

Tolv kirurger under 200 år eller femton under 210...

Kirurgkliniken i Karlskrona 1797-1997

Version 2004, 2005-02-24, 2007-11-05, 2011-05-14

Kirurgin som accepterad, akademisk, medicinsk verksamhet är föga äldre än Karlskrona lasarett som 1997 firade sitt 200-årsjubileum.

En "läkare" under medeltiden var invärtesmedicinare, kirurgisk behandling gavs av icke-akademiska barberare och fältskärer. I Sverige samlades de kirurgiskt verksamma i den Chirurgiska Societen, i Collegium Medicum släpptes de inte in. "Den svenska kirurgins fader", Olof af Acrel, organiserade systematisk utbildning för kirurger, tog initiativet till Serafimerlasarettet och blev sedermera General-directeur för lasaretterna i riket. År 1797 upplöstes den kirurgiska societeten, kirurgerna jämfördes med medicinerna och Collegium Medicum övertog hela ansvaret för all läkarutbildning.

(Inget porträtt av L A Palander har kunnat återfinnas trots efterforskningar i Statens Porträttarkiv, Läkarsällskapets arkiv, på Armémuseum och annorstädes).

1. Lars Adolf Palander 1797-1836

Palander studerade kirurgi hos Acrel på Serafimerlasarettet och blev Chirurgiae magister 1786. Han utnämndes till Amiralitetsmedicus i Karlskrona 1793. När Karlskrona Lazarett grundades vid Bredgatan på Trossö hade man preliminärt tänkt sig en befintlig provinsialläkare som chef men Palander blev efter överklagande Lazarettets Chirurgicus och utnämndes av Acrel. Som fältläkare var han berättigad att bära fältläkareuniform

m.1812, en mörkblå frack med dubbla slag och ståndkrage. Han publicerade några uppsatser med fallbeskrivningar från Karlskrona. En sonson var "Vega-Palander" som seglade nordostpassagen med Nordenskjöld och adlades efter denna insats.



2. Adolph L. Hwasser 1836-1839

Med. dr i Lund 1834

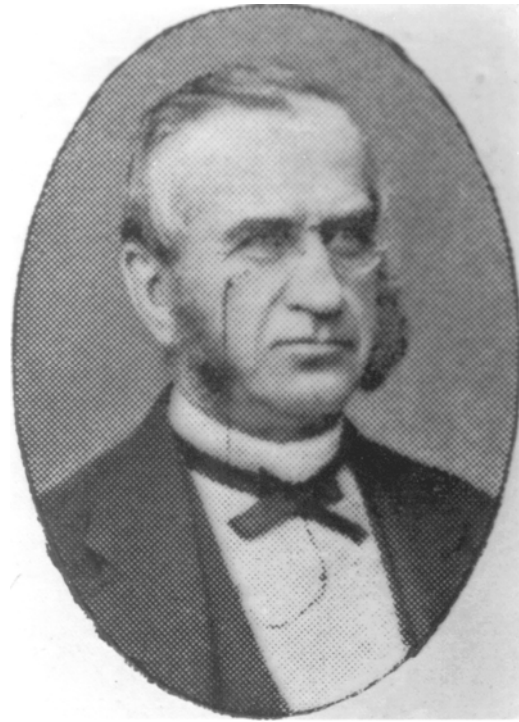
Lasarettet hade 1840 en läkare, en syssloman, en notarie och ombudsman, en vaktmästare, en sjukvakterska, en kokerska, en städerska och en dräng. Sängantalet var 60, varav 24 utgjorde lasarettplatser och resten hörde till kurhuset. Årligen vårdades cirka 40 sjuka på lasarettplatserna.



3. Carl A.T. Westring 1840-1865

Med.dr. och Chir.mag. Född i Ronneby. Uppbördsläkare å fregatten Euridice då prins Oscar, sedermera Oscar I, besökte Ryssland. Han kommenderades att tjänstgöra i Karlshamn 1834 under den då rådande koleraepidemien. Ordinarie lasarets- och kurhusläkare i Karlskrona under ovan angivna år.

Karlskrona Läkareförenings (KLF) förste ordförande 1858. Död 1874.



