

Kirurgiundervisningen på KS



*Torgny Svenberg professor
emeritus i kirurgi
Studierektor för
kirurgkursen 1993-2005*

De första kirurgkurserna på KS

Fram till KS' öppnande 1940 delades studenterna i kirurgi upp på två sjukhus, Serafimerlasarettet och Maria Sjukhus, därefter på KS och Serafimerlasarettet. Kursen i kirurgi var 6 månader lång, vilket först på 50-talet ändrades till 5 månader. I de fåtal referenser jag kunnat finna omtalas att undervisningen i kirurgi mest avsåg tjänstgöring på vårdavdelningar, med fokus på journalskrivning och föreläsningar i olika ämnen av professorn och andra överläkare.

Om kirurgkursen på KS höstterminen 1964 anges t ex att:

”Professor J Adams-Ray och biträdande överläkarna docenterna O. Arner, T. Ekström och S.O. Liljedahl meddela under tiden 1 augusti-31 december klinisk och poliklinisk undervisning. Docent O. Arner giver under översikt kurs i kirurgi å tider som senare anges. Docent T. Ekström giver kurs i allmän sjukvårdsteknik, docent G. Giertz meddelar undervisning i urologi, docent A. Regnell i plastikkirurgi och professor T Gordh meddelar undervisning i kirurgisk anesthesi och giver kurs i anesthesiologi”.

Läkarutbildningen förändras

Under 60-talet reformeras läkarutbildningen i Sverige med den så kallade U68-utredningen som bland annat fastställde att

- ett läsår består av 40 veckor
- läkarutbildningen omfattar 220 poäng och avslutas med läkarexamen
- därefter 9 månaders allmäntjänstgöring
- förändrat antagningssystem

Det förändrade antagningssystemet innebar att statsmakten ville bredda möjligheten till akademiska studier. För läkarutbildningarna innebar dessa nya regler att medelåldern för de som påbörjade läkarutbildningen steg kraftigt. 1976 var 62% av studenterna under 21 år medan året efter endast 15%. Under de kommande decennierna minskade dock antalet äldre studenter avsevärt.

Gradvis har antalet studenter som tagits in på KI:s läkarutbildning ökat genom åren. Från att ha varit c:a 50 per år på 40-talet tar man i våra dagar in omkring 300 studenter årligen. För att möta detta utökade utbildningsbehov infördes klinisk undervisning på Danderyds sjukhus och Södersjukhuset på 80-talet medan undervisningen på Serafimerlasarettet flyttades till Huddinge sjukhus. Kirurgkurserna på de fyra sjukhusen var ganska lika utformade, de fyra studierektorerna träffades en gång per termin och diskuterade upplägg med mera. Gemensamma tentamina infördes på 90-talet.

Studierektorer för kirurgkursen och den fortsatta utvecklingen:

70- och 80- tal: Rolf Sundblad, Tom Häggmark och Lars-Ove Farnebo fram till 1993. Torgny Svenberg 1993-2005, därpå Åsa Edsander Nord och, i skrivande stund, Gabriella Palmer.

Undervisningen moderniserades succesivt under dessa år. Allt färre föreläsningar, större antal gruppundervisningar, case-metodik infördes på 90-talet enligt den sk Linköpingsmodellen. Vidare infördes mer systematiserad klinisk träning, studenten fick ta emot en patient på mottagningen och inför kamera genomföra konsultationen, det hela diskuterades därefter i mindre grupp tillsammans med en lärare.

På KS infördes Klinisk undervisningsmottagning (KUM) på akutmottagningen, mer om detta i nästa avsnitt! ([länk till KUM](#)) På de tre övriga sjukhusen infördes Klinisk undervisningsavdelning (KUA) där studenter från olika utbildningar tog hand om patienterna under intensiv handledning.

Dessvärre har det mesta av äldre handlingar rörande undervisningen på kirurgiska kliniken inte kunnat återfinnas, det ovanstående är en kort sammanfattning. Som ett litet plåster på detta sår följer nedan en kopia av slutprovet i kirurgi från juni 1975 följt av dess facit. Dessutom, allra sist, några sidor kopierade från en bok om KI:s historia.

NAMN

Texta

Gemensamt slutprov
i Kirurgi

16 J U N I 1975

1. En man inkommer med högersidiga flanksmärter och mikroskopisk haematuri. Akut urografi visar högersidigt ureterkonkrement, 6 x 7 mm stort i höjd med L.4 - L.5 utan avflödeshinder. Han skickas hem, men återkommer 10 dagar senare med svåra smärter och nu visar akut urografi ingen utsöndring på höger sida, men oförändrat stenläge.

Vad vill Du göra ?

- A Ge stora doser analgetika och förvänta spontan stenavgång
- B Lägga in patienten för ureterolithotomi
- C Ge analgetika och stora mängder vatten (s k vattenstöt)
- D Försöka en transuretral stenextraktion
- E Ge patienten analgetika och antiflogistika och skicka hem honom med ny kontroll/urografi/ om 2 - 3 veckor

2. En medelålders städerska söker för smärter i höger handled, speciellt vid ulnardeviation. Hon uppger dessutom att tummen hakar upp sig då och då vid sträckning. Vid undersökning finner Du en intensiv palpationsömheter över proc. styloideus radii.

Vilken blir Din diagnos ?

- A Fraktur av proc. styl. radii
- B Peritenomyocitis crepitans
- C Tendovaginitis stenisans (de Quervain)
- D Ganglion
- E Ingen av ovannämnda

3. Vilken av följande undersökningar är mest lämplig för att diagnostisera misstänkt njursten ?

- A Retrograd pyelografi
- B Buköversikt
- C Akut urografi
- D Pneumoretroperitoneum
- E Urografi

4. 4-årig gosse söker akut på mottagningen för suprakondylär extensionsfraktur i höger armbåge. Status: Stark svullnad i armbågen. Normal cirkulation och motorik i handen. Rtg visar typisk extensionsfraktur med ringa dislokation. (OBS ! 3 överbeläggningar på avdelningen.)

Förslag till handläggning:

- A Cirkulärgips - hem
- B Reposition - cirkulärgips - hem
- C Reposition - dorsal gipsskena med armbågen i extension - hem
- D Dorsal gipsskena i flexion - inläggning för observation
- E Elastisk binda - inläggning enligt 4

5. Basalcellscancer i huden

- A Metastaserar oftast till lymfkörtlar
- B Metastaserar ej
- C Metastaserar oftast till lungorna
- D Metastaserar oftast till levern
- E Metastaserar oftast till skelettet

6. Vid vilket av följande tillstånd kan särskilt stor åtgång av narkosmedel beräknas ?

- A Anaemi
- B Addisons sjukdom
- C Kronisk alkoholism
- D Kaliumbrist
- E Morbus Bechterew

7. En 60-årig kvinna har sökt och behandlats för cystitsymptom i juli 1973, januari och maj 1974. I samband därmed aldrig feber, hypertension eller rygg- och flanksmärtor. Vid varje sjukdomsperiod god effekt av sulfapreparat. Cystourethroscopi januari 1974 utan tumör. Urografi april 1974 visar ett 3 x 4 mm stort konkrement i nedre njurpolen på vänster sida. Normala avflödesförhållanden.

Vid kontroll i oktober 1974 när patienten varit utan antibiotika i 4 månader och 2 urinodlingar ej visat signifikant bakteriouri ger Du följande föreskrifter:

- A Föreslår operation av konkrement
- B Behandling av symptomen vid recidiv. Ingen aktiv åtgärd f.n. mot övre urinvägarna
- C Patienten ställes på halvårskontroll med urografi
- D Långtidsbehandling med kemoterapeutika och kontroll med urinodling
- E Utredning av njurfunktion

8. Ett nyfött barn som opererats för ett stort rupturerat omfalocel hotas i det postoperativa förloppet främst av:

- A Peritonit
- B Colisepsis
- C Ileus
- D Respirationsinsufficiens
- E Sårruptur

9. Vilket av följande symtom är typiskt vid coarctatio aortae ?

- A Systoliskt blåsljud hö. I:2
- B Pulslöshet i ljumskartärerna
- C Yrselattacker
- D Cyanos vid ansträngningar
- E Huvudvärk

10. En 58-årig man med relativt lätt kontorsarbete och dubbelsidig höftledsarthros har belastningssmärta efter c:a 500 meters gång, endast på vänstra sidan. Han har även besvär av typ coronärkärilsinsufficiens. Han har ingen vilovärk och är inte särskilt besvärad av stelhet.

Vilken behandling är vid det här laget adekvat ?

- A Använda käpp vid gång
- B Intertrochantär osteotomi
- C Arthroplastik med totalprotes
- D Indomé eller annat analgetikum
- E Arthroplastik med cupplastik

11. En 60-årig kvinna, som tidigare endast haft en lätt, obehandlad hypertoni, införes som jourfall med ambulans till ett normallasarett. Enligt medföljande dotter har patienten senaste veckan av och till betett sig underligt och sovit mycket, men dessemellan varit ungefär som vanligt. Nu på morgonen talat sluddrigt, varit oklar och ej kunnat stiga upp, varför dottern beställer ambulans. Vid inkomsten är patienten medvetslös - reagerar på kraftig smärtstimulering avvärande endast med vänster arm. Vänster pupill är dilaterad och reagerar ej på ljus, höger u.a. Enligt dottern intet känt trauma.

Hur bör denna patient handläggas ?

- A Överlämnas till internist på grund av misstanke på vaskulär cerebral insult
- B Ges 100 ml Urea och omedelbart sändas till centrallasarettet (1 timmes resväg).
- C Inläggas på intensivvårdsavdelning och behandlas med Decadron intramuskulärt
- D Snarast tagas till operationsavdelning för provborrning
- E Sändes till skullröntgen och eko-enc-undersökning

12.

En 70-årig man, som är intagen på vårdhem på grund av senilitet, och som har kateter à demeure på grund av benign prostatahyperplasi med total obstruktion inkommer till akutmottagningen med kraftig blödning. Katetern har sedan inkomsten bytts uppprepade gånger på grund av tilltappning. Du kallas till vårdavdelningen som jourhavande och totalstopp föreligger.

Den akuta behandlingen bör vara:

- A Byte av kateter
- B Evakuering av urinblåsan på operationsavdelning via resektoskop
- C Suprapubisk blåsfistel
- D Akut adenomenukleation
- E Sectio alta med koagelutrymning och elektrokoagulation av blödningskällan

13.

