

## KIRURGISK GASTROENTEROLOGI I DANMARK

### Specialets tilblivelse – med en særlig vægt lagt på K.H. Køsters indsats

På venlig foranledning af bestyrelsen for *Dansk Gastroenterologisk Selskab* skal jeg hermed søge at give en beskrivelse af, hvorledes vort fag begyndte sin udvikling. Om end det er faget og dets pionerer, det først og fremmest skal handle om, kan jeg ikke undgå at tilføje fremstillingen et ret betydeligt mål af selvbiografi. Det skyldes, at jeg ikke skriver som medicinhistoriker på basis af kildemateriale, men skriver som en læge, for hvem det dengang nye fag var en del af livet. Det er derfor det personligt oplevede fag, der er basis for fremstillingen, og forbindelsen til medicinhistorien kan kun trækkes, såfremt en forsker engang kunne tænkes at anse fremstillingen som en af sine primær-kilder.

#### Som det var

I sommeren 1956, da jeg med hustru sejlede med Ålborg-båden til Nordjylland for at påbegynde min turnustjeneste på det velanskrevne Hjørring Centralsygehus, havde jeg ingen anledning til at forudse et kommende kirurgisk-gastroenterologisk speciale. Det efter tidens forhold store sygehus rummede én stor kirurgisk og én stor medicinsk afdeling og derudover små afdelinger for øjen- og øresygdomme samt et tuberkulosehospital. Der var ingen gynækologisk-obstetrisk afdeling - et fagområde, den kirurgiske afdeling tog sig af sammen med al kirurgi bortset fra thoraxkirurgi og neurokirurgi, som varetoges i Århus.

Det var ikke stort anderledes i København, Århus eller Odense bortset fra, at der her var udskilt afdelinger for gynækologi/obstetrik og at det var her, man havde afdelinger for thoxax- og neurokirurgi.

At der ikke var speciallæger i kirurgisk gastroenterologi betød ikke, at kirurger ikke kunne dyrke dette fag som et personligt interesseområde. Det gjorde således min chef i Hjørring, overkirurg *Johannes Thyssen*. Han var uddannet på Finsen-instituttes kirurgiske afdeling, hvor overkirurg *Alfred Zacho* var en dansk pioner inden for cancerkirurgi og ikke mindst var kendt for sin udvikling af thorako-abdominale indgreb for c. cardia.

Nogle kirurgiske afdelinger i København havde i løbet af 1950'erne erklæret gastroenterologi som deres såkaldte subspeciale, men det var ikke nogen officielt anerkendt kategori. Eksempler på sådanne gastroenterologisk subspecialiserede afdelinger var Rigshospitalet afd. C, Københavns Kommunehospitals 1. afd., Bispebjerg Hospital, afd. A. og fra 1961 også afd. F. Alle disse afdelinger modtog imidlertid også patienter med kirurgiske sygdomme uden for det gastroenterologiske område, og det var en almindeligt udbredt opfattelse blandt de toneangivende overlæger, at dette var værdifuldt i uddannelsesøjemed.

### **Min egen vej**

Efter at være avanceret til 2. reservekirurg som 3-års kandidat, efter supplerings i radiologi og med en hurtigt stigende rutine inden for den akutte kirurgi og enklere indgreb i øvrigt blev jeg af overlæge *Thyssen* opfordret til at blive kirurg, og jeg kom i 1960 til Odense Amts- og Bys Sygehus for at supplere gynækologi/obstetrik.

Da jeg godt og vel havde aftjent det nødvendige halve år, ville jeg gerne videre i kirurgien og søgte en stilling som 2. reservekirurg hos den navnkundige overlæge *K.H. Køster* på Bispebjerg Hospital (BBH), afd. A. Jeg havde oplevet *Køster* som lærer i krigskirurgi på underlægeskolen og havde lige siden da ønsket at få ham som chef.

Nu var det på ingen måde let at komme ind på en af de prestigøse københavnske afdelinger, og jeg blev derfor noget overrasket, da jeg fik stillingen til tiltrædelse i august 1961. Det viste sig, at *Køster* havde udtaget mig, fordi jeg havde skrevet tre artikler (1, 2, 3) under mine forskellige ansættelser, bl.a. som værnepligtig reservelæge i Flyvevåbnet. Han var klar over, at det var sket uden megen vejledning.

