

Torsten Gordh – anestesiologins maestro om narkos

”En aldrig sinande källa till spänning, nöje och tillfredsställelse”

Pionjär och banbrytare – det är stora ord. Ändå känns de litet futtiga för att beskriva professor emeritus Torsten Gordh och hans mod, envishet och entusiasm som den europeiska kontinentens, och Sveriges, förste anestesiolog.

Tidigt sporrades han av narkosläkaryrkets tjusning: som att dirigera en orkester – anestesiometoderna är instrumenten och patientens välbefinnande musiken!

Det är den 8 april 1940, dagen före Tysklands invasion i Norge och Danmark, som den 32-årige Torsten Gordh kliver av Amerikabåten Drottningholm i Göteborgs hamn. Med sig i bagaget har han narkosapparat, laryngoskop, svalgtuber mm – och ett och ett halvt års specialistutbildning i anestesiologins Mecka: professor Ralph Waters klinik i Madison, Wisconsin.

Så börjar han – segt och envist – med sina nyvunna kunskaper och sin utrustning plöja ny mark i svensk sjukvård, inte utan motstånd. Så sakteliga spirar svensk anestesiologi. Då var han ensam och först, idag finns uppåt 1 300 anestesiläkare i Sverige.

Men egentligen hade han inte alls tänkt bli narkosläkare, han hade inte ens tänkt bli läkare. Han skulle gå i sin fars fotspår som lantmätare, men kom inte in vid Lantmäterihögskolan vid första försöket.

För att förbättra sina odds inför nästa intagning tänkte han ta ett betyg i matematik vid Uppsala universitet. En föreläsning räckte dock, han insåg att ma-

tematiken gick långt över hans huvud. I stället skrev han in sig vid medicinska fakulteten: »Det har jag aldrig ångrat.»

Läkardrömmen var en önskan från modern som velat att han skulle bli läkare. Efter en termin i Uppsala fortsatte Torsten Gordh sina medicinarstudier vid Karolinska institutet i Stockholm: »Det går fortare där», hade en vän sagt honom. Och 1935 fick han sin legitimation.

Nu skulle han bli kirurg! Han hade rätta handlaget tyckte han, och kirurgins snabba effekter lockade honom. Så började han två månaders provtjänstgöring som assistentläkare i Örebro – oavlönad: »Så var det på den tiden. Det var svårt att få jobb, det fanns ett läkarproletariat.»

Han skötte sig och fick en underläkartjänst i Stockholm på Serafimerlasarettets kirurgklinik hos Gustaf Söderlund, den välkände kirurgprofessorn. Året var 1936 och nu skulle kirurgutbildningen äntligen börja, men först måste han klara av ett halvår som »droppare».

Uppgiften att droppa eter på mask, dåtidens dominerande anestesi-form i Sverige (förutom lokal- och spinalanestesi) – var som en straffkom-mendering.

Men så var rutinerna på landets uni-versitetskliniker: den mest oerfarne un-derläkaren fick som uppgift att assiste-

ra som »droppare» vid professors ope-rationer.

»Dropparen» var hantlangare åt kir-urgen som förutom operationen också ansvarade för narkosen och beordrade »dropparen» om att t ex hålla på mer eter eller att avsluta narkosen.

Premedicinering, narkosjournal, kontinuerlig andnings-, blodtrycks- och pulsregistrering, intubering, svalgsug, syrgas etc – en självklar grund i modern anestesiologi – var okända begrepp. För klen syresatt blod såg kirurgen först då blodet inom operationsområdet började bli mörkt, t ex!

Så – den yngste underläkaren ägna-de ett halvår åt att droppa eter, sedan tog näste vid. Utvecklingen stod still, ane-stesiologin sågs inte som en specialitet, den var inte högaktad. Tvärtom, det gick väl bra så här, tyckte de flesta.

På landsortsklinikerna fanns inte ens »droppare», där sköttes narkosmasker-na av sjuksköterskor, eller av sjukhus-vaktmästare.

– Efter ett halvår hade man begått tillräckligt många misstag för att kunna det litet grann. Men då kom en ny man. Och man var glad att det var slut, så man fick börja bli kirurg.

