åren. Eftersom föreningen är en sektion i Svenska Läkaresällskapet och en specialitetsförening i Läkarförbundet skall stadgarna ratificeras av dessa båda organisationer. Ibland har vi inte riktigt gått i takt med någon av dessa. Under 90-talet samarbetade till exempel föreningen med läkemedelsföretag och sjukvårdsleverantörer av medicinska instrument, som ville bli företagsmedlemmar. Detta krävde stad



Boel Engarås.



Göran Wallin.

geändringar och ett stadgeförslag utarbetades. Vårt årsmöte röstade ja till förslaget, men Läkarförbundet sade nej. Vi levde därefter i flera år med nya stadgar som endast Läkaresällskapet hade ratificerat. År 1998 då Kirurgveckan var fast förankrad ändrades inriktningen till att ha huvudsponsorer för Kirurgveckan och begreppet företagsmedlemmar (även om det gällde samma företag) gick i graven. År 2002 genomfördes det senaste revisionsarbetet av Boel Engarås och Göran Wallin. Ambitionen var att stadgarna skulle vara övergripande och innebära mindre detaljreglering. De skall dock vara

svårare att ändra och det krävs nu beslut på två årsmöten i stället för som tidigare på ett årsmöte. Våra nu gällande stadgar är förstas beslutade av årsmötet och godkända av våra moderföreningar.

Arbetsbeskrivning enligt stadgarna

Ordföranden leder styrelsens sammanträden och upprättar i samråd med sekreterarna föredragningslistor till mötena. Ordföranden är också ansvarig utgivare för föreningens tidskrift Svensk Kirurgi och för föreningens hemsida, såvida icke styrelsen beslutar annorlunda.

Under Sven-Erik Bergentz' tid påbörjades det stora arbetet med att målstyra specialutbildningen. Sven-Erik var ganska expeditionell och ville ej belasta styrelsemötena med några längre utläggningar. Vid något av internaten tyckte han, att vi "ungdomar" kunde spara diskussionen av någon fråga till efter middagen. Efter middagen drog han sig tillbaka och lämnade oss att prata. Några timmar senare återvände han och konstaterade att klockan gick, att det var en dag nästa dag också och att det nog var dags för "ungdomarna" att gå och lägga sig.

Ulf Haglund konstaterade vid sitt tillträde, att alla styrelsens ledamöter nu var yngre än 50 år. En intensiv och rationell tid inleddes. Ulf krävde, att alla styrelseledamöter skulle redogöra för sin åsikt i viktiga frågor och stod själv för en föredömligt rak samtalston. Omvandlingen av Svensk Kirurgi påbörjades och kontakterna med American College of Surgeons ang ATLS påbörjades och genomfördes. Sista året sade Ulf, att han avsåg att upprätthålla full aktivitet ända in i mål och det gjorde han.

Bertil Hamberger tillträdde som ordförande 1996 med målsättningen att vi skulle arbeta med strukturfrågor, framförallt jourarbetet, kvalitét,



Bertil Hamberger.

utbildningsfrågor (klaras t ex alla sjukhus av att utbilda kirurger?) och varje styrelsemedlem skulle ha ett eget ansvarsområde.

En bra målsättning för oss kirurger uttryckte Rune Sjö Dahl på följande sätt: Det unika med oss kirurger är att vi kan operera. Många politiker, administratörer och icke-opererande kollegor har missförstått detta och tror att en kirurg bör operera under hela sin arbetsvecka. Men en kirurg är ingen operationsrobot utan har en mängd andra uppgifter, som inte kan överlätas på andra.

Sekreterarna kallar till styrelsemöten, årsmöten, upprättar protokoll och har, med hjälp av SKF:s kansli, det övergripande ansvaret för styrelsemöten och lokalfrågor.

De sammanställer den stora mängden information som når SKF. Sekreterarna beskriver fortlöpande arbetet i styrelsen med referat och artiklar till hemsidan och Svensk Kirurgi.

Vetenskaplige sekreteraren är också ordförande i programkommittén. Sekreteraren har vid hittills genomförda Kirurgveckor varit engagerad under hela förberedelsarbetet, aktivt samarbetet med den lokala organisationskommittén, varit dess bollplank och har haft direktkontakt med respektive kongressarrangör. Den vetenskaplige sekreteraren har kontinuerlig kontakt med delföreningarna och koordinerar även delvis delföreningarnas aktiviteter sinsemellan.

Under vår tid i styrelsen var den vetenskaplige sekreteraren SKF:s huvudsaklige kontaktman till Nordisk Kirurgisk Förening och deltog aktivt i organisationskommittén för kongresserna.

Facklige sekreteraren är också ledamot i utbildningskommittén. Mycket kompetenta personer utanför styrelserna har varit starkt engagerade i utbildningskommittén (Jon Ahlberg, Joar Svanvik och Bengt Jeppsson för att nämna några). Jon ansvarade bland annat för våra första skrivningar för kompetensbeviset. Facklige sekreteraren har varit engagerad i arbetet med kirurgutbildningen, målbeskrivningen och SPUR. Fortbildning, lönefrågor och arbetsmiljö är också viktiga arbetsuppgifter. Vi gjorde dock på grund av stor arbetsbelastning ett strategiskt val att den facklige sekreteraren och styrelsen som helhet arbetade mindre med löne- och befodringsfrågor. Vi var medvetna om att kirurger förlorade i livslön på grund av att vi sent uppnår överläkarbefattning. Styrelsen hade dock den klara uppfattningen att kirurgiskt arbete med avancerade operationer, tung jourbörda oftast högt upp i åldern och operationsdagar som inte går att reglera med fastställd lunchtid och avslutad arbetsdag borde medföra att kirurger skall ha adekvat och förbättrad ekonomisk ersättning.

Skattmästaren svarar för medlemsförteckningen, ansvarar för och redovisar årsavgifterna, sköter föreningens ekonomi och utbetalningar i enlighet med föreningens och styrelsens beslut. Räkenskaperna skall i god tid överlämnas till revisorerna för granskning, så att de i sin tur kan lämna en skriftlig berättelse till årsmötet. Skattmästaren har ett arbete som övergått från att vara närmast av veckopengsdignitet till att nu vara huvudansvarig för en rörelse som omsätter flera miljoner. Detta kommer framöver att kräva mycket stora ekonomiska kunskaper hos kassören, vilket få av



Rune Sjö Dahl. Foto: Fotograferna US Linköping.

oss har. Till stor lycka för SKF har vi de senaste sex åren haft Bengt Ekelund som kassör och han är som klippt och skuren för dessa uppgifter.

Redaktören ansvarar för tidskriften Svensk Kirurgi i enlighet med föreningens stadgar, och blir därmed föreningens ansikte ut mot medlemmarna. Redaktören har stort inflytande på debatten inom kirurgin och tidningen genererar dessutom en stor del av föreningens inkomster genom sina annonser.

Yngreledamoten i SKF:s styrelse skall vara ST-läkare vid tillträdet, ledamot i Kirub, i Utbildningskommittén och kontaktperson till SYLF.

De två övriga ledamöterna i styrelsen har inte stadgereglerade ansvarsområden.

Remisser

SKF behandlade under vår styrelsetid årligen cirka 50 remisser och huvuddelen av dessa handlades av sekreterarna i samråd med övriga styrelsemedlemmar eller i vissa fall med kolleger utanför styrelsen med specialkunskap i "remissämnet". Remisserna krävde mycket tid. Många av remisserna var statliga utredningar, redovisade i bokform med ett språk, som inte alltid är lättillgängligt. Våra remissvar skickar vi i allmänhet till Svenska Läkaresällskapet och/eller Sveriges Läkarförbund.

Sällskapet och Förbundet sammanställde sedan dessa i sina respektive remissvar. Positiv återkoppling fick vi, då vi kände igen våra formuleringar. Dessa svar skickas sedan till det departement eller den myndighet som startat remissrundan och läkarorganisationernas svar vägs där samman med svar från ett antal andra intressenter. Den svenska modellen bygger som bekant på förankring.

Remisserna under "våra år" har bland annat handlat om transplantation, "god vård på lika villkor" (om statens styrning av hälso- och sjukvården), vård i livets slutskede, biobanker, lex Maria och indelning av medicinska specialiteter,

Arbetsbelastningen har alltså ökat för varje år. Det är viktigt att framtida befattningshavare i föreningen har en giltig arbetsbeskrivning och att denna är accepterad av arbetsgivaren. Här finns en konfliktsituation. Vad får man göra på sin arbetstid? Sjukvårdsproduktion? Forskning? Arbete för SKF? Det är svårt, för att inte säga omöjligt att klara detta inom 40 timmars arbetsvecka. Sannolikt kommer en ökad arbetsbelastning på personer med förtroendeuppdrag innebära att endast kliniker med ett stort antal medarbetare har möjlighet och råd att avvara arbetstid för dylikt arbete. Kliniker med få anställda skulle således ej längre kunna bidra med personer till styrelseuppdrag, om inte SKF har råd att arvoda sina tjänstemän.

Boel Engarås invaldes 1989 som yngreledamot i styrelsen och återkom därefter 1995 som facklig sekreterare. Samma år invaldes Göran Wallin i styrelsen som vetenskaplig sekreterare under åren 1996–2001 efter ett inskolningsår. Under åren vi arbetat i styrelsen har jourfrågan, utbildningen, mötesverksamheten och operationsutbildningen på något sätt alltid stått i fokus.

Då vi invaldes i styrelsen hade ingen av oss någon egentlig kunskap om vad detta arbete innebar och ej heller någon klar uppfattning om hur SKF arbetade i relation

till Läkarförbundet respektive Läkaresällskapet. Behöver läkarkåren i Sverige två olika organisationer som sina företrädare? Vår egen förening har ju (1962) lyckats förena Svenska Kirurgförbundet (en facklig organisation) och SKF. Ofta behandlar organisationerna samma remisser och vi skickar samma svar till två ställen. Sannolikt uppfattar många Läkaresällskapet som ett ganska slutet sällskap, där arbetet och resultatet därav bibehålls inom en liten inre krets. Läkarförbundet har fler medlemmar, men många kirurger har lämnat förbundet, särskilt sedan dess arbete med lönefrågor ändrade karaktär.

Medlemmarnas åsikter om Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet och SKF

Vi intresserade oss för denna fråga och frågade kirurger vilken organisation de anser arbetar för den enskilde läkaren/kirurgen. Som specialist i kirurgi betalade man 2001, 500 kr i årsavgift till SKF, 390 kr till Läkaresällskapet och närmare 3000 kr till Läkarförbundet.

Är balansen i avgifter och arbete mellan dessa tre organisationer rimlig? Många kirurger ansåg att det i huvudsak var SKF som arbetade för kirurgens bästa. På universitetssjukhus och större sjukhus i landet ansåg många att Läkaresällskapet var en för oss viktig organisation, men det övervägande antalet kirurger ansåg att i huvudsak var det Läkarförbundet som arbetade för den enskildes bästa. Detta hänger säkert samman med att lönefrågor, lönestatistik, jourfrågor, råd vid anmälningar, tillsättningar och ansökningar bedöms viktigare än att remisser och handlingar hanteras och besvaras.

Ekonomi

Föreningens ekonomi var vid 1990-talets början mycket osäker. Avgiften var oförändrad 400 kronor under många år. Ibland tvingades vi vänta på medlemsavgifterna för att kunna betala räkningarna och ofta var tillgångarna i kassan nere på 5000 kronor. Det är i huvudsak annonsintäkterna från Svensk Kirurgi och överskottet från kirurgveckan, som givit föreningen en stabil ekonomi.

Vad fick medlemmarna för sin medlemsavgift under slutet av 1990-talet? Jo,

1. Svensk Kirurgi
2. European Journal of Surgery, numera inkorporerad i British Journal of Surgery
3. Abstrakt och referat från Kirurgveckan med alla dess aktiviteter
4. Hemsidan
5. Kanal för kontakter med centrala instanser, t.ex. Socialstyrelsen.
6. Utbildningsbok och skrivning

Jämlikhet

I styrelsearbetet försökte vi balansera åsikter och förslag så att både kirurger från universitets- och övriga kliniker skulle vara representerade. Det finns alltid en risk

att universitetskirurgerna tar ett större utrymme i debatten. Både Boel och Göran hade ett starkt engagemang för läns- och länsdelskirurgin vilket genomsyrade vårt arbete.

Jämlikheten mellan könen diskuterades i styrelsen under åren utan att några konflikter uppstod. Ulf Haglund fastslog 1995 att i "SKF har vi inga problem med jämlikheten, eller hur?" och tittade sig omkring. Boel höll med och har senare berättat att hon aldrig upplevt sig ha blivit diskriminerad på grund av att vara kvinna. Inkeri Schultz, som under samma period var yngreledamot berättade att hon under sitt första år i styrelsen var mycket försiktig med att yttra sig utom på direkt förfrågan. Efterhand har allt fler kvinnor tillkommit inom såväl läkaryrket som kirurgin. Vi kan antagligen förvänta oss att kvinnorna i framtiden såväl inom kirurgi som inom andra specialiteter kommer att vara i majoritet.