4. C.I. Theodor Lundbergh 1866-1890

Med.dr. och Chir.mag. Deltog i 1864 års dansk-österrikiskt-preussiska krig som dansk militärläkarstipendiat. Studerade läkarevården vid de österrikiska och italienska marinerna. Ledamot av Karlskrona stadsfullmäktige och Blekinge Hushållningssällskap. Ordförande i KLF 1862, 1870 och 1876.

Drabbades av den tidigaste kända arbetsskadan bland klinikens läkare då han avled 1891 i allmän blodförgiftning, "vilken han ådragit sig då han råkat sticka sig i samband med en obduktion".



5. Jaques Borelius 1891-1898

Med. dr. på en avhandling om Listers antiseptik

Det nya lasarettet vid Tullen, nuvarande Tullskolan, öppnades 1891. Borelius reovisar byggprocessen mycket underhållande i sin årsberättelse: han bekymrade sig bl.a. om den dåligt ljudisolerade "dårcellen" och om springet mellan kurhusavdelningarna där "de veneriskt sjuke" vårdades. Han var ordförande i KLF 1895.

Borelius blev professor i kirurgi i Lund 1899. Det sägs att man ville ha en aktivt arbetande kirurg och uppsatsen om 200 bråck egenhändigt opererade i Karlskrona lär ha bidragit. Vid denna tid var mycket av klinisk vetenskap kasuistiker, detta var ett av de tidigaste kliniska "materialen". Vid en genomgång av 1991 års bråck var våra resultat knappast bättre än vad Borelius åstadkom hundra år tidigare! Detta fynd har lett till en ordentlig uppstramning av patienturval och operationsteknik och resultaten är nu betydligt bättre. Borelius medverkade aktivt till att utveckla utbildningen av läkare och sjuksköterskor vid lasarettet i Lund. Han avled i Lund 1921 i leukemi.



6. Rudolf Lundmark 1898-1927

Under Lundmarks tid invigdes det nya lasarettet på Vämö 1922.

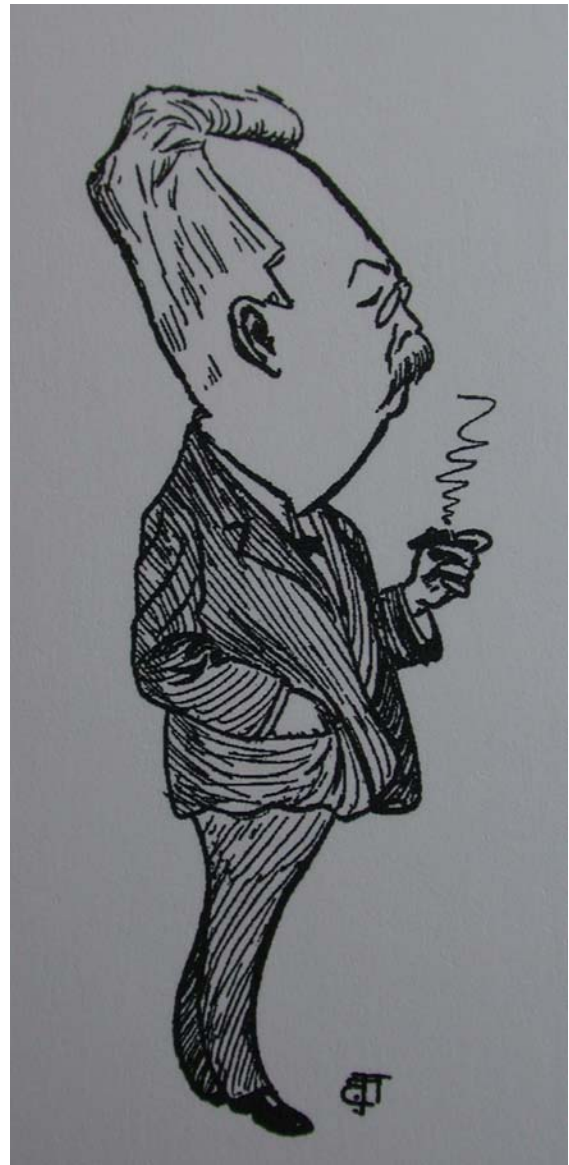
Enstaka patienter opererade av Lundmark träffade vi fortfarande på 80-talet.