### **K.H. KØSTER (1909-70)**

*Karl Henrik Køster* blev født 30. maj 1909. Han var 2. reservekirurg på BBH, afd. A i 1943 og ydede en modig og effektiv indsats i modstandsbevægelsen - særligt markant under den tyske forfølgelse af danske jøder i oktober 1943. Han arrangerede transporter for ca. 2000 flygtninge til Sverige via Bispebjerg Hospitals udstrakte gangsystem i kælderetagen –

til dels gennem fiktive indlæggelser. Denne indsats blev internationalt anerkendt (4) og førte siden hen til oprettelsen af et fellowship ved det anerkendte jødiske *Michael Reese Hospital and Medical Center* i Chicago. Det var et-årige stipendier, som blev uddelt i ti år med mig som den første fellow i 1963.

Efter sin farefulde indsats måtte *Køster* flygte til England via Sverige. Han deltog som Major, Royal Army Medical Corps af 21. armégruppe (5) i felttoget i Normandiet i 1944.

Først i juli 1946 kom han tilbage til BBH, afd. A, nu som 1. reservelæge. Han blev afdelingslæge i 1951 og chef for BBH, afd. A i 1957.

*Køster* fik en fremtrædende placering i det fagorganisatoriske miljø med adskillige formandsposter og andre vigtige tillidshverv i Foreningen af overlæger i Københavns kommune, Foreningen af hospitalsoverlæger i København, i Danske kirurgers organisation, i Specialistorganisationernes sammenslutning, Københavns Lægeforening og i Den almindelige danske Lægeforening.

*Køster* blev "sjælen" i oprettelsen af Danmarks første blodbank på Bispebjerg Hospital i 1951 og gjorde ved vægtige publikationer et stort arbejde for transfusionsbehandlingens rette organisation og anvendelse.

Under *Køsters* flugt deponerede han i den danske ambassade i Stockholm sit ufuldendte disputatsarbejde om shocktilstandens patofysiologi. Det var udarbejdet hos *August Krogh* på dennes institut, men ak og ve - det blev aldrig genfundet efter krigen på trods af indgriben fra daværende udenrigsminister *Christmas Møller*. Siden hen fik *Køster* ikke tid til at disputere, men få læger med disputats har, som det vil kunne ses af den følgende fremstilling, været større som videnskabelige igangsættere end han.

Som kirurg var *Køster* en sikker operatør. Han skulle have bordet højt op, og skamler til assistenterne var ingen mangelvare. Han stod rankt og rolig, mens han arbejdede, og det gjorde han hurtigt og udramatisk. Der opstod aldrig uventede blødninger eller utilsigtede

huller på noget. Operationssygeplejersken havde det nemt. Han brugte aldrig andet end kniv, saks og pincet, og hans ordrer om suturer kom roligt og i god tid. Ingen nervøsitet her. Han var de store snits mand og ville næppe have befundet sig vel med de endoskopiske teknikker. Hans yndlingsincision til ventrikeloperationer var det såkaldte mercedessnit, som prydede mange københavnske bugvægge og var et kvalitetstegn - ganske som det kendte bilsymbol. Kvaliteten var der styr på, idet *Køster* - længe før den slags blev almindeligt - foretog regelmæssige, årelange ambulante kontroller af alle ulcusopererede patienter. Assistenterne havde det også let. *Køster* fandt det aldrig nødvendigt at skælde ud på yngstemanden, som det ellers var almindeligt: "Træk, træk nu mand". Han havde ikke megen lyst til assistere de yngre. Det kom derfor ganske bag på mig, da han en dag, hvor jeg havde været oppe den ganske nat uden et sekunds hvil, pludseligt sagde: "Nu opererer De, dr. Andersen". Situationen krævede jo, at jeg lavede en fejlfri *Billroth I* som behandling af det velvoksne ulcus ventriculi, så jeg måtte arbejde med den største delikatesse, selv om jeg havde glædet mig til en fredsommelig assistenttjeneste under påhøring af historier, som for en dels vedkommende var kendte, så man kunne reagere med autopiloten tilkoblet det trætte sind.

