



Danskernes Historie Online

Danske Slægtsforskeres Bibliotek

Dette værk er downloadet fra Danskernes Historie Online

Danskernes Historie Online er Danmarks største digitaliseringsprojekt af litteratur inden for emner som personalhistorie, lokalhistorie og slægtsforskning. Biblioteket hører under den almennyttige forening Danske Slægtsforskere. Vi bevarer vores fælles kulturarv, digitaliserer den og stiller den til rådighed for alle interesserede.

Støt vores arbejde – Bliv sponsor

Som sponsor i biblioteket opnår du en række fordele. Læs mere om fordele og sponsorat her: <https://slaegtsbibliotek.dk/sponsorat>

Ophavsret

Biblioteket indeholder værker både med og uden ophavsret. For værker, som er omfattet af ophavsret, må PDF-filen kun benyttes til personligt brug.

Links

Slægtsforskeres Bibliotek: <https://slaegtsbibliotek.dk>

Danske Slægtsforskere: <https://slaegt.dk>

DANSK
MEDICIN
HISTORISK
ÅRBOG

2002

Dansk
Medicinhistorisk
Årbog 2002

Dansk Medicinhistorisk Årbog 2002

Udgivet af

Dansk Medicinsk-historisk Selskab

Jysk Medicinhistorisk Selskab

Medicinsk Historisk Selskab på Fyn

Redaktionen:

Niels Kristoffer Jensen, Odense (ansvarshavende)

Flemming Brandrup, Faaborg

Albert Gjedde, Aarhus

Poul R. Kruse, København

Christian Brahe Pedersen, Aarhus

Henrik Permin, København

Printed in Denmark 2002

ISSN 0084-9588

Årbog 2002-redaktionens adresse:

Niels Kristoffer Jensen

Elmelundsvej 24

DK-5200 Odense V

Revisor:

Poul R. Kruse

Trykt hos:

one2one, Odense

Indhold

<i>Forord</i>	7
<i>Olaf Myhre Jensen:</i>	9
Anatomia practica. Træk af den tidlige patologiske anatomis historie.	
<i>Ib Søgaard:</i>	25
Karen Blixen og lægerne.	
<i>Hans Rabbek Sørensen:</i>	51
Dansk Lungecancerkirurgi i de første årtier, som jeg oplevede den.	
<i>Sigrídur Svana Petursdóttir:</i>	75
".... et eller andet Kjendtskab til Lægekunsten." Kort oversigt over to alternative behandlingsmetoder i Island.	
<i>Jeanne G. Christensen, Erik Dauw-Pedersen & Henrik Permin:</i>	87
Fru Popp - og alle de andre. De første patienter indlagt på Københavns Kommunehospital den 19. september 1863.	
<i>Folke Rasmussen:</i>	113
Hvordan, hvorfor, hvornår og hvor længe havde danske dyrlæger ret til at dispensere lægemidler?	
<i>Gudrun Hauge, Thomas Hauge & Bent Harvald:</i>	124
Dansk Sygeplejerske i Rom og Paris i årene efter 1. verdenskrig. En brevsamling redigeret og kommenteret af forfatterne.	
<i>Dorthe Chakravarty:</i>	155
Fødselsoplysning i 1500-tallet.	

<i>Jette E. Kristiansen & Henrik Permin:</i>	164
"Når farvestoffer, farmaka, lægevidenskab og billedkunst smelter sammen." Maleren Henrik Haves maleri til en forside af en doktordisputats.	
<i>Mogens Norn:</i>	171
Rumperceptionen, dens historie og betydning for kunsten.	
<i>Henrik Permin:</i>	184
100 år med attester. Forsikringslægernes Forening 1902 - 2002.	
<i>Beretning:</i>	211
Dansk Medicinsk-historisk Selskab Jysk Medicinhistorisk Selskab Medicinsk Historisk Selskab på Fyn	
<i>Curricula vitarum:</i>	219

Forord

“Der er intel, som vi alle ved første Øjekast mene at vide saa god Besked om, som hvad det er at være sund. Derfor vækker en forudgangen Tids Sundhedsbegreber, hvor de afvige fra en senere, altid hos denne Forbauselse, Medlidenhed og Latter. Som det er gaaet andre, vil det engang gaae os. Fremtiden vil lee ad vore Sundhedsbegreber og vor Sundhedspleje. Vi have ingen Midler til at afværge dette. At sætte sig krænknet i Positur herimod hjælper ligesaa lidt som, om man vilde sikre sig ved lutter forsigtigt afvejede Udtalelser og Forholdsregler. Latteren er os vis.”

Selv om dette citat fra en i dag over 100 år gammel bog (Troels Lund: *Sundhedsbegreber i Norden i det 16 Aarhundrede*, København 1900) maner til forsigtighed overfor det, vi lige nu anser for sandheden, så har citatet i sig selv dog en evig gyldighed. Ved at se tilbage søger vi at nå til forståelse af, hvorledes vi er kommet til de resultater og den viden, som vi nu har, og som danner grundlaget for fremtiden. Et tilbageblik bør kunne få os til at besinde os og sætte vor tids sundhedsbegreb i perspektiv. På denne måde er vi med til danne grundlaget for fremtidens sundhedsbegreb. Det er vel dette, som er berettigelsen for medicinhistorien.

Dansk Medicinsk Historisk Årbog 2002 indeholder artikler om tidligere tiders udvikling indenfor medicinen, vurdering af tidligere tiders sundhedsmæssige opfattelser, beretninger om ret upåagtede aspekter af lægegerningen, om medicin og kunst, om et blandt læger næsten ukendt aspekt af apotekervæsenet, memoirer, som ellers næppe ville komme til offentlighedens kundskab og nyvurdering af en kendt forfatterindes sygehistorie.

Vi håber at have bundet en buket af de forhåndenværende artikler, som vil falde i læserens smag, idet buketten er afhængig af de tilbudte artikler. Den endelige tilrettelæggelse er foretaget af undertegnede, som er ansvarlig for fejl og mangler.

Manuskripter til *Dansk Medicinsk Historisk årbog 2003* bedes sendt til Professor, dr.med. Christian Brahe Pedersen, Dalvangen 23, 8270 Højbjerg. Manuskripterne skal helst være på diskette og ledsaget af en udskrift.

En særlig tak til Povl M. Assens fond, som også i år har ydet støtte til udgivelsen.

Niels Kristoffer Jensen

Anatomia Practica

Træk af den tidlige patologiske anatomis historie

Af *Olaf Myhre Jensen*

I den sidste halvdel af 1700-tallet publiceredes flere værker, som blev skelsættende i den patologiske anatomis historie, først og fremmest Giovanni Battista Morgagnis monumentale "De Sedibus et Causis Morborum per Anatomem Indagatis libri V" (Venedig 1761), - for den franske lægeverden Joseph Lieutaud's "Historia anatomico-medica" (Paris 1767) og for den angelsaksiske Mathew Baillie's "The Morbid Anatomy of the Most Important Parts of the Human Body" (London 1793). Sideløbende med studiet af den normale anatomi ved dissektion af de menneskelige legeme var der foretaget ligåbning (sektion) med henblik på at klarlægge sygdomsprocesser og dødsårsager ved undersøgelse af de indre organer, som i live var skjulte for øjet (obduktion) således at den undersøgende læge ved selvsyn (autopsi) kunne konstatere abnormiteter og korrelere disse til sygdomssymptomerne som han havde iagttaget hos sin patient. Denne gren af anatomi kaldtes anatomia practica, anatomie medicale, anatomie comparée m.v. Betegnelsen patologisk anatomi (som modstykke til normal anatomi) optræder for første gang blandt andet i værker af Eduard Sandifort (1742-1814) professor i anatomi og kirurgi i Leyden. - Men forud herfor er der en godt 300-årig periode, hvori betydningen af den anatomiske metode i studiet af sygdommens lokalisation, art og årsager er blevet demonstreret i stigende omfang op til slutningen af 1700-tallet (1,2,3).

I det følgende fremdrages træk fra denne periode, og udvalgte lægers interesse for den "praktiske anatomi" omtales i det omfang der foreligger tilgængelig litteratur herom, og hvor denne er med til at belyse tiden og baggrunden for de pågældendes virke. Fremstillingen prætenderer således ikke at give en dækkende beskrivelse af hele denne fase af den tidlige patologiske anatomis historie.