Dr Fredrik Stenkula som varit samtida berättade (ca 1985) om den lilla gumman som inför utskrivningen dristade sig att fråga dr Lundmark vilken operation som gjorts på henne. Svaret var koncist: "Det har ni inte med att göra!"

Han ansågs dock vara en god sällskapsbroder och finns som sådan dokumenterad på karikatyren här.

Ordförande i KLF 1902, 1907 och 1925!

Lundmark avled i hjärnblödning 1927.



Rudolf Lundmark, bilden ur Sällskapets Gillets jubileumsskrift 2002.

7. Johan Widén 1928-1949

Lasarettet fick 1937 separata klinker för medicin och kirurgi och Widén blev då chef för den kirurgiska kliniken. Således har invärtesmedicinen varit självständig verksamhet i Karlskrona bara i dryga sextio år mot 200 för kirurgin!
Lasarettsläkare och 1:e marinläkare.
Ordförande i KLF 1930.

Fortfarande på 1980-talet benämnde äldre sköterskor den gamla läkarbostaden "widénska villan" fast den då sedan länge varit upplåten till fackförenings-expeditioner.

På ett sextioårskalas i september 2003 träffade vi gamle varvschefen Johan Schreil, 87-88 år, pigg och vital. Året innan hade Bo Ohlin räddat livet på honom genom EST p.g.a. choledochussten och cholangit.

Han berättade att han senast varit på kirurgen 1959, då han sökte med svåra buksmärter dagen efter att Johan Widén skulle gå i pension. Efterträdaren hade dock fått förhinder varför det blev Widén som befriade Schreil från hans inflammerade blindtarm. Dagen efter den lyckade operationen kom Widén in i civila kläder för att titta till sin siste operationspatient. Han berättade då att även hans första operation hade varit en appendektomi, då i Lund. En odalman hade valt Lunds lasarett framför det mindre hemortslasarettet i Hörby, "eftersom man hade större erfarenhet i Lund"...



Johan Widén, bilden ur Sällskapet Gillets jubileumsskrift 2002.



8. Nils Gyllensvärd 1950-1960

Med. dr. Gyllensvärd gjorde som då brukligt var ett stort antal ventrikelresektioner; han lade B II-orna på kort slynga. Patienter som fyrtio år senare sökte med choledochussten kunde vi därför göra ERCP på. Mindes de att dr Gyllensvärd opererat dem brukade vi nämligen kunna nå papillen med skopet. Ordförande i KLF 1952.

Han syntes fortfarande spankulerande med sin käpp på stadens gator på 80-talet och ställde ut akvareller till förmån för Röda Korset vid över 80 års ålder.

Hans byst pryder klinikens bibliotek.

10. Erik Landelius 1962-1974

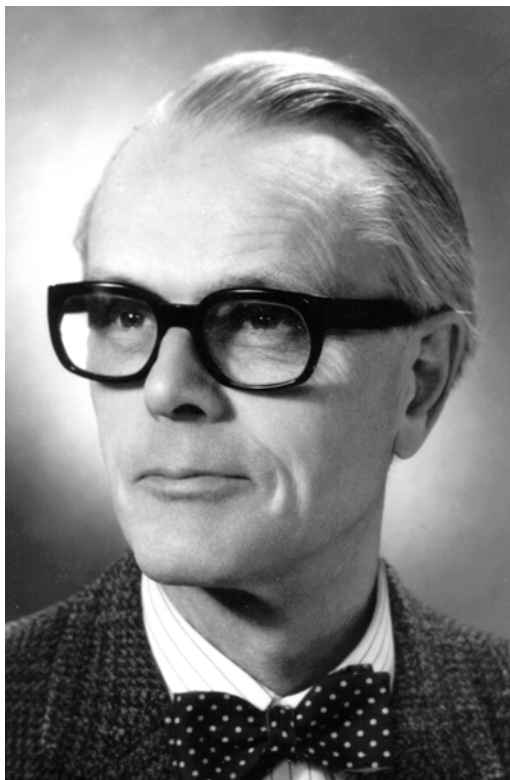
Allmänkirurg med kulturellt intresse. Han anlade en kryddträdgård utanför nedre läkarvillan. Ordförande i KLF 1963. Ortopedkirurgin blev en självständig enhet 1972 även om viss jourtjänst

fortfarande sköttes av kirurger fram till 2001.