## DEN KIRURGISKE GASTROENTEROLOGIS FAGLIGE AFGRÆNSNING

### BBH, afd. A

I princippet var BBH, afd. A en almenkirurgisk afdeling, da *Køster* overtog den i 1957, om end ortopæd-kirurgien var skilt fra som en selvstændig afdeling under professor *E. Hart Hansen*. Afdelingen anså sig som subspecialiseret i gastroenterologi, hvilket som nævnt også gjaldt for andre kirurgiske afdelinger, men det fandt *Køster* ikke tilfredsstillende nok. Han kæmpede derfor straks var starten en indædt kamp for at friholde afdelingen helt for patienter med problemer uden for gastro-intestinalkanalen. Det lykkedes kun langsomt, for i Københavns Kommune og dermed dens centralvisitation var man ikke meget for at anerkende nogen særstatus for afdeling A. I den første tid, jeg var på afdelingen, altså fire år efter *Køsters* tiltræden, behandlede man stadig en del gynækologiske og urologiske patienter. Takket være mit arbejde om prostatektomi (2) blev jeg straks udnævnt til

afdelingens "prostatectomeur" og blev sat til alle transvesicale prostatektomier. Det var en tid, hvor det ikke blev anset for passende at vise betænkelighed ved at påtage sig en opgave, selv om ens praktiske erfaring som selvstændig operatør var beskeden. Det gik hæderligt, så jeg fik lov til også at operere *Køsters* privatpatienter og diverse VIPs.

Som led i *Køsters* specialiseringsbestræbelser oprettedes på afd. A det første gastroenterologiske laboratorium i Danmark i 1959. Her foretog man målinger af ventriklens syresekretion som led i det kliniske arbejde, ligesom der udspillede sig en betydelig videnskabelig aktivitet, som i første række var rettet mod syresekretionsmålingers anvendelighed i ulcusdiagnostikken, i behandlingsplanlægningen og i behandlingskontrollen.

I 1964 tog afd. A som den første i Danmark det nye fleksible fibergastroskop i brug. Det var ret tykt og ikke styrbart. En rivende udvikling tog imidlertid sin begyndelse, og ganske som med nutidens mobiltelefoner, kom der nye og avancerede modeller med måneders mellemrum.

*Køster* var en magtfuld person og hans høje, kraftige skikkelse og martialske udseende gjorde det betænkeligt at sige ham imod. Det gjaldt i alle kollegiale sammenhænge, men også langt op i det administrative og politiske system. Med ham som bølgebryder blev det derfor efterhånden anerkendt og respekteret i praksis, om end ikke formelt, at BBH, afd. A var en rent kirurgisk-gastroenterologisk afdeling. Et speciale i Sundhedsstyrelsens forstand var der endnu ikke tale om før 1971, men fra midten af 1960'erne sås der ikke flere patienter i afdelingen med sygdomme uden for mave-tarmkanal og galdeveje, hverken i vagtperioden eller i dagtiden.

*Køster* fandt i sin specialiseringskamp en trofast og magtfuld allieret i *Mogens Andreassen*, professor i kirurgi og chef for Rigshospitalets afd. C fra 1963. Det var noget ganske nyt, at der med disse to chefer påbegyndtes et fortrinligt klinisk og videnskabeligt samarbejde mellem BBH og Rigshospitalet. Traditionelt havde "Riget" og "Kommunen" set med

foragtblandet skepsis på hinanden. Symbiosen *Mogens Andreassen/K.H. Køster* vil blive omtalt mere i det følgende.

Det, der kom til at præge *Køsters* virksomhed, og som gjorde ham til en pioner inden for dansk kirurgisk gastroenterologi, var hans tidligt udviklede opfattelse af gastroenterologien som et fag, som skulle udøves på basis af fysiologi og ikke anatomi, som det indtil da havde været gældende praksis.