Hvornår og hvordan begyndte sektions- eller dissektionsvirksomheden?

Siden Alexandriaskolen, som havde sin blomstringstid i 4. - 3. Århundrede før Kristus med anatomer som Herophilus og Erasistratos, synes der ikke

at være foretaget anatomering af det menneskelige legeme før den sene Middelalder eller tidlige Renæssance. Galen (omkring år 250 efter Kristus) henviser til Alexandria om man vil lære anatomi ved dissektion af det menneskelige legeme og henviser iøvrigt til dissektion af dyr, især dem som i lighed står mennesket nærmest. Galen står som den store autoritet til langt ind i Renæssancen. Salernoskolen, som havde sin blomstringsperiode i 11. - 13. århundrede, docerede på grundlag af en griseanatomi ("Anatomia porci") og menes ikke at have foretaget dissektion på mennesker, til trods for at kejser Frederik II havde bestemt, at der skulle dissekeres et lig hvert femte år, og at kun de kirurger som havde studeret den menneskelige anatomi kunne praktisere. En væsentlig årsag til den manglende anatomering er sandsynligvis kirkens modvilje. Vindician, læge og ven med Augustin, skriver i et manuskript fra Monte Cassino i det 10. århundrede *"de gamle anatomer yndede at undersøge viscera fra afdøde for at erfare hvordan de døde, men for os 'humanitas' forbyder dette"*. På et kirkekoncil i Tours i 1163 udtales det, at "kirken afskyr blod", hvilket udlægges sådan, at ingen klerk eller til kirken knyttet person kunne foretage kirurgiske indgreb på levende eller døde". Bortset fra Salernoskolen praktiseredes og undervistes lægekunsten kun i klostrene. Pave Bonifacius VIII udsteder i 1299 en bulle, som ekskommunier dem som renser eller koger ben fra afdøde (for at begrave dem andetsteds). Selvom denne bulle ikke eksplicit omtaler dissektion (anatomering), må den dog formodes at have virket hæmmende



Fig. 1:
Illustration i Galens anatomi i latinsk oversættelse (Dresdner pergamentcodex), fra Choulant: "Geschichte und Bibliographie der Anatomischen Abbildung".

Fig 2:
 Illustration i Guy de
 Chauliac "La Grande Chirurgie".
 Montpellier-Avignon 1363, fra
 Wolf-Heidegger & Cetto:
 "Die Anatomische Sektion
 in bildlicher Darstellung",
 Basel 1967.



før muligheden herfor. Ikke desto mindre giver skolastikeren Taddeo Alderotti (1223-1303) i Bologna i sine "Consilia" henvisning til anatomiske dissektioner, og hans elev Mondino de Luzzi (1270-1326), som egenhændigt synes at have dissekeret, fremstår som den tids mest betydende anatom. Efter ham synker anatomien igen ned til at være en ren skolastisk disciplin, som doceres ex cathedra på grundlag af de klassiske autoriteter, såsom Galen (fig 1) og på Mondinus selv, i en 150 år lang periode indtil slutningen af det 15. århundrede (4).

Middelalder og tidlig renæssance

Der er kasuistiske beretninger om sektioner i 1200 og 1300 tallet (5,6). Men formaliseret dissektionsvirksomhed synes først at blive akcepteret i slutningen af 1300-tallet og i 1400 tallet. Offentlig dissektion var blevet dekretet i Montpellier i 1377 (fig 2) og officielt anerkendt i universitetsstatuten for Bologna i 1405, og i 1429 i Padua hvor dissektion dog var praktiseret længe forinden. Bologna var indtil begyndelsen af 1500-tallet en fristat, og Padua hørte under republikken Venezia, - begge (Bologna og Padua) var således uafhængige af pavestaten i den tidlige Renæssance. I Paris blev dissektion ikke officielt anerkendt før i 1483 og i København i 1645. - Kirken udtaler sig nu ikke længere imod anatomeringen af det menneskelige legeme. Sixtus IV (pave 1471-84), som selv havde studeret i Bologna og Padua, anerkendte "ligåbning" på betingelse af kirkens tilla-

delse, en praksis som også blev konfirmeret af Clemens VII (pave 1523-1532)(7).

Den lokale kirkemyndigheds holdning og indflydelse har været en væsentlig faktor i udviklingen af anatomivirksomheden i det 15.-16. århundrede og en af årsagerne til, at nogle af universiteterne som for eksempel i Bologna, Padua, Florens og Montpellier hævdede sig i så henseende. Betydningen af kirkens og teologernes holdning fremgår også af kejser Karl V's forespørgsel til det teologiske fakultet i Salamanca i 1556, om det var tilladt gode kristne at dissekere menneskelegemer. Andreas Vesalius var da blevet kejserlig livlæge og synes at være ophørt med anatomivirksomhed, siden han i 1546 pludselig forlod Padua muligt af frygt for repressalier fra kirken efter fremkomsten af hans banebrydende og skelsættende anatomiske værk. "De Humani Corporis Fabrica libri septem" i 1543, - et arbejde som bryder med forestillingen om Galens ufejlbarlighed. Svaret fra fakultet var bekræftende. Vesalius foretager en pilgrimsrejse til Det Hellige Land, men dør i 1564 på turen herfra mod Padua, hvortil han var indbudt for eventuelt at genoptage lærestolen i anatomi, som var blevet ledig ved Fallopius' død (8).

Det er tankevækkende, at de tidlige sektioner i 1200 og 1300 tallet er gjort på medicinsk og/eller juridisk indikation, blandt andet i et forsøg på at opklare årsagerne til en pestepidemi eller dødsfald, hvadenten disse skyldtes formodet sygdom eller særlige omstændigheder. Disse sektioner (autopsier) har haft et andet formål end de anatomiske dissektioner og synes i flere tilfælde at være foretaget på foranledning af pårørende til afdøde. I 1538 obduserer Guillaume Rondelet (1507-1566) sin egen søn og anmoder om autopsi på øvrige afdøde familiemedlemmer (6), og også i andre beretninger fra denne tidlige periode ses postmortelle undersøgelser - ofte af navngivne personer og notabiliteter - at være foretaget på anmodning eller med pårørendes aksept. Dette til trods for at der i denne periode var en skræk i befolkningen for anatomering, - måske en indikation på, at der også på den tid var forskel på den anatomiske dissektion og den medicinske/retsmedicinske sektion, som havde en mere privat karakter og var mindre omfattende og mutilerende.

Firenze

Selvom der således kendes flere eksempler på autopsi i den sene middelalder og tidlige renaissance er det dog først i slutningen af 1400 tallet, at udviklingen tager sin begyndelse. Den første sammenstilling af en række sygdomstilfælde, hvor der i nogle foreligger postmortelle undersøgelser er foretaget af *Antonio Benivieni* (1443-1502) i "De Abditis Nonnulis Ac Mirandis Morborum Et Sanationum Causis", udgivet posthumt i 1507 af Antonios bror og dennes ven (9). Beskrivelserne af de postmortelle fund er

Fig 3:
Antonius Benivienus,
fra den oversatte
og kommenterede
version af "De Abditis.."



yderst kortfattede og summariske, nogle kan umiddelbart forstås i en nutidig begrebsforestilling, men flertallet giver kun mulighed for gisninger. Det er dog heller ikke de summariske beskrivelser i sig selv, som er det mest interessante, men derimod dokumentationen af en sektionspraksis. Benivieni skriver således i omtalen af et tilfælde af ileus og tarmruptur (LXXVI): *"Var denne tilstand ikke blevet gjort bekendt for flere andre ved dissektion, havde jeg ikke kunnet skrive om den uden at blive mistænkt for at lyve"*.