9. Stig Borgström 1960-1961

Utbildad i Lund fick han redan efter ett år i Karlskrona kirurgprofessuren i Umeå. Hans porträtt pryder där kirurgklinikens bibliotek. Borgström gick under öknamnet "Bagarn", avhandlingen handlade om något med gluten.



från och med 1976 och tog initiativ till utvecklingen av kärlikirurgin. Ordförande i KLF 1977.

Professor i kirurgi i Bergen 1980. Under flera år verksam inom området medicinsk informatik vid universitetsfilialen Soft Center i Ronneby. Under 2000-talet verksam som moderat landstingsman i länet.



11. Bo Arnesjö 1975-1980

Med. dr. på en avhandling om pancreasenzymerna. Arnesjö var tidigt ute med sektionering och subspecialisering inom kirurgin. Han medverkade till att urologin representerades med specialist



12. Per E. Fredlund 1982-1994

Med. dr. Colorektalkirurg med stor klinisk erfarenhet. Per var en uppskattad chef i en turbulent tid med begynnande nedskärningar och tidskrävande medbestämmandeförhandlingar.

Efter mångårig planering och byggnation flyttade kliniken in i nya lokaler på lasarettshöjden 1986.



15. Bengt Jernby 2007-



13. Thomas Troëng 1994-2005

Thomas Troëng började sin kirurgiska bana i Karlskrona 1974. Han randutbildade sig under längre och kortare perioder i Lund, Malmö och annorstädes. Med början 1976 etablerades perifer kärlkirurgi vid kliniken. Medicine doktor 1992 och docent 1997, samma år ordförande i KLF.



14. Love Elthammar 2005-2007

Love Elthammar utbildade sig till kirurg i Karlskrona men rekryterades i mitten av 1990-talet till högkvarteret i Stockholm som stabsläkare. Efter 8-9 år som sådan, inklusive militär ledarskapsutbildning, tillträdde han som verksamhetschef den 3 oktober 2005 efter ett års tjänstgöring vid kliniken. Efter två år återrekryterades han till försvarsmakten.

Bengt Jernby började sin kirurgutbildning i Lund men fortsatte i Karlskrona 1976. Bred allmänskirurg men fr.a. kärlkirurg. Tidigare verksamhetschef vid akutkliniken. Mångårig facklig ordförande med stort kontaktnät och som åtnjuter allmänt förtroende inom landstinget och den sydsvenska kirurgin.

Karlskronakirurgin under perioden 1975-2010

År 1975 tillträdde Bo Arnesjö som chef vid kirurgkliniken. Han drev tidigt frågan om sektionering av kirurgin och under hans fem år som klinikchef avgränsades de idag vanliga intresseområdena inom allmänskirurgin; bröst- och endokrinkirurgi, övre gastro-intestinalkirurgi, kolorektalkirurgi, kärlkirurgi och urologi. Redan 1976 anställdes Hjalmar Jansen som länets första urolog-specialist och samma år påbörjades utvecklingen inom den perifera kärlkirurgin.

Bröst- och endokrinkirurgi

Bröstcancerbehandlingen utvecklades i takt med det gemensamma vårdprogrammet för hela södra regionen. I vissa utvalda fall ersattes så småningom den radikala kirurgin, där hela bröstet avlägsnades vid tumörsjukdom med en mer begränsad operation, s.k. sektorresektion. Mammografiscreening, röntgenundersökning av bröstet hos samtliga kvinnor över viss ålder, innebar ett ökat antal ingrepp för misstänkt och säkerställd bröstcancer.

När det kliniskt patologiska laboratoriet inrättades 1976 fanns också förutsättning för utveckling inom endokrinkirurgin, operationer för sjukdomar i de hormon-producerande organen. Hittills hade man, som traditionellt var, opererat olika former av strumasjukdom, men nu hade man också möjlighet att börja med bisköldkörteloperationer.