### **Fysiologisk baseret kirurgi - introduktion med det blødende ulcus ventriculi/duodeni**

Da *Køster* genoptog sit virke på BBH, afd. A efter krigen, rettedes hans opmærksomhed mod behandlingen af patienter med ulcusblødning. For at forstå betydningen af hans indsats inden for dette område, er det nødvendigt at rekapitulere historien lidt.

Fra begyndelsen af det 20. årh. havde det været et knæsat princip, at man aldrig måtte operere akut for øvre gastro-intestinale blødninger, uanset deres alvor og livstruende karakter. Patienter med alvorlige blødninger døde alligevel, mente man, og operation for mindre alvorlige blødninger var farligere end konservativ behandling. Det var ikke en speciel dansk holdning, men den var delt af næsten alle kirurger. I Danmark var den imidlertid blevet markant bekræftet gennem den århusianske professor *Aage Nielsens* disputats fra 1919 (6). Det var en meget vægtig disputats, og dens kvalitet førte til, at den nævnte konservative holdning fik en nærmest dogmatisk karakter. Den var også gældende under min tid i Hjørring. Når disputatser er så gode, at de fører til dogmedannelse, er de ikke altid ganske ufarlige.

Det måtte følgelig kræve næsten det samme mod, som *Køster* tidligere havde udvist, at gå imod dette syn på behandlingen, idet ethvert dårligt resultat ville blive betragtet som en "kunstfejl". Han allierede sig med den unge mediciner, den senere kendte diabetolog *Jørgen Pedersen*, som foretog en fremragende analyse af et stort retrospektivt materiale, hvorved han kunne vise, at de livsfarlige blødninger var karakteriserede ved opkastning af frisk, rødt blod (7). *Køster* var ikke sen til at drage den konklusion, at det var patienter

med sådanne blødninger, det var rimeligt at udsætte for den operative risiko (8). Hans resultater var så overbevisende, at en mere aktiv indstilling til den akutte ulcusbehandling blev almindeligt accepteret i Danmark, og de var medvirkende til, at samme syn i den følgende tid blev generelt i international sammenhæng (9).

Dette forløb er bemærkelsesværdigt ved, at det var første gang, en akut kirurgisk indikation baseredes på fysiologisk tankegang. *Jørgen Pedersen* og *Køster* tog den frisk-røde hæmatemese som udtryk for en så høj blødningshastighed, at blodet ikke nåede at blive syrebehandlet til hæmatin. Det var den store blødningshastighed, der var operationsindikation.

Forud herfor havde det været patoanatomiske forhold, der var bedømmelsesgrundlag:

- Man havde således regnet blødninger fra kroniske kalløse ulcera - karakteriseret ved lang anamnese - for de farligste (10).
- Man antog desuden - og gentog i det uendelige i arbejde efter arbejde - at stive, arteriosklerotiske kar i ventrikel og duodenum som følge af høj alder (> 40!-60 år) var forbundet med en særlig høj risiko (11), uanset at det var ganske enkelt at påvise, at der ikke findes arteriosklerose i de perifere coeliaco-mesenteriale kar (12).

*Køster* og *Pedersen* flyttede opmærksomheden fra patienternes alder og anamneselængde til en fysiologisk parameter - blødningshastigheden.

På *Køsters* afdeling gik man videre ad det fysiologiske spor i den akutte blødningsbehandling, idet man studerede, hvorledes blødningsformen – melæna/hæmatemese - indicerede en differentieret infusionsbehandling med fuldblod og koncentrerede erythrocytter (13, 14). Ved anvendelse af centralt venetryk blev det muligt på et tidligt tidspunkt at erkende de livstruende blødninger fra større arterier, og den karakteristiske intermitterende blødningsform blev beskrevet. Herved kunne operationsindikationen i forhold til *Pedersen/Køsters* kriterier indsnævres og præciseres

(15). En mere udførlig omtale af den historiske udvikling i behandlingen af gastro-duodenal blødning findes i (16).