Tidskriften Svensk Kirurgi

Tidskriften Svensk Kirurgi behandlas i ett annat kapitel men belyses även här med tanke på att under många år upptog tidningen en stor del av styrelsens tid och fokusering. År 1994 gavs tidningen ut i ett nytt koncept såsom instick i Acta Chirurgica. Under flera år var det stora problem att etablera tidningen. Både texter och annonser lyste med sin frånvaro. Tidningen utgjorde en kostnad för föreningen. Vi sökte aktivt olika lösningar och diskuterade separatutgivning av tidskriften. Gynekologerna hade redan etablerat sin tidskrift. Vi anammade deras idé med en tidskrift där annonser skulle kunna generera vinst. Tidningen har därefter blivit en succé både vad gäller innehållet och det ekonomiska utfallet. Det var Åke Andrén-Sandberg som vände Svensk Kirurgi och det ska han ha en stor eloge för. Styrelsen var i högsta grad inbegripen i arbetet, eftersom Åke arbetade på Grönland under sitt första halvår som redaktör. Han var således ej kroppsligen närvarande på våra möten. Även efter hemkomsten var Åke ibland svår att nå. Inför ett möte då vi ej fått kontakt sökte vi Åke per telefon och fick då svaret "Nej Åke är inte hemma, Jag vet ej var han är. Han kan vara var som helst och då menar jag faktiskt varsom helst i hela världen. Jag har ärligt talat ingen aning". Lars Johansen var huvudansvarig för kontakten med annonsörerna och var så framgångsrik, att styrelsen fick begränsa antalet annonssidor.

Hemsidan

Föreningens hemsida etablerades under 1996 med Thomas Hallgren som redaktör och placerades under Svenska Läkaresällskapets hemsida. Claes-Göran Björk var dess andre redaktör och han efterträddes 2002 av Håkan Olsson. Numera är vår hemsida självständig och länkad till Sällskapets och Förbundets hemsidor. Adressen till hemsidan är <www.svenskkirurgi.se>

På hemsidan finns länkar till bland annat Medline men i huvudsak finns här föreningsinformation samt möjlighet till debatt, vilken dock inte rönt något överväldigande intresse.

Ronden

Ronden, bildad av förbundet och sällskapet i samverkan, avsåg att utveckla en medicinsk nätbaserad kunskapsdatabas, en Encyklopedi. Den skulle innehålla material som täckte cirka 80 procent av patienterna och de vanligaste sjukdomarna. Vi kontaktades 2001 med förfrågan om vi ville skriva behandlings-PM för de vanligaste kirurgiska sjukdomarna. Samtliga specialitetsföreningar/sektioner ombads medverka för att garantera att innehållet blev medicinskt relevant. Efter en ingående diskussion i styrelsen och i samråd med övriga medlemmar i Kirurgrådet accepterade vi. Relativt omgående ifrågasattes Ronden av flera specialitetsföreningar, men även av enskilda kolleger. Projektet kom av sig och SKF drog sig ur fortsatt medverkan. Ronden lades så småningom ned.

Kommittéer

SKF har sedan 2001 fyra kommittéer: Programkommittén, Utbildningskommittén, Kommittén för kvalitetsfrågor inom ämnesområdet kirurgi och Kommittén för klinisk forskning. Kommittéerna ska avlasta styrelsen inom sina respektive områden och rapportera till styrelsen.

Programkommittén

Bengt Gerdin introducerade GW i uppgifterna som vetenskaplig sekreterare. Trots detta blev det genast betydligt allvarigare då GW själv hade ansvaret. De första åren bidrog David Bergqvist och Lars Lundell på ett mycket positivt sätt till kommitténs arbete. De hade stor kännedom om både personer och ämnen inom det kirurgiska verksamhetsfältet.

Programkommittén består av fyra ledamöter och minst en ska komma från länsjukvården. Efter hand adjungerades ordföranden i Kirurgveckans organisationskommitté för innevarande och kommande år automatiskt till Programkommittén. Framförallt har Programkommittén hanterat abstrakt, programpunkten "core surgery" och plenarsessioner vid Kirurgveckan och lett frågan om Kirurgveckans långsiktig utveckling.

Tidigare utgjordes arbetet i huvudsak av att ansvara för programmet vid Riksstämman, därefter att samordna programmen vid Riksstämman och Kirurgveckorna så att överlappning ej skedde. Den vetenskaplige sekreteraren har ingått i Riksstämmoderationen.

Styrelsen, Programkommittén och framförallt den vetenskaplige sekreteraren lade ned ett stort arbete inom Nordisk Kirurgisk Förening fram till den sista kongressen i Åbo 1999 och till viss del även därefter fram till den sista generalförsamlingen under Kirurgveckan 2001 i Malmö.

Vid kongressen i Tromsö 1997 hölls en plenarsession med diskussion om veckoarbetstid, operationstid/kirurg och om vem som skulle vara jour. Boel Engarås och Göran Wallin medverkade i ett symposium om hur mycket kirurger i Norden ope-

rerar och detta ledde till en artikel i Nordisk Medicin. Då SKF meddelade att vi ej skulle arrangera den följande kongressen (2001) uppkom viss oro hos de andra nordiska länderna. Vi informerade om Kirurgveckan och inbjöd dem att besöka Kirurgveckan. Lars Påhlman inflikade att de ej fick skicka abstrakts. Då vi andra påpekade att möjligen skulle American College kunna refusera alla abstrakt av svenskar så vände Lars P omedelbart på klacken och välkomnade abstrakt från våra nordiska grannar.

Mötesverksamhet 1995

År 1995 hölls det sista vårvinter- och sensommarmötet i SKF:s historia, i Göteborg respektive Falun. Mötet i Göteborg var glest besökt vilket kanske var det största diskussionsämnet. Fredag morgon fanns endast 32 åhörare i salen. Det föreföll som om kirurgerna höll andan och med spänd förväntan längtade till 1996 och Kirurgveckan. Samtliga diskussioner under detta möte togs för övrigt över av Torsten Seeman, (oavsett vilken funktion han hade).

Sensommarmötet i Falun var välbesökt och efter mötet ansökte Falun om att få arrangera Kirurgveckan 2010. Nu är det väl snart dags att besluta om 2010.

Utbildningskommittén

Utbildningskommittén, beskriven i tidigare kapitel, har haft den stora glädjen att dela ut priset till årets utbildningsklinik.

Årets utbildningsklinik

1998	Karlstad
1999	Danderyd
2000	Norrköping
2001	Skövde
2002	Hudiksvall
2003	Eskilstuna
2004	S:t Göran

Intresset för ST-utbildningen har ökat under hela vår tid i styrelsen och tillkomsten av en förening för yngre kirurger (KIRUB) kommer att förbättra ST-läkarnas ställning. Vi diskuterade utbildningens utformning och var mycket positiva till idén med program där flera sjukhus samverkar både inom ST-utbildningen och inom profikutbildningen. Styrelsen arbetade tydligt med målet att ST kontraktet borde vara utformat på nationell basis. Vi upplevde det som ett stort problem att inte alla kirurger skrivit specialistskrivningen och ansökt om föreningens kompetensbevis. Hur skulle vi stimulera till att specialistskrivningen blev en naturlig avslutning av ST. Vi föreslog att ST-läkare som erhöll kompetensbevis skulle få en löneökning med 1000 kronor i månaden. Vid sista sensommarmötet – det i Falun 1995 – sade klinikcheferna ja till detta.

Vi var också lyhörda för strömningar i andra europeiska länder och eftersträvade en harmonisering av utbildningen. Vi aktualiserade frågan om formell utbildning

även efter det att kompetensbeviset erhållits. Styrelsen var positiv till ackreditering inom till exempel övre abdominell kirurgi, kärllkirurgi, endokrin kirurgi, bröstkirurgi och kolorektal kirurgi.

Styrelsen inledde i början av 2000-talet ett långsiktigt samarbete med Royal College of Surgeons i England. SKF startade kurser i basal kirurgisk teknik med mönster från liknande kurser arrangerade av Royal College of Surgeons i England.

Kommittén för registrering av kirurgisk kvalitet

Denna kommitté kallades tidigare SKAK-gruppen. SKF:s arbetsgrupp för kvalitet – SKAK – sysslade huvudsakligen med att utforma, distribuera och bearbeta en årlig enkät. Enkäten besvarades under flera år av drygt hälften av landets klinkchefer. Den sista enkäten skickades ut 2003 och sammanställdes 2004. Tanken var att enkäten skulle kunna fungera såsom mall för klinikens verksamhetsberättelse. Genom att enkäten var rikstäckande, skulle kirurgklinikerna i landet på ett likartat sätt att kunna redovisa sin verksamhet under föregående år. Vid flera möten framfördes åsikten att vi borde ha en nationell standardiserad epikrismall för de vanligaste sjukdomarna.

På årsmötet i Jönköping 2004 rapporterades att SKAK-enkäten läggs ner. Kvalitetsredovisning kommer i framtiden att sammanställas ur olika kvalitetsregister.

Kommittén för patientnära klinisk forskning

År 2001 påtalade SKF att den patientnära, kliniska forskningen hade stora svårigheter. Att bedriva patientnära prospektiv forskning tar lång tid och slutresultatet kanske ses först efter lång tid. Molekylärbiologiska studier och djurförsök kan ofta avslutas inom samma år och har således mycket lättare att uppvisa resultat. Dessa olika typer av studier konkurrerar således ej på samma villkor. Ingemar Ihse påpekade ovanstående till SKF och bad oss fundera över hur den patientnära kliniska forskningen skulle kunna stödjas. SKF utsåg en arbetsgrupp att arbeta med frågan om klinisk, patientnära forskning. Arbetsgruppen kom efter hand att övergå i en formell kommitté med Håkan Ahlman som ordförande.

Kansli

Föreningens ökande åtaganden medförde också mer administration, som i huvudsak "drabbade" de båda sekreterarna. De fick hjälp av timavlönade sekreterare på respektive klinker. Den hjälpen var oerhört värdefull, men i längden ohållbar. Föreningens aktiviteter var så omfattande, att vi behövde ett fast ställe och inte "ha kontoret på fickan". I slutet av nittio-talet tillät vår ekonomi att vi vågade starta ett kansli och anställa en person. Det blev Barbara Dürr, som kom till oss 1999. Hennes arbetsplats – vårt kansli – blev ett rum på Svenska Läkaresällskapet. På Läkaresällskapet fanns redan gynekologernas och allmänmedicins kanslier. Båda var till stor hjälp för oss i starten. Barbara hade tidigare arbetat för SFAM (Svensk Förening för Allmän Medicin) och delade sedan sin tid mellan SFAM och oss under några månader, innan hon på heltid gick över till oss.

Detta var en trevlig situation med ett fast kansli. Vi hade förhållandevis låg hyra, kansliet låg centralt, lätt-tillgängligt och vi fick ta del av många servicefunktioner hos Läkarsällskapet. Ett ekonomiskt bidrag från stiftelsen för utgivandet av Acta Chirurgica gjorde det möjligt att utrusta kansliet med modern datautrustning och programvara. Barbara var dessutom kvar i sin miljö med invanda arbetskamrater och lokalkännedom. Allt var frid och fröjd – en kort tid. Snart annonserade Läkarsällskapet att man behövde alla föreningarnas rum för IPULS. Med andra ord – vi skulle ut. Läkarsällskapet erbjöd alla föreningarna att hyra kansliutrymme i den intill-liggande fastigheten som kallades "Bondtolvan" med anledning av att det ligger på Klara Östra Kyrkogata 12 och ägs av LRF, Lantbrukarnas Riksförbund. Kansliet flyttade till "Bondtolvan" efter en del protester från vår sida. Där ligger det kvar 2005, när denna bok skrives. Hyran har successivt blivit marknadsanpassad. Barbara har gjort ett mycket gott arbete och är nu en av föreningens viktigaste medarbetare och stöttelelare. Som medlem i SKF kan man alltid vända sig till kansliet med frågor om föreningens verksamhet.

Kansliet har successivt övertagit allt fler uppgifter

Barbara har övertagit medlemsregister och fakturering av medlemsavgifter från Sveriges Läkarförbund. När förbundet skötte detta, hade vi ej tillgång till vårt eget medlemsregister och vi fick betala en avgift för varje gång vi önskade att få ta del av registret.

Produktionen av Svensk Kirurgi har också lagts över på kansliet. Tidningen produceras sedan januari 2000 i samarbete mellan tidningens redaktör och Barbara Dürr. Med detta förfarande kan produktionskostnaden hållas nere.

Abstrakthanteringen inför Kirurgveckan handläggs från och med 2002 från SKF:s kansli som sedan i samarbete med programkommittén fördelar abstrakt till delföreningarna.