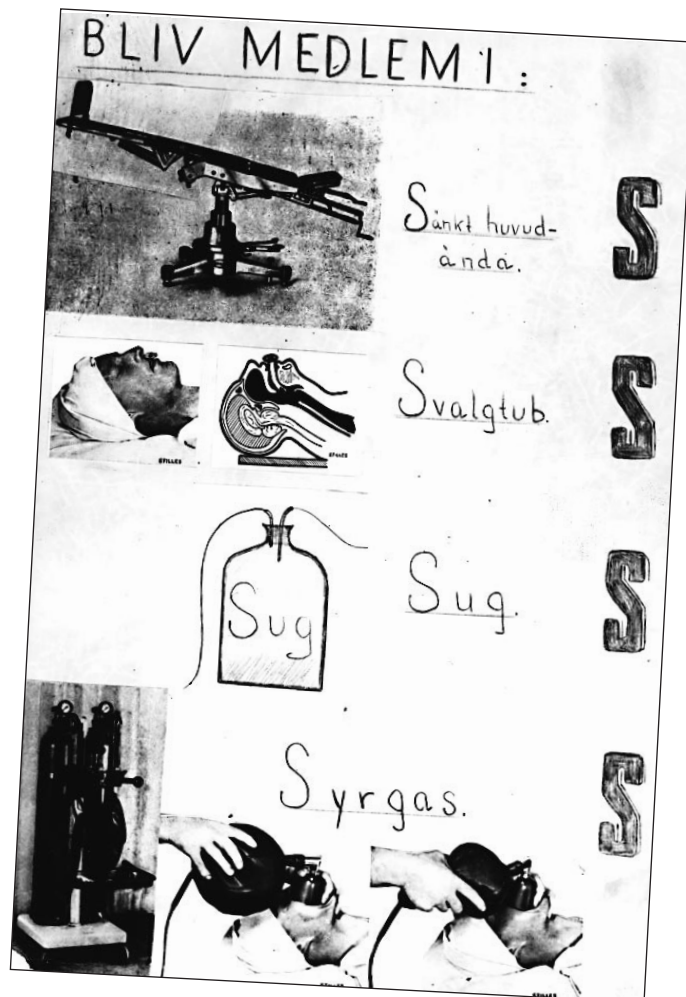
Nja – så blev det nu inte. Framsynta svenska kirurger med utblick mot de anglosaxiska länderna hade börjat inse narkosens betydelse för kirurgins utveckling och subspecialisering. Med

INTERVJU

BIRGIT WILHELMSON

FOTO

ROLF ADLERCREUTZ



»I dessa skor tog svensk anesthesiologi sina första ... stappande steg.» Torste Gordh skaffade de handgjorda, vita skorna 1940 (detta var före träskoeran). Så småningom blev de utslitna och han slängde dem. Men hans underläkare hittade dem i papperskor- gen och arrangerade detta stilleben.

De fyra S-en blev Torsten Gordhs egen devis: Sänkt huvudända (vid blodtrycksfall), svalgtub, sug, syrgas. Idag är de elementa! Men då, 1940, var det radikala nya grepp som Torsten Gordh införde efter sin specialistutbildning i USA. (Illustrationen gjordes av några elever vid Sophiahemmets sjuksköterskeskola.)

säker narkos som sköttes av specialister kunde större ingrepp göras med bättre resultat, det såg man i USA och England där anesthesiologin redan var en utvecklad specialitet.

Gustaf Söderlund var en av de mer framsynta och en av dem som drev kirurgins subspecialisering. Han insåg fördelarna med narkosspecialister och hade haft ögonen på underläkare Gordh och sett en talang för narkosgivning.

Så en dag frågade han om Torsten Gordh var intresserad av att utbilda sig till narkosspecialist: »Jag ska tänka på saken», svarade Gordh artigt.

Han ville ju bli kirurg!

Och Torsten Gordh fortsatte på kirurgbanan och fick en tjänst på Norrbackainstitutet för ett års utbildning i ortopedi. Men då kom nästa påstötning. Den här gången från Allan Ragnell som nyligen återkommit från England där han utbildat sig till plastikkirurg, Sveriges förste. Han kunde inte göra sitt jobb om han inte hade hjälp av en narkosspecialist som kunde intubera patienterna, påtalade han för Torsten Gordh.

Så drabbar då insikten Torsten Gordh »som en blixst från klar himmel» en

sommardag 1938. Allan Ragnell hade tipsat om att Michael Nosworthy, en framstående anesthesiolog från London, var i stan: »Du bör träffa honom.»

– Vi träffades och hade ett flera timmar långt samtal. Han förklarade vad anesthesiologi är: tillämpad fysiologi, farmakologi, biokemi på människa i sin prydno. Efter det samtalet förstod jag att vi var långt efter England och USA, att anesthesiologin var en nödvändig specialitet. Om inte jag tog det steget, då måste någon annan göra det.