Antonio Benivieni tilhørte en gammel og agtværdig familie i Florens. Han blev uddannet i overensstemmelse med tidens bedste traditioner i Florens, Pisa og Siena. Han har været under indflydelse af den tidligere omtalte Taddeo Alderottis ideer og "consilia" og - hvad der sikkert har haft betydning for hans interesse for at relatere sygdomssymptomer til postmortelle fund - traditionen fra Mundino de Luzzi's anatomiske virke. Florens var dengang en by med 100.000 indbyggere, styret af medicierne som en republik, der også havde magt over Toscanien. Benevieni fungerede som læge på hospitalet ved Santa Maria Nuova i samme periode, hvori Leonardo da Vinci har foretaget dissektioner her og i omtalen af en af disse skriver: *"Der sad en gammel mand på sin seng, uden nogen bevægelse eller tegn på ulykke gik han stille bort. Og jeg gjorde en autopsi på ham for at se årsagen til så rolig en død"*. På samme selvfølgelig måde omtales de postmortelle undersøgelser i "De Abditis..", hvilket vel må indikere, at sektionsvirksomheden har været praktiseret i nogen tid i Florens og formentlig andre universitetsbyer og har været akcepteret i de pågældende samfund. Tilladelse fra pårørende til sektion synes at have været en forudsætning,

der berettes således om tilfælde hvor en anmodning om incision på den afdøde patient er afslået af familien. Det er uvist om Benivieni selv har seceret eller blot overværet sektion af sine patienter. Det er ligeledes uvist om der er tale om systematiske postmortelle undersøgelser eller om sektionen alene har været rettet mod det forventede sygdomslokus.

Selvom humoralpatologien fortsat på Benivieni's tid er den alt dominerende, synes der dog ikke i beskrivelsen af sammenhængen mellem kliniske symptomer og postmortelle fund at være nogen konflikt med hvad man i en senere periode beskriver som solidarpatologi, hvilket følgende eksempel fra De Abditis viser: *‘Hos en patient med svære abdominale smerter, som tilsyneladende var associeret med udtalt obstruktion, da der kun var afføring én gang i 10 dage fandtes ved ligåbning tarmen kontraheret med tyk kallus så kun en tynd kanal var tilbage og ekskrementer kunne næppe passere’*. Eksemplet er (sammen med en omtale af fibrinøs pericarditis (Cor pilis refertum. LXXXIII)) et af de få, hvor beskrivelse af symptomer og postmortelle fund umiddelbart er forståelig og "oversættelig" til nutidig nosografi og patologisk anatomisk terminologi: ileus som følge af kolo-rektal cancer, hvorimod andre som nævnt er vanskeligt tydbare og kun giver mulighed for gisninger.

Benivieni (fig 3) tilhørte en kreds af intellektuelle i Florens. Hans bibliotek rummede 169 titler, manuskripter om medicin, filosofi, teologi, logik, astrologi og litterære værker af blandt andre Cicero, Vergil, Seneca og Dante. Han var læge ved klostret San Marco og god bekendt af Girolamo Savonarola, som i 1489 var blevet abbed. Savonarola var en erklæret modstander af den korrupte og depraverede pave Aleksander VI og af det lokale styre, hans religøse, demokratiske bevægelse fortrængte Medicierne, som dog i alliance med paven genvandt magten. Savonarola blev hængt og brændt på bålet i 1498. Antonio Benivieni døde, tilsyneladende fredeligt, i 1502. Måske har omvæltningerne i Florens dog haft indflydelse på hans muligheder for at færdiggøre det arbejde, som blev offentliggjort posthumt i 1507, og som må anses som den første patologisk-anatomiske publikation (10).

Paris

Jean Fernel (1485-1558) er i sin første publikation af "Medicina" bundet af tradition og tiltro til autoriteterne med henvisning til Hippocrates, Herophilus, Galen m.fl. og til "araberne", selv afsnittet om anatomi (1542) baseret på egne dissektioner er hovedsagelig Galens anatomi. Universitetet i Paris hvilede på tid i den middelalderlige tradition. I nogle år vender Fernel sig fra universitetet og medicinen, studerer matematik og litteratur, men genoptager den medicinske profession og bearbejder og genudgiver sin *Medicina* på grundlag af egne erfaringer og studier. Plancy, en elev af Fer-

nel, har i en biografi, trykt i 1607, blandt andet tegnet et billede af hverdagen: Op kl 04 og i studerekammeret for at læse og skrive indtil claggy, så patientbesøg eller undervisning, derpå tilbage i studerekammeret indtil middagsmåltidet, som han end ikke sad ned til, igen på sygebesøg, aftensmåltid med familien, hvorefter han vendte tilbage til studerekammeret for at læse og skrive indtil en time før midnat. Foreholdt advarsler om ikke at overbelaste sig, svarede Fernel med et citat fra Ovid's Amores: "*Skæbnen vil give os lang nok hvile*" (11).

Fernel står for eftertiden som den første fysiolog, men han er også den som for første gang anvender terminologien "patologi". Den endelige version af hans *Medicina* består af tre dele: fysiologi, pathologi og therapeutica. Afsnittet om pathologi er organiseret i en generel og speciel del, sidst nævnte i tre bøger: sygdomme og symptomer i specielle dele, sygdomme i dele under diafragma, affektioner af legemets ydre dele og er efterfølgende udgivet som et selvstændigt værk: *Patologia, libri septem* i Paris i 1638 og i fransk oversættelse frem til år 1683. Fernel har blandt andet beskrevet lungeforandringer ved phtise (tabes i Fernels terminologi), en sygdom med to årsager: en defekt lungekonstitution og en korrosiv væske (humor), og Fernel refererer, hvad angår førstnævnte, til Hippocrates' synspunkt, at personer med snæver og sammentrykt brystkasse er udsat for phtisis (12).

Rom

Men også andetsteds end Florens og Paris var der mulighed for at gøre patologisk-anatomiske iagttagelser. *Bartholomeo Eustachio* (1524-1574) virkede som læge i Rom og docerede anatomi ved Studio della Sapienza (13). Han er i eftertiden hovedsagelig kendt for beskrivelser af det indre øres bygning og af den kanal, der nu kendes som det Eustachiske rør, men har også set samlerørene i nyrens pyramider ("furer og kanaler så tynde som de tyndeste hår") 100 år før Bellini, hvis navn de bærer. Thomas Bartholin har da også protesteret imod Bellini's krav på prioritet på opdagelsen og skriver (1654) i sin anatomi: "*..quid si Bellino hic præluxerit Eustachius: mon ikke Eustachio skulle have holdt lyset for Bellini.*" Eustachio nærde stor respekt for Galen og forsvarede i nogen grad Galen mod den kritik, som Vesalius' arbejder gav anledning til, skønt han selv i sine anatomiske arbejder korrigerede, omend i forsigtige vendinger, den galenske opfattelse. Måske var Eustachio's situation, præget af svagelighed og pengemangel, sådan at han med sit virke i pavebyen måtte forholde sig således til en af kirken kanoniseret autoritet.

I 1564 udkom Eustachio's *Opuscula anatomica* med 8 billedtavler, der imidlertid kun var en mindre del af det illustrationsmateriale, som var tiltænkt et større arbejde om uoverensstemmelser og stridigheder i anatomi-



FIGURA PRIMÆ.
 Prima Figura rimum, & que via urinaria per medium divi-
 sionem ostendit.
 Rimum falditum extra vasa velle ostendit, s. 16. 21. 22.
 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000.

Fig 4:
 Tavle 5 fra Eustachius' anatomiske tavler udgivet af Lancisi i 1714. Bemærk meto-
 den med koordinatsystem i figurerne til angivelse af strukturers lokalisation

en, og som af økonomiske grunde aldrig publiceredes. Tavlerne blev udgi-
 vet med indledning og ledsagetekst af Lancisi i 1714 iøvrigt efter sagkyn-
 dig hjælp og grundig kontrol af dissektionsfund og på pave Klemens XI's
 bekostning (fig 4). Lancisi korresponderede med flere af den tids kendte
 anatomer, herunder Morgagni. Værket indeholder en beskrivelse af visse
 patologisk-anatomiske forandringer i nyrene, hovedsagelig stensygdом
 og dennes følger, og en diskussion af stridsspørgsmålet om, hvor i nyren sten
 og grus dannes. I omtalen af de secerede patienter figurerer en navngiven,
 fornem romersk dame og en biskop i Ancona, så også hos Eustachio er der
 som ved de tidligere beskrevne sektioner tale om en akcepteret virksom-
 hed.

