

100 artiklar om magsår under 100 år

I Läkartidningen nr 3/1904 rapporterades om hur man kunde stödja ulkusdiagnosen genom att fastställa förekomst av ockulta blodmängder i ventrikelinnehåll eller feces. Under de följande 100 åren prövades – och debatterades – olika behandlingar: diet, grötomslog, vismut, kirurgi, novoprotininjektioner, psykoanalys och antacida, tills protonpumpshämmaren Losec revolutionerade terapin. Upptäckten att magsår hade samband med *Helicobacter pylori*-infektion ledde sedan till antibiotikabehandling. Över 100 artiklar i Läkartidningen har speglat utvecklingen.

■ På 1830-talet fick man genom obduktionsfynd klart för sig existensen av begreppet magsår. Den första magsårsoperationen, en resektion för ett stenoserande sår i pylorus, gjordes år 1882. Patienten överlevde, men man kommenterade i *Zentralblatt für Chirurgie* att denna första magsårsoperation var »hoffentlich auch letzte«. Trots detta gav sig inte kirurgerna, och ett ökande antal operationer ledde till bättre kunskaper om sårens patologi och symtomatologi.

Ännu vid början av 1900-talet var möjligheterna att kliniskt diagnostisera ett magsår mycket begränsade. Först efter 1915 kunde man med bariumkontrast röntgenologiskt avbilda sår i ventrikelväggen, på 1920-talet även i duodenum.

Den första artikeln redan i LT nr 3/1904

Redan i det tredje numret av Läkartidningen [1] refererade den i bl a motboks-sammanhang välkände doktor *Ivan Bratt*, amanuens vid Serafimerlasarettet, en artikel i *Deutsche Medizinische Wochenschrift*:

Författare



Lars Räf

Lars Räf, kirurg och professor h c, numera bonde i Sörmland, skrev sin första artikel för Läkartidningen 1968. År 1972 knöts han till tidningen som medicinsk redaktör, ett uppdrag han hade till 1988.

schrift: »Über die Diagnose des Ulcus ventriculi mittelst Nachweises occulter Blutanwesenheit in den Fäces«. Där redovisades hur man kunnat fastställa fö-

Några magsårshistoriska LT-skribenter

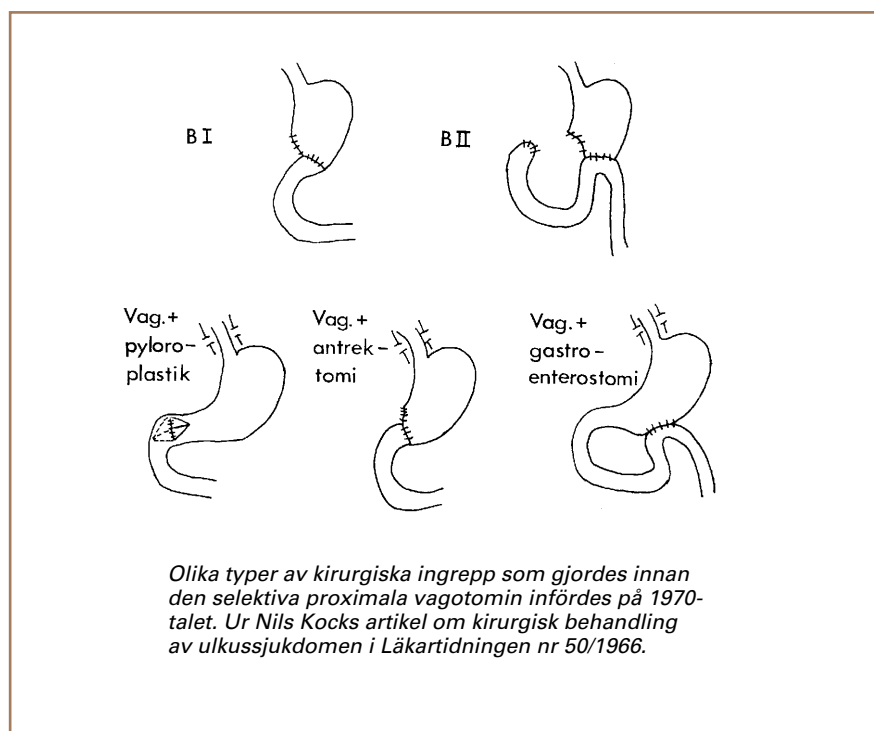
Ivan Bratt, amanuens vid Serafimerlasarettet, kanske mest känd för motboksreformen, det s k brattska systemet, skrev redan i Läkartidningen nr 3/1904 om hur man kunnat fastställa magsår genom förekomst av ockulta blodmängder i ventrikelinnehåll och feces.

rekomst av ockulta blodmängder i ventrikelinnehåll eller feces med hjälp av pulvriserat guajakharts. Vid typiska symtom kunde ett positivt prov ha betydelse som »utslagsröst mellan diagnosen ulcus och de lika sväfvande som vanliga diagnoserna cardialgi och nervös dyspepsi. Med den sålunda befastade diagnosen följer tillfredsställelsen att kunna slå in på en målmedveten terapi«.

Tre år senare kom nästa bidrag [2], även detta ett referat av en artikel i samma tyska tidskrift, »Über Behandlung des Magengeschwürs«. Där stod att magsår orsakades snarare av motoriska förändringar i muscularis än av sekretoriska rubbningar. Den »dietiska vilokuren« utgjordes av absolut sängvila, helst i ryggläge, under två till tre veckor, varma omslag på magen (linfrögröt kokad med borvatten), sträng diet och bruk av Carlsbadervatten i små doser. Referatet innehöll även detaljerade uppgifter om dieten och om hur grötomslagen skulle appliceras.