Kirurgerna inom denna intressegrupp har också tagit ansvaret för barnkirurgin. Förträngning av den nedre magmunnen hos nyfödda, s.k. pylorusstenos, hade tidigare föranlett remiss till Lund men fr.o.m. 1976 har

dess operationer gjorts i Karlskrona. I samband med inflyttning i nya lokaler 1986 flyttades de barn, som behövde kirurgisk vård, över från kirurgkliniken till barnkliniken.

Övre gastrointestinalkirurgi

(övre mag-tarmkanal, lever-, gall- och bukspottkörtel- kirurgi)

Utvecklingen inom den övre gastrointestinala kirurgin har i stor utsträckning präglats av utvecklingen inom fiberendoskopin (undersökning med hjälp av ett böjligt, slangformat instrument som nedsväljes via munnen). De första gastroskopierna gjordes på röntgenavdelningen 19710. Läkare från kirurgkliniken och även medicinkliniken lärde sig tekniken och utförde undersökningarna på röntgenavdelningen fram till 1974, men så småningom övertogs verksamheten helt till kirurgmottagningen, där en särskild endoskopisk enhet inrättades. Utvecklingen inom detta område förde med sig att den tidigare så frekventa magsäcksröntgenundersökningarna nästan helt avskaffades och både diagnostik och sedermera behandling av magsårsblödningar och annat kom att ske huvudsakligen med endoskopisk teknik.

År 1978 gjordes den första ERCP-undersökningen, där endoskopi och röntgenundersökning kombineras. Både diagnostik och behandling av såväl gallgångssten som förträngning av bukspottskörtelgången kom härigenom att betydligt förenklas.

Den revolutionerande titthålstekniken, laparoskopisk teknik, spred sig över världen från och med slutet av 1980-talet. Den första laparoskopiska galloperationen i Karlskrona utfördes i september 1992 och tekniken är nu den dominerande.

Kolorektalkirurgi (grov- och ändtarmskirurgi)

Så sent som i början av 70-talet sändes fortfarande patienter till Lund för operation av grovtarmscancer. Idag är det en självklarhet att sådana patienter skall opereras på sitt hemortssjukhus liksom patienter med inflammatorisk tarmsjukdom (kronisk tarmkatarr). Vid cancer i ändtarmen

infördes icke stympande s.k. rektumspärande kirurgi, så att patienten inte behövde ha stomiöppning på buken. Koloskopi (fiberendoskopisk undersökning av hela grovtarmen via ändtarmen) och suturmaskinernas införande underlättade de olika tarmingreppens utförande. Under senare år har även mer avancerade rekonstruktiva ingrepp vid kolorektal sjukdom införts och fr.o.m. 1995 utförs även s.k. bäckenreservoarer med gott resultat.

Kärlkirurgi

Utvecklingen inom detta område började 1976 gradvis med enklare bypassingrepp på lårnivå (blodet leds förbi en trång pulsåder med hjälp av en inopererad, ofta konstgjord, ”parallell” åder). Större ingrepp på kroppspulsådern i buken började vi utföra 1979. Fr.o.m. 1982 infördes den endovaskulära tekniken med s.k. ballongdilatation. Vid denna teknik punkteras pulsådern i lokalbedövning och röntgenläkare inför en ballongförsedd kateter, med vilken trånga kärlpartier kan vidgas. Sedan början av 90-talet har också inläggning av väggstöd, s.k. stentar börjat användas. De endovaskulära teknikerna genomförs vanligen av röntgenläkare på röntgenavdelningen och utgör för närvarande mer än tredjedelen av de ingrepp som görs på kärlsystemet. Den nygamla tekniken in situ by pass infördes 1986 och 1990 etablerades karotiskirurgen, där man med öppen operation vidgar en trång halspulsåder och därigenom förebygger slaganfall. Samma år började vi också att använda den därefter snabbt ökande katetertrombolystekniken, där man med blodproppslösande medel, injicerat direkt i pulsådern, ofta kan återställa ett amputationshotat ben.

Den endovaskulära tekniken att behandla pulsåderbräck i bukaorta, EVAR-endovascular aneurysm repair, introducerades i länet 2010.

Kärlkirurgerna tog också sedan 1985 som ett sidointresse ansvar för thoracoskopiska ingrepp och mediastinoskopier, som innebär olika, framför allt diagnostiska, undersökningar i bröstkorgen med titthålsteknik.