Kirurgveckan

Vid sensommarmötet i Luleå 1993 diskuterades den framtida mötesordningen och vid årsmötet 1993 behandlades en motion av Dag Arvidsson och Christer Staël von Holstein om en framtida Kirurgvecka

Vid årsmötet 1994 beslöt man att föreningen varje år skulle arrangera två vetenskapliga möten, Kirurgveckan i augusti och Riksstämman med tonvikt på specialitetsövergripande presentationer, där samverkan med andra specialiteter skulle prioriteras.

Kirurgveckan skulle arrangeras av två regionalt närbelägna läns/länsdels- och universitetskliniker. Den gemytliga karaktären på sensommarmötena skulle bibehållas.

Initialt fick programkommittén och de lokala arrangörerna ansvaret för det vetenskapliga programmet. Antalet presentationer skulle vara betydligt fler än 60 och antalet abstrakts som skulle presenteras på Riksstämman skulle diskret minskas

i motsvarande grad. När Kirurgveckan blev vår viktigaste mötesplats, minskade också antalet kirurger på Riksstämman. Vår förening var den första som etablerade en föreningsvecka, men vi hade tidigt diskussion med föreningarna för anestesi, gynekologi och ortopedi om möjligheten att samordna veckorna så att bortfallet av läkare på operationsavdelningarna skulle sammanfalla. Efter hand har flera föreningar, nu senast öronföreningen följt vårt exempel med en föreningsvecka.

Kirurgveckan – tidpunkt, innehåll och ekonomi

Kirurgveckans tidsmässiga placering diskuterades där för- och nackdelar med att välja en sen sommarvecka ventilerades liksom möjligheterna att ha veckan placerad senare under hösten. Under vecka 34 har de flesta sjukhusen fortfarande neddragen verksamhet på grund av utdragen semesterperiod. Under vecka 34 har man fortfarande möjlighet att kvällstid arrangera uteaktiviteter. Kirurgveckan har hittills ägt rum v 34 och nästan alltid välsignats med vackert väder.

Målsättningen är att plenarsessionerna skall ha allmänt intresse och att ämnesvalet skall spegla både klinik och forskning liksom centrala frågor rörande utbildning, arbetsmiljö, jourverksamhet liksom frågan om akut och elektiv kirurgi.

Man insåg tidigt den ekonomiska potentialen i Kirurgveckan och efter att årsmötet beslutat att endast sektioner (så småningom omdöpta till delföreningar) skulle få ta del av det eventuella ekonomiska överskottet blev det plötsligt bråttom för alla intresseföreningar att etablera sig och söka medlemskap såsom sektion/delförening.

Vi var direkt helt överens att ingen ersättning skulle ges till moderatorer och föredragshållare.

Varberg

Den första Kirurgveckan arrangerades 1996 i Varberg med stöd från kirurgiska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset. Jan Martinsson var ordförande i den lokala organisationskommittén.

Vid denna vecka hade vi ett brett sortiment av avgifter. Detta blev ett byråkratiskt och tungrott system och efterhand förenklades detta till full avgift för alla utom ST och pensionärer som fick halv avgift.

Kirurgveckan i Varberg var liksom många senare veckor verkligen gynnad av vädergudarna med strålende sol och bad. Under mötet presenterades 25 symposier, 15 föreläsningar, 105 föredrag / poster. En postgraduate kurs gavs i laparoskopisk kirurgi och fyra efterutbildningskurser ordnades för 115 sjuksköterskor. Omdömet om veckan var mycket positivt och mötesformen förväntades dominera mötesaktiviteten inom Svensk Kirurgi de kommande åren vilket också visat sig vara riktigt.

Västerås

Den andra Kirurgveckan hölls 1997 i Västerås med Lennart Reithner som ordförande i den lokala organisationskommittén. Vid denna vecka hölls en plenarsession – ”Opererar svenska kirurger för lite” som skapade långtgående debatt, där bland annat

ST-läkarnas operationsträning ventilerades. Under denna vecka startade också traditionen att styrelsen en kväll åt middag med ST-läkarna, på senare år Kiruberna.

Strömstad

Kirurgveckan i Strömstad 1998 hölls i stadens gymnasium. Skolstarten där hade skjutits upp en vecka för att vi skulle kunna hålla vårt möte. Bengt Frisk var ordförande i den lokala organisationskommittén. Styrelsen var detta år ansvarig för en plenarsession – "Kirurgisk vidareutbildning – ett svart hål".

Norrköping

Kirurgveckan 1999 hölls i Norrköping och Lars Andåker var ordförande i den lokala organisationskommittén. Vid mötet diskuterades bakjouren i en plenarsession. Samma program gavs två gånger för sjuksköterskor varför antalet sjuksköterskor på mötet var dubbelt så många under onsdagen då också banketten avhölls. Föreningens årsmöte hölls nu för första gången under Kirurgveckan. Mötet var mycket väl genomfört men det största bestående intrycket av veckan i Norrköping gjorde kongressväskan. Aldrig förr eller senare har en så uppskattad väska delats ut till deltagarna. Fortfarande syns denna väska på möten och i vardagslag. Man ler igenkännande när man ser väskan och tänker "Jag var också där".

Östersund

Kirurgveckan 2000 arrangerades i Östersund och Svend Borup var ordförande i den lokala organisationskommittén. Vid mötet gavs tillfälle till eftersnack med moderatorerna vid dagens slut över en öl.

Några av dessa veckor gav ett betydligt mindre ekonomiskt tillskott. Detta ledde till en ganska stor oro i föreningen och vi levde faktiskt med en påtaglig risk för ekonomisk konkurs de år då moderföreningen stod som ekonomisk garant för veckorna. Därför fattades beslutet att varje Kirurgvecka skulle budgetera för ett överskott på 500.000 kronor. Vid tidigare Kirurgveckor hade man beslutat år från år om fördelning av överskott mellan SKF, arrangerande klinik och delföreningarna. SKF:s styrelse lade nu ett förslag om framtida fast fördelning i procent och att delföreningarna från och med år 2000 skulle få samma procentuella andel av överskottet. Detta beslutades av årsmötet med följandefördelning

- 20 procent till arrangerande klinik
- 20 procent till SKF
- 9 procent till vardera delförening
- 6 procent fonderas för framtida Kirurgveckor

Malmö – Lund

Kirurgveckan 2001 i Malmö/Lund lanserades som "ett hett evenemang". Göran Ekelund och Jan Hedenbro var ansvariga. Under denna vecka höll vi en gemensam plenarsession med kirurgsekreterarna om DRG. SKF:s styrelse var ansvarig för plenarsessionen – Hur löser vi jourfrågan?. Där diskuterade vi "Måste kirurgerna

vara jour?”, innehållet i jourarbetet, hur stor del får jourarbetet ta av den totala arbetstiden – och inte minst den ekonomiska ersättningen.

Under detta möte arrangerades också ett mycket uppskattat symposium kallat "DET BÄSTA" där alla delföreningarna skulle presentera det bästa som hänt inom respektive ämnesområde under de senaste fem åren. Åhörarna fick med hjälp av mentometrar utse den bästa presentationen och det blev kärkirurgi som fick de flesta rösterna med ett föredrag om stentbehandling av aortaaneurysm. Vid mötet presenterades 215 föredrag eller posters, tolv symposier eller plenarsessioner och 14 gästföreläsningar. Under veckan arrangerades den första Bengt Ihre-föreläsningen.

Man valde i Malmö/Lund att ha två sociala aktiviteter, som enligt jämlikhetsprincipen förlades i Malmö respektive i Lund.

Glädjande många hade valt att delta, över 1650 personer varav drygt 800 kirurger och 207 av landets 302 ST-läkare i kirurgi. Detta måste anses vara ett gott betyg och vi hade således nått målet att Kirurgveckan skall ha en ST-profil. ST-luncherna blev också överfulla, inte minst därför att också många specialister valde att komma och lyssna.

I Malmö/Lund gavs under söndagen före Kirurgveckan en kurs i basal forskningsmetodik med Lars Holmberg som kursledare. Målsättningen var att denna kurs skulle permanentas i anslutning till Kirurgveckan.

År 2001 var Kirurgveckan så pass etablerad att ytterligare utskick med per post inte längre behövdes. Annonsering sker på hemsidan och i Svensk Kirurgi. Kirurgveckan hade fortsatt att gå från klarhet till klarhet.

Eskilstuna

Ordförande i den lokala organisationskommittén var Per-Åke Karlqvist. Han hade viss hjälp av att Svensk Ortopedkirurgisk Förening hade haft sitt årsmöte ett år tidigare i samma lokaler (Mälardalens högskola). Vid Kirurgveckan i Eskilstuna ansvarade styrelsen för ett mycket uppskattad plenarsession – "Anmäld kirurg-hot och möjligheter" I denna plenarsessionen diskuterades om det var möjligt och önskvärt att ett repressivt rapporteringssystem kunde bytes mot ett öppet system för registrering av risker inom sjukvården. Vi jämförde hur man gör inom andra säkerhetskritiska samhällsfunktioner såsom flygvapnet och kärnkraftsindustrin.

Lex Maria diskuterades med frågan att anmäla eller ej. Två förkongresser arrangerades; Kiruberna, ST-läkarna i Eskilstuna/Huddinge anordnade tillsammans med Mälardalens högskola i Eskilstuna och KI en förkongress om ledarskap. Övre Abdominell Kirurgi anordnade en kurs i bakjournskompetens inom det egna ämnesrådet.

Karlstad

Kirurgveckan i Karlstad 2003. Tobias Kjellberg var ordförande i den lokala organisationskommittén. Man kommer naturligtvis mest av allt att komma ihåg denna vecka på grund av James Bonds entré. GW satt i publiken tillsammans med Jeff Moley, inbjuden kirurg från St Louis, USA då Jeff petade GW i sidan och berättade att han

såg Roger Moore. Nej det måste vara en utklädd skådespelare påstod GW men vi blev snart varse att detta var på "riktigt".

Diskussion

Många frågor har väckts och givit upphov till debatt och ibland starka känslor. Vad skall presenteras?

Kärlkirurgiska föreningen meddelade initialt att man hade som policy att lämna kliniska arbeten till Kirurgveckan och experimentella arbeten till andra möten. SKF ville naturligtvis helst att kärlkirurgerna även skulle lämna sina experimentella arbeten till Kirurgveckan och föreslog att alla svenska arbeten skulle presenteras en gång i Sverige och en gång internationellt. Arbeten producerade i Sverige med hjälp av svenska anslag borde av moraliska skäl också minst en gång presenteras i Sverige. Svenska läkare skall ej behöva åka till USA för att höra vilka resultat som uppnås av våra svenska kolleger.

Laparoskopiföreningens verksamhet under Kirurgveckan har varit omdiskuterad.

År 2000 och 2001 diskuterades en uppskjuten motion från årsmötet 2000 av Lars Pählman, Svensk Förening för Kolorektalkirurgi, där man föreslog att Laparoskopiföreningens tid under Kirurgveckan skulle begränsas eller införlivas i de andra del-föreningarnas program. Göran W redogjorde för styrelsens åsikt att inventeringen av de tidigare fem genomförda Kirurgveckorna visat, att Föreningen för Övre Abdominell Kirurgi och Svensk Förening för Kolorektalkirurgi hade haft ett större antal presentationer än de övriga föreningarna. Laparoskopiföreningen specifikt hade haft ett bra och uppskattat program med många åhörare och samtidigt mycket aktivt utformat program för ST-läkare, vilket styrelsen tacksamt hade noterat. Laparoskopiföreningen gjorde också en betydande ST-satsning och arrangerade 2001 den första ST-kongressen i Malmö. KIRUB övertog från och med 2003 ansvaret för ST-kongressen.

På förslag av styrelsen beslöts att Laparoskopiföreningen, Svensk Förening för Bröstkirurgi, Svensk Förening för Endokrinkirurgi, Svensk Förening för Kärlkirurgi och Traumaföreningen skulle erbjudas program under minimum två dagar för de kommande tre åren samtidigt som Föreningen för Övre Abdominell Kirurgi och Föreningen för Kolorektalkirurgi skulle erbjudas tre dagars programtid under samma tidsperiod.

Inom föreningen diskuterades också om bräckkirurgin skulle vara en egen enhet. tidigare hade bräckkirurgin oftast fått en mycket sparsamt utrymme på föreningens möten. Efter det uppsving bräckkirurgin mött med Bräckregistret och med nya metoder vad gäller både teknik och material blev bräckkirurgin ett hett ämne som flera delföreningar ville ha i sitt program, nämligen Övre Abdominell Kirurgi, Kolorektal Kirurgi och Laparoskopiföreningen. Bräckkirurgin presenteras numera inom "bukväggskirurgi".

Skulle experimentell kirurgi vara en egen enhet? Ämnet samlades senare i programpunkten "core surgery".

Vi engagerade oss också i frågan hur vi bäst skulle kunna arrangera ett trauma-program? Traumaföreningen som ej var en delförening i SKF? ATLS ? Lokalt intresserade traumakirurger? Traumaprogrammet har dock hittills oftast anordnats av kirurger från Traumaföreningen.