Den medicinska behandlingen bestod av vismut och vid smärtor små doser av belladonna, kodein och opium. Vismut kunde tillföras även via sond med patienten liggande på den sida »där såret förmodades ligga«, så att vismuten skulle kunna lägga sig på sårytan som ett skyddande lager. Om magblödning inträffade under kuren behandlades denna med isblåsa på magen och näringstillförsel uteslutande via lavemang.

Av den medicinska behandlingen var vid blödning »inte mycket att vänta«, men man kunde försöka med blyacetat eller adrenalinlösning lokalt. Från olika håll hade föreslagits »att införa magslang och bespola magen med isvatten; förfruktade dock att få läkare skulle



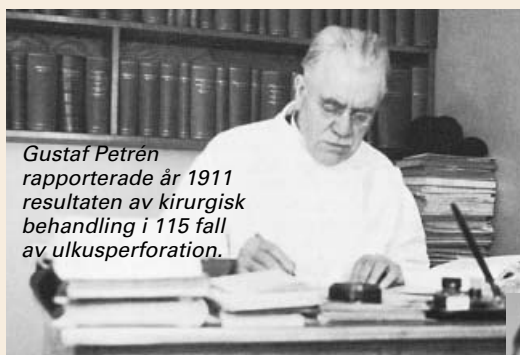
besluta sig för ett dylikt ingrepp«. Diagnosen perforerat sår var inte alltid lätt att ställa, men vid misstanke om detta »om patientens krafter tillät det, snarare råda till operation än till att exspektera«.

Dålig prognos vid duodenalsår

Praktiserande läkaren vid Sophiahemmet *Robert Dahl*, senare livmedikus, framhöll i en artikel 1911 att sedan kirurgerna tagit hand om de akuta peritoniterna hade man fått upp ögonen för betydelsen av sår även i duodenum [3]. Detta hade vidgat kunskapen om detta lidande och ökat möjligheterna att i tid

igenkänna och behandla även det okomplicerade tolvfingertarmsåret. Prognosen vid duodenalsår ansåg han i allmänhet vara dålig med tanke på risken för perforation och blödning. Hypersekretion var ett vanligt symptom »hvars diagnostiska värde dock ännu inte är säkraställt«.

När det gällde resultat av den medicinska behandlingen hade »de flesta författarna yttrat sig pessimistiskt«. Orsaken trodde han var att läkemedlet passerade så snabbt förbi såret i tolvfingertarmen att effekten blev dålig. Han redogjorde slutligen för två patienter med långvariga besvär av sina sår, som ope-



Gustaf Petrén rapporterade år 1911 resultaten av kirurgisk behandling i 115 fall av ulkusperforation.

För upptäckten av magsårsbakterien, Helicobacter pylori, fick Robin Warren (t v) och Barry Marshall Paul Ehrlich- och Ludwig Darmstädter-priset, den mest prestigefulla vetenskapliga utmärkelsen på medicinens område i Tyskland.

Bengt Ihre (t h) hade synpunkter på i vilken grad blodförluster vid magblödning skulle ersättas.

Sune Rosell (längst t h) var den som först presenterade Losec i Läkartidningen.



FOTO: PRESENS BILD

rerats på Sophiahemmet och då blivit av med sina besvär.

Även medicinöverläkaren vid Malmö allmänna sjukhus, *Sten Algot Pfannenstill*, kunde konstatera att duodenalsåret varit misskänt i snart ett århundrade men att man nu tack vare engelska och amerikanska kirurger fått det radikala medlet att se vad som fattades genom att öppna buken [4]. Vid denna »operativa autopsi kunde nämligen sjukdomen med samma säkerhet påvisas som på obduktionsbordet«.

Kirurgiska tungviktare

Under Läkartidningens första decennium publicerade sig även två kirurgiska tungviktare i tidningen. Underkirurgen *Einar Key* redogjorde för erfarenheter av den operativa behandlingen vid Serafimerlasarettet och Sophiahemmet [5]. Professorerna *John Berg* och *Jules Åkerman* hade där fram till år 1906 opererat 158 fall av magsår (perforationsfall exkluderade) med en mortalitet på ca 10 procent.

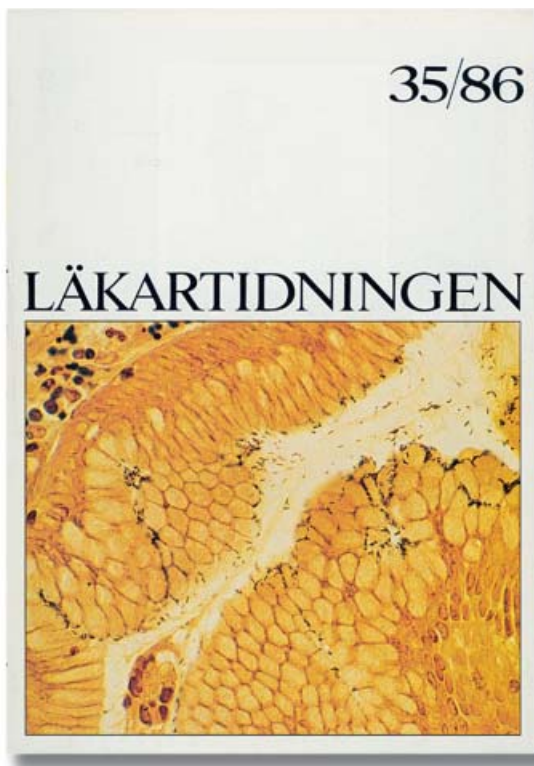
Bland operationerna dominerade gastroenterostomier. Endast i ett mindre antal fall hade man gjort resektioner, och då av begränsad omfattning, kring såret. Vid resektion var mortaliteten ca 20 procent; särskilt riskfyllda var de fall där såret perforerat mot lever eller pankreas. När operationen begränsats till gastroenterostomi förekom också att såren inte läkte; de kunde till och med kompliceras med perforation. Författaren ansåg kirurgisk behandling vara indicerad endast om medicinsk behandling varit verkningslös och vid komplikationer i form av perforation, blödning eller stenosis.