Eustachio beklager sig som ældre over, at han kunne have gjort mere
 gavn om han havde anvendt sin tid til patologisk-anatomiske undersøgel-
 ser, og at han så sent har fået øjet op for disses store betydning. Han skri-
 ver i kapitlet om forandringer ved nyresygdом: *“Den anatomiske under-
 søgelse af liget af et menneske, der har haft en nyresygdом (selv om han er
 død af den), vil være så meget mere nyttig som denne gren af anatomen
 er mindre kendt end den anden (dvs. den normale), og den vil være særlig
 instruktiv i retning af at erkende sygdомsårsager og lægemidlers gavnlige
 anvendelse”*. I Lancisi's omtale af udgaven af Eustachio's tavler nævnes, at
 en anset kirurg i Neapel, Marco Aurelio Severino, i et brev til en kollega

skriver, at den praksis at secere ligene af dem, der er døde på byens hospitalet, først hidrører fra denne mand, Eustachio (13).

Freiburg

Johannes Schenck von Grafenburg (1530-1598), uddannet i Tübingen, Stadtphysikus i Freiburg, blev den som første gang samlede en lang række iagttagelser tilbage til Hippocrates og publicerede dem i perioden 1584-97 i en systematiseret opstilling sammen med egne og samtidiges observationer og i en posthum udgivelse i 1665 (14) ved sønnen Johan Georg: "Observationum medicarum variorum", ordnet i syv libri "ab capitis ad calcem" (fig 5). I liber secundus qui agit De Partibus Vitalibus thorace contis beskrives i observatio IV (p.269-270) et tilfælde af fibrinos pericarditis "Cor hirsutum in nonnullis annotatum", og der refereres til 7 tidligere tilfælde beskrevet af Plinius, Plutarch og Benivienus ("De Abditis.." LXXXIII). I liber sextus De Scorbuto, observatio I-II, refereres til den danske betegnelse Schorbuk (Schormout om forandringer i mundslimhinde og gingiva, Schorbein om forandringer i crura), til Olaus Magnus' omtale af lidelsen i Histo-



Fig 5:
Titelblad i Johannes Schenck
"Observationum medicarum
rariorum.." 1665. Eksemplar i
Danmarks Natur- og
Lægevidenskabelige Bibliotek,
København.

ria de gentibus Septentrionalibus, lib.16, cap.51 (1555), og til opskrift på Tinctura contra Scorbutum (Alexipharmaca, Joanniis Werneri) indeholdende forskellige planteudtræk.

Schenck er af eftertiden blevet karakteriseret som overtroisk og ukritisk i sin omtale af tidligere observationer. Man kan imidlertid ikke fratage ham æren af at være den første, som forsøger at samle alle tidligere iagttagelser af pato-anatomisk karakter og derved redde dem fra glensel og fortabelse, og som for første gang foretager en form for systematisering i fremstillingen af sygdommene.

Montpellier, Basel

Felix Plater (1536-1614) fungerede som læge og anatom i Basel, hvor han fik oprettet et anatomisk teater samt en botanisk have. Hans sidste publikation "Observationes in hominis affectibus plerisque" indeholder knap 700 sygdomsbeskrivelser fra egen praksis, nogle sammenholdt med anatomiske undersøgelser. Han menes at have foretaget ca.300 sektioner. Plater havde studeret i Montpellier og har i sine ungdomserindringer beskrevet studieårene og hvordan han i sin iver for at lære ved at anatomere deltog i ligrøveri:

"En baccalaureus medicinae, der hed Galotus og var gift med en rig dame fra Mompelier, og en tid lang plejede at holde sådanne hemmelige anatomier i sit hjem, hjalp os dermed. Han opfordrede mig og flere andre til, at vi om natten skulle liste os bevæbnede ud til klosterkirkegårdene udenfor byen og opgrave lig, som var blevet begravet samme dag, og derpå bære dem ind i byen til hans hus for at anatomere dem der. Vi havde pålagt nogle at have opsyn med, hvor og hvornår nogen blev begravet, for at vi så om natten kunne begive os derhen. Jeg blev første gang sendt afsted den 11.december. Galotus førte os midt om natten i mulm og mørke ud til Augustinerklostret udenfor byen; der var en dristig munk, frere Bernhard, som forklædte sig og hjalp os. Vi holdt i al hemmelighed et drikkelag i klostret til henimod midnat; så gik vi i stilhed bevæbnede ud på kirkegården ved klostret St.Denis, hvor vi gravede et corpus op med hænderne, idet jorden endnu var løs, da det var blevet begravet samme dag. Da vi nåede ned til liget, slog vi et reb om det og trak det med stort besvær op, svøbte så vore slåbrokke om det og bar det til hyporten på to stokke; klokken var de henvend 3 om natten. Sa lagde vi liget i en krog og bankede på den lille dør, gennem hvilken man bliver lukket ud og ind. En gammel portner kom ud i bar skjorte og lukkede døren op for os; vi bad ham, om han ville give os noget at drikke, da vi var lige ved at dø af tørst, og mens han hentede det til os, slæbte tre af mine kammerater liget ind og bar det op i Galoti hus, som ikke lå langt fra porten, således at portvægteren intet mærkede. Vi andre gik så efter dem. Da vi åbnede for det ligklæde, hvori liget var syet ind, viste det

sig at være en kvinde, som af naturen havde krumme fødder, der vendte indad mod hinanden. Vi anatomerede hende og fandt blandt andet også flere årer, som f.eks. vasa spermatica, der ikke blot gik lige nedad, men også var krummede og højede til siden (formentlig varicer af vv.ovaricae). ...vi gik atter om natten den 16.december ud af porten og kom til Augustinerklostret. Vi holdt gilde i hans (broder Bernhardts) celle og spiste en udmærket hane kogt med kål, som vi hentede i haven; dertil drak vi god vin, som han skaffede os. Så gik vi atter ud på kirkegården; vi var bevæbnede, for munkene i St.Denis havde opdaget, at vi allerede havde gravet liget af en kvinde op dér, og havde truet os med straf. Myconius bar sit dragne sværd, de Vælske deres dolke. Vi gravede begge de to corpora op og slog atter vore slåbrokke om dem og bar dem hen til porten på stokkene. Vi turde ikke rigtig banke på, men fandt så et hul under porten, hvorigennem en af os krøb ind; der holdtes nemlig ikke videre godt vagt ved portene dér. Så skubbede vi ligene ind under porten, og han som stod indenfor trak dem ind til sig; bagefter smuttede alle vi andre ind, og jeg skræbde min næse, da jeg lå på ryggen og skubbede mig ind. Vi bar ligene til Galoti hus, hvor vi åbnede dem. Det ene var af en student, som vi godt kendte; ham skar vi op, og han var gået helt i forrådnelse og havde suppuration i lungerne, som stank skrækkeligt, så vi måtte stænke eddike over det altsammen; vi fandt også sten i lungerne. Det andet lig var af et barn, en lille dreng; vi lavede et skelet af ham.... Den sidste janutar drog vi atter ud for at hente lig. Vi gik om natten ud på kirkegården udenfor byen og gravede en gammel kone, som var blevet begravet samme dag, op af jorden, og ligeledes et barn; så bar vi dem til Augustinerklostret udenfor byen, hvor vi havde vort tilhold hos broder Bernhardt, hos hvem vi også anatomerede hende. Vi gik hver gang ud til ham, for det ville ikke i længden have været muligt at bringe ligene ind i byen, men sagen ville tilsidst være blevet bekendt..” (15).

Allerede i 1319 var studenter i Bologna blevet retsfulgt for gravrøveri. I 1442 blev der sammesteds truffet beslutning om, at lægeskolen årligt skulle tildeles to henrettede til dissektion; men selvom denne praksis med (offentlig) dissektion af henrettede blev almindelig, var materialet til anatomering for sparsomt og gravrøveri fortsatte, som det især kendes fra England, hvor først ressurektionistlovene i 1832 (The Anatomy Act) bragte dem til ophør.