### **Fysiologisk baseret kirurgi - videreførelse i den elektive ulcusbehandling**

Det var ikke alene i den akutte ulcusbehandling, at *K.H. Køster* så det som væsentligt at anskue problemerne fysiologisk frem for anatomisk. Det gjaldt i lige så høj grad i den elektive ulcusbehandling, som i ekstrem grad havde været præget af bestræbelser for at finde kirurgisk-anatomiske løsninger på alle problemer. Som et eksempel herpå kan tjene det halve hundrede forskellige modifikationer af gastro-jejunostomien, der blev anvendt i behandlingen af ulcus i ventrikel og duodenum i flere årtier omkring 1900 (17), og de mange former for *Billroth-II*-anastomose, der var i anvendelse efter ventrikelresektioner.

Man havde i umindelige tider anset ulcus-dannelse for at være et resultat af en forhøjet syresekretion, men de oprindelige prøvemåltids-målinger havde ikke ydet reproducerbare og dermed brugbare resultater. Vi ved nu, at den vigtigste ætiologiske faktor for ulcusdannelse er en infektion. Det havde man ingen formodning om i *Køsters* funktionsperiode. Målet dengang var at hidføre en operativ reduktion af syresekretionen. Dette mål delte *Køster*, men til forskel fra hovedtendensen i kirurgien ønskede han en individuelt udført kirurgisk behandling, baseret på præcise målinger af den anerkendte syresekretions-parameter (18). Som den første i Danmark indførte han derfor den udvidede histaminprøve (19), og ventriklens syresekretion blev nu grundlag for en udstrakt videnskabelig aktivitet (20, 21). Man skal ikke bedømme denne indsats udelukkende på dens resultat, for man må erkende, at ventrikelresektioner af varierende størrelse - titreret på basis af måling af syresekretionen - forblev et uopnåeligt mål.

*Køsters* pionerindsats førte imidlertid til det helt afgørende forhold, at den kirurgiske gastroenterologi blev anset som et fysiologisk baseret fag, førende til, at videnskabeligt motiverede læger fra adskillige fag fik inspiration til at gå i gang med udforskningen af neurogen- og endogen regulation af ventriklens syresekretion og af sekretion og motorik i gastro-intestinaltrakten i det hele taget. En rivende udvikling var sat i gang førende til et intensivt samvirke mellem afd. A, BBH's medicinske afdeling B ved professor *Mogens*



*Bjørneboe* og klinisk-kemiske afdeling ved overlæge *Per Lous*, samt ikke mindst den i 1963 oprettede klinisk-fysiologiske afdeling under overlæge, senere professor *Niels A. Lassen*.

*Køsters* ønske om udvikling af en mindre traumatisk behandling af ulcussygdom end den rådende store ventrikelresektion førte til, at afdelingen tidligt begyndte at anvende trunkal vagotomi med drænage i form af gastro-jejunostomi eller pyloroplastik som rutinebehandling af ulcus duodeni. Den fysiologiske virkning på syresekretionen og det kliniske resultat blev studeret i omfattende arbejder (22, 23). Inden for udviklingen af de selektive vagotomiformer var det imidlertid overlæge, senere professor *Erik Amdrup*, som på Københavns Kommunehospitals kirurgiske afd. 1 var pioneren, specielt i samarbejde med 1. reservekirurg, senere overkirurg *Hans-Eric Jensen* (24, 25).

### **En digression – Gastric Freezing**

Efter omtalen af *Køsters* indsats for udviklingen af en fysiologisk baseret ulcuskirurgi - akut som elektiv – skal omtales et kuriosum, som nærmest må betragtes som en non-begivenhed inden for dansk gastroenterologi, men som en kort periode næsten dominerede opmærksomheden i international ulcusbehandling – nemlig den såkaldte *gastric freezing*. Netop fordi den ikke fik nogen rolle i Danmark, er den formentlig mindre kendt, og den er dog ikke uden en vis interesse i videnskabshistorien.