År 1911 kunde professor *Gustaf Petré*n i Lund rapportera resultaten av kirurgisk behandling i 115 fall av ulkuserforation vid 13 sydsvenska sjukhus [6]. Dessa patienter, som utan operation varit »hopplöst förlorade«, hade vid tidig diagnos och tidig laparotomi »goda utsikter att öfverleva«. I hela materialet överlevde mer än var tredje patient, av dem som opererades inom tolv timmar med slutning av perforationsöppningen mer än två tredjedelar.

Petrén sammanfattade: »Sällan är läkarens handlingssätt så påtagligt afgörande för den sjukas lif, som när han under de första timmarne eller det första halfva dygnet kallats till en patient med ett perforerat ulcus.«

Novoprotin en kontroversiell terapi

En ny typ av medicinsk behandling presenterades 1925 av Robert Dahl [7]. Han



Omslaget till Läkartidningen nr 35/1986 visade endoskopisk biopsi från antrum hos en patient med ventrikululus. En ovanligt riklig förekomst av *Helicobacter pylori* (då kallad *Campylobacter pyloridis*) täcker alla epiteliella ytor. I samma nummer skrev *Sven Gustavsson* under rubriken »*Campylobacter pyloridis* – orsak till gastrit/ulcus« [51].

redogjorde för utländska erfarenheter av novoprotin, ett äggviteämne som injicerades intravenöst upp till 18 gånger och som uppgavs lindra symtomen vid magsår. Injektionerna framkallade feber, men verkningsmekanismen vad gäller såret var oklar.

Metoden kom att användas även i Sverige. År 1945 kunde lasarettsläkare *Leopold Abramson* vid medicinavdelningen i Skellefteå redovisa ett material omfattande 945 patienter som behandlats med ulkuskur i sängläge [8]. I hälften av fallen kompletterades kuren med novoprotininjektioner. Abramson hade inte kunnat finna att äggviteinjektionerna inneburit något positivt tillskott till ulkusbehandlingen.

I polemik med denna artikel ansåg docent *Harald Öhnell* vid Stocksunds lasarett att hans mer än tjugoåriga erfarenheter av preparatet talade för att det på grund av en ospecifik retningseffekt hade en gynnsam verkan [9]. Något eget material redovisades dock inte.

Medicinsk eller kirurgisk behandling?

Något som särskilt kom att diskuteras i Läkartidningen under 1930- och 1940-

talerna var vilka som skulle ansvara för behandlingen av patienter med akuta ulkusbildningar. Det började med att lasarettsläkare *Sixten Hesser* i Linköping år 1938 redogjorde för sina erfarenheter [10, 12]. Av flera hundra patienter med akut manifesterad magblödning som vårdats på medicinkliniken under hans tid där hade endast två opererats akut och båda avlidit. Mortaliteten i hela materialet var 3,9 procent. Recidivblödningar hade förekommit i 30 procent av fallen. Trettio patienter hade opererats på grund av blödningsrecidiv, men av dessa hade 14 fått en eller flera blödningar postoperativt. Hesser ansåg därför att operation var av tvivelaktigt värde som profylax mot blödningsrecidiv.

Mot detta opponerade sig *Gustaf Söderlund*, professor vid Serafimerlasarettet [11]. Han menade att operationerna i Hessers material väsentligen hade varit

gastroenterostomier. För att operationen skall vara adekvat måste såret och en stor del av den syraproducerande ventrikelslemhinnan avlägsnas. I stora material av patienter opererade enligt Billroth II förekom recidivblödning endast i ca 2 procent av fallen. Söderlund uttalade önskvärdenheten av att »de interner, som särskilt i större utsträckning syssla med ulcusblödningar, sätta sig väl in i de kirurgiska synpunkterna och lära sig värdesätta de olika kirurgiska operationsmetoderna vid ulcus«.

Flera inlägg följde; bl a vittnade *Robert Dahl* själv om att han efter upprepade blödningar opererats och därefter under 20 år kunnat leva ett normalt liv [13]. Han ansåg att man gjorde patienten en otjänst med att »ensidigt urgera den konservativa metoden«. Debatten avslutades av lasarettsläkaren i Örebro *Gösta Bohmansson* [14]. Vid sjukhuset hade internister och kirurger tillsammans bedömt patienter med akut magblödning, och man hade kommit fram till enighet om vilka av dessa patienter som borde opereras. »Vi kunna inte med operation rädda alla fall, men vi kunna med ett ingrepp i tid rädda flera, blott vi icke vänta till dess utsikterna för en gynnsam utgång äro hopplösa.«

Med tiden kom kampen mellan kirurger och internister att bli överspelad i och med att man vid slutet av seklet i allmänhet kunde stoppa magblödningarna med endoskopiska metoder (sklerosering, värme eller laser) [15, 16].