København

Thomas Bartholin (1616-1680) havde i flere af sine publikationer om egne og andres kliniske iagttagelser omtalt patologiske fænomener. Foranlediget af en foremtale af udgivelsen af Bonet's samling af disse sammenstillinger af sygdomssymptomer med patologisk forandringer publiceres i 1674 Bartholin's "De Anatome Practica ex Cadaveribus Morbosis Adornanda Concilium" (16). Udover at prise Bonet's forehavende beklager Bartholin, at

.. "Hvad jeg ved så mange års studier havde samlet af stof til "den praktiske anatomi" grundet på iagttagelser, såvel egne som andres, der var øvede på dette felt, har den nidske og grådige Vulkan, mit gods' forøder, opslugt og hurtigere end på et øjeblik gjort til aske." (Hagestedgårds brand i 1670). Bartholin nævner, at han i trøsteskriftet til sine sønner om bibliotekets brand, i foromtalen til *Anatome Nova* og Kataloget over sine værker har omtalt sin praktiske anatomi, som er fremstillet på samme måde som *Anatome reformata*, hvor materialet er kadavere af personer, som ikke har været angrebet af nogen sygdom. Den praktiske anatomi, *anatome practica*, er i den betydning identisk med senere tiders patologisk anatomi.

I "De *Anatome Practica*" omtaler Bartholin de hjælpemidler, hvorved han havde nået sit resultat:

I. En indgående undersøgelse bør anstilles på kadavere af syge personer; og de bør underkastes den anatomiske kniv i anatomiens teatre. I Padua ser anatomerne let dette ønske opfyldt, thi her har de nogle anatomiske betjente, som sørger for fremskaffelsen af materiale såvel fra hospitalet som fra de afdødes hjem og fra nylig tilkastede grave... Men så ofte der skal foretages de sædvanlige sektioner på sunde kadavere, skal man sørge for, at de dødsdømte eller galgens kandidater gennem pårørende eller gennem en skriftefader på en blid måde forhøres om, hvorvidt de klager over nogen sygdom, og hvilke legemlige lidelser de plages af, for at man derefter ved dissektion kan gøre disse dele til genstand for nøjere undersøgelse..

II. Et særligt stort materiale leverer hospitalerne, som man omhyggeligt bør frekventere navnlig i Rom og Paris, hvor der findes et stort antal patienter med vidt forskellige sygdomme (der refereres her til læger i Rom, Neapel, Padua og Leyden).. Også i København interesserede jeg mig forud for at gribe denne samme gunstige lejlighed, idet jeg af myndighederne havde opnået en tilladelse, som jeg dog senere afskrækket ved kællingsnak og indsigelser så mig nødsaget til at lade fare..

III. ..foranstaltet private sektioner hos folk i fattige kår, som foretrak profit for fromhed, idet jeg ikke sjældent tilbød og udbetalte en sum penge, enten den afdøde var tæret hen af en langvarig sygdom eller revet bort af en pludselig død...

IV. Fyrstelige personers og rigmænds lig, som underkastes balsamering, leder os med større sikkerhed til de af sygdomme angrebne indre organer. I Italien er det sjældent, at man ved standspersoners ligfærd kaster vrage på anatomernes hænder, for at dødsårsagen kan bringes for dagen... omend man ikke sjældent møder ret store vanskeligheder hos folk, som på grund af en vis pietet eller overtro modsætter sig denne sønderlemmelse i den tanke, at den strider mod de dødes fred, ret som om ormene viser sig barmhjertigere overfor ligene..

V. Ved en undersøgelse og ransagning af sårede, som på offentlig foranledning eller ved venskabelig tilladelse plejer at foretages af kirurger, har jeg opnået betydelige resultater...

VI. Lægerne i felten har en åben mark til at udøve anatomien på de dræbtes kadavere, disse den grusomme krigsguds ofre..

VII. Zootomien eller dissektion af syge dyr mener jeg ingenlunde bør ringeagtes, eftersom jeg ved dens hjælp har fremdraget svulster i mesenteriet, orme i mange dele af legemet, abscesser i knoglerne, scirrhus i leveren, lidelser i lunger og hjerne og meget andet, som kan finde anvendelse på de menneskelige sygdomme..

VIII. Med meget held har jeg således begyndt indenfor den praktiske anatomi at foretage mine egne undersøgelser. Men fordi livet ikke er langt nok til at anstille alle iagttagelser, og den gunstige lejlighed heller ikke tilbyder sig altid, skal man også henholde sig til andres autoritet, idet man til hjælp tager lægevidenskabens mest prøvede forbilleder, som i litteraturens mindesmærker har nedtegnet, hvad de med tro øjne har iagttaget, oprigtigt og uden omsvøb eller falskneri...

IX. Altså må vi ile med at gennemblade nyere anatomers skrifter..

X. Den litteratur, som kirurgerne har skænket eftertiden, bidrager ikke lidet til at fremme vort hus' opbygning..

XI. De, som i særlige afhandlinger har taget enkelte dele af anatomien under en speciel behandling, hjælper os ofte mere end de fuldstændige, anatomiske lærebøger..

XII. Men fremdeles skal man overhovedet gøre sig et studium af alle forfattere, som har udgivet "medicinske iagttagelser"..

I punkterne XIII - XXIII nævnes yderligere kilder til erfaring og viden indenfor den praktiske anatomi. Bartholin slutter: "Jeg venter mig lige så meget af Bonetus' dristige fremstormen og hans værks første forsøg, hvis da Gud skænker sin hjælp, som den lærde verden kunne vente sig af Herophilus, hvis han levede, eller af Galen, hvis han atter talte til os."

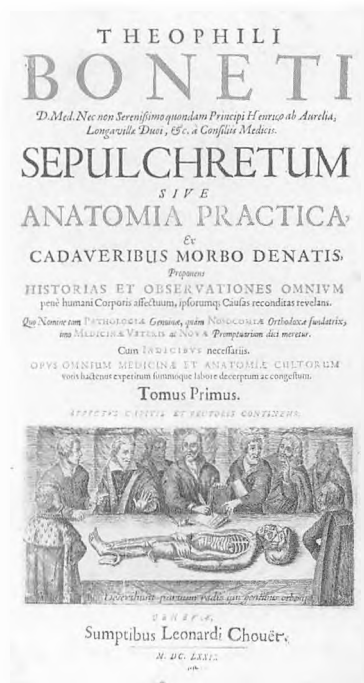
Afsluttende bemærkninger

I 1679 udkom så *Théophile Bonet's* (1620-1689) "Sepulchretum anatomicum sive anatomia practica" (17), et prægtigt værk på ca 1700 sider i folioformat (fig 6) indeholdende 2285 observationer: sammenstillinger af sygdomme, sygdomssymptomer og anatomiske iagttagelser. Observationerne, som stammer fra 490 læger inklusiv Bonetus, er for de flestes vedkommende rapporteret siden 1400-1500 tallet, dvs. over en ca 200 årig periode. De er ordnede i grupper efter sygdommens kliniske lokalisation: hoved-hals, bryst, bug, generaliseret lidelse og affektion af ekstremiteter og hud m.m., dvs nogenlunde samme systematik som hos Schenck. Liber 1 De Affectibus Capitis indeholder i 23 afsnit 678 observationer, liber 2 De Affectibus Pectoris 685 observationer, osv (fig 7).



Fig 7:
Titelblad i "Sepulchretum
sive anatomia practica..", 1679

Fig 6:
Theophile Bonet: "Sepulchretum sive
anatomia practica.." Eksemplar i Dan-
marks Natur- og Lægevidenskabelige
Bibliotek, København



Om Bonetus' værk (og Schenck's) fik den betydning, som samtiden herunder også Bartholin forventede, er nok tvivlsomt. Dertil er iagttagelserne for summariske og undersøgelserne usystematiske. Bøgerne rummer ingen beskrivelse af sektionsteknik eller eksplicit omtale af forudsætningerne for at udøve den praktiske anatomi. Observationerne hentes, hvor tilfældet for at sammenstille sygdomssymptomer med anatomiske fund tilbyder sig, sådan som Bartholin også anfører, og hvor alle muligheder må inddrages. Men værkerne viser at interessen for den praktiske anatomi i studiet af sygdommens art og lokalisation er vakt, og at betydningen af denne metode til forståelse af sygdommens årsager er ved at vinde aksept.

Det falder imidlertid i andres lod at udbygge og udvikle den anatomiske metode i studiet af sygdommens natur, den klinisk-patoanatomiske især af Morgagni (1682-1771), den eksperimentelle af Bichat (1771-1802), forud for den klassiske pato-anatomiske æras start i 1800-tallet med navne som Rokitanski og Virchow.