Vilket påstående är felaktigt beträffande ett fullhudstransplantat ?

- A Ger i allmänhet god färgöverensstämmelse med omgivningen
- B Känns tämligen mjukt och smidigt för beröring
- C Ger ganska ringa skrumpning
- D Återställer förmågan till taktil gnosis
- E Olämpligt som hudtäckning av stora brännskador

14.

Vid vilken av följande sjukdomar är nedsövning med Pentothal direkt kontraindicerad ?

- A Hög ileus
- B Diabetes
- C Porfyri
- D Pheokromocytom
- E Myastenia gravis

15.

25-årig man söker akut för stukning av höger handled. Du misstänker kliniskt en fraktur av os scaphoideus. Röntgen är emellertid negativ varför Du:

- A Talar om för patienten att det rör sig om en stukning och uppmanar honom börja arbeta
- B Sjukskriver honom 14 dagar, ber honom komma tillbaka då och tar en ny röntgen
- C Sjukskriver honom 14 dagar och ber honom komma tillbaka om han får besvär
- D Anlägger en dorsal gipsskena över handleden och ber honom återkomma efter 14 dagar för ny röntgen med gips
- E Anlägger en cirkulär scaphoideumgips och tar tillbaka honom efter 14 dagar för ny röntgen utan gips

16.

Under de första dygnen efter en ryggmärgskontusion i höjd med övre thoracalsegmenten där ryggmärgens sacrala segment är intakta har urinblåsan:

- A Opåverkad reflexaktivitet
- B Upphörd reflexaktivitet
- C Stegrad reflexaktivitet
- D Instabilitet med växlande ökad och minskad reflexaktivitet
- E Konstant kontraktionstillstånd

17.

3-årigt barn inlägges akut på natten, hon har $40^{\circ},1$ i temp. och är lätt medtagen. Vägrar röra på en höftled spontant och har smärta vid minsta rörelse. Anamnesens längd är 1 dag. Diagnosen spetisk artrit är mycket sannolik. Vilken åtgärd är den viktigaste och skall därför vidtagas först ?

- A Börja penicillinbehandling
- B Ledpunktion i narkos
- C Anbringa sträckanordning
- D Ta blododling
- E Ta bakterieodling från näsa - svalg

18.

Ett nyfött fullgånget barn som vid partus är rosigt och fint, men som inom någon - några timmar utvecklar andningssvårigheter med tilltagande cyanos skall misstänkas lida av en av nedanstående missbildningar.

Vilken ?

- A Choanalatresi
- B Diafragmabräck
- C Coarctatio aortae
- D Hiatusbräck
- E Pancreas annulare

19. Man har lagt en ledningsanestesi på ett finger genom att spruta 1 % Xylocain med Adrenalin 5 ml runtom basen på fingret. I efterförloppet uppträder missfärgning och nekros på fingerspetsen.

Detta beror på att:

- A För hög koncentration av lokalanestesimedlet sprutats
- B Adrenalinhaltig lösning använts
- C Patienten varit extremt känslig för lokalanestesimedlet ifråga
- D Accidentell intravenös injektion inträffat
- E Annan komplikation inträffat

20. 30-årig patient söker på kvällen och uppger intensiva tilltagande ischiassmärter till vänster sedan 2 veckor. Ej haft miktionsedan i morse. Kliniskt: Achillesreflexen saknas på vänster sida, men även bortfall av sensibiliteten i perineum.

Vilka åtgärder skall vidtagas ?

- A Sängläge och analgetika hemma
- B Intagning för sängläge och analgetika
- C Gipskorsett och vila hemma
- D Intagning för myelografi i vanlig ordning
- E Akut operation

21. Diagnosen "transient arthritis of the hip" även kallad "coxitis simplex" säkerställs genom:

- A Punktion av leden med "bakterieodling" på ledvätskan
- B Röntgenundersökning av leden
- C Negativa rheumaprover
- D Biopsi från leden
- E Inget av ovanstående

22. 22-årig fotbollsspelare skadar under match sitt högra knä. Patienten får omedelbart smärta och utgjutning i leden. Söker på lasarettet akut, där han tappas på 28 cc blodblandad vätska.

Vilken av följande skador misstänker Du i första hand ?

- A Medial meniskruptur
- B Främre korsbandsskada
- C Bakre korsbandsskada
- D Medial collateralligamentskada
- E Lateral collateralligamentskada

23. En 37-årig man infördes till akutintaget i starkt medtaget tillstånd. Han är omtöcknad och periodvis orolig, varför man ej kan erhålla någon säker anamnes. Man har dock starka misstankar på alkoholmissbruk. Mannen har tidigare behandlats för ulcus duodeni. På intagn.avd. får han ett krampanfall. I status finner man: svag, hastig puls, blodtryck 95 mm Hg. buk mjuk och oöm.

S-Na 135 mmol/l S-K 2,3 mmol/l S-Karbonat (=totalakolsyra) 45 mmol/l
B-Hb 18.0/100 ml.

Vilket av följande påståenden förefaller vara mest korrekt ?

- A Patienten svårt alkoholiserad, därför minskat intag av föda och salter. På grund härav har han drabbats av ett akut saltvattenbristtillstånd
- B Patienten har sannolikt primärt abnorma renala förluster av kalium (flera tänkbara orsaker till detta), vilket resulterat i en grav hypokaliemi
- C Diabetescoma kan ej uteslutas, varför man omedelbart bör taga ett blodsocker
- D Patienten har trots att anamnestiska data härför saknas sannolikt haft långvariga kräkningar (t ex retentionskräkningar på grund av högt sittande passagehinder), vilket primärt givit upphov till alkalos
- E Trots det negativa bukfyndet kan peritonit ej uteslutas, varför explorativ laparotomi snarast bör utföras, dock bör två flaskor blod ges innan operationen utföres

24. En man nära de 65 inkommer på akuten med smärtor i nedre delen av buken samt trängningar till vattenkastning. Du finner en uppdriven buk med en palpabel resistens ovanför symfyssen. Pat. anger en viss palpationsömhet men några tecken på peritonit föreligger icke. Prostata något förstorad.

Vilken blir Din första åtgärd ?

- A Rtg buköversikt
- B Laparocentes
- C Blåstappning
- D Akut operation
- E Intagning för observation

25. En 80-årig kvinna, som tar Lanacrist för ett VOC med flimmer, har sedan 12 timmar haft måttliga intermittenta smärtor i buken. Hon har haft viss gasavgång per rectum under denna tid. Illamående, och en mindre kräkning.

Vid undersökning finner Du en påverkad, något uttorkad patient. Buken är uppdriven och man ser tarmresning. Buken mjuk. Buköversikt visar ett antal nivåer. Rtg har svårt att yttra sig om förekomst av gas i colon.

Vilket behandlingsalternativ blir aktuellt ?

- A Passage-rtg för att säkerställa diagnosen ileus
- B Då det är fråga om en mesenterialartäremboli > 12 timmar, utgör åldern en absolut kontraindikation
- C Ge vätska parenteralt och kontrollera diures under 1 dygn och se hur det går
- D Behandla med parenteral vätska och elektrolyter under ett par timmar och sedan göra explorativ laparotomi
- E Omedelbar explorativ laparotomi

26. 25-årig man som erhållit ett slag mot vänster flank för en timme sedan. Lätt smärtpåverkad och något kortandad. Anger smärta i vänster flank och under vänster revbensbåge samt över vänster axel. Buk: Generellt något öm samt ömhet under vänster revbensbåge. Pulm: Normalt andningsljud. Bltr: 115. Puls: 100. Hb 13,5. Sed: 5-8 röda.

Mest signifikanta symtom ?

- A Pulsen
- B Axelsmärtan
- C Bukpalpationsfyndet
- D Blodvärdet
- E Sedimentet

27. Bästa diagnostiska åtgärd i ovan beskrivna fall:

- A Bukobs med kontroll av Hb och blodtryck
- B Buköversikt
- C 4-kvadrantpunktation av buken
- D Urografi
- E Seriekontroll av vita blodkroppar

28. Ett av följande påståenden stämmer inte beträffande en trombotiserad yttre hämorrhoid:

- A Ger en plötsligt uppkommande smärtsam svullnad
- B Förekommer i analregionen som en blåaktig öm tumor
- C Har en tendens att ulcerera och blöda om det inte behandlas
- D Försvinner vanligen spontant inom 24 timmar
- E Svarar prompt på tidig kirurgisk dekompression

29. En ung kvinna är opererad för gangränös appendicit och får efter ett par dagars subfebril temperatur hög feber, 39^o, samt defäkations-trängningar. Vilken av följande diagnoser är troligast ?

- A Bukväggsabscess
- B Subfrenisk abscess
- C Staphylococcenterit
- D Douglasabscess
- E Bäckenvensstrombos

30. Vid våld som har träffat låret i längsriktningen vid flekterad höftled (t ex bilpassagerare som slår knäna i instrumentbrädan) upp-kommer ofta en typisk fraktur.

Vilken ?

- A Pertrochantär femurfraktur
- B Medial collumfraktur av adduktionstyp
- C Lateral condylfraktur i knäleden
- D Central luxationsfraktur i acetabulum
- E Fraktur av bakre acetabulumkanten i höftleden

31. En medial collumfraktur spikades för 12 månader sedan. Vid kontrollundersökning visar det sig att spiken är omgiven av en någon mm bred förtunningszon.

Tyder detta på:

- A Att frakturen inte har läkt
- B Att frakturen har läkt under temporärt bristande fixation av fragmenten
- C Att en ordinärt förväntad resorption av bensubstans ägt rum
- D Att en osteit är under utveckling
- E Att spiken håller på att resorberas

32. En 72-årig man med kronisk bronchit i anamnesen hade opererats akut på grund av en s k gallstensileus. En större gallsten hade avlägsnats via en enterotomi i distala ileum. Ett medellinjessnitt hade använts. Postoperativt invändningsfritt förlopp fram till 6:e postop. dagen, bl a hade pat. haft avföring - stod på flytande kost. Sjätte postop. dagen fick pat. svårigheter att behålla maten, kräkts flera gånger under dagens lopp. Vid undersökning var buken något uppdriven, en del serös vätska fanns i förbandet. Temp. 37^o,6. Vilken är den troligaste orsaken ?