Ett annat tvisteämne när det gällde magblödningar var i vilken grad blod-

förlusterna skulle ersättas. Överläkaren *Leonard Brahme* i Norrköping hade förordat en restriktivitet med blodtransfusioner, men professor *Bengt Ihre* vid S:t Eriks sjukhus ansåg detta felaktigt – förlusterna skulle ersättas så att patienten kunde stå upp [17]. Brahme vidhöll att det var möjligt att utan att skada den sjuke inbespara ett dyrbart blodmaterial [18]: »Doktor Ihres med ett visserligen ej fullt maskerat magistralt tonfall framförda kritik, kan ej nämnvärt skaka min uppfattning.«

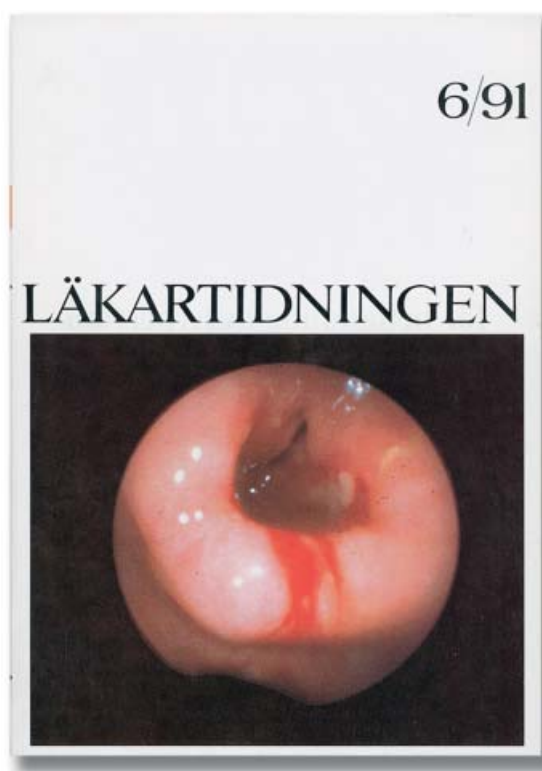
Olika uppfattning kirurger emellan

Två kirurger – biträdande överkirurg *Gustaf Söderlund*, då vid Maria sjukhus [20], och lasarettläkaren *Bertel Bager*, Norrköpings lasarett [21] – lämnade synpunkter på kirurgisk behandling av bröstna mag- och duodenalsår. De var eniga om att slutning av såret och anläggande av s k Witzelfistel skulle vara standardmetod och att resektion av sårområdet endast undantagsvis borde utföras. Att göra en resektion, »vilket blivit en sport, en modesak«, var alltför riskabelt. Söderlund rekommenderade spolning av bukhålan, vilket dock Bager ansåg tvivelaktigt, till och med skadligt.

År 1925 kunde 1:e underläkaren *Göran Holm* vid kirurgkliniken i Sundsvall meddela att hos en patient med akuta buksmärter hade man på röntgenplåten, tagen med patienten i sittande ställning, kunnat se fullständigt »oförtydligt« luft under diafragma [19]. Perforationen intill pylorus bekräftades vid laparotomi.

Vid elektiv operation för ulkus ansåg kirurgerna på 1930-talet att resektion gav det bästa resultatet med mindre recidiv. Docent *Erik Brattström*, Sahlgrenska sjukhuset, ansåg dock att det på sina håll urartat till att man vid operation till varje pris eftersträvade resektion, vilket medförde en alltför hög mortalitet i samband med ingreppet [22]. I vissa fall var det bättre att i en första seans göra en gastroenterostomi och senare en resektion. En operation i två seanser var bättre än att »operera ihjäl« patienten i en. Brattström menade dessutom att man med enormt utbredda resektioner skjuter över målet. Ventrikeln tillhör de blodbildande organen i kroppen, och risk finns då att patienten efter sådan kirurgi med tiden drabbas av anemi.

Helge Lublin, underläkare vid medicinska kliniken, S:t Eriks sjukhus, diskuterade 1941 i en lång artikel sena komplikationer hos »de patienter som lyckligt överstå en ulcusoperation« [23].



I nr 6/1991 fanns en översikt över den farmakologiska behandlingen av ulkus i en artikel av *Per M Hellström*, »Höga krav på mediciner och farmakologiska principer som tillämpas vid ulcussjukdomen«. Omslaget endoskopibild visade en ulkusanis i duodenum med pågående blödning.

Förutom postoperativa jejunalsår med risk för jejunum-kolonfistel förekom tömningsrubbingar, näringsbrist och anemi.

Kirurgerna *Gustaf Bruhn* och *Erik Landelius* i Gävle ansåg att Lublins artikel gett en bild av att sena besvär skulle vara regel efter ventrikelresektion, vilket inte stämde med deras egen erfarenhet grundad på mer än tusen ulcusoperationer [24]. De ansåg att flertalet patienter var befriade från sitt lidande och obehag under förutsättning av

- välgrundad operationsindikation,
- lyckligt vald operationsmetod och
- att de resekerade inte fortsatte sitt dietliv.

Läkaresällskapen bidrar

År 1934 fanns i *Läkartidningen* flera referat från Lunds läkaresällskaps förhandlingar. Där sammanfattas den tidens syn på ulcussjukdomen.