Dag Arvidsson och Jan Rutqvist (barnkirurgi Sthlm) väckte frågan om barnkirurgin skulle införlivas i Kirurgveckan? Så har hittills ej skett.

Sjukgymnasterna lämnade önskemål att få medverka i Kirurgveckan vilket vi avtog med samma motivering som att Vårdförbundet skulle vara en av mötesarrangörerna

Kirurgveckans lokalisation: Avsikten var att veckan skulle flytta mellan olika delar av landet och kliniker. Det fanns önskemål om att Kirurgveckan skulle få en fastare organisation med till exempel rotation endast mellan Malmö, Göteborg och Stockholm liksom att en fast kongressarrangör skulle anlitas. Det visade sig emellertid att ett stort antal platser i landet har befintliga kongresslokaler, industrilokaler, idrottsarenor som med relativt måttliga medel kan förvandlas till fungerande kongresslokaler. Efterhand har veckan vuxit och idag är det inte längre möjligt att arrangera veckan på mindre orter eller lokaler. De lokala arrangörerna hade i många fall redan etablerade kontakter med lokala arrangörer som man önskade utnyttja och det hade många fördelar. Efter hand som veckan vuxit blev det allt tydligare att man behöver en fastare administration. SKF har därför slutit ett avtal med TRAVEKO/Arnold Persson som fast kongressarrangör. Arnold Persson har varit kongressarrangör för Svensk Ortopedisk Förening i många år och dessutom arrangör av Kirurgveckan i Karlstad.

Sköterskerepresentationen under Kirurgveckan

SKF fastslog tidigt att det skall finnas ett sjuksköterskeprogram på Kirurgveckan men utformningen och omfattningen har varit en het diskussionsfråga. Programmet skulle anordnas av den lokala organisationskommittén och sköterskor på de egna klinikerna och programmet kan variera i längd beroende på lokala förutsättningar. SKF har ansett att det är viktigt att vi stöttar sjuksköterskor med intresse och engagemang för den kirurgiska sjukvården, operationssköterskor, koordinatörer, stomiterapeuter och sköterskor på kirurgiska vårdavdelningar. Vid varje Kirurgvecka bör i sjuksköterskeprogrammet finnas en programpunkt som riktar sig mot operations-sjuksköterskor.

Under Kirurgveckan anordnas en sekreterardag av den lokala organisationskommittén och sekreterare på det lokala sjukhuset.

Jönköping

Kirurgveckan i Jönköping 2004 leddes av Johannes Järhult som önskade att veckan skulle ha ett kulturellt och humanistiskt inslag. Detta levde Erik Secher väl upp till med sin högst personliga beskrivning av hur man cyklar sitt eget "Tour de France". En annan minnesvärd stund delade vi med Jonas Roman under hans orgelkonsert i Sofiakyrkan.

Onsdag eftermiddag har under alla Kirurgveckor varit mötesfri för golftävling, oftast Fun Run, ibland segling och tennis. Under alla år har golftävlingens vara eller inte vara under dagtid på mötet varit en bestående het potatis.

Deltagarantal vid Kirurgveckorna									
	Varberg	Västerås	Strömstad	Norrköping	Östersund	Malmö	Eskilstuna	Karlstad	Jönköping
Deltagare					1226	1650	1268	1218	1647
Läkare	520	525+	638	674	641	800	737	766	805
Varav ST				101	132	207	184	204	197
Sjuksköt	115	225	381	851	404	320	339	296	
Sekreterare				215	128	145	132	83	
Utställare		71	55	75	64	63	63	65	

Riksstämman

Under 1990-talet pågick en tidvis högljudd diskussion angående Riksstämmans lokalisation. SKF tillstyrkte på tidigt stadium (1995) att Riksstämman vartannat år skulle arrangeras i Göteborg. Detta har för SKF enbart varit positivt och den växelvisa lokalisationen till Göteborg har ej haft någon inverkan på SKF:s aktivitet under Riksstämman.

SKF har genom programkommittén förespråkat uppfattningen att presentationer vid Riksstämman skall vara av multidisciplinär karaktär, belysa de kvantitativt viktiga sjukdomarna och att symposier och minisymposier skall samarrangeras av många sektioner i Läkaresällskapet.

Vi skulle också här kunna deltaga i den aktuella sjukvårdsdebatten och kunna föra fram för oss viktiga frågor av generell karaktär såsom jourfrågan, ST-utbildningen, SK-kurserna med mera.

GW ingick 1996–2001 i Riksstämmodelagationen. Arbetet var de första åren mycket arbetskrävande. Abstrakt skulle vara bedömda och det kirurgiska programmet klart till cirka 1 september. GW tillbringade sista helgen i augusti 1996 med arbete i vackert väder på altanen. Då Bengt Gerdin fick höra detta frågade han förvånat; har du varit i tjänst under veckan och fick svaret; JA, varpå han direkt sade att veckan innan Riksstämmoprogrammet skulle lämnas in var han alltid ur tjänst för att göra programmet.

Vi får vid Kirurgveckan ett visst utrymme i media. Vid Riksstämman finns ett stort mediainteresse vilket vi önskade rikta mot bra kirurgisk verksamhet. Som exempel kan nämnas Riksstämman 2000 Då vi diskuterade " Införs nya kirurgiska metoder på lösa boliner" med Ulf Haglund som moderator.

Kirurgveckans allt större betydelse ledde till ett för Riksstämman minskat antal kirurgiska besökare. Vi poängterade tidigt att vi absolut ej ville försämra för Riksstämman och att vi önskade ha vår allmänna diskussion och den multidisciplinära diskussionen på Riksstämman. I takt med att antalet kirurger på Riksstämman minskade, yttrade en av sällskapetets höga företrädare "Det är din förbannade plikt

att se till att kirurgerna kommer till Riksstämman". Den diskussionen är alltså jämt pågående och då SKF ville flytta Oscar Schuberths högtidsföreläsning till Kirurgveckan var måttet rågat för Läkaresällskapet och man sade nej till detta med motive-ring att "Oscar Schubert var en förgrundsgestalt inom Läkaresällskapet och Riksstämman". Problemet har dock varit att högt meriterade föreläsare fått tala inför närmast en tom sal då kirurgerna har uteblivit. För att öka attraktionskraften försökte man koppla föreläsningen till ett symposium på Riksstämman. Ej heller detta lyckades att attrahera fler åhörare.

Tidigt startade diskussionen om SKF skulle fortsätta att ha ett fullt program under alla tre dagarna. Vi försökte i huvudsak attrahera kollegor från andra specialiteter, till exempel allmänmedicin, internmedicin, endokrinologi, onkologi med flera, brett upplagda symposier som till exempel ABC om bröstcancer för allmänläkare, (Riksstämman 2000), men det slog inte väl ut. Varken kirurger eller allmänläkare deltog i någon nämnvärd utsräkning. Moderatorer och paneldeltagare hade lagt ner ett stort arbete på sina inlägg och fört en mycket bra diskussion. Detta ledde bland annat till att 1998 års minisymposium om perifer ischemi sammanställdes och trycktes. Det har blivit ett uppskattat häfte som används både vid undervisning av studenter och ST-läkare. SKF anmäler nu inte några egna symposier till Riksstämman.

SKF behöll under många år en posterutställning på Riksstämman – "Kirurgiskt Forum för yngre forskare. Posterpresentation med frukostbuffé", där intentionen var att locka yngre kirurger till en informell diskussion med frukost buffé. Detta slog väl ut under några år men år 2000 kom även denna posteraktivitet att läggas ned.

Under många år angav vi i programmet för både Kirurgveckan och Riksstämman vilka programpunkter som var av speciellt intresse för ST-läkare. Vi fick dock som svar av yngre kirurger att "vi vill inte ha något baby program utan vi går på de riktiga föreläsningarna"

SKF initierade ett förändringsarbete inom Riksstämmedelegationen för att diskutera Riksstämmans framtida utseende Och vi föreslog att vi skulle arrangera symposier under Riksstämman helt och hållet i samförstånd med andra specialitetsföreningar (Onkologföreningen, Gastroenterologföreningen och Svensk Förening för Allmänmedicin) så att två, tre eller flera föreningar var huvudansvariga.

Schubert föreläsningen

Vi har haft mycket namnkunniga inbjudna föreläsare vid Schubert föreläsningen där vi kan exemplifiera detta med professor Samuel A Wells från Chicago. Under 1967/68 var han bosatt i Sverige och deltog i forskningsprojekt på Tumörbiologen, Karolinska Institutet. Detta medförde att han därefter alltid haft ett mycket gott förhållande till Sverige och svenska kirurger. Han var 1981–1998 professor och "chairman" vid kirurgiska kliniken, Washington University, St Louis. 1998 tillträdde han tjänsten som Director of American College of Surgeons. Sommaren 1999 övergick han till att vara Director för Center for Clinical Trials and Evidence-Based Medicine, American College of Surgeons. Under tio år var prof Wells editor för World Journal

of Surgery och han sitter i många editorial boards Vid Riksstämman 1999 höll han årets Schubertthöreläsning med titel " Surgery in (the beginning of) the next Millennium".

Det viktiga för oss var att utnyttja föreläsarna under flera tillfällen i samband med deras besök (mer valuta för pengarna) och Samuel Wells deltog också i ytterligare programpunkter. ST-läkare och andra intresserade kirurger hade möjlighet att fortsätta diskussionen med honom under programpunkten " Meet The Professor " där man kunde fråga honom om allt man ville veta om kirurgisk utbildning i USA, forskning i USA under ST-tjänstgöring, därefter och vilka möjligheter det finns att komma till USA för längre eller kortare period för att delta i forskning eller fortsatt klinisk utbildning.

Senare under dagen diskuterade Wells multicenterstudier med alla intresserade kirurger från alla våra sektioner och andra som önskade delta.

Utbildningsdag i Lilla Kirurgin

SKF och Föreningen för Allmänmedicin startade i samband med Riksstämman 1998 i Göteborg på försök en gemensam utbildningsdag i Lilla Kirurgin. Kursen vände sig i första hand till läkare i öppen vård. Kursen blev snabbt fulltecknad och vi arrangerade därefter under flera år en sådan kurs per år i vardera Göteborg och Stockholm. Kursprogrammet innehöll bland annat proktologi/hemorroider, incisioner och suturteknik, sår, sårvård och infektion, Praktiska gruppövningar med procto- och rectoskopi, gummiliagatur och suturteknik m.m.. Föreläsningarna hölls gemensamt av en allmänläkare och en kirurg inom varje avsnitt.

ATLS

Styrelsearbetet för vår del fick en flygande start med ATLS. Den 15–17 januari 1995 hölls på Södersjukhuset ett möte med två representanter från American College of Surgeons – Brent Krantz, North Dakota och Max Ramenofsky, New York. De presenterade ATLS-konceptet och styrelsen övertygades om att detta var en verksamhet som vi borde etablera i Sverige. Ulf Haglund hade fått klartecken från American College of Surgeons att ATLS kurser skulle kunna anordnas i Sverige med start 1996. Styrelsen sökte medel från Landstingsförbundet och Socialstyrelsen för uppstartsprocessen. Därefter skulle kurserna vara avgiftsfinansierade.

Vid det egentliga styrelsemötet 17 januari slog vi fast att ATLS skulle etableras.

Svenska läkare deltog i november 1995 i en ATLS-kurs i Columbia, South Carolina, USA och efterföljande instruktörskurs. Sverige hade därmed svenska lärare och de förband sig att vara instruktörer på minst tio kurser. Den första kursen i Sverige hölls våren 1996. I december samma år hade 135 studenter och 32 lärare i Sverige utbildats samtidigt som totalt 50 000 hade utbildats i 22 länder.

Jonas Rastad utnämndes till den förste nationelle "course director" och Tina Lindebert som "course coordinator" för ATLS i Sverige. År 2004 hade 3299 läkare deltagit i ATLS-kurser i Sverige. Styrgruppen för ATLS bestod av företrädare för

kirurgi, anestesi, ortopedi och allmänmedicin. Rastad efterträddes av Claes Juhlin 1998 och därefter Thore Wikström 2000.

De första åren hade vi cirka ett års väntelista för att komma med på kursen. Även 30 norrmän gick de första åren ATLS i Sverige. Studenterna var genomgående nöjda men ett litet undantag för själva skrivningen. Det fanns vissa språkliga klurigheter som många hade svårt att klara. Under de första tre åren var det mellan 8 procent och 24 procent av deltagarna som ej fick godkänt resultat på första skrivningen.

Kirurgrådet

Kirurgrådet är en sammanslutning av alla de elva opererande specialiteterna och anestesi. Rådet representerar därmed cirka en tredjedel av läkarkåren och våra gemensamma skrivelser har därmed fått en större tyngd. Kirurgrådet har regelbundet ett två-dagars möte i september varje år och de olika specialitetsföreningarna är värd enligt ett roterande schema. Exempel på frågor som behandlats under tiden 1995–2001 har varit utbildning, rekrytering till opererande specialiteter, jourfrågan, kvalitetsregister, IPULS, Riksstämman, ATLS och representation i förbundets fullmäktige.