- A Suturinsufficiens i enterotomin
- B Recidiv av den akuta cholecystiten
- C Intraabdominell abscess
- D Adherensileus
- E Subcutan sårruptur

33. En 20-årig man op. för en akut appendicit. Prep. skickas till PAD. Svar visar flegmonös appendicit, men i toppen av appendix liten carcinoid.

Hur skall patienten nu handläggas ?

- A Högersidig hemicolectomi
- B Cytostatikabehandling
- C Noggrann utredning postop. med bl a aortografi
- D Kontroll av 5 HIAA i urinen varje månad första året
- E Ingen speciell åtgärd

34. Frakturbehandlingen hos äldre syftar i första hand till:

- A Återställande av den skadade kroppsdelens funktion
- B Exakt reposition av frakturen
- C Att undvika ledstelhet
- D Snabb mobilisering av patienten för undvikande av allmänna komplikationer
- E Snabb mobilisering av den skadade kroppsdelens

35. En 60-årig kvinna söker för tilltagande gulst på kirurgintagning. För 15 år sedan gallopererad, men har sedan dess varit frisk.

Leverstatus vid inkomsten: GOT 32, GPT 28, Alk. fosfater 890, Bil./s 7.9. Efter tre dagar tages nytt leverstatus: GOT 35, GPT 30, Alk.fosfater 900, Bil./s 4.5.

Vad är sannolikhetsdiagnosen ?

- A Primär levercancer
- B Gallblåsecancer (med leverengagemang)
- C Choledochussten
- D Hepatit av stas-typ
- E Gilberts sjukdom

36. Insjuknande med smärtor i epigastriet samt feber. Lungröntgen visar ökad mängd vätska i vä. pleura. På buköversikt framträder en gasfylld, lätt vidgad duodenalslynga men ingen gas ses i övriga delar av tunntarmen. Tillförd bariumkontrast passerar endast långsamt den vida duodenalslyngan.

Vilken är den mest sannolika diagnosen ?

- A Pleuropneumoni med reflektorisk paralyt
- B Mekanisk ileus
- C Akut gastrit
- D Akut pancreatit
- E Mjältinfarkt

37. En 10-årig pojke har alltid haft ett litet pigmentnaevus på ena kinden. Man söker nu läkare för att naevuset vuxit något och blivit mörkare under sista året.

Vilken av följande åtgärder är adekvat ?

- A Vid excision med fullhudstransplantat
- B Strålbehandling
- C Provexcision
- D Lokal cytostatikabehandling
- E Excision med liten marginal för mikroskopisk diagnos

38.

Det viktigaste tidiga tecknet på en hotande inklämning på grund av supratentoriell expansivitet efter skalltrauma är:

- A Stigande blodtryck och fallande pulsfrekvens
- B Synstörningar på grund av pupillvidgning
- C Tilltagande kontralateral hemipares
- D Sjunkande vakenhetsgrad
- E Uppträdande av positiv Babinski bilateralt

39.

Vilken åtgärd förordas vid diagnosen testistorsion ?

- A Antiphlogistika + gc-odling
- B Antiphlogistika + kemoterapi
- C Exploration på operationsavdelning
- D Intagning på vårdavdelning för observation
- E Försök till taxis

40.

Ett elva månader gammalt, tidigare friskt gossebarn har utan förvarning insjuknat akut med skrikattacker som kommer med ganska regelbundna intervall. Gossen drar upp benen vid attackerna, som påminner om kolikbesvären vid tre månaders ålder, men som förefaller intensivare än dessa.

Vilket tillstånd skall i första hand misstänkas och uteslutas ?

- A Mediaotit
- B UVI
- C Obstipation
- D Invagination
- E Appendicit

41.

En patient har en kronisk osteomyelitis med sekretion ur en fistelgång sedan 1 1/2 år och växt av staphylococcus aureus.

Med vilken av nedanstående åtgärder har man den största chansen att få osteomyeliten att läka ?

- A Ny bakterieodling - resistensbestämning och högre antibiotikadoser under minst 6 månader
- B Incision av fistelgången och anläggning av genomspolningsdränage med lämpligt antibiotikum
- C Utskrapning av fistelgången + lokal antibiotikabehandling
- D Bred incision av hela området, öppnande av märghålan, radikal extirpation av sekvester- och granulationsvävnad
- E Som 4 men med transplantation av autologt cristaben till ben-defekten

42.

Vid nattliga smärtor hos äldre som lider av nedsatt perifer arteriell cirkulation i benen bör första rekommendation vara:

- A Håll benen i högläge
- B Linda benen i elastiska bindor
- C Höja huvudändan av sängen
- D Använd värmedyna
- E Använd våtvärmande omslag

43.

Relativt pålitligt tecken på hotande cirkulatorisk chock dagarna efter en större brännskada är:

- A Stor andningsminutvolym
- B Låg arteriell syremättnad
- C Små urinmängder
- D Hög andningsfrekvens
- E Låg pulsfrekvens

44.

53-årig kvinna gallopererad för två år sedan har haft attacker av smärta under höger revbensåge och till höger i ryggen några gånger. I samband härmed vid ett tillfälle temperaturstegring. Ej varit gul.

Lämplig åtgärd ?

- A Ingen åtgärd
- B Dietråd
- C I.v. cholegrafi
- D Urografi
- E Spasmolytika att ta vid behov

45. En patient med s k hög ileus inkommer och man önskar operera snarast. Han har erhållit rikligt med vätska och anses substituerad med kolloider.

Vilken risk är störst vid nedsövning av patienten ?

- A Blodtrycksfall
- B Aspiration
- C Hjärtarytmi på grund av för högt K
- D Respirationsinskränkning på grund av ökad mängd vätska i buken
- E Ventilationsrubbing på grund av acidosis

46. Hernia umbilicalis hos en ettåring med en bräckportsdiameter på cirka 12 mm skall behandlas med:

- A Operation snarast på grund av inklämningsrisk
- B Elektiv operation före fyra års ålder
- C Kompressionsförband med hudvänlig häfta
- D Expektans till fyra års ålder, därefter ev. operation
- E Information till föräldrarna att bråcket aldrig behöver opereras

47. Vad menas med Monteggiafraktur ?

- A Radiusfraktur med luxation av distala ulna
- B Ulnafraktur med luxation av capitulum radii
- C Fraktur av både radius och ulnadiaphysen
- D Mejselfraktur på capitulum radii
- E Sällan använt namn för navicularefraktur

48. 25-årig man, tidigare frisk, har sedan 1 dygn buksmärta nedåt till höger i buken. Vid debuten av utpräglad intervalltyp, nu mer molande. Därjämte en del miktionssträngningar. Buk: öm nedåt höger, ingen défense. RU: lätt diff. öm i Douglas. Temp. 37^o,5. Sed: 8-10 röda, 10-tal vita. Urografi: antydd stas höger uretär, intet konkret ses.

Åtgärd ?

- A Laparotomi
- B Hem med Sulfapral
- C Hem med spasmolytika
- D Ny urografi om 1 vecka
- E Sedimentkontroll om 2 dagar

49. 50-årig kvinna som sista månaderna vid några tillfällen haft anfall av smärta av måttlig svårighetsgrad lokaliserade till bukens högra övre del och därjämte haft gasspänningar och diarrétendens, ej säkert relaterade till typ av födointag. Buk: adipös, mjuk, lätt öm högra delen. Cholecystografi: tunn kontrastfyllnad av gallblåsan, men inga säkra konkrement.

Åtgärd ?

- A Ny gallröntgen om 3 månader
- B Spasmolytika vid behov
- C Galloperation
- D Dietråd
- E Colonröntgen

50. 60-årig man, ventrikelopererad enligt B II för 15 år sedan och som därefter haft lätta dumpingbesvär, har nu sedan 2 månader obehag av smärtor i epigastriet. Hb 10. Weber ++. Vid bukpalpation intet anmärkningsvärt. Ventrikelröntgen visar relativt stor magsäcksrest och därjämte sannolikt ett stomalt ulcus.

Åtgärd ?

- A Ulcuskur och röntgen om 1 månad
- B Gastroskopi + provexcision
- C Operation med selektiv proximal vagotomi
- D Konverteringsoperation B II till B I
- E Gastrinbestämning

51. Vilken är den vanligaste allvarliga narkoskomplikationen av följande alternativ ?

- A Ventrikelflimmer
- B Cardiac arrest
- C Cerebral insult
- D Regurgitation, aspiration
- E Lungödem - hjärtsvikt

52. Akut artärblödning från en mindre sårskada bör på olycksplatsen helst behandlas med följande viktigaste omedelbara åtgärd:

- A Avsnörande förband
- B Den skadade får absolut inte röras
- C Sänk huvudändan
- D Tryck på artären ovanför skadan
- E Tryck på skadan direkt, manuellt

53. 9-årig flicka, som inkommer efter vänstersidigt thoraxtrauma, klagar över smärtor vid djupandning. Akut lungrtg. u.a. Bukstatus: u.a. Lab.mässigt finner man leukocytos på 15.000, Hb 11,5 g%, blodtryck 90 mm, puls 120. Vid rektalpalpation ömmar hon uppåt höger. Efter tre timmar har Hb sjunkit till 8.5 g%, vita 16.300. Patienten klagar nu över smärtor i vänster axel och man noterar måttlig dēfense i bukens övre del.

Vilket av följande alternativ finner Du mest lämpligt ?

- A Ge i.v. dropp och följa Hb och vita var tredje timme
- B Ge två flaskor blod under fortsatt expektans
- C Explorativ laparotomi
- D Akut angiografi
- E Buköversiktsröntgen

54. Med ett undantag sägs följande sjukdomar eller tillstånd innebära ökad cancerrisk.

Vilket är detta undantag ?

- A Hypertrofisk gastrit
- B Ulcerös colit
- C Familjär colonpolypos
- D Ventrikelresektion ad modum Billroth II
- E Villöst rectumpapillom

55. Fyra av nedanstående tillstånd - sjukdomar ger sannolikt mer eller mindre allvarlig acidosis, ett ger alkalos.

Vilket ?

- A Brännskada med vatten - plasma temperaturförlust
- B Appendicit, föregången av 1 dygns anorexi - minimalt födointag
- C Bronchit - pneumoni med sypnoe
- D Totalt duodenalhinder, dvs hög ileus
- E Trauma med commotio - medvetslöshet, flera frakturer med blödning

56. En 24-årig cyklist inkommer akut efter att ha blivit påkörd av en bil. Amnesi för händelseförloppet. Klagar över smärtor i bukens övre del, vilka förvärras vid djupandning.