Amanuensen *Helge Wulff*: »Det mest betydelsefulla i dessa nyare forskningsresultat är det regelbundna påvisandet i ulcusfallen av en s k ulcusgastrit, det vill säga inflammatoriska slemhinneförändringar« [25]. Han framhöll emellertid

även saltsyrans roll för sårens uppkomst.

Docent *Otto Östberg* vid medicinkliniken menade att »av diagnostiska metoder spelar utan tvivel röntgenundersökningen den största rollen« [26]. Genom denna har vi »fått ett någorlunda fast grepp om sjukdomen; den har såsom ett upprepande oväder farit in bland magneurosernas och de mystiska bukåkommornas moln och dimmor«.

Däremot ansåg han att magsaftundersökningens diagnostiska värde vid ulcussjukdom trätt tillbaka. »De finnas som karakterisera denna undersökning som en barlast, en onödig pina för patienten och helst vilja avskaffa den som rutinmetod.«

Gastroskopi hade mer och mer låtit tala om sig, men med de stela instrumenten var stora delar av magslemhinnan och duodenum otillgängliga för inspektion. Skillnader i olika former av dietkur ansåg Östberg inte vara av större betydelse, men att behandla patienter lidande av hungersmärtor med svält »vore ju att fördriva djävulen med Belsebub«.

Kirurgen *Gustav Pallin* i Kristianstad hade svar på frågan när det var dags att operera: »När antingen internisten tröttnat på patienten, eller patienten på internisten« [27]. Bland operationsmetoder föredrog han resektion, helst inkluderande såret. Gastroenterostomi gjorde han endast undantagsvis på grund av risk för peptiskt sår i jejunum, och han citerade en tysk auktoritet: »Man weiss nicht was, man weiss nicht wie, dann macht man Gastroenterostomie.«

År 1966 sammanfattades åter utvecklingen inom ulkusområdet genom ett brett symposium vid Göteborgs läkaresällskap [28]. Av resultatet framgick bl a att bland 1913 års män i Göteborg hade 16,3 procent haft symtom talande för magsår (*Gösta Tibblin*). En viktig milstolpe i utvecklingen var introduktionen av det flexibla gastroskopet, som väsentligt underlättade diagnostiken av magsår (*Anders Walan*). Undersökningen kunde dock aldrig ersätta en röntgenundersökning. Genom långtidsbehandling med antacida och antikolinergika hade man kunnat minska recidivriskerna, och »det finns skäl att frångå den nihilistiska inställning till medicinsk behandling av ulcussjukdomen som såväl internister som kirurger har« (*Gerhard Dotevall, Anders Walan*).

År 1966 sammanfattades åter utvecklingen inom ulkusområdet genom ett brett symposium vid Göteborgs läkaresällskap [28]. Av resultatet framgick bl a att bland 1913 års män i Göteborg hade 16,3 procent haft symtom talande för magsår (*Gösta Tibblin*). En viktig milstolpe i utvecklingen var introduktionen av det flexibla gastroskopet, som väsentligt underlättade diagnostiken av magsår (*Anders Walan*). Undersökningen kunde dock aldrig ersätta en röntgenundersökning. Genom långtidsbehandling med antacida och antikolinergika hade man kunnat minska recidivriskerna, och »det finns skäl att frångå den nihilistiska inställning till medicinsk behandling av ulcussjukdomen som såväl internister som kirurger har« (*Gerhard Dotevall, Anders Walan*).

Statistiken visar sjunkande mortalitet

Under 1940- och 1950-talen presenterades flera statistiska undersökningar av-

Kvar stod dock problemet med hög recidivrisk efter avslutad behandling. Detta problem kunde reduceras när man upptäckte att magsåren hade samband med kronisk infektion med *Helicobacter pylori* och att denna infektion kunde behandlas med antibiotika.

seende magsår. Professor *Gustaf Petrén* i Lund hade gjort en sammanställning av fall opererade för ulkuserforation vid svenska sjukhus under 1930-talet [29]. Av 5 685 opererade avled 20 procent; den lägsta mortaliteten sågs i storstäder, den högsta i Norrlandslänen. En betydande förbättring hade inträffat sedan 1910- och 1920-talen, då motsvarande siffra var 33 procent. Petrén återkom 1951 med motsvarande undersökning från 1940-talet [30]. Mortaliteten hade då sjunkit till 10 procent.

Underläkare *Ivar Borg* vid Malmö allmänna sjukhus redogjorde 1951 för mortaliteten i samband med ulkuskirurgi vid sjukhuset under ett år [31]. Av 192 elektivt opererade patienter var mortaliteten 2,1 procent. Inkluderade man endast de 112 fall som tidigare inte haft komplikationer i form av blödning eller perforation var mortaliteten så låg som 0,9 procent. Däremot var mortaliteten hos de 50 patienter som opererats på grund av blödning fortfarande hög, 14 procent.

Haqvin Malmros och *Rune Bjöhrn* vid Centrallasarettet i Örebro hade studerat kristidens inverkan på röntgenologisk läkning av ventrikelsår [32]. De tyckte sig konstatera sämre läkning under krigsåren, vilket ansågs kunna bero på näringsbrist, främst på animaliska äggviteämnen.

John Tomenius, S:t Görans sjukhus, hade studerat 36 501 ulkusfall, som vårdats vid Stockholms sjukhusen under åren 1938–1952 [33]. Under perioden hade antalet fall fördubblats och de kirurgiska trefaldigats. Under krigsåren 1941–1942 sågs en markant ökning av antalet fall, särskilt bland män.