Sedan 1997 görs dessa undersökningar på den då nyinrättade thoraxkliniken.

Initiativ togs till ett regionalt register för kärloperationer med start 1987. Detta register, Swedvasc, omfattar från 1994 all kärlkirurgi i landet och har väckt uppmärksamhet både inom landet och internationellt.

Urologi (behandling av urinvägarnas kirurgiska sjukdomar)

Urologin har sedan lång tid använt endoskopiska tekniker. De tidigare öppna urinblåseoperationerna försvann nästan helt när urologspecialist tillträdde. Urologin omfattar i praktiken upp emot en fjärdedel av den allmänkirurgiska verksamheten vid ett länssjukhus och Hjalmar Jansen utvecklade snabbt en välfungerande och omfattande verksamhet.

Nyttillkommande tekniker ändrade verksamheten, så har t ex öppen operation för njursten nästan helt försvunnit sedan man 1990 påbörjade ESVL-behandling, s.k. stenkross, med stötvågsteknik kombinerat med röntgen-genomlysning. Rektalt ultraljud (TRUL) infördes 1994, radikal prostatektomi 1996 och laparoskopisk körtelutrymning 2000.

Den ökade kompetensen vid kirurgkliniken och den ökade graden av specialisering har fört med sig att allt färre patienter remitteras till regionvård för behandling. Tillkomst av avancerad diagnostik på röntgenkliniken, såsom användning av radioaktiva ämnen vid s.k. scintigrafi, skiktröntgen (datortomografi) i början av 80-talet och magnetkamera (magnetisk resonans-tomografi) 1994, har också minskat behovet av regionvård. Den nya minimalinvasiva tekniken har gått hand i hand med en ökad kompetens att klara av även större ingrepp, såsom operationer på bukspottskörteln, större kärlingrepp och totalt avlägsnande av urinblåsa och prostatakörtel vid cancersjukdom.

Under perioden 1982 - 1994 var Per Fredlund klinikchef. Periodvis var detta en turbulent tid med många organisatoriska förändringar vid kliniken och ordentliga besparingar i flera omgångar. Antalet platser har minskat

från drygt 100 1975 till 60 1997. Reduktion av platsantal och personal har gått parallellt med ökad effektivitet och kortare vårdtider. Sektioneringen i kirurgiska intresseområden har också varit förenad med ökad specialisering bland sjuksköterskorna och specialutbildade sjuksköterskor, såsom stomiterapeut, urologsjuksköterska och uroterapeut, har tillkommit. Självständig sjuksköterskemottagning för patienter med prostatacancer ("CAP-mottagningen") startades 1996 med syster Birgitta Johansson. Sjuksköterskor och undersköterskor tar ett ökat special-ansvar även inom kärllkirurgi och mag-tarmkanalens kirurgi samt vid cellgifts-behandling och smärtbehandling av cancerpatienter. I september 2000 började ett nytt samarbete med den nyetablerade onkologverksamheten och dess strålbehandlingsenhet i Växjö. En separat dagvårdsenhet för onkologiskt-palliativ vård med specialutbildade sjuksköterskor tillkom dessutom. Organisatoriskt och administrativt har arbetet också förändrats mycket. Sedan 1989 har vid kliniken utvecklats datoriserad journal, vilket på många sätt förändrat arbetsförhållanden för läkarsekreterare och administrativ personal. Betydande arbetsinsatser ägnas olika former av registrering, redovisning och kvalitetsutveckling.

Kirurgiska kliniken i Karlskrona upphörde som administrativ enhet den 15 september 1996 under sin 13:e klinikchef sedan sjukhusets grundande. Tillsammans med den kirurgiska verksamheten vid Karlshamns lasarett utgör nu kliniken en samlad enhet för Blekingesjukhuset.

Den första operationen under det nya milleniet var en på nyårsdagen 2000 av Bengt Jernby framgångsrikt opererad embolus i höger arteria femoralis hos en 82-årig man.

Datoriserad journal, BMS, infördes vid kliniken i Karlshamn i maj 2003 och i Karlskrona i oktober samma år.