Patienten är fullt orienterad, neurologiskt status u.a. Ömmar över och under höger arcus, där Du finner ett lokalt hämatom. Patienten inlägges för observation med parenteral vätsketillförsel.

Två dygn senare tillkallas Du då pat. plötsligt fått svåra kramp-liknande buksmärter. Kort därefter kräks han färskt blod och några koagler, och har senare melaena. Utöver de spontana smärtorna som nu avklingat finner Du status väsentligen oförändrat. Hb som vid inkomsten var 15,1 är nu 9,6. Leverstatus taget just före anfallet visar måttligt förhöjda transaminaser och alkaliska fosfataser samt lätt bilirubinstegring.

Din diagnos är:

- A Traumatisk ruptur av duodenum
- B Stressulcus efter commotio och bukväggstrauma
- C Leverruptur med haemobili
- D Retroperitonealt haematom med stressulcus
- E Leverruptur med stressulcus

57. Vilken är i Sverige den vanligaste maligna tumörformen hos kvinnor ?

- A Coloncancer
- B Ventrikelcancer
- C Bröstcancer
- D Lungcancer
- E Uteruscancer

58. I samband med en trafikolycka har en patient fått en kompressionsfraktur på Th 11. Patienten har en kraftigt nedsatt kraft och sensibilitet i benen. Reflexerna i nedre extremiteterna saknas. Babinski bilat. positiv. Det föreligger inga tecken på andra skador. Vilken kontrollundersökning måste utföras upprepade gånger de närmaste dygnet för att diagnostisera en progredierande skada på ryggmärgen ?

- A Reflexprövning
- B Röntgenundersökning
- C Andningskontroll
- D Sensibilitets- och motilitetsprövning
- E EMG-undersökning

59.

Hur skall man behandla en patient som legat medvetslös i en snödriva och har en kroppstemperatur av cirka 25°.

- A Lägga honom i ett badkar med varmt vatten
- B Lägga honom till sängs utan vidare åtgärder
- C Koppla honom till en hjärt-lungmaskin och med hjälp av värmewäxlare höja kroppstemperaturen
- D Sätta dropp med Isoprenalin-lösning och antibiotika
- E Gnugga honom med snö eller "kalla avrivningar".

60.

50-årig man som funnits medvetslös, inkommer med polisens hjälp. Vid inkomsten till sjukhuset vaken, rör armar och ben, Babinski saknas, puls och blodtryck normala, säger enstaka ord, men kan ej uppge identitet eller anamnes. Stark etyldoft, motoriskt orolig och störande. Sår vänster tinning sutureras.

Ett av följande åtgärder bör vidtagas. Vilken ?

- A Inläggning + akut skullröntgen, ej speciell observation
- B Inläggning + observation av puls, blodtryck och medvetandegrad, ej röntgen akut
- C Inläggning + 50 mg Lergigan i.m.
- D Åter med polisen till arrestlokal
- E Åter med polisen till arrestlokal efter negativ skullrtg

61.

En 15-årig pojke har sista dagarna av vinterlovet i fjällen under skidåkning haft ett par kortvariga smärtupplevelser i scrotum. Första dagen efter lovet söker han akutmottagningen med smärta och lokal svullnad med hudrodnad inom vänster scrotalhalva. Vid undersökning en suspekt ömhet över epididymis.

Vilken diagnos finner Du sannolikast ?

- A Akut epididymit
- B Akut orchit
- C Testistorsion
- D Trombos i plexus pampiniformis
- E Inklämt bräck

62. En 70-årig man kommer från ett sjukhem efter att ha fallit och slagit vänster axel. Röntgen visar en inkilad collum chirurgicum fraktur.

Hur behandlar Du honom ?

- A Thoraco-brachialgips 3 veckor
- B Gipsskena från axel till handled 3 veckor
- C Fixation av armen med fasta bindor 3 veckor
- D Inläggning för operation
- E Remiss för sjukgymnastisk behandling och instruktion om aktiv mobilisering

63. Avaskulär bennekros efter fraktur är en typisk komplikation vid följande frakturer utom en. - Vilken ?

- A Navicularefraktur (handen)
- B Talusfraktur
- C Medial collumfraktur
- D Pertrochantär femurfraktur
- E Intermediärfragment i långa rörben

64. 3-årigt barn med symmetrisk genu valgum och 9 cm mellan mediala malleolerna när knäna är sammanförda. Rimligaste åtgärden ?

- A Säg att detta är ofarligt och går över, men bör kontrolleras några gånger under förskoleåldern
- B Röntgenundersök knä- och fotleder
- C Röntgenundersök knäleder
- D Föreslå bilateral korrigerande osteotomi på tibia
- E Föreskriv fjäderbelastade korrigerande ortoser att användas nattetid

65. 78-årig kvinna med gott allmäntillstånd har för 19 månader sedan opererats med höftspik på grund av medial collum femorisfraktur på vänster sida. Nu sedan 6 månader svår smärta i höften och dålig rörlighet. Röntgenfynd som vid manifest kaputnekros.

Vilken av följande åtgärder föreslås ?

- A Avlastning
- B Spikextraktion
- C Artroplastik
- D Borrning och inläggande av bentransplantat
- E Osteotomi

66. Du är skolläkare och har en klass med 12-13-åringar som skall kontrolleras för eventuella ryggsdeformiteter. En av nedanstående åtgärder ger det säkraste kliniska svaret på om det föreligger reell skolios.

- A Palpera spinalutskotten
- B Drag eleven i huvudet och se om ryggen ser rak ut vid traktion
- C Böj eleven framåt och se bakifrån på rygg och bröstorg i denna ställning
- D Mät eventuell bäckensänkning med händerna över crista bilateralt
- E Mät kroppslängden i såväl stående som sittande ställning

67. 18 månaders gosse som börjat gå vid 10 månaders ålder inremitterad av barnavårdscentral på grund av att han går med måttligt inåt-roterade fötter. Ingen hälta. Normal rörlighet. Normal höftröntgen.

Vilken åtgärd föreslås ?

- A Manuella redressioner
- B Korrigerande inlägg
- C Nattskenor
- D Rotationsosteotomi
- E Expektans. Kontroll om ett år

68. Breddökad mediastinum hos patient som varit inblandad i trafikolycka är ett tidigt tecken på:

- A Hjärttamponad
- B Oesophagusruptur
- C Bronkruptur
- D Aortaaneurysm
- E Sternumfraktur

69. Ett litet barn inkommer akut med "ont i magen" och feber. Fyra av nedanstående tillstånd kan ligga bakom - ett kan det inte.

Vilket ?

- A Otitis media
- B Pneumoni
- C Tonsillit
- D Pylorusspasm (s k pylia)
- E Obstipation

70. Du har primärsytt de avkapade sträcksenorna till de tre ulnara fingrarna hos en snickare som skurit sig på en morakniv över höger handrygg. Hur länge skall handen och fingrarna hållas immobiliserade ?

- A Behövs ingen immobilisering. Det räcker med enbart sårförband
- B En vecka
- C Två veckor
- D Fem veckor
- E Tio veckor

71. En 70-årig kvinna har fallit och ådragit sig en fraktur genom ramus ossis pubis. Hur behandlar Du henne ?

- A Inlägges för operation
- B Inlägges för mobilisering men utan belastning på fraktursidan
- C Inlägges för sjukgymnastik
- D Inlägges med trokantersträck
- E Hemsändes med instruktioner om att försöka vara uppe och gå med stöd

72. En 70-årig kvinna med tidigare kända sigmoideumdivertiklar infördes kl. 22.00 till kir. mottagn. efter en veckas successivt tilltagande smärtor i nedre vänstra bukkvadranten, de sista tre dygnen illamående samt kräkningar och upphävd faecesavgång. De sista sex timmarna ej kunnat behålla dryck. Temp.stegring till $38^{\circ},5$. Status: buk mjuk men uppdriven, meteoristisk. I vä. nedre bukkvadranten en dubbelt knytnävstor, intensivt ömmande resistens.

Vilken åtgärd skulle Du vidtaga ?

- A Akut rtg buköversikt och tunntarmspassage
- B Nedsättande av V-sond, akut elektrolytstatus + parenteral vätska som förberedelse till akut operation, varvid planeras framläggande av transversostomi
- C Akut colonrtg
- D Akut coloskopi med biopsier
- E Rectalsond, parenteral vätska och neostigmin

73. Vid ett av följande tillstånd är risken för malign testistumör ökad. - Efter ?

- A Trauma mot testis
- B Epididymit

- C Orchit
- D Testisretention
- E Urogenitaltuberkulos

74. 25-årig tidigare väsentligen frisk man söker akut efter blixtnsnabbt insjuknande med buksmärtor 2 1/2 tim. tidigare. Vid undersökning hård, spänd, ömmande buk, allmänpåverkan, blek kallsvettig, ligger stilla. Hb 15,5 Haematokrit 50.

Vilken åtgärd är lämplig ?

- A Akut ventrikelröntgen
- B Akut gastroskopi
- C Parenteral vätska, ventrikelsond, till op. för akut explorativ laparotomi
- D Parenteral vätska (2.000 Ringer glucos), ventrikelsond, observation på avd. för ny bukpalpation efter tre timmar, då samtliga övriga provsvar väntas vara klara
- E Parenteral vätska, ventrikelsond, till op. för peritonealkateterisering i diagnostiskt syfte (+ ev. peritoneallavage)

75. Du är distriktsläkare i norra Västergötland. En 40-årig, tidigare ej sjukhusvårdad hemmafru (deltidsarbetande på ålderdomshem) med anamnes på uppkördhetskänsla i övre delen av buken sista 1 - 2 veckorna söker akut på grund av två dagars smärter i övre delen av buken, sista dygnet strålände ut i ryggen och tillstötande illamående med en liten kräkning. Vid undersökning noteras svag gulfärgning av sclerae, temp. 37^o,8, ömhet under höger arcus, men inga palpabla resistenser i buken.