Summary

Olaf Myhre Jensen

Anatomia Practica. Features from the history of early patho-anatomy

Since the anatomy school of Alexandria during the fourth or third century before Christ dissection of the human body seems not to have been practiced until late Medieval or early Renaissance period, undoubtedly due to ethical and religious aversions. The teaching of anatomy was based on Galen using animal dissection. In the fourteenth and fifteenth centuries, however, anatomical examinations of the human body slowly began, seemingly for the purpose of describing both the normal structure and the abnormal structure caused by diseases, maldevelopment or trauma. This latter branch of anatomy was called practical, medical or correlative anatomy and corresponds to what we today name as patho-anatomy.

Antonio Benivieni of Florence (1442-1502) is the first one to collect (and publish) a series of clinical observations some of which could be correlated to post mortem findings. It is unknown, however, whether the autopsies were performed by himself; and there is no mentioning of technique or circumstances for sectioning. Studies of the dead body by incision for the purpose of displaying diseased organs (autopsy) seem to have been an accepted practice for which relatives consented in those days.

Other medical doctors in the years to follow, as for instance Fernel (1485-1558) in Paris, Eustachius (1524-1574) in Rome, Felix Plater (1536-1614) in Basle and Th. Bartholin (1616-1680) in Copenhagen have used the anatomical method for the study of diseases. Further, Schenck (1530-1598) in Freiburg and Bonet (1620-1689) in Genève collected and published large series of clinical symptoms which had been related to post mortem findings dating back to ancient observers.

This is the scientific background for anatomists as Morgagni, Lieutaud, Baillie, Bichât and others who founded the morbid anatomy on which the study of disease flourished in the classical patho-anatomical era of the nineteenth century with names as Rokitanski and Virchow.

Litteratur

1. Rayer P: Sommaire d'une Histoire Abrégée de l'Anatomie Pathologique. Paris 1818
2. Cruveilhier M: Histoire de L'Anatomie Pathologique. Ann. l'Anat. Physiol. Pathol. 1846, 9-18 et 37-46 et 75-88
3. Chiari H: Geschichte der pathologischen Anatomie des Menschen. I "Handbuch der Medizin" (Max Neuburger & Julius Pagel), Zweiter Band, 473-559. Jena 1903 (Gustav Fischer)
4. Singer C: Beginnings of academic practical anatomy. I "History and Bibliography of Anatomic Illustration" (L.Choulant), p21. New York 1945 (A-R Schuman's)
5. Krumbhaar EB: History of the autopsy and its relation the development of modern medicine, "Mortui Vivos Docent". Hospitals 1938, 12:68-74
6. King LS & Meehan MC: A history of the autopsy. A review.- Amer.J.Pathol. 1973, 73:514-544
7. Encyclopaedia of the Renaissance (Bergin & Speake). London 1987 (B.T.Batsford Ltd)
8. Benjamin Lee Gordon: Medieval and Renaissance Medicine, "The revival of anatomy", 616-640. London 1960 (Peter Owen)
9. Antonio Benivieni: De Abditis Nonnullis Ac Mirandis Morborum Et Sanationum Causis. oversat af Charles Singer, biografiske noter ved Esmond R.Long. Springfield 1954 (Charles C Thomas)
10. Major RH: Antonio Di Pagolo Benivieni. Bull Hist Med,III:739-755
11. Sherrington C: The Endeavour of Jean Fernel. Cambridge 1946 (University Press)
12. Long ER: Jean Fernel's conception of tuberculosis. I "Science Medicine and History" (E.Asworth Underwood), vol I. London 1953 (Oxford University Press)
13. Lützhof F: Bartholomeo Eustachio som Pathologisk Anatom. I "Medicinsk-historiske Studier", 17-36. København 1933 (Høst & Søn)
14. Johannis Schenckii .. Observationum medicarum rariorum.. Francofurti MDCLXV
15. Felix Platers Ungdomserindringer. Skildringer fra Basel og Montpellier i reformationstiden. Oversatte og udgivne af Thora Gertz. "Medicinsk-Historiske Smaaskrifter", bind 2. København 1915 (Vilhelm Trydes Forlag)
16. Thomas Bartholin: De Anatome Practica Ex Cadaveribus Morbosis Adornanda Consilium. Oversat af Hartvig Frisch: Den praktiske Anatomii. Et Raad og en Vejledning. Bibliotek for Læger 1919, 111: 86-113
17. Theophili Boneti.. Sepulchretum sive Anatomia Practica Ex Cadaveribus Morbo Denatus. Genevæ M DC LXX-IX

Karen Blixen og lægerne

af Ib Søgaard

"hun var vanskelig, men hun var bedårende"
Ingrid Lindstrøm

Tre læger har hidtil beskæftiget sig skriftligt med Karen Blixens sygehistorie.

Den første var neurologen, professor *Mogens Fog*, som i Blixeniana 1978 med nogen betænkelighed offentliggjorde sin vurdering af Karen Blixens sygdom (1).

Fog fandt, at Karen Blixens symptomer var forenelige med syfilis i 3. stadium og handlede derefter.

I 1993 meddelte venerologen, professor *Kaare Weismann* sine overvejelser i Bibliotek for Læger og senere på engelsk (2, 3). Weismann forkastede tanken om en sensyfilittisk proces og fastslog, at Blixens symptomer kunne være forårsaget af en forgiftning med tunge metaller.

Senest har den amerikanske læge *Linda Donelson* i bogen "Out of Isak Dinesen" givet Weismann ret i, at der ikke forelå senstadiet af syfilis, men var mere betænkelig ved at acceptere tanken om en metalforgiftning. Donelson pegede på forskellige psykiske aspekter af sygehistorien med depressive perioder og anfald af, hvad hun kaldte "panikangst" (4).

Når nu problematikken tages op for 4. gang, så er det dels, fordi det forekommer sandsynligt, at man i de tre hidtidige undersøgelser har glemt, hvad universitetslærere altid har forsøgt at indpode i medicinske studenter: Tænk på det mest enkle først! - dels fordi nyt journalmateriale har muliggjort at samle en række symptomkomplekser til en sandsynlig enhed.

Den nye vurdering prætenderer ikke at være en fuldstændig patografi. Det bør afvente en vurdering fra en kompetent psykiater. Karen Blixen har, så vidt det kan bedømmes ud fra de tilgængelige journaloplysninger, aldrig været undersøgt af en psykiater. Hun ville formentlig nok også have modsat sig dette.

Barndom og opvækst

Karen Christenze Dinesen blev født den 17. april 1885 på Rungstedlund. Det var Ingeborg Westenholz og Wilhelm Dinesens 2. datter. Senere fulgte endnu en datter og til sidst to sønner. Forældrene var meget forskellige;

moderen var rolig og velovervejet og kom fra en etableret, velhavende borgerslægt. Faderen var en mere rastløs eventyrtype, der allerede som 18-årig deltog i krigen 1864, og som i en flerårig periode levede alene blandt indianerne i Nordamerika.

Karen følte sig meget nært knyttet til faderen, og hun var også den af de fem børn, han knyttede sig mest til.

Far og datter tilbragte adskillige timer sammen på udflugter i naturen og grundlagde herved hendes udprægede kærlighed til blomster og dyr.

Da Karen var 10 år gammel, begik faderen selvmord, og det kom hun aldrig over.

Karen fik, som sine søstre, aldrig nogen rigtig skolegang. Den første skoleundervisning blev givet af en lærerinde, frk. Marie Zøylner, et par timer dagligt i hjemmet. Den egentlige uddannelse blev givet på Folehave af mormoderen og hendes datter, morder Bess.

Broderen, Thomas Dinesen skriver om dette: "På mange måder fik mine søstre her en belæring, som ikke kunne have været bedre. Engelsk blev for dem et lige så nemt sprog som dansk - Mamas mor var en engelsk præstedatter - og de lærte at læse og tale fransk uden besvær.

Verdenshistorie, geografi, litteratur og kulturhistorie lærte de så godt som få børn - Rungstedlund såvel som Folehave gav dem så megen viden, som de tider krævede det. Men med videnskabelige lærdomme stod det ikke så godt til; både Tanne og Elle beklagede sig ofte senere hen over, at de ikke havde lært det ringeste om matematik og kun meget lidt om astronomi - det var dog også ganske unødvendigt for kvinder, for nok så kultiverede damer, at vide ret meget om sådanne sager, mente man dengang" (5).