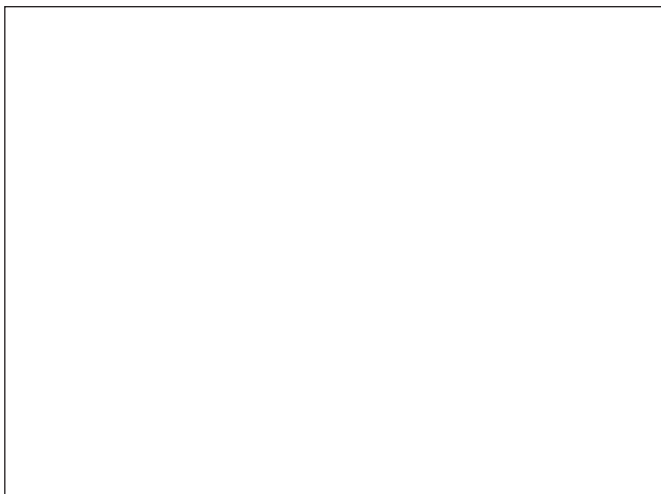
Den dagen var Torsten Gordhs kirurgbana slut, och svensk anesthesiologi tog sin början. Och att han den dagen på väg till Hotel Reisen där Nosworthy bodde demolerade sin bil, en Packard Roadster från 1928 »tung, törstig och med mekaniska bromsar» (en lastbil hade tvärbromsat) – det gör inte dagen mindre minnesvärd.

Han fick så Michael Nosworthys

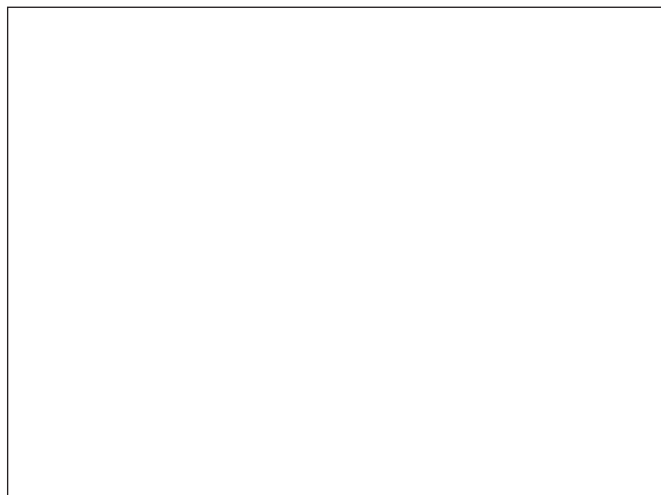
»Till slut vill jag framhålla, att det döljer sig mycket mer av variation och intresse inom anesthesiologin, än många läkare ana. Varje narkos är ett nytt fall, och även om samma medel användes, äro icke två helt lika varandra. För den sanne narkosläkaren är handhavandet av en narkos ett ständigt och fascinerande studium, en aldrig sinande källa till spänning, nöje och tillfredsställelse. Det omedelbara kliniska studiet av tillämpad fysiologi och farmakologi på människor med skiftningar och nyanser i puls, blodtryck och respiration inför de olika koncentrationerna och åtgärderna är ett tjugande och ännu föga utnyttjat fält för vetenskaplig forskning.»

Karolinska Sjukhuset den 1 september 1944
T. Gordh

Så avslutade Torsten Gordh en artikel i »Meddelanden från Sveriges Yngre Läkares Förening» 1944 för att stimulera rekryteringen till den nya specialiteten. »Pionjärer måste ha en viss entusiasm för att genomföra sitt arbete», kommenterar han texten idag.



Ofta sprintar Torsten Gordh upp till sitt emeritusrum på sin gamla klinik. Och ännu föreläser han om anestesiologins historia för läkarstuderande: »Så länge de lyssnar och applåderar vill jag fortsätta.» ...



... när han inte simmar i bassängen. Vid fyllda 90 år Torsten Gordh still going ...

hjälp att söka sig till specialistutbildning hos professor Ralph Waters, världens förste professor i anestesiologi. »I England får du bara titta på, i Amerika får du jobba» hade Nosworthy förklarat. Och jobba, det ville Torsten Gordh.

Så meddelade han Gustaf Söderlund att nu hade han bestämt sig, han ville bli anestesiolog. Han fick ett stipendium på 1 000 dollar från Sverige–Amerikastiftelsen och stor uppmuntran från bl a Söderlund som lovade att försöka ordna en narkosläkartjänst vid Karolinska sjukhuset som då, 1938, höll på att byggas.