- A Recept spasmofensuppositorier och remiss till gallrtg.
- B Akut remiss till närmaste infektionsklinik
- C Inj. Fortalgesic 30 mg i.m. (Pat. blir besvärsfri) - rec. ampicillin 0,5 g ggr 4, sjukskrivning två veckor - därefter åter
- D Inj. Fortalgesic 45 mg (Pat. blir besvärsfri) - rec. spasmofensupp. 10 st (högst 3 dagligen) samt ampicillin 0,5 g ggr 4 - remiss gallrtg med begäran om i.v. cholegrafi om gallrtg patologisk. Rek. åter för bukpalpation om tre dagar om ej besvärsfri.
- E Akut hänvisning till närmaste kirurgklinik

76. Blåshalsscleros som ger svårighet att tömma urinblåsan bör principiellt behandlas med ?

- A Regelbunden urethrasondering
- B Antiflogistika eller Cortison
- C Transurethral resektion
- D Transvesikal- eller retropubisk adenomenukleation
- E Sympaticusblockad, eventuellt sympatektomi

77. Den gemensamma nämnaren för olika former av chock är:

- A Reducerad plasmavolym
- B Hög haematokrit
- C Cirkulerande blodvolym som är mindre än kärlträdets volym
- D Blodförlust
- E Relaxation av arterioler med därav följande minskad perifer arteriell resistens

78. Vilken av följande skadade skall ha prioritet vid första omhändertagandet ?

- A Komlicerad lårbensfraktur som blöder
- B Krosskada i ansiktet med blödning ur näsa och mun, ansträngd andning
- C Medvetslös med krossår i pannan och liquorflöde
- D Kontusionssår i ländryggen med förlamning och känslolöshet i båda benen
- E 30 % brännskada av 2:a och 3:e graden

79. En nu 43-årig kvinna hade 1972 opererats för en högersidig bröstcancer med lymfkörtelmetastaser i högra axillen. Hon opererades med ablatio mammae + axillarytrymning och fick postoperativ strålbehandling mot operationsområdet och lymfkörtelregionerna. Under våren 1975 får hon smärtor i ryggen och röntgenundersökning visar multipla skelettmetastaser i ländrygg och bäcken. Hormonell behandling planeras. Vilken är den lämpligaste initiala åtgärden ?

- A Bilateral oophorektomi eller strålbehandling av ovarierna
- B Behandling med androgener hormon
- C Behandling med östrogener hormon
- D Behandling med corticosteroider
- E Hypofysektomi

80. Oidentifierad man i 25-årsåldern, (har enligt uppgift fallit från lastbil en halvtimme tidigare) är vid inkomsten till sjukhus liksom 15 minuter senare djupt medvetslös med svag smärteaktion, bilaterala vida ljusstela pupiller, insufficient andning och tecken på aspiration, blödning ur båda öronen, mjukdelssvullnad temporalt. Vä. thorax, buk och extremiteter palpatoriskt u.a.

En av följande åtgärder är indicerad. Vilken ?

- A Remiss till neurokirurgisk klinik på annat sjukhus
- B Angiografi bilateralt före eventuell operation
- C Intubation + rtg pulm
- D Mannitoldropp + rtg pulm
- E Akut provborrning bilateralt efter intubation och bronchial-toilett följt av angiografi och/eller eventuell remiss till neurokirurgisk klinik

81. Vilken av följande hjärtarytmier uppkommen under narkos är den mest oroande ?

- A Skänkelblock
- B Frekventa, kopplade ventrikulära extrasystolier (VES)
- C Nodal rytm
- D Supraventrikulära ES
- E Sinusarytmi

82. 7-årig mager pojke med recidiverande lätt hälta, måttlig smärta i höften-låret vid belastning och lätt rörelseinskränkning i höften.

Vilken är mest sannolika diagnosen ?

- A Mb Blount (sjukdom i tibiaepifysen)
- B Missad kongenital höftledsluxation
- C Coxa plana
- D Epifyseolysis capitis femoris
- E Septisk coxit

83. En pat. med Mb Crohn har op. med total col-proctektomi och ileostomi. Postop. har förelegat komplikation i form av frekventa stora tömningar i ileostomin. Pat. har blivit trött och slö. Periodvis desorienterad, med muskulära fibrillationer och kramp tendens. Kalium- och kalciumvärden i serum normala.

Hans tillstånd kan bero på:

- A Na-brist
- B Mg-brist
- C Cu-brist
- D J-brist
- E P-brist

84. Retrograd uretero-pyelografi utföres numera relativt sällan. Undersökningen är dock särskilt värdefull vid utredning av ?

- A Konkrement i uretärens översta tredjedel
- B Tumör i uretär eller njurbäcken
- C Retroperitoneala tumörer som dislocerar uretären
- D Retrocaval uretär, där höger uretär har bågformigt förlopp bakom vena cava
- E Sten i njurens samlingsdel

85. En 30-årig man söker för att han sedan ett halvår märkt en tilltagande svullnad till höger på halsen. Han har för övrigt mått alldeles bra och varit i fullt arbete. Vid undersökning finner man till höger på halsen ett stort antal förstörade lymfkörtlar, varierande från brunböns- till hasselnötsstorlek och man ser också en frambuktning av huden. Lymfkörtlarna är sinsemellan fria och ej fixerade till hud eller underlag, de är oömma och har en fast men inte hård konsistens. Blodstatus inkl. diff. är väsentligen normalt. SR 8 mm. Kliniskt status i övrigt u.a. Lungrtg normal.

Vilken är den troligaste diagnosen ?

- A Septiska lymfadeniter
- B Metastaser från papilläer thyreoideacancer
- C Tuberkulösa lymfadeniter
- D Malign lymfogranulomatos (Hodgkin's sjukdom)
- E Sarkoidos

86. En 10-årig gosse inkommer på ol.fallsavdelningen och klagar över smärtor i övre vä. kvadranten i buken sedan 6 timmar. Han hade dessförinnan fallit på en basket-ball och slagit vä. delen av buken. Inget illamående, ingen kräkning och ingen diarrée. Temp. 37⁰,1. Blodtryck 120/70. Puls 70/min med normal fyllnad. Andning normal. I status finner man i bukens övre vä. kvadrant ömhet samt smärtor i vä. skuldra vid djup inandning.

Den mest sannolika diagnosen är:

- A Ventrikelruptur
- B Fraktur på XI:e revbenet
- C Subkapsulär mjälthämatom
- D Njurkompression
- E Intet av ovanstående

87. Till Dig som jourhavande i ett avlägset provinsialläkar-
distrikt kommer en patient med en skärskada volart på långfing-
rets grundfalang. Han kan inte böja mellan- och ytterlederna och sensi-
biliteten är dålig radiallyt på fingrets volarsida.

Vad gör Du ?

- A Reviderar såret, syr huden och instruerar patienten om tidig passiv rörelsebehandling samt remitterar honom till handkirurg för fortsatt behandling
- B Syr båda senorna och nerven
- C Syr enbart sublimissenan och nerven
- D Syr endast profundussenan
- E Lämnar såret öppet och behandlar det med septin

88. Den vanligaste postoperativa lungkomplikationen är:

- A Aspirationspneumoni
- B Atelektas
- C Pneumothorax
- D Pneumoni
- E Lungödem

89. För vilken av nedanstående sjukdomar har patienter med Mb Crohn högre morbiditet än normalpopulationen ?

- A Ulcus duodeni
- B Njursten
- C Cancer renis
- D Reumatoid arthrit
- E Pancreatit

90. Stadieindelning vid urinblåsecancer hänför sig till:

- A Storleken av det i blåsan inbuktande tumörpartiet
- B Tumörens djupväxt
- C Tumörens utbredning i slemhinnan
- D Tumörens läge i urinblåsan (trigonalområde, sidoväggar, blåstak)
- E Tumörens celldifferentiering

91. 5-årig, tidigare frisk pojke, som efter fall på isen sannolikt varit kortvarigt medvetslös, kan själv gå hem. Inkommer till sjukhuset 1 timme efter olycksfallet djupt medvetslös med reaktion endast för smärta, vänstersidig hemipares med positiv Babinski, höger pupill vid, deviation conjugée åt höger, palpabel impressionsfraktur temporo-occipitalt höger sida.

En av följande åtgärder är indicerad. Vilken ?

- A Intubation + Mannitoldropp + observation
- B Akut angiografi höger sida
- C Akut remiss till neurokirurgisk klinik (5 mil)
- D Akut lambå kring frakturområdet, borttagning av fragment och utrymning av eventuellt haematom
- E Provborrning bilateralt

92. En patient med claudicatio intermittens bör få följande råd:

- A Använd värmande vaddomslag på benet
- B Undvik att gå
- C Håll benet i högläge
- D Gå så mycket som möjligt
- E Använd elastisk binda på benet

93. Du skickar ett under anaeroba betingelser taget blodprov från arteria femoralis till laboratoriet för bestämning av syra-bas-status. Följande resultat erhålles: Aktuellt pH: 7,37, pCO₂: 28 mm Hg, standardbikarbonat: 18 mmol/l.

Vilka slutsatser kan man dra av de erhållna resultaten, om man saknar uppgifter om övriga kliniska fynd och sjukhistoria ?

- A De erhållna resultaten orimliga. Det föreligger sannolikt analysfel eller överföringsfel
- B De erhållna resultaten tyder på att det ej föreligger någon påtaglig rubbning i syra-bas-omsättningen
- C Det föreligger primärt en respiratorisk acidosis, som är renalt kompenserad
- D Det föreligger primärt en metabolisk acidosis, som är respiratoriskt kompenserad
- E Det kan ej med säkerhet avgöras om det primärt föreligger en respiratorisk eller en metabolisk rubbning i syra-bas-omsättningen

94. En 45-årig man införes till olycksfall efter trafikolycka. Man vet ej hur lång tid som förflutit mellan olyckan och den tidpunkt då han återfanns. Han var medvetslös vid olyckans upptäckt, men vaknade upp under ambulanstransporten. Vid inkomsten har han total retrograd amnesi, men är tämligen klar och svarar på tilltal. Puls 110, bltr 100/70. Han har ett 1 dm långt sår i skalpen, under vilket man ser ett konturhak i lamina externa. På höger ben palperar man en patellarfraktur med diastasis. Rikligt med mindre sår och glassplitter i höger handrygg. Buken palperas spänd med maximal ömhet till höger i epigastriet, och uttalad ömhet över de tre nedre revbenen framtill. Hb 12,3 Vita 13 000.

Vilken är Din primära åtgärd på olycksfallsavdelningen ?