Den eneste regulære skolegang, de tre piger fik, var på en fransk skole i Schweiz, hvor familien opholdt sig i otte måneder i 1898 efter en brand på Rungstedlund.

Karen viste tidligt et talent for at tegne. I december 1903 gik hun til optagelsesprøve på Kunstakademiet og bestod. Undervisningen begyndte i januar 1904, og hun fulgte nu undervisningen i 2^{1/2} år. Afgangseksamen fik hun aldrig.

I 1910 tog hun til Paris for at gå på malerskole, men megen undervisning blev det ikke til. I stedet nød hun i fulde drag livet med en række ungdomsvenner.

Afrika

I december 1912 forlovede Karen Blixen (fig. 1) sig med sin halvfætter (hans mormor og hendes farmor var søstre), den svenske baron Bror von Blixen-Finecke. De unge mennesker besluttede sig for at emigrere og valgte at etablere sig som farmere i Britisk Østafrika.

Fig. 1:
Karen Blixen 1913



Bror drog i forvejen i foråret 1913 for at købe en kvægfarm i nærheden af Nairobi. Det viste sig imidlertid at være en mindre god ide. Flere kvægfarmere i området havde store økonomiske problemer på grund af udbredt sygdom blandt kvæget.

Bror besluttede sig derfor i samråd med sine finansielle støtter i Danmark til at købe en farm, der skulle satse på kaffeproduktion.

Den 2. december forlod Karen Blixen Danmark, ledsaget af sin mor og sin yngste søster, Ellen. Rejsen gik først til Neapel, hvor man tilbragte tiden, indtil Karen den 16. december gik om bord i damperen "S/S Admiral". Skibsrejsen, der dengang varede 19 dage, gik ned gennem Middelhavet, videre gennem Suezkanalen og Rødehavet ud i det Indiske Ocean, hvor skibet den 13. januar 1914 ankrede op ud for Mombasas kyst.

Den følgende dag blev Karen Blixen og Bror Blixen viet af den lokale distriktskommissær, hvorefter de samme dags eftermiddag indledte en 18 timer lang togrejse med Uganda-banen til Nairobi, hvorfra de nygifte kørte de 12 miles ud til deres første hjem - Mbagathi.

Den 22. april skrev Karen Blixen til broderen, Thomas. I sidste afsnit af brevet skriver hun:

"Jeg ligger desværre i sengen endnu, hvilket jeg med et par dages mellemrum har gjort siden 17. marts - men det skal du ikke tale til mor om; hun er så bange for malaria, som også er en ækel sygdom" (6).

Det kunne godt have været rigtigt. Malaria var endemisk i området; næsten ingen tilflyttere undgik at blive smittet. Men Karen Blixen fortalte ikke sandheden. Hun glemte at fortælle, at hun samtidig med feberen havde et universelt, rødtligt udslæt, og hun glemte også at fortælle, at den lokale læge, dr. *Rowland Wilks Burkitt* kunne meddele et blodprøvesvar, som viste en kraftig positiv WR. Dr. Burkitt var ikke i tvivl. Det drejede sig ikke om malaria, men om syfilis (lues) i 2. stadium. Da 2. stadium optræder 6-

8 uger efter smitten, må man antage, at Karen Blixen er blevet smittet umiddelbart efter brylluppet.

Der blev indledt behandling med kviksølvtabletter, der blev givet regelmæssigt det næste års tid uden overbevisende effekt.

Kviksølvbehandling var blevet anvendt mod sygdommen gennem de 400 år, den havde været kendt i Europa, men var efter 1910 suppleret med det organiske arsenikpræparat Salvarsan. Dette præparat skulle gives intravenøst med megen forsigtighed, idet det havde vist sig, at selv den mindste paravenøse injektion var tilbøjelig til at give store vævsnekroser.

I maj 1915 skrev Karen Blixen til moderen, at hun nu var på vej hjemad via Paris og London. Hun fortalte, at hun igen havde været ret dårlig, og at doktoren i Nairobi erklærede, at hun skulle tage hjem for "a change of air. De troede, at hvis jeg ikke tog af sted straks, kunne jeg risikere aldrig at blive af med min feber" (6). Videre i brevet skriver hun:

"Det lader til, at de nu i London giver en slags injections for malaria, som skal kurere én fuldstændig; en doktor i Nairobi gav mig en, men den fik jeg bare en stor blodforgiftning i armen af".

Atter forsøgte Karen Blixen at lægge et røgslør over sygdommen. Malaria kunne ikke dengang behandles med injektioner.

Det er nærliggende at tro, at dr. Burkitt har forsøgt sig med en Salvarsaninjektion, som gik paravenøst. Det kan herefter ikke undre, at han insisterede på, at fortsat behandling skulle ske et andet sted.

At behandlingen var vanskelig, kom Karen Blixen selv til at anerkende. I hvert fald skrev hun mange år senere i "Skygger på græsset":

"Ungdommelig ærgerrighed og selvtilid fik mig nogen gange til at indlade mig med behandlinger, som jeg siden igen måtte opgive. Jeg vil gerne have givet mine patienter Salvarsan, som dengang var et forholdsvis nyt



Fig. 2:
*Professor Carl Rasch,
overlæge ved
Rigshospitalet afd. H.*

lægemiddel og blev indgivet i store doser, men mens jeg vidste, at jeg nogenlunde kunne stole på min hånd med en riffel, var jeg usikker, når jeg skulle bruge den til en intravenøs injektion" (7).

Behandling i Danmark

Karen Blixen ankom til Danmark i begyndelsen af juni 1915 og opsøgte umiddelbart efter venerologen, professor *Carl Rasch* (fig. 2).

I juli blev hun indlagt på Rigshospitalet. Af diskretionsgrunde ikke på Raschs afdeling, men på afdeling B's officiantgang.

Gennem de følgende måneder blev der givet i alt syv Salvarsaninjektioner, efterfulgt af fire injektioner året efter.

Der blev taget fem blodprøver i perioden juli til december 1915; WR var kun positiv i den første. WR i spinalvæske blev undersøgt to gange og var begge gange negativ (2).

Alle senere prøver, såvel fra blodet som fra spinalvæsken, var negative. Sidste WR blev taget i 1958.

Ved indlæggelsen i juni fandt man i øvrigt en kraftig mundbetændelse, som man tilskrev den kviksølvbehandling, der var blevet givet tidligere. Alligevel blev der i 1919 ordineret en ny kviksølv-smørekur.

Ved en afsluttende kontrol i 1925 hos Rasch kunne denne erklære, at da der i de sidste fem år ikke var givet antisyfilitisk behandling, kunne patienten nu erklæres for rask.

Måske skulle han have sagt det med større vægt.

Det mest frygtede ved syfilissygdommen var ikke de første stadier, men 3. stadium, som optræder 15-20 år efter primærinfektionen. Det kunne dreje sig om tabes dorsalis (rygmarvstæring) eller dementia paralytika, en fremadskridende lidelse, hvor hjernen langsomt gik til grunde. Hertil kom hjertelidelse og svulstdannelser (gummata) i praktisk taget alle organer. Hvor mange behandlinger, der skulle til for at forhindre, at 3. stadium indtrådte, vidste man ikke, så derfor behandlede man ofte i årevis med de giftige tunge metaller, kviksølv og arsenik samt senere vismuth.

Først da et banebrydende arbejde over et stort materiale af ubehandlede syfilispatienter i perioden 1891-1910 i Oslo fremkom, først som en kortere meddelelse i 1929, og senere som en monografi i 1955, blev man klar over, at sygdommen syfilis som regel brændte ud af sig selv hos omkring 70% af patienterne. Kun 1,4-6,3% fik neurosyfilis, heraf kun 0,1-1,30% tabes dorsalis (8).

Da langvarig behandling med tunge metaller kan give et polyneuropati-billede (kronisk nervebetændelse), hvor symptomerne ikke er til at skelne fra tabes dorsalis, kan der ikke være tvivl om berettigelsen i at antage, at mange patienter, der fik stillet diagnosen rygmarvstæring, i virkeligheden havde en lidelse, fremprovokeret af tunge metaller.

Mave-tarm gener

I 1913 blev Karen Blixen opereret for blindtarmsbetændelse på professor *Jens Schous* privatklinik i København.