Torsten Gordh åker till Madison i USA: här var anestesiologi långt ifrån bara något tekniskt som att droppa eter på mask, utan en hel klinisk vetenskap.

– Professor med hel stab gjorde inget annat än skötte narkoser och övervakade patienterna före, under och efter operationerna. Här fanns alltså preoperativ bedömning, narkos och uppvakning med i spelet. Och här tillämpades nya rön från fysiologi, farmakologi och kemi.

Och så kommer då Torsten Gordh, fulladdad med kunskaper och utrust-

ning, hem till Sverige igen – trots att han hade goda chanser att stanna i det stora landet i väster. Behovet av specialiserade anestesiologer var skriande där: »I Dallas t ex fanns bara en enda narkosläkare då, idag är de hundratals.»

Många av de utländska läkarna som studerade i USA tog den chansen och stannade kvar.

Men inte Torsten Gordh: »Jag kände ansvaret mot mitt land, och ansvaret efter den hjälp jag fått hemifrån.»

Därmed blev han också den förste på heltid sjukhusanställd anestesiolog i Sverige och på den europeiska kontinenten. Tjänsten som narkosläkare vid Karolinska sjukhuset, som stod färdigbyggt 1940, hade Gustaf Söderlund ordnat som han lovat. Men inte utan mackel.

Direktionen vid Serafimerlasarettet och det blivande Karolinska sjukhuset (det fanns då ett samarbete mellan sjukhusen) hade stött Gustaf Söderlunds förslag och i sin petita för år 1939 begärt en narkosläkartjänst. Men ecklesiastikdepartementet avslag ansökan med motiveringen: »Det har gått bra förut.»

Gustaf Söderlund var inte den som gav sig. Han sökte personligen upp

statssekreteraren Nils Rosén som övertygades om att något fantastiskt nytt var på väg, att statsmakten försummat en viktig detalj. Trots att nådiga luntan redan var tryckt och spikad ändrades beslutet och tjänsten kunde tillsättas.

Två dagar i veckan arbetade så Torsten Gordh vid Serafimerlasarettet och fyra dagar vid Karolinska sjukhuset under den första tioårsperioden, sedan blev det heltid på Karolinska sjukhuset.

Han bodde på sjukhuset till en början och var ständig bakjour, dygnet runt hela veckan. Utrustningen och apparaturen förvarades i en 2x2 meter stor garderob, »narkosskrubben».

Nu gällde det att visa vad specialiteten kunde bjuda på – för även om han hade stort stöd av en del kirurger, så fanns det många som rynkade på näsan och tyckte att detta, det var onödigt.

Men ganska snart kunde Torsten Gordh visa resultat – mortaliteten minskade. Kirurgerna kunde göra mer komplicerade ingrepp och operera högriskpatienter, med bättre resultat än tidigare. Myten »operationen lyckades, men patienten dog» reducerades eller eliminerades helt säkert med hjälp av den moderna narkosens möjligheter.

Så näsorna slutade att rynkas. I stället började kirurger ute i landet fråga efter specialiserade anestesiologer: »Har Du ingen Du kan skicka?» fick Torsten Gordh höra. Och han arbetade för högt tryck med att lära upp nya som så småningom spreds över landet, var och en pionjär på sitt ställe.

Och det var med enkla – idag fundamentalt självklara, men då radikalt nya – grepp som Torsten Gordh och anestesiologin vann terräng i svensk sjukvård.

Först och främst införde han en noggrann patientövervakning där puls, blodtryck, andning, hudfärg osv kontinuerligt registrerades. Övervakningsapparaturen var de egna sinnena – syn, hörsel, känsel och även lukt – samt blodtrycksmanschett och tidur. EKG-registrering och monitorer kom långt senare.

Han myntade också de fyra S-en: svalgtub, sug, syrgas, sänkt huvudända. De blev också stommen i hans avhandling 1945. De ger minirekvisitan för anestesi och behandling av komplikationer – den självklara grunden än idag!

De fyra S-en sammanfattade Torsten Gordh i sin devis: »Håll luftvägen fri. Giv blodet syre. Giv hjärtat blod.»

Att garantera fri luftväg under operationen var något nytt. Torsten Gordh etablerade här dels metoden att lyfta fram underkäken, dels anatomiskt utformade näs- och svalgtuber och bety-

delsen av trakeal intubation vid behov. Och på operationsavdelningen satte han upp fiktiva plakat: »Snarkning förbjuden».

Att en svalgsgug alltid skulle finnas till hands under narkosen, för att rensa luftvägen och underlätta andningen, var också nytt.