Karlskrona 2010-12-19

Thomas Troëng

*F.d. verksamhetschef vid Kirurgkliniken
Blekingesjukhuset*

Tabell 1. Utveckling av kirurgiska metoder och tekniker

	först beskriven	först i Sverige	i Karlskrona
ljumskbråck			
narkos	1847		
CT			
MR			1994
ventrikelresektion	1879	1889	
cholecystektomi	1882	1889	
appendektomi			
osteosynteser			
struma			
HPT			1976
flexibel gastroskopi			1970
flexibel coloskopi			ca 1975
ERCP			1978
ESWL			1990
colonresektion		1890	
TME			
gastrektomi			
pancreatektomi			
oesophagusresektion			
bäckenreservoir			1995
embolektomi	1907	1912	1944
aorta-ingrepp	195?		1976
carotis TEA	1953		1990
angioplastik			1982
in-situ bypass	1964?		1986
thoracoskopiska ingrepp			
för diagnostik			1985
för terapi			1990
katetertrombolys i.a.			1990
EVAR	1986	1993	2010
lap. galla			1992
lap. app			
lap. Funduplicatio			

forts. nästa sida

Tabell 1. Utveckling av kirurgiska metoder och tekniker, forts.

	först beskriven	först i Sverige	i Karlskrona
lap. lymfkörtelutrymning			2000
radikal cystectomi			
radikal prostatektomi			1996
TUMT, mikrovågsbehandling av prostataförstoring			2002
Sentinel node teknik vid op för bröstcancer			2004
Peroperativ PTH-bestämning vid op för HPT			2004
Laparoskopisk nefrektomi ca 1992		ca 1997	2007
Koldioxidangiografi			2007

Referenser utgående från / rörande Karlskrona

Palander LA. **Fallbeskrivningar från Karlskrona lasarett.** 1820?

Ekströmer CJ. **Underdånig berättelse om Läns-Lazarettarna, Kurhusen och Hospitalerna i Riket.** P.a.Norstedt & söner, Stockholm 1840.

Borelius J, **Årsberättelse för Karlskrona Lasarett 1893.** Berlingska, Lund 1893.

Borelius J. **200 radikaloperationer för bråck, utförda på Karlskrona lasarett 1891-97.** Nordiskt Medicinskt Arkiv 1898 N:r 1 s. 1-5. Med tillägg 1899, N:r 4 s.

Wolfram Kock, **Svensk Kirurgi - historisk rapsodi,** 1978

Knut Haeger, **Kirurgins historia,** 1988

Svennerud S, Holmgren H. **Karlskrona Läkareförening 120 år - Från hot om prygelstraff till fastställd arbetstid.** Karlskrona 1978.

Lindström SE. **Från curhus och lazarett till centrallasarett.** Karlskrona 1986.

Troëng T, Janzon L. **Are in-hospital death and long stay markers for errors in surgery ?** Quality Assurance in Health Care 1990;2:149-159.

Berndsen F, Sevonius D. **Alltför många recidiv efter ljumskbråckskirurgi.** Läkartidningen 1998;95:2589-2592.

Berndsen F, Sevonius D. **Resultat av förbättringar inom ljumskbråckskirurgin i Karlskrona: Recidivfrekvensen sänkt från 28,8% till 2,5% vid 5 års uppföljning.** Kirurgveckan 2002.

Berndsen F, Sevonius D. **Changing path of inguinal hernia surgery decreased the recurrence rate 10-fold.** Eur J Surg 2002;168:592-596.

Acosta S, Nilsson TK, Björck M. **Preliminary study of D-dimer as a possible marker of acute bowel ischaemia.** Br J Surg 2001;88:385-388.

Acosta S, Nilsson TK, Björck M. **D-dimer as a test of exclusion in patients with a suspicion of acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery.** Br J Surg 2004.

Acosta S, Björck M. **Acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery: A prospective study in a well defined population.** Eur J Vasc Endovasc Surg 2003;26:179-183.

Björck M, Acosta S, Lindgren F, Troëng T, Bergqvist D. **Revascularisation of the Superior Mesenteric Artery after Acute Thromboembolic Occlusion.** Br J Surg 2002;89(7):923-7.