Klinisk forskning

Den kliniska forskningen blev en stående fråga på kirurgrådsmötena under senare år. Vi blev ofta nedstämda. "Den akademiska världen går under och det finns ingen anledning att vara på en universitetsklinik om den inte har en universitetsprägel" var uttryck som ofta hördes. Vad kan man göra åt denna negativa trend? SKF redogjorde för planerna på en kommitté som skulle skapa intresse för och påverka utvecklingen mot mer patientnära klinisk forskning. Vi poängterade möjligheten av specialitetsövergripande handledning liksom att inbjuda handledare från länssjukhusen för att handleda ST-läkare även på universitetssjukhus.

Vår professionella roll som ledare. Ska vi driva ledarskapsfrågor? Många kliniker och enheter har ej längre läkare inom specialiteten som chefer. Vi betonade vikten av att opererande läkare tar administrativt ansvar. Ledarskapsutbildning på ST-läkarnivå bedömdes som mycket positivt.

Stipendier

Under vår tid i styrelsen inrättades priset för bästa utbildningsklinik.

Bengt Ihre-fonden ställde 2001 medel till förfogande så att en permanent Bengt Ihre föreläsning skulle inrättas under Kirurgveckan. Fonden garanterade också medel så att tre stipendier à 100.000 kr kunde utlysas för att i första hand användas till forskningsarbete på utländsk institution.

År 2001 hade SKF och delföreningarna tillsammans 23 st stipendier som oftast delades ut i samband med Kirurgveckan.

Det offentliga samtalet

Jourfrågan

Under 90-talet hade styrelsen ett starkt engagemang i jourfrågan och vid Riksstämman i Göteborg deltog Bertil Hamberger i ett symposium där SKF förde fram åsikten att kirurger inte skall vara primärjourer.

Inför år 2001 fastslogs att SKF skulle till stor del fokusera sitt arbete på jourfrågan. SKF hade vid varje Kirurgvecka haft en diskussion om jourer och ST-utbildning. Vi hade helt klart för oss att vid vissa enheter kunde ST-läkarna under sin femårs period i praktiken vara jour en tredjedel, ha jourkompensation en tredjedel och tjänstgöra i planerad klinisk verksamhet under bara en tredjedel av tiden för ST-utbildning. ST-läkare anställdes på många sjukhus för att klara jouren.

Även bakjouren diskuterades och dess framtida utformning är fortfarande ett aktuellt ämne. Långt driven subspecialisering aktualiserar behovet att diskutera bakjourskompetens. Jourfrågan belystes i Svensk Kirurgi och i ett öppet brev till läkarkåren, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet via en artikel i Läkartidningen. Vi hade i enkätform kontaktat verksamhetschefer, specialister och ST-läkare om jourfrågan. Resultaten presenterades delvis vid plenarsessionen under kirurgveckan 2001 ("Så löste vi jouren") med deltagare från länsdels-, läns- och universitetssjukhus.

Sammanfattningsvis krävde vi:

1. Inga kirurger i första linjens jour, varken specialister eller ST-läkare i kirurgi efter de första två åren.
2. Kirurgjouren ska vara sjukhusbunden och ha tre huvuduppgifter: att operera, att ta hand om inläggningsfall, samt göra kvalificerade bedömningar som kräver kirurgisk kompetens.
3. Ersättningen måste förbättras väsentligt
4. Kirurger skulle inte användas för att inventera antalet tillgängliga sjukhus-sängar. Ansvaret för adekvat tillgång på vårdplatser för patienter, som kräver inläggning, är ett övergripande sjukhusproblem som måste lösas centralt av sjukhusen.
5. För framtiden behöver vi definiera vad en bakjour måste kunna behärska och ställa krav på respektive sjukhus/landsting att de tillhandahåller kunskap för akut omhändertagande vad gäller bukkirurgi, kärllkirurgi och trauma.

Vi har aktivt deltagit i den *medicinska debatten* och särskilt förstås då det gällt kirurgin. Här är några exempel:

Narkosläkaren i Värnamo Johan Fischer påstod i ett öppet brev (DM nr 20, 15/5-01), till bland annat SKF, att kirurgerna håller på att ta slut. Fischer hävdade att Kirurgföreningen hade ett stort ansvar för minskningen av kirurger, och påstod att det fanns "krafter inom föreningen" som "ville ha allmänkirurgin begränsad till 10–15 platser i landet". Martin Björck, Lars Johansen och Rune Sjödahl gick på kirurgins

vägnar i svaromål med frågan "Vem lämnar patienterna i sticket?" och betonade att SKF inte arbetar för att det ska uppstå en brist på kirurger för att på så sätt medverka till att stänga de små sjukhusen. En inventering i maj 2001 visade att det fanns 302 ST-läkare i kirurgi som skulle bli färdiga specialister inom de närmaste fem åren. Enligt statistik från Läkarförbundet framkom att 250 kirurger skulle komma att pensioneras de närmaste fem åren. Därmed skulle tillgången på kirurger vara tillräcklig. Skulle kirurger sluta i förtid, gå över till annat yrke eller flytta utomlands kommer prognosen inte att gälla fullt ut men vi bedömde att det blir endast en marginell påverkan

Befodringsgång

Rune Sjö Dahl gav 2001 i en intervju för Dagens Medicin uttryck för den oro kirurger upplever över sen befodringsgång och lägre livslön. Det tar betydligt längre tid för kirurger att bli överläkare. Kirurgi är ett hantverk som kräver mycket träning och övning innan kirurgen kan ta eget ansvar.

- Men det får inte straffas ekonomiskt att utbildningstiden är lång, påtalade Rune Sjö Dahl.
- Livslönen för kirurgen blir betydligt lägre än för andra specialiteter. Inkomstbortfallet i början av karriären kompenseras inte av den något högre överläkarlönen. Enligt beräkningar som Överläkareföreningen gjort betyder den senare befodringsgången för kirurgen en årlig ekonomisk förlust på upp till 100 000 kronor jämfört med sina kollegor.

Avslutning

Antalet medlemmar i föreningen har ökat och vi har bildat ett antal delföreningar för att hantera den ökande kunskapsmassan. Desto viktigare blir det att värna gemenskapen i den kirurgiska familjen. Under kirurgveckan, i Svensk Kirurgi och på hemsidan har vi alla ett ansvar och en möjlighet att bidra till denna gemenskap och till ett vitalt kunskaps- och meningsutbyte. Styrelsen vill tillsammans med delföreningarna och övriga medlemmar öka förutsättningarna för detta. Att främja kirurgins utveckling innebär också att känna stolthet över vårt yrke. Gunnar Nylander – tidigare professor i kirurgi på Karolinska Sjukhuset – får avsluta med sin beskrivning av hur det är att vara kirurg:

"Är det inte en tankens och alla sinnens njutning vi sysslar med i det bästa av yrken?"

Sammansättning av styrelser

Sammanställt av
RUNE SJÖDAHL, BOEL ENGARÅS och GÖRAN WALLIN

Stockholms Kirurgförening

1905–1911

Ordförande	John Berg	Stockholm
Sekreterare	Haglund	Stockholm

1912–1913

Ordförande	John Berg	Stockholm
Sekreterare	Einar Key	Stockholm

1914–1918

Ordförande	John Berg	Stockholm
Sekreterare	Henning Waldenström	Stockholm

1919–1926

Ordförande	Jules Åkerman	Stockholm
Sekreterare	Abraham Troell	Stockholm

1927–1928

Ordförande	Einar Key	Stockholm
Sekreterare	Einar Perman	Stockholm

Svensk Kirurgisk Förening

1929–1937

Ordförande	Einar Key	Stockholm
Vice ordförande	Gustaf Petrén	Lund
Sekreterare	Einar Perman	Stockholm
Skattmästare	Claes Silverstolpe	Stockholm

1938–1943

Ordförande	Gunnar Nyström	Uppsala
Sekreterare	Einar Perman	Stockholm
Skattmästare	Claes Silverstolpe	Stockholm

1944

Ordförande	Abraham Troell	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Claes Silverstolpe	Stockholm

1945

Ordförande	Gustaf Söderlund	Stockholm
Vice ordförande	John Hellström	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Stockholm

1946

Ordförande	S von Stapelmohr	Norrköping
Vice ordförande	John Hellström	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Stockholm

1947–1948

Ordförande	John Hellström	Stockholm
Vice ordförande	Gösta Bomansson	Örebro
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Stockholm

1949

Ordförande	Gösta Bomansson	Örebro
Vice ordförande	Herbert Olivecrona	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Lund

1950

Ordförande	J P Strömbäck	Lund
Vice ordförande	Axel Odelberg	Östersund
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Lund

1951

Ordförande	Axel Odelberg	Östersund
Vice ordförande	Clarence Crafoord	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Lund

1952

Ordförande	Clarence Crafoord	Stockholm
Vice ordförande	Anders Westerborn	Göteborg
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Lund

1953

Ordförande	Anders Westerborn	Göteborg
Vice ordförande	Olle Hultén	Uppsala
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Lund

1954

Ordförande	Olle Hultén	Uppsala
Vice ordförande	Einar Perman	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Philip Sandblom	Lund

1955

Ordförande	Einar Perman	Stockholm
Vice ordförande	John Hellström	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Paul Rudström	Uppsala

1956

Ordförande	John Hellström	Stockholm
Vice ordförande	Sölve Richter	Sundsvall
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Paul Rudström	Uppsala

1957

Ordförande	Sölve Richter	Sundsvall
Vice ordförande	Ivar Palmer	Stockholm
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Paul Rudström	Uppsala

1958

Ordförande	Ivar Palmer	Stockholm
Vice ordförande	Philip Sandblom	Lund
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Paul Rudström	Uppsala

1959

Ordförande	Philip Sandblom	Lund
Vice ordförande	Einar Ljunggren	Göteborg
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Lars Risholm	Göteborg

1960

Ordförande	Einar Ljunggren	Göteborg
Vice ordförande	Stig Lindgren	Falun
Sekreterare	Oscar Schubert	Stockholm
Skattmästare	Lars Risholm	Göteborg

1961–1962

Ordförande	Stig Lindgren	Falun
Vice ordförande	Helge Wulff	Malmö
Sekreterare	Oscar Schuberth	Stockholm
Skattmästare	Lars Risholm	Göteborg

1963

President	Oscar Schubert	Stockholm
Ordförande	Helge Wulff	Malmö
Vice ordförande	Stig Lindgren	Falun
Vetenskaplig sekreterare	Sven-Rune Jonsson	Stockholm
Facklig sekreterare	Olle Westerborn	Örebro
Skattmästare	Lars Risholm	Göteborg

1964

President	Stig Lindgren	Falun
Ordförande	Helge Wulff	Malmö
Vice ordförande	Sten Meurling	Sundsvall
Vetenskaplig sekreterare	Sven-Rune Jonsson	Stockholm
Facklig sekreterare	Olle Westerborn	Örebro
Skattmästare	Lars Risholm	Göteborg

1965–1966

President	Helge Wulff	Malmö
Ordförande	Gustaf Giertz	Stockholm
Vice ordförande	Sten Meurling	Sundsvall
Vetenskaplig sekreterare	Sven-Rune Jonsson	Stockholm
Facklig sekreterare	Olle Westerborn	Örebro

1967

President	Rolf Kaijser	Karlstad
Ordförande	Gustaf Giertz	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Sven-Rune Jonsson	Stockholm
Facklig sekreterare	Göran Lundh	Lund
Skattmästare	Lars Olof Hafström	Göteborg

1968

President	Erik Moberg	Göteborg
Ordförande	Gustaf Giertz	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Sven-Rune Jonsson	Stockholm
Facklig sekreterare	Göran Lundh	Stockholm
Skattmästare	Larsolof Hafström	Göteborg

1969

President	Jack Adams-Ray	Stockholm
Ordförande	Gustaf Giertz	Stockholm
Vice ordförande	Einar Sandegård	Hässleholm
Vetenskaplig sekreterare	Sven-Rune Jonsson	Stockholm
Facklig sekreterare	Göran Lundh	Stockholm
Skattmästare	Lars Olof Hafström	Göteborg

1970

President	Philip Sandblom	Lund
Ordförande	Gustaf Giertz	Stockholm

Vice ordförande	Einar Sandegård	Hässleholm
Vetenskaplig sekreterare	Lars Räf	Stockholm
Facklig sekreterare	Bo Hjern	Stockholm
Skattmästare	Lars Olof Hafström	Göteborg

1971

President	Fredrik Koch	Kristianstad
Ordförande	Gustaf Giertz	Stockholm
Vice ordförande	Kjell Kjellgren	Norrköping
Vetenskaplig sekreterare	Lars Räf	Stockholm
Facklig sekreterare	Bo Hjern	Stockholm
Skattmästare	Lars Olof Hafström	Göteborg