Den autoritative amerikanske kirurg *Owen H. Wangensteen* fra Minneapolis offentliggjorde i 1958 (26) og 1962 (27) arbejder, som omhandlede anvendelse af nedkøling af ventriklen med en ballon - perfunderet med kølevæske - i den akutte og elektive behandling af ulcuspatienter. Ventriklen skulle være "*hard as rock*" i en times tid, og hensigten var at nekrotisere parietalcellerne, mens resten af slimhinden kun skulle undergå reversible forandringer. De umiddelbare resultater var lovende, og de bekostelige Swenco-frysemaskiner holdt i tusindtal deres indtog verden over. Det var nærmest en steppebrand og et godt eksempel på, hvorledes nye behandlinger i den kontrollerede kliniske undersøgelses spædbarnsalder endnu for en kort tid kunne vinde accept på ret spinkle videnskabelige grundlag. *Arteria mammaria interna-ligaturen* for angina pectoris er et tilsvarende eksempel fra samme tid (28).

*Køster* var fristet. Det forekom jo som en lidet traumatiserende behandling, rettet mod et præcist fysiologisk mål. Nu kom imidlertid det tidligere nævnte stipendiat, som jeg tiltrådte i Chicago i juni 1963. Jeg fik bl.a. som opgave at skaffe klarhed over denne fryseteknik, og *Køster* ville så vente lidt med at skride til handling. Jeg overværede *American College of Surgeons* kongres i oktober 1963 i San Francisco, og på trods af *Wangensteens* personlige indsats som en slagfærdig og karismatisk fortaler for sin teknik, var det almindelige indtryk en knusende dom over metoden. Den blev senere stadfæstet i kontrollerede kliniske undersøgelser – en evalueringsteknik, man netop omkring denne tid begyndte at finde nyttig og etisk forsvarlig. Frysningen viste sig som værende langt fra risikofri. Ventrikler rumperede, når der opstod fejl i ballon-perfusionen, og ventriklen nekrotiserede jævnlige. Efter nogen tid, var syresekretionen som forud for frysningen, og behandlingen måtte gentages. Det tager jo et årstid inden sådanne resultater når frem i tidsskrifterne, og salget af frysemaskiner gik fortsat strygende verden over. I Danmark ventede man på *Køster*. Han var den autoritet inden for ulcusbehandlingen, hvis mening man ville kende, før man gik i gang. Efter mit brev hjem, afviste *Køster* at gå i gang med fryseteknikken – videnskabeligt og klinisk - og der blev vist kun købt en enkelt maskine i Danmark, som hurtigt havnede på loftet på Århus Kommunehospital (det var længe før *Amdrups* Århus-tid). Takket være *Køsters* faglige magtstilling undgik Danmark et bekosteligt forsøg, som ville have forsinket den rationelle fagudvikling, som han stod for.

### **Epilog til den faglige udvikling af den kirurgiske gastroenterologi**

Ved *K.H.Køsters* død i 1970 var den kirurgiske gastroenterologi etableret på et sikkert grundlag, og Sundhedsstyrelsens faglige godkendelse var på vej, idet den endelige godkendelse af specialet kom i 1971.

BBH havde ved *Køsters* indsats været centralt placeret i udviklingen inden for ventrikelkirurgien og -fysiologien, men snart bidrog også BBH, afd. F, hvis overkirurg *Mogens Sprechler* lagde hovedvægten på den kirurgiske behandling af colons sygdomme. BBH fik således stor vægt i dansk kirurgis indsats inden for disse behandlingsområder.

Gastroenterologien undergik sideløbende med udviklingen på BBH en betydelig udvikling i hele Københavnsområdet, men på dette tidspunkt kun i mindre grad udenfor København. Så tidligt som i 1960 var der blevet indstiftet et tværfagligt forum, *Dansk Gastroenterologisk Sammenslutning*, som rummede kirurger, medicinere og radiologer. Blandt stifterne var det kun *Mogens Andreassen*, der var udøvende gastroenterolog, mens de øvrige kun kunne betegnes som gastroenterologisk interesserede, men altså med sans for udviklingens retning og med indflydelse nok til at være med til at præge den. I 1971 omdannedes sammenslutningen til *Dansk Gastroenterologisk Selskab*. Denne udvikling er interessant beskrevet af *Helge Worning* (29).

Den fællesskabstanke, som *Sammenslutningen* var udtryk for, altså at alle med interesse for gastroenterologien - uanset fag – skulle arbejde sammen – klinisk og videnskabeligt – manifesterede sig i 1964 ved et hidtil uset samvirke mellem flere kirurgiske og medicinske afdelinger i Københavns Kommune. Disse udarbejdede et fælles studie om colitis ulcerosa (30, 31), et arbejde som viste ikke blot viljen til, men også potentialet i et tværfagligt samarbejde.