- A Ordna med akut röntgen av skallskadan
- B Sätta dropp med O Rh-blod
- C Sätta dropp med Ringerlaktat eller Dextran och ordna med blodgruppering
- D Primär handläggning av sårskadorna
- E Anlägga provisorisk gipsskena på höger ben

95. En pilonidal sinus utvecklas oftast i:

- A Perineum
- B Axillen
- C Capillitiet
- D Crena ani
- E Umbilicus

96. I praktiskt taget alla fall av hyperthyreos kan man om man så önskar bota hyperthyreoidismen med radioaktiv jod (^{131}I). Det finns emellertid en del kontraindikationer mot sådan behandling och av dessa är en del relativa och andra absoluta.

Följande uppräknig innehåller en absolut kontraindikation. Vilken ?

- A Stor, nodös struma
- B Graviditet
- C Solitärt toxiskt adenom
- D Uttalad exoftalmus
- E Hjärtinkompensation

97. En 50-årig tidigare väsentligen frisk kvinna insjuknar akut med smärtor i övre delen av buken, frysningar och hög feber. Hon är vid inkomsten till sjukhuset efter 2 dygn icterisk och allmänpåverkad med dålig perifer cirkulation. Buken är mjuk utan rigiditet eller palpabla resistenser. Det föreligger en måttlig ömhet under höger arcus. Urinen är mörk men sedimentet är utan anmärkning.

Vilken diagnos är mest sannolik ?

- A Cholecystit
- B Pancreatit
- C Cholangit
- D Pyelonefrit
- E Appendicit

98. På återbesöksmottagning kommer en 60-årig man, som för 2 månader sedan legat inne för haematemes och melaena. Då konstaterades genom ventrikelröntgen att han hade ett ulcus ventriculi. Vid kontrollröntgen dels efter 1 månad och dels nu efter 2 månader har såret oförändrat utseende och storlek, trots terapi med antikolinergika och antacida. Gastroskopi efter 6 veckor med provexcision från kraterkanten visande ospecifik gastrit.

Vilken blir nästa åtgärd ?

- A Fortsätta den konservativa behandlingen
- B Vänta ytterligare en månad och då göra en ny gastroskopi
- C Operation: vagotomi + pyloroplastik
- D Operation: Proximal selektiv vagotomi
- E Operation: Ventrikelresektion

FACIT - GEMENSAMT SLUTPROV I KIRURGI 16 JUNI 1975

| | | |
|--------|--------|---------|
| 1 = B | 35 = C | 68 = D |
| 2 = C | 36 = D | 69 = D |
| 3 = E | 37 = E | 70 = D |
| 4 = D | 38 = D | 71 = E |
| 5 = B | 39 = C | 72 = B |
| 6 = C | 40 = C | 73 = D |
| 7 = B | 41 = D | 74 = C |
| 8 = D | 42 = C | 75 = E |
| 9 = B | 43 = C | 76 = C |
| 10 = A | 43 = C | 77 = C |
| 11 = D | 45 = B | 78 = B |
| 12 = B | 46 = C | 79 = A |
| 13 = D | 47 = B | 80 = E |
| 14 = C | 48 = A | 81 = B |
| 15 = E | 49 = E | 82 = C |
| 16 = B | 50 = B | 83 = B |
| 17 = B | 51 = D | 84 = B |
| 18 = B | 52 = E | 85 = D |
| 19 = B | 53 = C | 86 = C |
| 20 = E | 54 = A | 87 = A |
| 21 = E | 55 = D | 88 = B |
| 22 = B | 56 = C | 89 = B |
| 23 = D | 57 = C | 90 = B |
| 24 = C | 58 = D | 91 = D |
| 25 = D | 59 = B | 92 = D |
| 26 = B | 60 = B | 93 = E |
| 27 = C | 61 = C | 94 = C |
| 28 = D | 62 = E | 95 = D |
| 29 = D | 63 = D | 96 = B |
| 30 = E | 64 = A | 97 = C |
| 31 = C | 65 = C | 98 = E |
| 32 = E | 66 = C | 99 = E |
| 33 = E | 67 = E | 100 = B |
| 34 = D | | |

Kirurgiska klinikkens tidiga historia

Utdrag ur boken *KI:s Historia 1910-60, band 3:2 sid 784-794*.
Boken gavs ut av Almqvist o Wiksells i Uppsala 1960

Kirurgi av Jack Adans-Ray, John Hellström, Wolfram Kock,
Allan Ragnell, Gunnar Thorsén och Sten Wallensten

Sidan 784 börjar nedan:

Karolinska sjukhuset

Den tredje perioden börjar med att Karolinska institutets nya undervisnings-
sjukhus, Karolinska sjukhuset, öppnades för sitt ändamål i mars 1939

och den kirurgiska kliniken på Maria sjukhus överflyttades till Karolinska sjukhuset. Här är ej platsen att ingå på de mångåriga förhandlingar och utredningar som föregingo uppförandet av detta sjukhus. Det skall endast framhållas att Einar Key jämte Gösta Forssell mer än någon annan tagit del i sjukhusets planering och tillkomst. En utförlig redogörelse för Karolinska sjukhusets byggnader, lokaler och utrustning lämnades år 1944 av Th. Borell, Gösta Forssell och Einar Key. Arbetet framlägger även den historiska utvecklingen och de utredningar och överenskommelser som legat till grund för byggnadsverket, redogör för arbetets ledande principer och fäster uppmärksamheten på de möjligheter till vidare utveckling av sjukhuset, som blivit förberedda vid dess planläggning och uppförande. Jag skall därför inskränka mig till att redogöra för de delar av sjukhuset som planerats för sjukvård, undervisning och forskning inom kirurgien samt särskilt ingå på de förändringar som härvidlag inträffat under den tid som sjukhuset varit i bruk.

Då sjukhuset öppnades omfattade den kirurgiska kliniken 6 allmänna vårdavdelningar vardera på 25 platser samt en enskild avdelning för 25 patienter. Därtill kom en mottagnings- och isoleringsavdelning på 10 platser i första hand avsedd för medicinska och kirurgiska patienter. Till Karolinska sjukhuset hörde emellertid även en i omedelbar kontakt med den kirurgiska kliniken belägen flygel innehållande 4 vårdavdelningar vardera med 25 allmänna platser. Dessa vårdavdelningar voro avsedda att ersätta det gamla garnisonssjukhuset och att till hälften beläggas med medicinska, till hälften med kirurgiska militära patienter. Överläkarna skulle vara militärläkare men patienterna användas för undervisningen i medicin och kirurgi, varvid det var planerat att professorerna i medicin och kirurgi skulle förfoga över vardera 50 patienter. Världskriget som bröt ut kort efter Karolinska sjukhusets öppnande gjorde emellertid att samtliga garnisonsavdelningar därstädes tillsvidare reserverades för kirurgiska patienter under det att de medicinska fallen alltså kvarblevo på det gamla garnisonssjukhuset. Den kirurgiska kliniken kom härigenom att förfoga över ett patientmaterial på 250 allmänna platser, vartill kom ett betydande antal enskilda patienter vilka även använts för undervisningen. Under de år som sjukhuset varit i bruk har det visat sig vara till stor fördel för undervisningen i kirurgi att ett stort och representativt patientmaterial förelegat. Särskilt fördelaktigt har tillskottet av patienter från garnisonsavdelningarna varit, då på dessa i stor utsträckning akuta bukfall och olycksfall, särskilt frakturer, vårdats under det att den kirurgiska kliniken oftast varit så belagd med utredningsfall, urologfall och andra specialfall, att den ej kunnat ta emot de för en rationell kirurgundervisning så viktiga akuta sjukdomsfallen. Att patient-

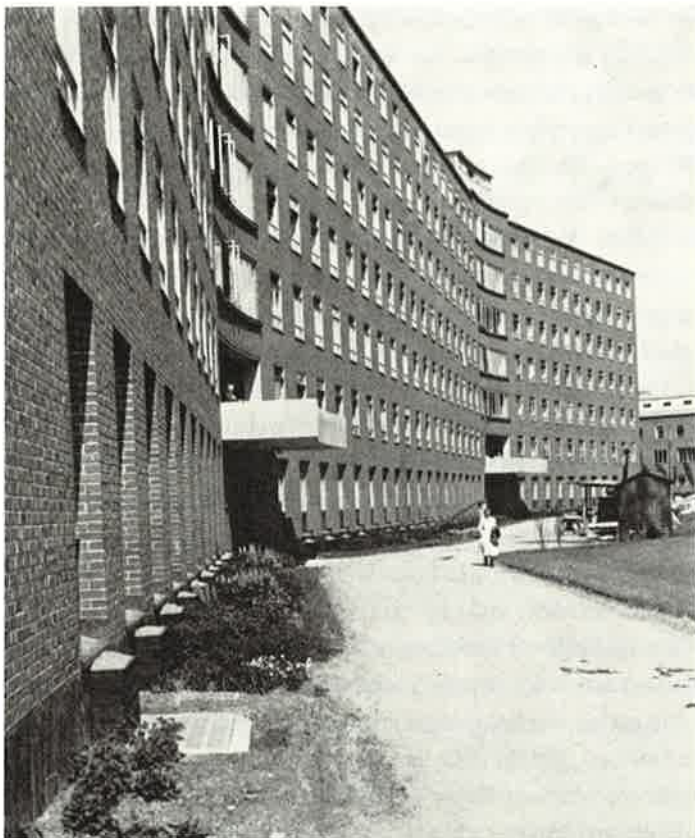


Fig 6. Karolinska sjukhuset 1942. Kirurgiska kliniken och Garnisonsflygeln.

materialet varit så stort har även varit viktigt med tanke på att antalet på en gång tjänstgörande under flera kurser betydligt överstigit de stipulerade 30. Givetvis har det även varit till stor fördel för det vetenskapliga arbetet och för utbildningen av underläkarna.

Såsom förut framhållits har under kursen i kirurgi föreläsningar och demonstrationer förutom i den egentliga eller allmänna kirurgien givits inom ett flertal specialområden. Det har härvid varit till stor fördel att dessa föreläsningar i allt större utsträckning kunnat ske på Karolinska sjukhuset och det är ett önskemål att hela undervisningen under kirurgkursen skall kunna ske därstädes.

Före införandet av den nya undervisningsplanen höll professorn i kirurgi 2 kliniska och 1 poliklinisk föreläsning i veckan under det att den biträdande läraren höll 1 klinisk och 2 polikliniska föreläsningar. En viss uppdelning har gjorts mellan professorn och den biträdande läraren beträffande föreläsningssämnena bl. a. så att den senare vanligen behandlat traumato-

logien, den förre abdominal kirurgi och urologi. Under poliklinikföreläsningarna har professorn även låtit tentanderna i kirurgi genomgå s. k. praktiskt prov i form av redogörelse för utdelade poliklinikpatienter. För tentamen har vidare fordrats en epikrisjournal på en inläggande patient samt muntligt förhör.