Farmakologisk behandling

John Tomenius hade använt Macrotyrin, magnesiumtrisilikat i oljeemulsion, för att neutralisera saltsyran och funnit att »en förbättring av den terapeutiska effekten kunde ernås» [34]. På Sahlgrenska sjukhuset hade *Albert Larsson* och *Kjell Sigroth* jämfört Macrotyrin med antacida i samband med både sjukhusvård och poliklinisk behandling [35]. Man fann ingen skillnad vad gäller sårläkning, dock att patienterna lättare tålde högre doser av Macrotyrin.

Nya antikolinergika med berednings-

former som gav längre duration hade utprovats på Sahlgrenska sjukhuset av *Gerhard Dotevall* och medarbetare [36]. Dessa preparat gav möjlighet att få en hämning av magsaftsekretionen utan att samtidigt få biverkningar.

Underläkare *Bjarne Gylling* i Sollefteå hade provat lakritsstång uppslammad i vatten på 20 patienter med ulcus ventriculi och funnit att dessa oftast reagerat påfallande gynnsamt med snabbt avklingande subjektiva besvär [37]. Någon bestående besvärsfrihet hade dock inte konstaterats. En patient drabbades av ödem, en annan av magblödning.

»Revolution« på 1970- och 1980-talen

År 1977 konstaterades i en medicinsk kommentar att man nu hade tillgång till selektiv medicinsk och kirurgisk behandling vid ulcus duodeni [38]. Först på banan var kirurgerna *Gustav Liedberg* och *Jan Oscarson*, som redogjorde för principerna för den selektiva proximala vagotomin (SPV), en operation som, rätt utförd, kraftigt reducerade syrasekretionen men som gav betydligt mindre biverkningar än resektion eller trunkal vagotomi [39].

Det var även dags att förnya den medicinska behandlingen genom användning av histaminblockerare. Den första H₂-receptorblockeraren var cimetidin, som presenterades 1979 av *Gerhard Dotevall* [40]. Han hade konstaterat att preparatet hade en kraftigt syrereducerande effekt. H₂-antagonisterna kom dock snart att överglänsas av protonpumpshämmaren Losec, som presenterades första gången i Läkartidningen 1982 av *Sune Rosell* [41].

En annan princip för ulkusbehandling var den s k cytoprotektionen. Enligt *Lennart Wählby* och *Ingvar Kagevi* vid Kärnssjukhuset i Skövde fanns det flera typer av preparat (syntetiska prostaglandiner, sukralfat, lakrits och vismut) som kunde utgöra ett skydd över såret [42]. Med användning av dessa preparat var det möjligt att nå samma resultat som med syrereduktion. *Sven Gustavsson* och *Olof Nyrén* i Uppsala ansåg dock att cytoprotektionen saknade relevans vid behandling av ulkussjukdomen, eftersom Losec visat sig vara så effektivt att praktiskt taget alla sår läkte [43].

Gerhard Dotevall kastade in en

brandfackla i debatten när han menade att de nya effektivare syrahämmarna snabbare leder till sårrecidiv än vad som är fallet vid traditionell ulkusbehandling [44]. *Anders Walan*, Hässle AB [45], och statistikern *Sven Eriksson* [46] ansåg att Dotevall inte kunnat visa att så var fallet. Andra författare har dock ansett det föreliggande risk för att både H₂-blockerare och protonpumpshämmare kan skapa kroniska behov genom ökad saltsyrautsöndring när medicinerna sätts ut [47].

Sven Gustavsson och *Olof Nyrén* visade att antalet ulkusoperationer minskat med 83 procent mellan åren 1950 och 1986 [48]. Starkt bidragande orsak till detta var säkerligen en effektivare medicinsk behandling. Minskningen hade emellertid startat redan före introduktion av H₂-receptorblockerarna, vilket skulle tala för en verklig minskning av ulkussjukdomens prevalens. För detta talade även det minskade antalet ulkuserforationer.

Magsårskirurgi en parentes

Magsårskirurgi kom på 1980-talet att betraktas som en »medicinhistorisk parentes«, men professor *Sven Dahlgren* i Umeå menade att med tanke på den höga recidivfrekvensen vid olika typer av medicinsk ulkusbehandling var det möjligt att vagotomierna åter skulle komma att öka, eftersom detta ingrepp botade 80 procent av patienterna [49].

Kirurgerna *Hans Graffner* och *Gert Lindell* hade vid en litteraturgenomgång av medicinsk och kirurgisk ulkusbehandling funnit att resultaten vid både medicinsk terapi och kirurgi var starkt beroende av om patienten rökte eller ej [50]. I ett material från Lund av SPV-opererade patienter hade 24 procent av rökarna fått sårrecidiv mot 7 procent av icke-rökarna. Författarna ansåg att man bör kräva ett allvarligt försök att få patienterna att sluta röka innan medicinsk långtidsprofylax eller operation planeras.

Ulkus en infektionssjukdom?

År 1986 presenterades en upptäckt som gjorts av två australiska forskare, *Barry Marshall* och *Robin Warren*, att *Helicobacter pylori* kunde vara en bidragande orsak till kronisk ulkussjukdom

ANNONS

ANNONS

[51]. Sven Gustavsson och Lars Engstrand kunde några år senare visa hur man med syrahämmare, vismut och antibiotika kunde få patienten fri från *Helicobacter* och därigenom få såren att läka [52]. Ett problem visade sig vara att bakterien ofta snabbt utvecklade resistens mot de olika antibiotika som användes och att lämpliga vismutpreparat dessutom saknades i Sverige [53].