*Køster* var ikke medlem af bestyrelsen af den gastroenterologiske sammenslutning, men hans indflydelse også inden for den fagligt-organisatoriske udvikling bør ikke undervurderes. *Køster* havde en betydelig international *impact* gennem venskaber fra krigens tid og gennem talrige rejser i udlandet, og i særlig grad til England. Han var bl.a. *Corresponding fellow* i *The Association of Surgeons of Great Britain and Ireland* og i *British Society of Gastroenterology* – sidstnævnte var en ære, der var limiteret til 30 læger fra hele verden (5) og han var medlem af adskillige internationale kirurgiske selskaber, ligesom han var medudgiver ved starten i 1966 af *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. Det var ikke mindst hans internationale anseelse, der var medvirkende til, at Dansk Gastroenterologisk Sammenslutning blev vært for *den 4. Verdenskongres i Gastroenterologi*, der afholdtes i København i 1970 - efter *Køsters* død. Den havde *Mogens Andreassen* som præsident, og *Køster* skulle have været vicepræsident. Verdenskongressen, som blev afholdt i Bella-centret, blev en stor succes, ikke mindst takket være *Mogens Andreassens* myndige ledelse og unikke organisationstalent.

## **Symbiosen Køster/Mogens Andreassen**

I sammenhæng med det foregående afsnit kan det omtales lidt nærmere, hvorledes det allerede nævnte forbilledlige samarbejde mellem *Køster* og *Mogens Andreassen* forløb. De var begge store, imponerende mænd. Begge var strålende undervisere og talere – altså lederskikkelser af usædvanligt format - fysisk og intellektuelt. Deres venskab stammede fra en fælles elevtid på Herlufsholm. Symbiosen ved fælles konferencer imellem afdelingerne med forberedte indlæg om igangværende videnskabeligt arbejde var givende og skabte fortrolighed mellem de to afdelingers stabe.

*Køster* var utvivlsomt den drivende kraft i det videnskabelige fremstød på den tid, mens *Mogens Andreassens* styrke lå i det organisatoriske. Det var derfor helt naturligt, at det var *Mogens Andreassen*, der skulle være præsident og dermed hovedansvarlig for verdenskongressen. Det var også *Mogens Andreassen*, der senere hen tog initiativ til og fik igangsat *Dansk kirurgisk Selskabs* årsmøder på Hotel Scandinavia. Det første arrangement af den art går ikke af sig selv.

*Køster* og *Mogens Andreassen* var gennem deres fælles, men forskellige indsats de virkelige hovedmænd bag skabelsen af dansk kirurgisk gastroenterologi og dens internationale statusmæssige kulmination i den 4. gastroenterologiske verdenskongres.

Det er en skæbnens gunst at have tjent under og kendt sådanne store mænd, hvilken erklæring skal danne afslutningen på denne fremstilling.