1972

President	Hugo Aronsson	
Ordförande	Gustaf Giertz	Stockholm
Vice ordförande	Kjell Kjellgren	Norrköping
Vetenskaplig sekreterare	Lars Räf	Stockholm
Facklig sekreterare	Bo Hjern	Stockholm
Skattmästare	Lars Olof Hafström	Göteborg

1973

President	Gustaf Giertz	Stockholm
Ordförande	Lars Thorén	Uppsala
Vetenskaplig sekreterare	Lars Räf	Stockholm
Facklig sekreterare	Folke Nilsson	Uppsala
Skattmästare	Lars Olof Hafström	Göteborg

1974

President	Ragnar Romanus	Göteborg
Ordförande	Lars Thorén	Uppsala
Vetenskaplig sekreterare	Lars Räf	Stockholm
Facklig sekreterare	Folke Nilsson	Uppsala
Skattmästare	Krister Kullenberg	Malmö

1975

President	Paul Rudström	Linköping
Ordförande	Bengt Zederfeldt	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Rolf Sundblad	Stockholm
Facklig sekreterare	Folke Nilsson	Uppsala
Skattmästare	Krister Kullenberg	Malmö

1976

President	Sture Hedenstedt	Luleå
Ordförande	Bengt Zederfeldt	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Rolf Sundblad	Stockholm
Facklig sekreterare	Folke Nilsson	Uppsala
Skattmästare	Krister Kullenberg	Böllnäs

1977

President	Kjell Kjellgren	Norrköping
Ordförande	Bengt Zederfeldt	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Rolf Sundblad	Stockholm
Facklig sekreterare	Folke Nilsson	Uppsala
Skattmästare	Krister Kullenberg	Bollnäs

1978

President	Yngve Edlund	Göteborg
Ordförande	Bengt Zederfeldt	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Rolf Sundblad	Stockholm
Facklig sekreterare	Folke Nilsson	Uppsala
Skattmästare	Krister Kullenberg	Bollnäs

1979

President	Arne Weiber	Trelleborg
Ordförande	Bengt Zederfeldt	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Jan Gillqvist	Linköping
Facklig sekreterare	Ulf Haglund	Göteborg
Skattmästare	Krister Kullenberg	Bollnäs

1980

President	Olle Johansson	Uppsala
Ordförande	Bengt Zederfeldt	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Jan Gillqvist	Linköping
Facklig sekreterare	Ulf Haglund	Malmö
Skattmästare	Krister Kullenberg	Bollnäs

1981

President	Lars Risholm	Halmstad
Ordförande	Bengt Zederfeldt	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Göran Hellers	Stockholm
Facklig sekreterare	Ulf Haglund	Malmö
Skattmästare	Krister Kullenberg	Bollnäs

1982

President	Gunnar Nylander	Stockholm
Ordförande	Lars Räf	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Göran Hellers	Stockholm
Facklig sekreterare	Ulf Haglund	Malmö
Skattmästare	Åke Henning	Borås

1983

President	Åke Lindholm	Jönköping
Ordförande	Lars Räf	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Göran Hellers	Stockholm
Facklig sekreterare	Ulf Haglund	Malmö
Skattmästare	Åke Henning	Borås

1984

President	Carl-Axel Ekman	Borås
Ordförande	Lars Räf	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Göran Hellers	Stockholm
Facklig sekreterare	Ulf Haglund	Malmö
Skattmästare	Åke Henning	Borås

1985

President	Lars Thorén	Uppsala
Ordförande	Lars Räf	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Lars-Ove Farnebo	Stockholm
Facklig sekreterare	Robert Leth	Göteborg
Skattmästare	Åke Henning	Borås

1986

President	Hans Tillander	Kungälv
Ordförande	Sven-Erik Bergentz	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Lars-Ove Farnebo	Stockholm
Facklig sekreterare	Robert Leth	Göteborg
Skattmästare	Åke Henning	Borås

1987

Ordförande	S-E Bergentz	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Lars-Ove Farnebo	Stockholm
Facklig sekreterare	Robert Leth	Göteborg
Skattmästare	Åke Henning	Borås

1988

Ordförande	S-E Bergentz	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Lars-Ove Farnebo	Stockholm
Facklig sekreterare	Robert Leth	Göteborg
Skattmästare	Erik Svartholm	Jönköping

1989

Ordförande	S-E Bergentz	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Lars-Ove Farnebo	Stockholm
Facklig sekreterare	Bengt Hjelmqvist	Kalmar
Skattmästare	Erik Svartholm	Jönköping

1990

Ordförande	S-E Bergentz	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Bengt Gerdin	Uppsala
Facklig sekreterare	Bengt Hjelmqvist	Kalmar
Skattmästare	Erik Svartholm	Jönköping

1991

Ordförande	S-E Bergentz	Malmö
Vetenskaplig sekreterare	Bengt Gerdin	Uppsala
Facklig sekreterare	Bengt Hjelmqvist	Kalmar
Skattmästare	Erik Svartholm	Jönköping

1992–1993

Ordförande	Ulf Haglund	Uppsala
Vetenskaplig sekreterare	Bengt Gerdin	Uppsala
Facklig sekreterare	Bengt Hjelmqvist	Kalmar
Skattmästare	Erik Svartholm	Jönköping

1994

Ordförande	Ulf Haglund	Uppsala
Vetenskaplig sekreterare	Bengt Gerdin	Uppsala
Facklig sekreterare	Bengt Hjelmqvist	Kalmar
Skattmästare	K-G Janunger	Umeå

1995

Ordförande	Ulf Haglund	Uppsala
Vetenskaplig sekreterare	Bengt Gerdin	Uppsala
Facklig sekreterare	Boel Engarås	Göteborg
Skattmästare	K-G Janunger	Umeå

1996–1999

Ordförande	Bertil Hamberger	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Göran Wallin	Stockholm
Facklig sekreterare	Boel Engarås	Göteborg
Skattmästare	K-G Janunger	Umeå

2000

Ordförande	Rune Sjödahl	Linköping
Vetenskaplig sekreterare	Göran Wallin	Stockholm
Facklig sekreterare	Boel Engarås	Kristianstad
Skattmästare	Bengt Ekelund	Uddevalla

2001

Ordförande	Rune Sjödahl	Linköping
Vetenskaplig sekreterare	Göran Wallin	Stockholm
Facklig sekreterare	Lars Johansen	Skövde
Skattmästare	Bengt Ekelund	Uddevalla

2002–2003

Ordförande	Rune Sjödahl	Linköping
Vetenskaplig sekreterare	Ulf Gunnarsson	Uppsala
Facklig sekreterare	Lars Johansen	Skövde
Skattmästare	Bengt Ekelund	Uddevalla

2004

Ordförande	Jörgen Larsson	Stockholm
Vetenskaplig sekreterare	Ulf Gunnarsson	Stockholm
Facklig sekreterare	Kenth Johansson	Västervik
Skattmästare	Bengt Ekelund	Uddevalla

Redaktörer för Svensk Kirurgisk Förenings Handlingar/Tidskrift

1913–1918	Henry Waldenström	1974	LO Hafström
1919–1926	Troell	1975–1979	Bo Eklöf
1927–1930	Einar Perman	1980–1985	Jan Oscarsson
1931–1938	Herbert Olivecrona	1986–1992	Johannes Järhult
1939–1943	Oscar Schubert	1993–1996	Lars Lundell
1944–1957	Hjalmar Wijnbladh	1998	Åke Andrén-Sandberg
1958–1965	Lars Thorén	1999–2002	Martin Björck
1966–1973	Sven Dahlgren	2003–2005	Tobias Kjellberg

Hedersledamöter

ED Alaines	John Hellström	Herbert Olivecrona
Ian Aird	Johan Holst	Emil Perman
H Backer-Gröndahl	Olle Hultén	Gustaf Petré
Fritz Bauer	Sven Johansson	Charles Rob
John Berg	Einar Key	Philip Sandblom
Viking Olof Björk	S Kiergaard	Oscar Schuberth
Gösta Bomansson	AR Klossner, Åbo	Carl Semb
Clarence Crafoord	Krogius	Bill Scott
E Bovin	K Lange	Åke Senning
Brofelt	Fabian Langenskiöld	Sten von Stapelmohr
P Bull	Fritz Linder	Lars Thorén
Erling Dahl-Iversen	Stig Lindgren	Abraham Troell
Lester Dragstedt	Ludvig Lindström, Vasa	Henning Waldenström
Gustaf Ekehorn	Per-Erik Lindström	Johan Waldenström
R Faltin	Karl Lofgren	Hans Wulff
Gustaf Giertz	Francis Moore, Boston	Helge Wulff
Knut Harald Giertz	Gunnar Nyström	Rudolf Zenker
		Jules Åkerman

Acrel-medaljer

Silver: Stort och gediget arbete för svensk kirurgi.

Brons: Väsentligt arbete för svensk kirurgi, vissa inbjudna föreläsare.

Acrel-medaljen i brons delades i allmänhet ut till den som höll Einar Perman-föreläsningen som gick mellan 1961 och 1978. Liksom presidentens högtidsföreläsning hölls den i direkt anslutning till årsmötesförhandlingarna.

Silver

Jack Adams Ray
Jon Ahlberg
Nils Bacher, Gröndahl,
Bergen
Sven-Erik Bergentz
Martin Björck
Jörg Böhler
Michael de Bakey
Bo Eklöf
Boel Engarås
Lars-Ove Farnebo
Gustaf Giertz
Ulf Haglund
Bertil Hamberger
Göran Hellers
Bengt Hjelmqvist
Frits Holle
Lars Johansen
Sven Rune Jonsson
Johannes Järhult
Robert Leth
Francis Moore, Boston
Folke Nilsson
Gunnar Nyström
Jan Oscarsson

Einar Perman
Gustaf Petrén
Polska kirurgsällskapet
Lars Räf
Philip Sandblom
Oscar Schubert
Rune Sjö Dahl
Rolf Sundblad
Erik Svartholm
Lars Thorén
Göran Wallin
Dir Nils Westerdahl,
Medicinhistoriska muséet
Helge Wulff
Bengt Zederfeldt

Brons

Deutsche Gesellschaft für
Chirurgie (100-årsjubileum)
F'd Allains, Paris
Ian Arde
Henri Bismuth
Jörg Böhler
John Charnley
Osmond Clark
Michael De Bakey

Ben Eiseman, USA
Ejnar Eriksson
Ulla Giertz
John Goligher
Henry Harkins
Fritz Holle
Paul Jordan
Kirurgföreningen, Finland
Nils Kock
Richard Lillehei
Fritz Linder
Einar Ljunggren
William Longmire
Andrew Mc Kay
Francis Moore, Boston
Charles Moertel
Alan Parks
Sif Schuberth
Seymour Schwartz
Åke Senning
I S Smillie
Tyska kirurgsällskapet
Börje Uvnäs
Kauko Vainio
Rudolf Zenker

Personregister

Detta register inkluderar ej namn som upptages i författarregister, förteckning på sista sidan i kapitel 34 eller i kapitel 44.

Abbou, Claude	18	Beausang-Linder, Marianne	21
Acosta, Stefan	33	Bengmark, Stig	26, 34, 35, 38, 40, 42
Acrel af, Olof	3, 14, 19, 34, 38	Berg, John	4, 5, 6, 34, 39, 41
Adams Ray, Jack	34, 38	Berg, Åke	40
Ahlberg, Jon	43	Bergfeldt	5
Ahlman, Håkan	24, 43	Bergfenelz, Anders	24
Ahlström, Kristian	13	Bergentz, Sven-Erik	12, 28, 32, 34, 40, 43
Alexander, John	22	Bergfelt, Gösta	24
Alken, Peter	18	Berggren, Sture	12
Allgöwer, Martin	16	Bergh, Carl Axel	34
Almström, Sven	34	Bergh, Jonas	27
Alveryd, Alv	24	Bergh, Nils-Peter	26, 38
Alwall, Nils	9	Bergkvist	18
Andåker, Lars	38, 43	Bergkvist, David	12, 28, 43
Andersson, Bodil	33	Bernard, Claude	9
Andersson, Christina	8	Berndsen, Fritz	29
Andersson, Emil	22, 37	Berwald, Franz	16
Andersson, Hugo	19	Berzelius, Jacob	2
Andersson, Karl-Erik	18	Best, Charles	24
Andersson, Lennart	18, 34	Billroth, Theodor	2, 3, 20, 26, 30
Andersson, Roland	38	Bjärner, Bror	8
Andrén, Olof	38	Björck, Claes-Göran	43
Andrén-Sandberg, Åke	26, 35, 43	Biörck, Gunnar	34, 38
Andry, Nicolas	16	Björck, Martin	28, 35, 43
Antman, Karen	27	Björk, Oskar	4
Arfwidsson, Sven	34	Björk, Viking Olof	12, 22, 34, 37
Arner, Ored	7, 9	Björkman, Hilding	38
Arnesjö, Bo	39	Blalock, Alfred	22
Arturson, Gösta	21	Bobbs, J S	3
Arvidsson, Dag	29, 43	Bohm, Einar	19
Ask, Carl Jacob	34	Bohman, S O	32
Aspegren, Knut	27	Bohmansson, Gösta	9, 34, 38, 40
Aspling, Sven	41	Boija, P O	34
Azarn	9	Bonaparte, Napoleon	3
Backlund, Erik Olof	19	Bond, James	43
Bacon, Harry	25	Borelius, Jacques	3, 4, 18, 20, 34, 39
Bager, Bertil	5, 38	Borell	5
Bahr, Viktor von	16, 34	Borup, Svend	43
Balazs, Endre	37	Bowald, Staffan	28
Banting, Frederick	24	Bricker, Eugen	18
Barany, Robert	3, 12, 14	Brindley, Giles	18
Basedow, Carl von	24	Bring, Hans	34
Bassini	20	Brock, Russel	22
Batholdsson, Lennart	21	Broling, Lars	38
Bauer, Åke	9, 23	Brooke, Bryan	25
Bauer, Fritz	4, 16, 34	Broomé, Albert	34
Bauer, Gunnar	4, 9, 16, 28, 34	Bruzelius, Sommar	34
Bauer, Göran	16, 42		
Beart, Robert	25		