Efter införandet av den nya studieordningen har en viss omfördelning av föreläsningarna ägt rum beroende på tillkomsten av ett ökat antal lärare. En viktig förändring är att i samband med tillkomsten av en specialavdelning för urologi överläkaren och biträdande överläkaren vid denna avdelning övertagit praktiskt taget hela undervisningen i detta ämne.

När den kirurgiska kliniken flyttade över från Maria sjukhus till Karolinska sjukhuset var en av de i ögonen mest fallande förändringarna de utomordentliga föreläsningssalarna som stodo till buds. Aulan tycktes i början väl stor för de kliniska föreläsningarna men utrymmet har visat sig välbehövt för andra ändamål såsom disputationer och konferenser särskilt i samband med den nya undervisningsplanen. Den tekniska utrustningen är utmärkt och har alltid imponerat på gästande utlänningar. Transporten från vårdavdelningarna av patienter för demonstration har kunnat ske utan svårighet. Den polikliniska föreläsningssalen har väl fyllt sitt ändamål, den har varit lagom stor och så belägen att demonstrationen av poliklinikpatienter kunnat ske med lätthet.

En mycket stor del av undervisningen i kirurgi sker på vårdavdelningarna. Det är framförallt här som upptagningen av anamnes och undersökning av patienterna och journalskrivning äger rum. Det är också här som den viktiga för- och efterbehandlingen av patienterna sker. Enligt den nya studieordningen bör vidare en ökad undervisning ske vid sjuksängen. Vårdavdelningarna böra därför vara så planerade att de i görligaste mån lämpa sig ej blott för sjukvård utan även för undervisning. I detta avseende har det på Karolinska sjukhuset varit en brist att icke lämpliga lokaler funnits dit patienterna kunnat föras från salarna för att undersökas och de tjänstgörande i lugn och ro få skriva sina journaler. Journalskrivningen är en mycket viktig del av undervisningen men den minskade tiden för arbetet på sjukavdelningarna gör det önskvärt att skrivarbetet underlättas genom anställandet av personal härför. Journalerna är av betydelse ej blott för undervisningen utan även för forskningen och ligga till grund för en stor del av det vetenskapliga arbete som utföres på en klinik. Det synes därför i första hand vara lärarkollegiet och ej direktionen för sjukhuset som skall se till att tillräckligt med skrivhjälp i form av kanslibiträden finnes.

En mycket viktig del av kirurgundervisningen sker under de dygn, då de tjänstgörande i tur och ordning deltaga i jourarbetet och härigenom

få tillfälle att primärt undersöka bl. a. akuta bukfall och olycksfall. Härför är på Karolinska sjukhuset väl sörjt tack vare en speciell intagnings- och olycksfallsavdelning samt jourrum åt de tjänstgörande.

Det kan även sägas att polikliniklokalerna och operationsavdelningen äro väl planerade ej blott för sjukvården utan även för undervisningen. På operationsavdelningen kunde det visserligen diskuteras om man ej på åtminstone någon operationssal, i likhet med vad man ofta se på utländska undersökningssjukhus skulle haft åskådarläktare, varifrån de tjänstgörande kunde följa operationerna. Jag tror dock ej att en sådan anordning är nödvändig eller ens önskvärd för undervisningen av de medicine kandidaterna även om den ur andra synpunkter har sitt berättigande. Då kunde det snarare diskuteras, huruvida ej en televisionsutsändning från operationsavdelningen till föreläsningssalen skulle vara till fördel för undervisningen.

IV. Nya specialiteter inom de kirurgiska klinikerna

Barnkirurgi

Som redan tidigare framhållits har en fortskridande specialisering skett inom kirurgien med uppkomsten av nya specialiteter som antingen blivit helt självständiga eller ännu hänga samman med moderdisciplinen. Redan tidigt utvecklade sig som nämnts ortopedi och oto-naso-laryngologi till fullt självständiga specialiteter med egna professurer, senare skedde detta med neurokirurgi och thoraxkirurgi. Även barnkirurgien har tidigt varit erkänd som en kirurgisk specialitet och på Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus har sedan länge funnits en barnkirurgisk avdelning som även använts för undervisningen. Genom tillkomsten av en barnkirurgisk avdelning på Karolinska sjukhuset är barnkirurgien nu väl representerad på Karolinska institutets undervisningssjukhus. Den har också under de nuvarande överläkarna, docenterna S. Th. Ehrenpreis och J. G. Ekström starkt utvecklats. Speciellt gäller detta den kirurgiska behandlingen av kongenitala missbildningar inom olika organsystem. Inom barnkirurgien såsom sådan gör sig även en tendens till specialisering gällande med t. ex. barnurologi som en subspecialitet. På detta område har vackra insatser gjorts av docent N. O. Ericsson.

Plastikkirurgi

Plastikkirurgien, som till stor del på grund av första världskriget fått ökad betydelse och sedan genomgått en stark utveckling, introducerades på Karolinska institutets undervisningssjukhus redan 1937 då Allan Ragnell

vid Serafimerlasarettet erhöll 9 vårdplatser för bedrivande av rekonstruktiv kirurgi. År 1940 inrättades för Ragnell en konsulttjänst såsom »Specialist i plastikkirurgi vid Serafimerlasarettet och Karolinska sjukhuset». Då behandlingen kom att omfatta även finska krigsinvalider överflyttades densamma i juni 1941 till Karolinska sjukhuset, där den upprätthölls till den 1 juni 1943, då den åter förlades till Serafimerlasarettet. Den starka tillströmningen av hjälpsökande med väntetider på 2 à 3 år nödvändiggjorde ett ökat platsantal, en bättre organisation och bättre arbetsförhållanden. Efter framställning av direktionen upptogs frågan i 1944 års statsverksproposition och beviljades samma år av riksdagen, varigenom Ragnell i juli 1944 anställdes som överläkare vid Serafimerlasarettets plastikkirurgiska avdelning, där 20 vårdplatser ställdes till förfogande.

Den plastikkirurgiska avdelningen på Serafimerlasarettet kunde emellertid ej på långa vägar tillmötesgå det sjukvårdsbehov som förefanns inom plastikkirurgien och ej heller det behov av samarbete med plastikkirurgisk expertis som förelåg hos flera av Karolinska sjukhusets kliniker särskilt den kirurgiska, Radiumhemmet och kliniken för öron-, näs- och halsjukdomar.

Lärarkollegiet framförde vid flera tillfällen önskemål om inrättandet av en plastikkirurgisk avdelning på Karolinska sjukhuset och en sådan upptogs även i de förslag som 1951 framlades av Kommittén för Karolinska sjukhusets fortsatta utbyggnad. Man utgick härvid från att den plastikkirurgiska avdelningen skulle omfatta 50 allmänna platser samt inrättas i samband med den planerade nedläggningen av garnisonssjukvården, då här för avsedda platser på Karolinska sjukhuset skulle frigöras för annat ändamål. Redan innan detta sommaren 1958 inträffade fick dock plastikkirurgien ökade möjligheter på Karolinska sjukhuset i samband med en därstädes inrättad brännskadeavdelning. I november 1950 hade direktionen för Karolinska sjukhuset hos Kungl. Maj:t gjort framställning om inrättandet av en brännskadeavdelning enligt ett förslag uppgjort av professor Hellström och docent Rosenqvist, men först i december 1953 kunde avdelningen öppnas. Den var i första hand avsedd som en beredskapsåtgärd med tanke på brännskadornas stora betydelse under krig, men även som en specialklinik för rationell behandling av brännskador under fredstid och för vetenskaplig forskning beträffande brännskadeproblem. Då vår krigsberedskap efter världskrigets slut minskade behövdes Karolinska sjukhusets garnisonsavdelningar ej i samma utsträckning som förr för militärpatienter utan kunde i allt större utsträckning beläggas med civila patienter. Det erbjöd sig då också möjlighet att upplåta en av garnisonsavdelningarna till en brännskadeavdelning. Denna omfattade från början 12 platser för bränn-

skadefall vartill kom 6 platser som kunde användas för andra plastikkirurgiska fall. Brännskadeavdelningen skulle tillhöra den kirurgiska kliniken med professorn i kirurgi som chef. Den plastikkirurgiska verksamheten skulle dock samordnas med den plastikkirurgiska avdelningen på Serafimerlasarettet och ledas av dennas överläkare docent Ragnell.

I fortsättningen visade det sig att en kombinerad brännskade-plastikkirurgisk avdelning var förenad med vissa olägenheter. Dessa berodde till stor del på lokala förhållanden som omöjliggjorde en effektiv isolering av de ofta starkt infekterade brännskadefallen från de rena plastikkirurgiska fallen men även på personella och organisatoriska svårigheter. Det blev därför nödvändigt att vidtaga en omorganisation, vilken 1956 resulterade i att antalet brännskadefall minskade och huvudsakligen inskränktes till större och akuta brännskador, under det att övriga rent plastikkirurgiska fall ökades. Avdelningen skulle benämnas »avdelning för plastikkirurgi och brännskadebehandling», professorn i kirurgi vid Karolinska sjukhuset skulle vara föreståndare och överläkaren vid plastikkirurgiska avdelningen vid Serafimerlasarettet överläkare även vid brännskade- och plastikkirurgiska avdelningen på Karolinska sjukhuset. En ytterligare ökning av den plastikkirurgiska verksamheten på Karolinska sjukhuset inträdde i och med att garnisonsvården på Karolinska sjukhuset upphörde i juli 1958 och den plastikkirurgiska avdelningen på Serafimerlasarettet den 1 mars 1959 överflyttade till den i garnisonsflygeln på Karolinska sjukhuset frigjorda lokalerna. Genom vissa omändringar och utvidgningar av dessa kan en tillfredsställande plastikkirurgisk avdelning komma till stånd även om dess definitiva utformning måste anstå till dess ytterligare utrymme kan erhållas för denna liksom för den urologiska avdelningen. 1958 överflyttades föreståndarskapet till överläkaren på avdelningen och 1960 beslöt lärarkollegiet föreslå en professur i plastikkirurgi vid institutet.