År 1996 kom Läkemedelsverket med sina rekommendationer angående farmakologisk behandling av ulkus [54]. Man menade att endast fall där sår konstaterats med endoskopisk undersökning, och där prov dessutom visat växt av *H. pylori*, skulle behandlas med antibiotika. Syrahämmande medel borde kombineras med två antibiotika för att minska risken för resistensutveckling. Oro framfördes emellertid för att denna »behandlingshysteri« kunde leda till en ökad resistensutveckling hos de få antibiotika som är verksamma mot *H. pylori* [55].

Olika teorier om orsaker till ulkus

Tore Leonhardt summerade 1997 de olika paradigmskiften som förekommit vad gäller orsaker till ulkus [56]. Till att börja med ansåg man att vegetativ instabilitet gav upphov till lokal muskelkramp och cirkulationsrubning med sår som följd, men i början av 1900-talet uppmärksammades alltmer saltsyrans roll. Särskilt vid duodenalsåren förelåg ofta hyperaciditet. Behandlingen kom att inrikta sig på att neutralisera syran antingen med farmaka eller genom att kirurgiskt minska den syraproducerande delen av magsäcken.

Under perioden 1940–1980 ansågs ulkus vara en psykosomatisk sjukdom; magen påverkades via det vegetativa nervsystemet av psykiska faktorer. Behandlingen skulle inrikta sig på konfliktlösning, även systematisk psykoanalys prövades. Detta blev dock aldrig någon succé, och situationen blev en annan när de nya »mirakelmedicinerna« kom. Med dessa farmaka kunde man få praktiskt taget alla sår att läka.

Kvar stod dock problemet med hög recidivrisk efter avslutad behandling. Detta problem kunde reduceras när man upptäckte att magsåren hade samband med kronisk infektion med *Helicobacter pylori* och att denna infektion kunde behandlas med antibiotika.

Leonhardt sammanfattade att mag- och tolvfingertarmssår inte är någon homogen sjukdom utan kan betraktas som ett syndrom. Han sammanfattade framgångarna under ett århundrade vad gäller behandlingen av magsår: Borta är de långa sjukhuskurerna och de stora ventrikelresektionerna. »Positivismens

framstegsoptimism synes på detta område ha uppfyllts med råge.«

Kommentarer med facit i hand

Att studera artiklar i Läkartidningen om magsår ger inte bara kunskap om hur diagnostik och behandling har utvecklats under 100 år utan också en bild av hur formerna för publicering i Läkartidningen har förändrats. Under de första decennierna av 1900-talet var artiklarna nästan alltid mycket långa; inte sällan tvingades man att breda ut sig över två nummer av tidningen. Referenslista saknades nästan alltid, i bästa fall uppgavs i texten namnet på någon tysk tidskrift som författaren hämtat uppgifter från.

Författaren (alltid en man) ansågs uppenbarligen allmänt känd, eftersom uppgift om titel och arbetsplats saknades. I artiklar från denna period krävdes dessutom sällan redovisning av det faktamaterial som låg till grund för hans slutsatser.

En orsak till denna bristande faktaredovisning var att man fram till 1920-talet i ett kliniskt material inte hade andra uppgifter än patientens symtom för att diagnostisera ulkus. Kirurgerna hade här en fördel genom att kunna »titta i facit«, och de kunde därför presentera väldefinierade material med opererade magsårspatienter.

Vad som ovan sagts betyder inte att artiklarna från äldre tider skulle vara ointressanta eller svåra att ta till sig. Med tanke på de förutsättningar under vilka författarna verkade är deras observationer ofta mycket intressanta och framåtblickande. Dessutom är det ett nöje att vid läsningen lära känna personer som man tidigare mött endast som namn ur historien. Polemiken var ibland tuff och formuleringarna ofta drastiska.

Under andra hälften av 1900-talet blev artiklarna betydligt kortare och innehöll bättre faktaredovisning. Till stor del var det fråga om inlägg under medicinsk debatt eller korrespondens, ofta diskuterades värdet av olika former av medicinsk behandling. De från kirurgmöten eviga diskussionerna om fördelen med olika ingrepp vid ulkus (Billroth I eller II) har jag inte återfunnit i tidningen.

Referenser

Referenslistan upptar endast artiklar i vilka väsentliga nyheter framförts. Samtliga referenser gäller artiklar publicerade i Allmänna svenska läkartidningen, Svenska läkartidningen eller Läkartidningen.

1. Bratt I. Referat. 1904;1:73-4.
2. Runborg CE. Referat. 1907;4:540-5, 575-9.
3. Dahl R. Några ord om duodenalsåret och dess diagnos. 1911;8:465-75.