Brånemark, Per-Ingvar	37	Edberg, Einar	20
Bulgakov, Mikhail	38	Eddeland, Allan	38
Bunell, Sterling	17	Edler, Inge	4
Bunge	9	Edlund, Hans	18
Bäärnhjelm, Gustaf	38	Edlund, Yngve	34
Bäckdal, Magnus	17	Ehrenpreis, Theodor	12, 20
Böttiger, Lars Erik	38	Einarsson, Eibert	38
Carl XVI Gustaf	38	Einarsson, Monica	35
Carlens, Eric	14, 22, 34	Einhorn, Jercy	18
Carleson, Rolf	42	Eisenberger, Ferdinand	18
Carlstedt, Anders	38	Ek bom, Anders	27
Carrel, Alexis	5, 9	Ekehorn, Gustaf	5, 34
Carstam, Nils	12, 17, 34	Ekelund, Bengt	35, 38, 43
Castro, Ellendt Perez	18	Ekelund, Göran	1, 2, 25, 38, 43
Cattel	4	Ekeström, Stig	12, 28, 34
Cedermark, Björn	25, 43	Eklöf, Bo	28, 34, 35
Celine, Louis-Ferdinand	38	Ekman, Hans	18
Celsus	3	Ekman, Carl-Axel	34, 38, 40
Chauliac de, Guy	3	Ekman, Monica	40
Chaussy, Christian	18	Ekström, Gunnar	20
Churchill, Winston	40	Ekströmer, Carl Johan	2
Clarholm, Per	34, 38	El Zahrawi	16
Cole	4	Elf, Anna-Karin	39
Colfach, Elsa	38	Elmqvist, Rune	22, 37
Colfach, Kit	38	Elston, Christopher	27
Comte, Auguste	4	Emås, Sverre	34
Conley, John	14	Eneroth, Carl-Magnus	14
Conn, Jerome	24	Engarås, Boel	1, 2, 39, 43
Corning, Leonard	9	Engel, Arthur	34, 40
Couenaud	26	Engelbrektsson, Östen	40
Crafoord, Clarence	2, 5, 9, 12, 16, 22, 28, 34, 37, 38	Engström, Hans	14
Cronstedt, Jean	4	Engström, Torbjörn	8
Cuschieri	29	Engström, Uno	21
Cushing, Harvey	19, 34	Engzell, G	40
Dahlberg, Gunnar	40	Erasistatos	3
Dahlgren, Karl	3	Erichsen, John Eric	2
Dahlgren, Sven	26, 34, 34, 38	Ericzon, B G	32
Dam, Willy	23	Eriksson, Bo	34
Dankwardt-Lillieström, Göran	16	Eriksson, Ejnar	16, 34, 35
Dardel von	9	Eriksson, Enok	12
Darrow	9	Eriksson, Göran	21
Davy	9	Eriksson, Ingvar	28
Dehlin, Anders	38	Eriksson, N O	20
Dhunér, Karl Gustaf	9, 34	Esmark, Friedrich von	3
Dieffenbach	21	Eurén, Axel	38, 40
Dolk, Anders	38	Favaloro	22
Domagk	9	Fehrman, I	32
Donohue, John	18	Fenyö, György	38
Doyle, Conan	38	Fernström, Ingmar	18, 34
Dragstedt, Lester	4, 26, 34	Fischer, Bernard	27
Drougge, Adolf	4	Fischer, Johan	43
Dubois	29	Fitz', Reginald	3
Dunphy, JE	2	Fleming, Alexander	9
Durling, Ulf	38	Folkow, Björn	34
Dürr, Barbara	1, 2, 35, 43	Fork, Thomas	4
Dzondi	3	Forsgren, Lennart	40
		Forsheim	18

Forssell, Gösta	5	Gustavsson, Åke	34, 40
Franksson, Curt	2, 9, 12, 18, 26, 32, 34, 35, 38, 41	Haagen, Johan	3
Frencnkner, Paul	22, 34, 37	Haeger, Knut	12, 38
Friberg, Olle	9	Hafström, Lars Olof	26, 35
Friberg, Sten	16	Hagberg, Sture	12, 20
Friedrich, Paul	3	Hagert, C G	17
Fries, Göran	38	Haglund, Patrik	5
Frisk, Bengt	43	Haglund, Stig	14
Fritjofsson, Åke	18	Haglund, Ulf	12, 26, 29, 31, 35, 39, 43
Frykholm, Rangar	19	Haight, Cameron	22
Frödin, L	32	Hakelius, Lars	21
Furster	39	Hallberg, Dag	34
Fältskog, Agneta	38	Hallberg, Knut	34
Galen, Claudius	27	Hallgren, Thomas	43
Galenos	3, 37	Hallin	3
Garrelts, Bodo von	18	Halstedt, William	3, 27
Gejrot, Tomas	14, 41	Hamberger, Bertil	35, 39, 43
Gelin, Lars-Erik	9, 12, 32, 34, 38	Hamberger, Carl-Axel	14
Gerdin, Bengt	21, 43	Hambraeus, G	26
Gernandt, C E	34	Hammarskiöld, Dag	40
Gibbon, John	22	Handley	5
Giertz, Gustav	1, 12, 18, 34, 39, 41	Harris, Sten	14
Giertz, Knut Harald	4, 7, 9, 12	Harvey, William	3
Giertz, Ulla	18, 40	Hayes, Martin	14
Gillies, Harold (Sir)	21	Heald, R J (Bill)	25
Girard	20	Hedenbro, Jan	43
Glimelius, Bengt	25, 43	Hedenfelt, Sture	35
Godenius, Selma	5	Hedenstedt, Sture	26, 34, 38
Gonin, Jules	15	Hedström, Jan	5
Gordh, Thorsten	9, 23, 39	Heimann, Peter	16, 24, 38
Gordon, Emeric	19	Heinemann, Peter Paul	38
Gowan	9	Heister, Lorenz	3
Graefe, Albrecht von	15	Helin, Lars-Erik	4
Graeve, Halvor	16	Hellers, Göran	25
Graham	4	Hellman, Johanna	40
Granberg, Per-Ola	6, 16, 24, 31, 34, 40	Hellström, John	18, 24, 34, 36, 39, 40
Gregorovius, Ferdinand	21	Helmholtz, Hermann von	15
Greitz, Torgny	19	Henning, Åke	38
Grenabo, Karl-Johan	21	Henriksson, Tor	38
Griffith	9	Henriksson, Tor-Göran	21
Gross, Robert	22	Herophilos	3
Groth, Carl Erik	23	Hertz, Helmuth	4
Groth, Carl-Gustav	12, 32, 34	Hierton, Tor	12, 28, 34
Grotte, Gunnar	12, 20, 38	Hindmarsch, James	20
Grönstad, Knut Ole	38	Hippokrates	17, 27
Grönwall, Anders	9, 39	Hirsch	14
Guedel	9	Hirschowitz	4
Guillonneau, Bertrand	18	Hjelmquist, Bengt	39
Guleke	40	Hjern, Bo	38, 40, 42
Gullbring, Alf	4	Hjernestam, Gunnar	8
Gullmo, Å	30	Hjälmarks, Kelm	20
Gullstrand, Allvar	3, 15	Hogeman, Karl Erik	21, 34
Gunnarsson, R	32	Holm	5
Gunnarsson, Ulf	1, 2	Holm, Torbjörn	25
Gustav V	34	Holmberg, Jan	38
Gustav VI Adolf	34		

Holmberg, Lars	27, 43	Josefson, Arnold	5
Holmdahl, Martin H:son	9	Judet, Robert	16
Holmgren, Gunnar	12, 14, 32	Juhlin, Claes	43
Holmgren, Israel	38	Jurell, Göran	21
Holmgren, Lennart	14	Järhult, Johannes	35, 43
Holmner, Staffan	21	Järnerot, Gunnar	25
Holmström, Bo	25	Jönsson, Gösta	18, 34
Holmström, Hans	21	Kaasa, Stein	27
Homeros	3, 17	Kahlson, Georg	34
Horton, Richard	37	Kaijser, Rolf	34, 38
Howard, John M	34	Karlqvist, Per-Åke	43
Hugosson, Rune	19	Karlsson, Yngve	38
Hultén, Leif	25, 34	Karlström, Göran	16
Hultén, Olle	4, 34, 36, 40	Kehlet, Henrik	11
Hulth, Anders	16	Kellinge, G	4
Hunter John	3, 4	Kempas, Ante	38
Hybinette, Samuel	34	Kewenter, Jan	34
Häggmark, Tom	31, 34, 35	Key, Anna	5, 36
Högberg, Nils	13	Key, Axel	3, 5, 36
Höijer, Axel	7	Key, Einar	2, 5, 9, 16, 34, 36, 39
Höög, C	4	Killian, Gustav	3
Ibsen, Bjørn Aage	23	Kilner	21
Ihre, Bengt	34, 43	Kjellberg, Sven Roland	22
Ihre, Thomas	34, 38, 41, 42	Kjellberg, Tobias	1, 35, 43
Ihse, Ingemar	26, 43	Kjellgren, Arne	38
Ingelman, Björn	9, 39	Klee, Paul	37
Innocentius III	3	Koch, Fredrik	34
Isaksson, Gunnar	38	Koch, Robert	3
Isaksson, Ivar	17,21	Kocher, Theodor	3, 24
Israelsson, Lennart	42	Kock, Nils G	2, 18, 25, 34, 37
Ivancev, Krasnodor	28	Kock, Wolfram	1, 7, 10, 34, 38, 40, 43
Ivert, Torbjörn	22	Kolff, Wilhelm	9
Ivy, A C	34	Koller	9
Jacobeus, Hans Christian	4, 5, 29	Kolletschka	3
Jacobsson, Sten	21, 34	Kollgren, Israel	38
Jaeger, Eduard von	15	Kornhall, Sven	42
Jansson, Christina	35	Korsgren, O	32
Janzon, Lars	35	Köhler, Lennart	34
Jeppsson, Bengt	43	Körloff, Bengt	21
Jepson, Stig	19	Kövamees, Arvo	28
Jersild, Per Christian	38	Krantz, Brent	43
Johan III (svensk konung)	3	Kratz, Gunnar	21
Johansen, Lars	35, 43	Krause, Urban	25, 34
Johansson, Bengt	18, 21, 34	Kristoffersson, Esse	34
Johansson, Henry	34, 38	Krogius, Ali	4
Johansson, Jan-Erik	18	Kugelberg, Jan	32
Johansson, Jöns	9	Kuhn, Franz	9
Johansson, Olof	39	Kurlberg, Göran	38
Johansson, Sune	17	Kuzmak, L I	34
Johansson, Sven	2, 6, 16, 20	Laage-Hellman, Jan	14
Johnson	9	Labey, George	5
Johnson, Sven Rune	7	Laitinen, Lauri	19
Jones, Yngve	39	Landsteiner, Karl	3, 9
Jonson, Sven Rune	6, 34	Lange, Karl	34
Jonsson, Bengt	22	Langenbeck	21
Jonsson, Carl-Evert	38		
Jorpes Erik	9, 37		