Daniel Andersen  
Sprogøvej 19, 3 mf  
2000 Frederiksberg

Tlf: 38 10 05 95

e-mail: daniel.andersen@post.tele.dk

## Referencer

1. Andersen D, Christensen MS. P-Q-forandringer hos unge, sunde mænd. Nord Med 1960; 948-50.
2. Andersen D, Thyssen J. Prostatectomy – transcapsular or transvesical. Acta Chir Scand 1960; 120: 188-94.
3. Andersen D. Hepatorenalt syndrom. Ugeskr Læger 1961; 123: 185-8.
4. Flender H. Rescue in Denmark. New York: Simon and Schuster, 1963.
5. Festskrift i anledning af K.H. Køsters 60-års fødselsdag, den 30. maj 1969
6. Nielsen N Aa. Om resultaterne af medicinsk og kirurgisk behandling af ulcus ventriculi s. duodeni (disp): Odense, 1919.
7. Pedersen J. Lethality rate of hematemesis and melena treated non-operatively (Meulengracht's regimen) and criteria for surgical intervention in bleeding peptic ulcer. Gastroenterology 1949; 12: 597-616.
8. Køster KH. Haemorrhage from peptic ulcer. Lancet 1950; 1: 831.
9. Køster K.H. Indications for surgical intervention in patients with massive bleeding from ulcers. In: Harkins HN, Nyhus LM, editors. Surgery of the stomach and duodenum. Boston: Little, Brown & Co, 1962: 633-4.
10. Finsterer H. Der Wert der Frühoperation bei akuten Magenblutungen aus einem chronischen Ulcus. Wien. Med. Wschr. 1947; 97: 3-6.
11. Wangensteen OH. The ulcer problem. Canad. Med. J. 1945; 53: 309-12.
12. Larsen E, Johansen Aa, Andersen D. Gastric arteriosclerosis in elderly people. Scand. J. Gastroent. 1969; 4: 387-9.
13. Andersen D, Lassen NA. Reabsorption of electrolytes and water from blood in the alimentary tract. Lancet 1962; 1: 1261-2.
14. Andersen D, Lassen NA. Transfusionsbehandling af patienter med stærkt nedsat hæmoglobinkoncentration og fornyet akut blødning. Ugeskr Læger 1962; 124: 836-7.
15. Andersen D. Anvendelsen af måling af det centrale venetryk ved behandling af patienter med gastroduodenal blødning (disp.). Århus: Universitetsforlaget, 1970.
16. Andersen D, Wara P. Bleeding ulcer. Scand J Gastroenterol. 1996; 31 Suppl 216: 20-6.
17. Roed-Petersen K. Gastrojejunostomiens historie (disp.). Odense: Universitetsforlaget, 1986.
18. Køster KH. Individuel ulcuskirurgi på fysiologiske og patologisk-anatomisk grundlag. Medicinsk Årbog. København: Munksgaard, 1957.
19. Køster KH, Thorsøe H. Ventrikelsekretionen undersøgt med udvidet histaminprøve. Ugeskr Læger 1960;122:531-3.
20. Christiansen PM. Aklorhydri hos voksne (disp.), København, 1970.
21. Rune SJ. Gastric acid secretion after ingestion of solid food (disp.), 1968.
22. Kronborg O. An evaluation of the insulin test (disp). København: FADL, 1970.
23. Kronborg O. Truncal vagotomy and drainage in 500 patients with duodenal ulcer. Scand J Gastroenterol 1971; 6: 501-9.
24. Amdrup E, Clemmesen T, Andreassen JC. Selective gastric vagotomy. Technique and primary results. Am J Dig Dis 1967; 12: 351-5.

25. Amdrup E, Jensen HE. Selective vagotomy of the parietal cell mass preserving innervation of the undrained antrum. *Gastroenterology* 1970; 59: 522-7.
26. Wangensteen OH, Root HD, Jensen CB et al. Depression of gastric secretion and digestion by gastric hypothermia: clinical use in massive hematemesis. *Surgery* 1958; 44: 265-67.
27. Wangensteen OH, Peter ET, Nicoloff DM et al. Achieving "physiological gastrectomy" by gastric freezing: a preliminary report of an experimental and clinical study. *JAMA* 1962; 180: 439-42.
28. Bunker JP, Barnes BA, Mosteller F. *Costs, Risks, and Benefits of Surgery*. New York: Oxford University Press, 1977.
29. Worning H (ed.). *Dansk gastroenterologisk Selskab 1971-96*. København: Lægeforeningens forlag, 1996.
30. Andersen D, Fischermann K, Rosenbeck-Hansen J, Iversen P, Marner I-L, Mosbech J, Ranløv P, Skovby AP, Sprechler M, Winkler K. Den kirurgiske behandling af colitis ulcerosa på Københavns kommunes hospitaler. *Ugeskr Læger*; 1964; 126: 784-89.
31. Andersen D, Fischermann K, Rosenbeck-Hansen J, Iversen P, Marner I-L, Mosbech J, Ranløv P, Skovby AP, Sprechler M, Winkler K. Den medicinske behandling af colitis ulcerosa på Københavns kommunes hospitaler. *Ugeskr Læger*; 1964; 126: 789-91.