4. Pffannenstill SA. Duodenalsåret från medicinsk synpunkt. 1912;9:1140-7.
5. Key E. Om resultaten af och indikationerna för den kirurgiska behandlingen af ulcus duodeni. 1908;5:145-55.
6. Petré G. Några ord om symtom och prognos vid perforation af mag- och duodenalsår. 1911;8:233-41.
7. Dahl R. Novoprotin vid mag-duodenalsår. 1925;42:593-8.
8. Abramson L. Om injektionsbehandling av ulcus ventriculi et duodeni. 1945;42:593-8.
9. Öhnell H. Om injektionsbehandling av ulcus ventriculi et duodeni. 1945;42:1648-53.
10. Hesser S. Om recidiverande magblödningar och deras behandling. 1938;35:1629-42.
11. Söderlund G. Några reflexioner med anledning av doktor S Hessers uppsats. 1938;35:1977-83.
12. Hesser S. Om recidiverande magblödning m m. 1938;34:2153-62.
13. Dahl R. Till frågan om magblödningarna behandling. 1939;36:554-5.
14. Bohmansson G. Till diskussionen om ulcusblödningarnas behandling. 1939;36:305-9.
15. Backman L, Granström L. Sklerosering vid blödande magsår – effektiv behandlingsmetod. 1992;89:370-1.
16. Gustavsson S. Blödande ulcus – endoskopisk blodstillning vinner insteg. 1992;89:2339-40.
17. Ihre B. Medicinsk behandling av magsår. 1955;52:656-61.
18. Brahme L. Medicinsk behandling av magsår. 1955;52:1112-5.
19. Holm G. Om röntgenologisk diagnos av perforerade magsår. 1925;22:865-8.
20. Söderlund G. Några ord om det perforerade mag- och duodenalsårets kirurgiska behandling. 1926;23:1169-77.
21. Bager B. Om brustna mag- och duodenalsår. 1929;26:881-8.
22. Brattström E. Operationsindikationer vid ulcus ventriculi s. duodeni. 1938;35:783-93.
23. Lublin H. Sena besvär efter magsårsoperationer. 1941;38:1357-70.
24. Brun G, Landelius E. Angående de sk sena besvärerna efter magsårsoperationer. 1941;38:2436-42.
25. Wulff H. Patologisk anatomi och patogenes. 1934;31:58-70.
26. Östberg O. Diagnos och invärtersterapi. 1934;31:119-28.
27. Pallin G. Kirurgisk behandling. 1934;31:128-30, 150-7.
28. Symposium om ulcussjukdomen 1966;63:4817-97.
29. Petré G. Om ulcusperforationer i Sverige och dess olika län under 1930-talet. 1942;39:1829-44.
30. Petré G. Om ulcus perforationer i Sverige åren 1944–48. 1951;48:789-809.
31. Borg I. Några reflexioner över ett års ulcusmaterial vid en kirurgisk klinik. 1951;48:2693-2706.
32. Malmros H, Björhn R. Kristidens inverkan på magsårens läkning. 1943;40:1669-83.
33. Tomenius J. Förekomsten av magsår i Stockholm under åren 1938–1952. 1955;52:2677-88.
34. Tomenius J. Erfarenheter från användning av polyaminostyren (»macrostyrin«) i am-

- bulant behandling av ulcus pepticum-sjukdomen. 1955;52:263-7.
35. Larsson A, Sigroth K. Om macrostyrin vid ulcusbehandling. 1955;52:2751-9.
 36. Dotevall G, Schröder G, Walan A. Ulcusbehandling med anticholinergica. 1964;61:1458-63.
 37. Gylling B. Några erfarenheter av lakrits vid ulcusterapi. 1953;50:810-13.
 38. Räf L, Walan A. Selektiv medicinsk och kirurgisk behandling vid ulcus duodeni. 1977;74:628.
 39. Lidberg G, Oscarson J. Vagotomi vid ulcus duodeni. 1973;70:3479-83.
 40. Dotevall G. Behandling med cimetidin vid magsårssjukdomen. 1979;76:719-22.
 41. Rosell S. Ny effektiv hämmare av saltsyraproduktionen? 1982;79:2654.
 42. Wählby L, Kagevi I. Cytoprotektion vid magsår – ett nytänkande i behandlingsstrategin. 1987;84:550-3.
 43. Gustavsson S, Nyrén O. Obevisade hypoteser om cytoprotektion vid magsår – otillräcklig grund för ändrad behandlingsstrategi. 1987;84:1336.
 44. Dotevall G. Kraftigt syrahämmande läkemedel ger ökad recidivrisk? 1987;84:2951-2.
 45. Walan A. Felaktig information kan ha misslett kolleger. 1987;84:4118-9.
 46. Eriksson S. Analys av ulcusåterfall – ett svårt metodproblem. 1987;84:4118-9.
 47. Norlén P, Vinge E. Protonpumpshämmare kan skapa kroniskt behov. 2003;100:940-1.
 48. Gustavsson S, Nyrén O. Stadig minskning av operationer för ventrikel- och duodenalsår. 1989;96:3357-9.
 49. Dahlgren S. Magsårskirurgi – en medicinhistorisk parentes? 1991;86:3827-30.
 50. Graffner H, Lindell G. Passiv rökning – en hälsofara. 1987;84:3571-3.
 51. Gustavsson S. *Campylobacter pyloridis* – orsak till gastrit/ulcus? 1986;83:2822-4.
 52. Gustavsson S, Engstrand L. *Helicobacter pylori* och kronisk ulcussjukdom. 1991;88:624-5.
 53. Wadström T. Duodenalsår botas om *Helicobacter pylori*-infektion behandlas. 1991;88:1184.
 54. Nya råd från läkemedelsverket. Trippelregim krävs mot *H pylori*. 1996;93:1041-5.
 55. Enroth H, Engstrand L. Både bra och dåliga bakterier i magen. 2000;97:150-3.
 56. Leonhardt T. Stress, läkemedelsbiverkan eller infektion? Teorierna om varför magsår uppstår har avlöst varandra. 1997;94:2941-4.