Och att ge syrgas var en ny idé. Syrgas hade tidigare setts som sista smörjelsen: »Var en patient så dålig så han behövde syrgas, då var det ute med honom.»

Det enkla tricket att behandla blodtrycksfall genom att sänka patientens huvudända var ytterligare en nyhet som Torsten Gordh förde med sig från USA.

Han lanserade också preoperativ bedömning med riskindelning, adekvat premedicinering och narkosschema för att bedöma narkosstadium.

– Vi lärde oss att följa operationerna noggrant för att se kirurgens behov och de krav som ställdes på muskelslapphet osv. Och vi satte en ära i att när kirurgen hade satt sista suturen i huden, då skulle patienten vara så vaken att han reagerade på tilltal och hade tillfredsställande spontanandning. Operationsbordet var vår uppvakningsstation.

Så småningom, utifrån möjligheterna till mer avancerad kirurgi, kom behoven av särskilda uppvakningsavdelningar. Härifrån utvecklades även intensivvårdsavdelningarna under 1950-talet.

Milstolparna på vägen är många:

Olofssons heparinnål (en föregångare till senare infartskanyler) hade kommit redan 1940 »som en skänk från ovan» för att ge intravenösa narkosmedel. Respiratorerna kom under polioepidemin på 1950-talet. Övervakningsmetoderna förfinades så småningom med teknisk apparatur.

Spinal- och lokalanestesierna vidareutvecklades. Det syntetiska muskelavslappande medlet succinylkolin (Vitruks Celocurin) prövades och infördes av Stephen Thesleff och Otto von Dardel. Subspecialisering började med thorax- och neuroanestesi samt pediatrik anestesi, smärtkliniker, toxikologi och hyperbar oxygenbehandling osv, osv.

(Torsten Gordh var för övrigt ansvarig för den kliniska prövningen av lidokain 1944–48, innan Astra släppte ut det på världsmarknaden och det blev ett bästsäljande lokalanestetikum.)

Den första professuren i anesthesiologi inrättades vid Karolinska institutet 1963, Torsten Gordh blev dess förste innehavare. Många är de doktorander han handlett, många är genombrutna: bl a hans och Curt Frankssons undersökning om huvudvärk efter spinalanestesi, där de visade på sambandet

»**Allt gick mycket fort**, på bara några veckor förändrades narkoserna vid Karolinska sjukhuset», minns Ulla Mattison-Gordh. Hon kom till sjukhuset 1940 som ung medicine kandidat på kirurgkursen. Liksom de övriga kandidaterna fick hon gå tillsammans med Torsten Gordh på narkosen och lära sig av allt det nya. Och så ... de gifte sig 1941. Sakerligen är anesthesiologin henne ett stort tack skyldig. Torsten Gordh poängterar att hans engagemang i anesthesiologin, såväl kliniskt som vetenskapligt, knappast hade varit möjligt utan hennes arbete och uppbackning hemmavid.

mellan anestesinålens grovlek, durans skada och uppkomst av huvudvärk.

Han har varit Karolinska sjukhusets trogen under alla sina arbetsår. 1974 pensionerades han, men allt som oftast sprintar han upp till sitt emeritusrum och för att titta till sin gamla klinik.

Idag är han 90 fyllda, och föreläser fortfarande i anesthesiologins historia för läkarstuderande vid Karolinska institutet: »Så länge de lyssnar och applåderar vill jag fortsätta.»

Anesthesiologin fascinerar ännu – en fascination som tidigt drabbade honom. Myten att narkosläkare sällan möter sina patienter vakna, har han tåpats med. Tvärtom, poängterar han, en anesthesiolog måste ha mycket god patientkontakt.

– Många är rädda inför narkosen, då måste vi lugna dem. Den preoperativa

bedömningen är viktig och att vi ger rätt premedicinering så att de får somna med känslan: 'Ni får göra vad ni vill med mig.' Och efter operationen tittar vi alltid till patienterna för att se hur det går.

Själv har han blivit sövd ett par gånger och somnat med just den känslan »gör vad ni vill»:

– Men man visste ju vilka som skötte det. Man valde dem som var lämpligast, sådana som man lärt upp själv.

Och här skymtar den yttersta fascinationen: Narkosläkaren håller bokstavligen patientens liv i sina händer, och låter patienten tryggt sväva mellan liv och död till tonerna av anestesins finstämda orkester.

– Det är spännande. Men det vågar vi aldrig tala om, nästan viskar Torsten Gordh, denna orkesters absoluta maestro. •