Langenbuch, Carl	3	Ljunggren, Einar	5, 18, 24, 34, 38,
Larrey, Dominique Jean	3	Ljungkvist	18
Larsson, Carl	34	Lockowandt, Ulf	38
Larsson, Inger	40	Long, Crawford Williamson	3, 9
Larsson, Jörgen	1, 26, 35	Luft, Rolf	14
Larsson, Lars Gunnar	14	Lugnegård, Håkan	17
Larsson, Sven	15	Lundberg, Nils	19
Lassen, H C A	23	Lundberg, Sven	5
Latta, Thomas	9	Lundborg, Göran	17
Laurell, Carl-Bertil	41	Lundell, Lars	26, 35, 43
Laurent, Torvard	37	Lundgren, G	32
Lawson Tail, Robert	3	Lundh, Göran	34
Lawson, Robert	3	Lundmark, Rudolf	40
Lee, Peter	23	Lundquist, John	5
Leeuwenhook, van Antonie	3	Löfberg, Bo Ebbe	38
Legemate, D A	37	Löfberg, Otto	34, 38
Lehman, Jörgen	37	MacEwen William	3
Lejars	5	Malina, Jan	38
Leksell, Lars	19, 34	Malmstedt, Jonas	35
Lemaire	3	Malpighi, Marcello	3
Lennander, K G	2, 3, 4, 9, 10, 34, 39, 40	Mandl, Felix	24
Lennmalm	5	Mannhemier, Edgar	22
Lennquist, Sten	6, 31, 36	Mannerfelt, Lennart	17
Leo, Jonas	33	Marberger, Mikael	18
Leopold, (prins)	9	Martinsson, Jan	43
Leriche	5	Mathijsen, Antonius	16
Letournel, Emile	16	Mattsson, Holbus	17
Levander	5, 19	Maugham, Somerset	38
Li	18	Mayo, bröderna	3
Lichtenberg, A von	39	McIndoe	21
Lichtenstein	20	McLean	9
Liedberg, Nils	6, 34, 38, 40	McVay	20
Liedberg, Pontus	40	Mercke, Ulf	14
Liljedahl, Sten Otto	6, 9, 21, 34	Meurling, Staffan	32
Liljestrand, G	40	Meurling, Sten	26, 34, 38, 40
Lillehei, Walton	22	Meyerson, Björn	19
Lind, Tore	29	Mickolitch, Johann von	3
Lindahl, Sten	23	Milbourn, Erik	34
Lindblom, Åke	39	Mirizzi, P L	4
Lindebert, Tina	43	Moberg, Erik	12, 17
Linden van der, Willem	34	Moberger, Gunnar	14, 18
Lindfors A O	3	Moley, Jeff	43
Lindgren, Åke S	40	Mollestad, Otto	23
Lindgren, P G	4	Moniz, Antonio	19
Lindgren, Stig	34, 38	Montgomery, Agneta	29
Lindhagen	5	Moore, F D	24
Lindholmer, Björn	34	Moore, Roger	43
Lindqvist, Silas	130	Morton, William	3, 9
Lindsjö, Ulf	42	Mosesson, Erik	38
Lindskog, Bengt	38	Mossberg, Inger	21
Lindström, Erik	34	Mouret, P	29
Lindström, Göran	17	Mowlem	21
Ling, Pehr Henrik	16	Murray, Adolf	3
Linné, Carl von	3, 24	Murray, Joseph	9
Lister, Josef	3, 34	Mühe, E	29
Ljungdahl, Ingolf	20	Müller-Aspegren	40
		Månsson, Wiking	18

Mårtensson, Gunnar	14, 39
Mårtensson, Olle	38
Möllefors, Kaj	38
Mørch, Ernst Tier	23
Nachemson, Ann	17
Nakayama, Fumio	34
Nelson, Horatio, Lord	34
Nietzes	4
Nilsson, Eric	9, 20, 23, 40, 42
Nilsson, Erik	30
Nilsson, Fritiof Piraten	17
Nilsson, Lennart	14
Nitze, Max	3
Norberg, Bertil	34
Norberg, Karl-Axel	31
Nordgren, Svante	25, 35
Nordlander, Olle	9
Nordzell, Björn	21
Norgren, Lars	28
Norinder, Egon	39
Norlén, Bo-Johan	18
Norlén, Gösta	14, 19
Norlén, Lars	18
Norrman, Lars	7
Nosworthy, Michael	9
Notters, Gustav	18
Nyhus, Lloyd	20, 35
Nylander, Gunnar	34, 38
Nylén, Bengt	21
Nylin, Gustav	22
Nyström, Gunnar	4, 5, 34
O´Shanghnessy	9
Obrant, Ulla	18
Ochsner, Alton	34
Ockey, Axel	3
Odelberg, Axel	38
Odén, J	41
Okmian, Ludvig	12, 20
Olausson , Mikael	32
Olbe, Lars	26, 34, 37
Olerud, Sven	16
Olivecrona, Herbert	12, 14, 19, 34, 38
Olofsson, Jan	14
Olovsson, Thore	34
Olsson, Håkan	43
Olsson, Olle	18
Opie	34
Oscarsson, Jan	35
Paget, James	27
Pallin, Gustav	13
Palmer, Björn	21
Palmer, Ivar	16, 38
Palmlöv, Andreas	18
Palmlöv, Carin	18
Palselius, Inger	25
Pandolfi, Maurizio	15
Paracelsus	3

Paré, Ambroise	3
Pasteur, Louis	3, 37
Patey, David	27
Péan, Jules	3
Perman, Einar	20, 34, 39, 40,
Perman, Emil	12, 20, 34
Permert, Johan	26
Persson, Arnold	43
Peterson, Hans Inge	34
Petit, Jean Yves	27
Petit, Jean-Louis	27
Petrén, Gustav	4, 7, 34
Pettersson, Axel	10
Pettersson, Gustaf	20
Pettersson, Gustav	12
Pettersson, Gösta	32
Pettersson, Hans Inge	40
Pettersson, Silas	18
Picasso, Pablo	38
Pilstedt, Sture	38
Pirogoff, Nicolai	16
Plummer	24
Politzer	14
Pontén, Bengt	21
Pope, Alexander	37
Påhlman, Lars	25, 35, 43
Ragnell, Allan	9, 21
Rainsury, Dick	27
Ramel, Stig	29
Ramenofsky, Max	43
Rastad, Jonas	24, 31, 43
Redic	29
Rehn, Ludwig	3
Reithner, Lennart	43
Richter, Sölve	21, 38
Ridley	15
Rietz, Torsten	34
Risberg, Bo	12, 31
Risholm, Lars	38
Rissler, John	2, 5, 26, 34, 39
Roberg, Lars	3
Roman, Jonas	38, 43
Romanus, Mikael	38
Romanus, Ragnar	18, 24, 34, 35, 38
Rosén, Nils	3
Rosen, Samuel	14
Rosen, Sophus von	16
Rosengren, Bengt	15
Rudberg, Claes	26, 29
Rudenstam, Carl Magnus	34
Rudhe, Ulf	22
Rudström, Paul	4, 34
Rutegård, Jörgen	25
Ruthkvist, Lars Erik	27
Rutqvist, Jan	43
Rydell, Nils	37
Rydner, Lars-Håkan	38

Rydygier, Ludwig von	3	Solem, Jan-Otto	32
Räf, Lars	34, 35, 38, 39, 42	Somell, Anders	38
Röhl, Lars	34	Sonesson, Peggy	40
Röntgen, Conrad	3	Sonnenfeld, Tomas	38
Sackett, David	37	Spangen, Leif	33
Saltin, Bengt	35	Sparre, Louis	34
Samenius, Bruno	25, 34	StaStaël vonël von Holstein, Christer	26, 43
Samuelsson, Ulf	21	Stahle, Jan	14
Sandblom, Grace	34, 38	Starr, Albert	22
Sandblom, Philip	9, 12, 20, 22, 26,34, 38, 39	Starzl, Thomas	34
Sandström, Ivar	24	Steen, S	32
Santesson, Carl Gustav	2	Stenbeck, Tor	3
Sauer, C F	40	Stenberg, Gaby	34
Sauerbruch, Ernst Ferdinand	3, 39	Stenberg, Kjell	9, 23
Scheinin, Teddy	6	Stenberg, Thorsten	21, 34, 38
Scherstén, Tore	29, 32, 34, 37, 38, 39	Stenhammar, Ernst	6
Schlatter, Carl	3	Stenhammar, Wilhelm	6
Schloffler	14	Stenström, Sten	21
Schmitterlöw, Bertram	34	Sternby, Malin	33
Schreeb, Tor von	38	Stewart	5
Schuberth, Oscar	7, 9, 34, 39, 40, 43,	Stille, Albert	3
Schuberth, Sif	40	Stille, Max	3
Schwab, Bill	31	Stranch von	9
Secher, Erik	43	Strandell, Gunnar	17
Seeman, Torsten	43	Strandqvist, Magnus	5
Segeroth	35	Strindberg, August	34
Selking	4	Ström, Eva	38
Sellors, Holmes	22	Strömbeck, Jan-Olof	21
Semmelweiss, Ignaz	3	Strömbeck, Jan-Paul	9, 16, 18, 34, 39
Senning, Åke	12, 22, 32, 37	Strömberg, Nils	5
Sescher, Eric	38	Strömbland, Jan	35
Shiley, Donald	22	Studley, Hiram	9
Shouldice	20	Sundblad, Rolf	34, 42
Silfvenius, Herbert	19	Sundbom, Carl Martin	38
Simert, Göran	35	Sundell, C G	6
Simpson, James Y	3	Sunzel, Herbert	34
Sjöberg, Folke	21	Svanvik, Joar	29, 36, 43
Sjödahl, Gillian	35	Svensson, Henry	21
Sjödahl, Rune	1, 25, 33, 39, 43	Swedenborg, Jesper	28
Sjögren, Henrik	15	Sätherberg, Herman	16
Sjögren, Irene	19	Söderlund, Adolf	34
Sjökvist, Olof	19	Söderlund, Claes	35
Sjövall, Alf	13	Söderlund, Gustaf	9, 39
Skagius, Elisabet	33	Söderlund, Gustav	5, 34
Skog, Lasse	34	Söderlund, Sigrid	12, 20, 34
Skoog, Tord	21	Söderström, Minette	33
Skoog, Torsten	14	Söndergaard	22
Slack, Joan	27	Sönne, Bo	38
Smed, Kenneth	11	Tabar, Laszlo	27
Smeds, Staffan	38	Tait	3
Smith-Petersen	16	Tatum	9
Smitten, Karl von	27	Taussig, Helene	22
Snellman, Björn	25	Taylor	4
Snow, John	9, 40	Tera, Harry	34
Solders, G	32	Terner, Nils	34
		Thesleff	9
		Thomasson, Björn	12, 20

Thor, Kjell	26	Warren, John	3, 9
Thorén, Lars	4, 12, 16, 32, 34, 35, 36, 38, 39	Waters, Ralph	9
Thornton, K	3	Way, Larry W	2
Thorsén, Gunnar	40, 41	Weeses	9
Thulesius, Olav	28	Weiber, Arne	38
Thulin, Carl-Axel	19	Wells, Horace	9
Tibblin, Sten	24	Wells, Samuel A	43
Tibell, Annika	32	Wenckert, Anders	25, 34
Tigerstedt, Robert	9	Werkö, Lars	38
Tillander, Hans	34	Wersäll, Jan	14
Tillman, H	3	Westerborn, Anders	24, 34,
Tiseliuss, Hans-Göran	18	Westerborn, Olle	34, 38
Tisell, Lars Erik	24	Westergren, Alf	5
Tjechov, Anton	38	Westman, Carl	5
Tolagen, Nils	16, 34	Wetterfors, Jarl	34
Ton, Thoart	26	Wiberg, Gunnar	16
Tovi, Davout	19	Widmark	5
Troell, Abraham	34	Wiechel, Karl Ludwig	34, 38
Tscherning, Eilert	6	Wijnblad, Hjalmar	34, 40
Turpinen, Eero	23	Wikström, Lasse	10
Tu vesson, G	32	Wikström, Thore	31, 43
Tydén, G	32	Wilczek, H	32
Ubbink, D T	37	Wilhelm, Prins	38
Ullmo	20	William-Olsson, G	32
Unge, Hugo von	3	Wirel	8
Utterström, Enoch	4	Wolf	4
Vallancien, Guy	18	Wretlind, Arvid	9, 34
Veronesi, Umberto	27	Wulff, Helge B	12, 16, 17, 22, 34, 38, 39
Vesalius, Andreas	3, 27	Wåhlin, Åke	9
Victoria, drottning av England	9	Zander, J Gustaf	16
Vihke-Patil, Eva	33	Zedenius, Jan	38
Virag, Roland	18	Zederfeldt, Bengt	34, 35, 39, 42
Virchow	3	Zeis, Eduard	21
Volkmann, Richard von	3	Zetterqvist, Jörgen	28
Wada, Juro	22	Åberg, Magnus	21
Wadström, J	32	Åberg, Torkel	22
Wahlberg, Eric	28	Åkerlund, Åke	5
Wahren, Herman	34	Åkerlund, Erik	34
Waldenström, Anton Johan	39	Åkerman, Nils	16
Waldenström, Henning	34	Åkerström, Göran	24
Waldenström, Jan	34	Åkesson, Jonas	34
Waldenström, Johan	34	Åstradsson, P A	22
Waldenström, John	40	Änggård, Anders	14
Wallensten, Sten	26, 34	Öhnell	5
Waller, Kicki	27	Öhngren, George	14
Wallin, Göran	1, 2, 10, 43	Önne, Lars	17
Wallon, Conny	33	Österman, Emil	3, 15
Wang	18	Östrup, Leif	21