Urologi

Både på Maria sjukhus och i än högre grad på Karolinska sjukhusets kirurgiska klinik har ständigt en stor del av patientmaterialet utgjorts av urologiska fall. Urologien har på många håll i världen sedan decennier intagit ställningen som en självständig specialitet under det att den inom andra länder, däribland de skandinaviska hört till kirurgien. Onekligen kunna en hel del av de urologiska sjukdomarna väl omhändertagas av allmänskirurger. Det finns emellertid en stor mängd urologiska undersökningsmetoder och ingrepp som tillfredsställande kunna utföras endast av kirurger med speciell utbildning och erfarenhet i urologi. En rationell be-

handling av urologiska sjukdomar fordrar även en sköterskepersonal som är van att behandla dessa fall där för- och efterbehandlingen spelar en mycket stor roll. Inom urologien finnes vidare en stor mängd olösta frågor som fordra vetenskaplig bearbetning, vilken bäst ledes av läkare som äro väl insatta i urologiska problem och frågeställningar. Slutligen behövs en intensifierad utbildning av specialister i urologi och lasaretsläkare med urologi som randutbildning, samt en systematisk undervisning för de studerande, då de urologiska sjukdomsfallen äro mycket talrika samt av intresse såväl för allmänpraktiker som läkare inom olika specialiteter. Det var därför länge ett önskemål inom lärarkollegiet att på Karolinska sjukhuset inrätta en urologisk klinik och redan 1944 föreslog kollegiet att den urologiska specialiteten, liksom den plastikkirurgiska, skulle beredas utrymme i de lokaler, som komme att frigöras när garnisonssjukvården överflyttades till ett planerat nytt garnisonssjukhus. Kommittén för Karolinska sjukhusets fortsatta utbyggande, som fått Kungl. Maj:ts uppdrag att utreda frågan, framlade 1951 i en generalplan för hela sjukhuset ett förslag enligt vilket den urologiska avdelningen skulle omfatta 75 platser och inrymmas i garnisonsflygeln på Karolinska sjukhuset då platserna därstädes i samband med garnisonssjukvårdens upphörande frigjordes för annat bruk. Då det var uppenbart att de båda klinikerna icke kunde erhålla erforderligt utrymme inom garnisonsflygeln förordade kommittén en utbyggnad som från garnisonsflygeln sträckte sig mot Radiumhemmet. I väntan härpå skapades emellertid genom tillmötesgående av professor Hellström 1948 en urologavdelning på Karolinska sjukhuset genom att 2 av den kirurgiska klinikens vårdavdelningar, omfattande 51 patienter, togs i anspråk uteslutande för urologiska fall och en urologisk mottagning anordnades i anslutning till den kirurgiska polikliniken. Docent Giertz erhöll ett personligt förordnande att som biträdande överläkare handhava vården av de urologiska fallen. År 1952 erhöll den urologiska avdelningen polikliniker inom mottagningsvåningen i garnisonsflygeln och Giertz förordnades som närmaste chef för såväl den kliniska vårdavdelningen som polikliniken. 1953 utnämndes Giertz till överläkare i urologi. Professorn i kirurgi kvarstod som föreståndare för den urologiska avdelningen men 1958 överflyttades föreståndarskapet på överläkaren i urologi. Den urologiska avdelningen fyllde från början väl sitt ändamål men var i behov av ökade utrymmen. Professor Hellström och docent Giertz ingingo därför 31 mars 1956 till direktionen med anhållan att de lokaler som komme att frigöras inom garnisonsflygeln måtte utnyttjas för inrättandet av en urologisk klinik och lärarkollegiet tillstyrkte varmt att en urologisk klinik komme till stånd från och med den 1 juni 1957. Frågan hänsköts av inrikesdepartementet till Kommittén för Karo-

linska sjukhusets fortsatta utbyggnad som bl. a. yttrade, att på grund av ändrade förutsättningar beträffande lösningen av sjukhusets centrallaboratorier för fysiologi och kemi, en omprövning av generalplanen måste ske såväl beträffande den urologiska som de plastikkirurgiska och ortopediska klinikernas lokalfrågor. Frågan kom i nytt läge när det i samband med upprustningen av Serafimerlasarettet bestämdes att den plastikkirurgiska avdelningen på Serafimerlasarettet skulle överflytta till Karolinska sjukhuset. På uppdrag av Kungl. Maj:t inkom direktionen med ett förslag till provisorisk disposition av de vid Karolinska sjukhuset frigjorda garnisonsavdelningarna gående ut på att dessa skulle disponeras med 2 avdelningar var för den kirurgiska och plastikkirurgiska kliniken. Den urologiska kliniken erhöll inom garnisonsflygeln utvidgade lokaler för expeditioner och poliklinik men skulle tillsvidare bibehålla de två vårdavdelningarna inom den kirurgiska kliniken. Detta förslag har godkänts av Kungl. Maj:t som 28 juli 1958 uppdragit åt kommittén för Karolinska sjukhusets fortsatta utbyggnad att till prövning upptaga frågan om definitiv lösning av de urologiska och plastikkirurgiska klinikernas lokalbehov.

Såsom redan framhållits ansåg en kommitté inom lärarkollegiet redan 1949 en professur i urologi behövlig. För att tillgodose behovet av forskning och undervisning i ämnet har lärarkollegiet 1960 beslutat föreslå en professur i urologi vid institutet förenad med överläkarbefattning vid Karolinska sjukhuset.

Anesthesiologi

Jämsides med framstegen inom kirurgi och i hög grad förutsättningen för dessa har varit en storartad utveckling inom anesthesiologi. Ännu långt in på 1900-talet var det vanliga på våra lasarett att narkosen meddelades av mer eller mindre erfarna sköterskor under det att läkarna på lasarettens skötte lokalanestesian. På undervisningssjukhusen fingo de tjänstgörande under kirurgkursen öva sig i att ge eter- och kloroformnarkos. I utlandet hade utvecklingen inom anesthesiologien gått hastigare än i Sverige. Tillkomsten av olika former av spinal anestesi samt intravenös narkos, intubationsnarkos och konstruktionen av sinnrika narkosapparater gjorde anestesian till en mycket mer svårlärd och ansvarsfull sak än tidigare. Utomlands började man därför tidigt att utbilda narkosspecialister, vilka såsom i England måste vara läkare under det att på andra håll såsom i Amerika narkossköterskor hade rätt att arbeta under en narkosläkares uppsikt. Visserligen följde man i Sverige väl med utvecklingen inom anesthesiologien, men det var ett stort framsteg då 1940 tack vare initiativ av professorerna Key och Söderlund en speciell narkosläkartjänst inrättades gemen-

samt för Serafimerlasarettet och Karolinska sjukhuset. Dess förste innehavare var Torsten Gordh som erhållit sin utbildning i anesthesiologi på Universitetskliniken i Madison i Minnesota. Utvecklingen har sedan gått raskt framåt. Det blev snart klart att vardera av undervisningssjukhusen behövde sin egen narkosläkare. På Karolinska sjukhuset ombildades narkosläkartjänsten via biträdande läkartjänst och biträdande överläkartjänst till överläkartjänst 1945, till en början med professorn i kirurgi såsom föreståndare men sedan 1957 som en fullt självständig tjänst. Sedan nämnda år finnes på Karolinska sjukhuset två anesthesiavdelningar, en central sådan för huvuddelen av sjukhuset och en avdelning å thoraxklinikerna. För närvarande uppgår personalen på anesthesiavdelningarna till 2 överläkare, 5 förste och 1 andre underläkare samt 1 sjuksköterska. Den centrala anesthesiavdelningens huvudarbete är förlagt till den kirurgiska klinikens operationsavdelning där samtliga anestesier handhaves av läkare. De övriga operationsavdelningarna, med undantag av thoraxkliniken, tillgodoses enligt ett uppgjort schema på olika dagar.

Narkosöverläkaren på den centrala anesthesiavdelningen bedriver i likhet med narkosöverläkaren på Serafimerlasarettet såsom förut nämnts obligatorisk undervisning för de medicine kandidater som fullgöra sin 5-månaders kurs på Karolinska sjukhuset och handhar deras praktiska utbildning i de vanligaste anestesiformerna. Vidare förekommer på anesthesiavdelningen specialistutbildning samt efterutbildning och randutbildning. Slutligen bedrivs där en vetenskaplig verksamhet var till senare återkommes. Det är därför att hoppas att institutets hemställen 1960 om till att börja med en laboratur i anesthesiologi bifalles. Det är otvivelaktigt att anesthesiologien genomgått en utomordentlig utveckling i Sverige och nu är väl i nivå med anesthesiologi i andra länder särskilt de anglosaxiska som tidigare lågo långt före. De stora framstegen inom kirurgien och den alltmer nedbringade operationsmortaliteten beror i ej ringa grad på anesthesiologiens utveckling och tillkomsten av välutbildade narkosläkare.

På senare år har anesthesiologernas verksamhetsområde ytterligare utvidgats genom att den omedelbara postoperativa övervakningen och behandlingen av patienterna i allt större utsträckning kommit att handhas av narkosläkarna. Postoperativa komplikationer på grund av anestesien och det operativa ingreppet är många och farliga, deras förebyggande och behandling fordrar en exakt diagnos och rationella åtgärder. Man har därför inrättat postoperativa behandlingsavdelningar, »recovery rooms», i nära anslutning till operationsavdelningen, där de nyopererade patienterna få kvarstanna tills de utan risk för omedelbara postoperativa komplikationer kunna överföras till vårdavdelningarna. På Karolinska sjukhuset har sedan 1958

inrättats en postoperativ vårdavdelning omfattande 8 platser och belägen i direkt anslutning till den kirurgiska klinikens operationsavdelning. Den postoperativa avdelningen måste i sin nuvarande form betraktas som ett provisorium i väntan på en större avdelning i stånd att betjäna även andra kliniker än den kirurgiska. Det kan vidare diskuteras om icke andra shocktillstånd än postoperativa skulle emottagas på nämnda avdelning där ständigt lämplig apparatur och specialutbildad personal samt läkarexpertis finns tillgänglig.

Handkirurgi

På Serafimerlasarettets kirurgiska klinik tillskapades 1 december 1952 en handkirurgisk avdelning med 6 sängar under ledning av doktor Lars Önne. Denna praktiskt mycket viktiga gren av kirurgien har visat sig fylla ett stort behov, som stadigt växer. På grund av de lokala förhållandena kan man ej göra mer än 400 operationer per år, den polikliniska verksamheten ökar även, väntetiden för icke akuta fall är därför redan uppe i över ett år.