Søndag den 18. december 1921 blev Karen Blixen af dr. Burkitt akut indlagt på hospitalet i Nairobi, men fik lov at komme hjem igen juleaften.

Hun skriver i et brev til moderen:

"Jeg troede bestemt, at jeg skulle dø, men det tror jeg nu altid, når jeg er syg, men de troede det da også derinde. Tre sammenkaldte læger kunne ikke sige, hvad det var" (6).

Tre uger senere skriver hun i et nyt brev:

"Min hest er mig stadig til stor glæde, men nu får jeg ikke lov for doktoren at ride i nogen tid. Jeg har haft et tilbagefald til de samme virkelig forfærdelige smerter, som jeg blev taget på hospitalet for; de påstår, at det er blindtarmsbetændelse, men det *kan* det da umuligt være?"

Spørgsmålsteget forekommer umiddelbart besynderligt, men bemærkningen signalerer, at det har drejet sig om kraftige mavesmerter, hvis årsag man ikke kom nærmere.

I maj 1923 kan man i et brev til moderen læse:

"Jeg har ikke følt mig rask på nogen tid; jeg gik forleden til en ny ung dr. *Andersson* i Nairobi. Han mente, at jeg havde noget malaria og havde haft det ret længe; han gav mig noget afskyeligt stof at tage for det. Jeg er ikke syg, men så træt - jeg synes ikke, jeg kan overkomme noget. Burkitt tør jeg ligefrem ikke gå til, skønt jeg på en måde godt kan lide ham" (6).

Karen Blixen kom alligevel til Burkitt, der nok har været lige så træt af sin patient, som hun af ham. I et brev til Thomas Dinesen i august skrives:

"Jeg har her et brev fra dr. Burkitt, skrevet i maj, hvor han siger, at jeg må og skal rejse hjem, og at jeg ellers kan risikere at blive invalid for livstid; men de ved jo lige så godt som jeg hjemme, at jeg ikke rejser herfra".

I 1929 blev Karen Blixen kaldt hjem, idet hendes mor var blevet alvorligt syg. Under skibstrejsen blev hun syg med høj feber og forbigående gulsot. Skibslægen kaldte det for "Ulcer in the bile duct" og ville have opereret, men den høje søgang forhindrede det heldigvis.

Efter hjemkomsten blev hun indlagt på afdeling H, Rigshospitalet, hvor en spinalvæskeundersøgelse viste ganske lidt celleforhøjelse, men ellers intet. WR i spinalvæsken var negativ.

I 1931 - det år, hvor farmen måtte afvikles, og hvor Karen Blixen rejste hjem til Danmark for at blive - optræder en ny læge, dr. *Alfred King*, som Karen Blixen havde opsøgt i Nairobi. Dr. King havde overtalt Karen Blixen til indlæggelse på hospital, blot et par dage; "doktor selv, som for resten ikke har noget med hospitalet at gøre udover, at han har lov til at lægge sine private patienter derind, kan jeg godt lide, og jeg tror også, at det er muligt, at han forstår sig noget på, hvad han taler om. Han var da hurtig til at komme til et bestemt resultat og sagde straks, at hvad jeg fej-

Fig. 3:
Professor Knud Faber, overlæge
ved Rigshospitalet afd. B.



lede, var kronisk dysenteri og meget stærk, måske, pernicios anæmi.” (6)

31. august 1931 kom Karen Blixen til Danmark og i november blev hun indlagt med kronisk diarré på medicinsk afdeling B på Rigshospitalet.

Lederen af afdelingen var professor *Knud Faber* (fig. 3). Faber havde skrevet afsnittet om sygdomme i ventrikel og tarm i *Lærebog i Intern Medicin 1916-18*. Kapitlet var senere udkommet som særskilt bog på tysk og spansk. Professoren havde i 1923 og 1924 holdt forelæsninger i Stockholm over funktionelle sygdomme i fordøjelsesorganerne og holdt adskillige foredrag om gastritis og gastropatologiens udvikling (9).

Det er på denne baggrund nok lidt skuffende, at udskrivelsesdiagnosen et par uger senere lød på *dysenteria tropica*, når det samtidig anførtes, at der ikke fandtes mindste tegn på patogene tarmbakterier, amøber eller parasitter i afføringen.

Men Faber stod nu ikke alene.

Fra 1937-41 var Karen Blixen indlagt fem gange på medicinsk afdeling B på Bispebjerg Hospital, alle gangene under diagnosen ”diarrhoea tropica lg”. Ved sidste indlæggelse dog med tilføjelsesdiagnosen *ulcus duodeni*? Overlægen på Bispebjergs medicinske afdeling hed *Jens Ejnar Meulengracht*. Han var specielt interesseret i mavesygdomme og på flere områder en pionér. Han forbløffede således datiden ved at behandle blødende mavesår med mad (fig. 4).

Meulengracht var måske den mest ærlige læge, Karen Blixen kom ud for. I forbindelse med den sidste indlæggelse på afdelingen, satte han sig en dag på Karen Blixens seng og indrømmede overfor hende, at han ikke anede, hvad hun fejlede, ”men det er i hvert fald ikke det, De er blevet behandlet for”.



Fig. 4:
Professor Jens Einar Meulengracht,
overlæge ved Bispebjerg Hospital afd. B.



Fig. 5:
Dr. Elisabeth
Svensgaard,
reservelæge ved
Diakonissestiftelsen
med. afd.

I slutningen af juli 1939 havde Karen Blixen fået den idé, at hun ville lade sig indlægge på Diakonissestiftelsen, men valgte et dårligt tidspunkt. Dels var det ikke muligt at få eneværelse, dels havde overlægen ferie. Mødet med Diakonissestiftelsen blev alligevel et vendepunkt i Karen Blixens sygehistorie. Hun mødte nemlig afdelingens reservelæge, specialist i pædiatri og intern medicin, dr. med. *Elisabeth Svensgaard* (20) (fig. 5).

Karen Blixen følte sig meget tiltrukket af den nye læge, som hun fandt sympatisk og intelligent, "men tror ikke, hun er nogen eminent begavelse; kun har hun altså måske nogen intuition og fordomsfrihed frem for de andre, som jeg synes, man tit finder hos kvinder" (10).

Man kan forestille sig, at dr. Svensgaard har lyttet opmærksomt til Karen Blixens symptombeskrivelse. Udover diarréerne, som havde generet hende næsten dagligt gennem en lang årrække, var der nu også de anfaldsvise, voldsomme mavesmerter. Disse tilfælde, som hun egentlig havde haft gennem flere år, var blevet særligt hyppige gennem nogle år. Smerterne kom som anført i anfald, sommetider om dagen, sommetider om natten; kunne vare i flere timer - det følte, "som om en mand borede en spids pæl ind i mit mellemgulv", oplyste hun senere til en journal. Anfaldet, som var uden måltidsrelation, afsluttedes som regel med en stor, meget kraftig,

vandig opkastning. Der kunne endvidere berettes om periodiske smerter i benene, sovende fornemmelse i tærne samt fornemmelse af at gå på filt.

Da den objektive undersøgelse viste bortfald af knæ- og hælreflekserne på begge sider, havde dr. Svensgaard sin diagnose klar. Det måtte dreje sig om tabes dorsalis, dvs. syfilis i 3. stadium. Mavesmerterne skulle således opfattes som det, der blev betegnet som "gastriske kriser", en tilstand af anfaldsvise mavesmerter hos syfilitikere, men også en tilstand, som ingen nogensinde patoanatomisk havde kunnet give en forklaring på. Selv om kardinaltegnet, som dog fandtes hos 70% af alle sensyfilitikere, nemlig Argyll-Robertson-pupillerne, manglede, blev der fundet indikation for at indlede behandling, og Karen Blixen fik en ny serie Salvarsan-injektioner.

Senere ytrede Karen Blixen tvivl om diagnosen, så for at få denne bekræftet, blev hun henvist til undersøgelse hos neurologen, professor *Mogens Fog*, som undersøgte hende i begyndelsen af året 1940 (fig. 6).

Mogens Fog, har som tidligere anført, beskrevet hele sygdomsforløbet i en artikel i *Blixeniana* 1978. Han skriver ejendommeligt nok ikke noget om, hvorledes patienten blev henvist til ham, og han skriver heller ikke, at der nyligt var givet en ny serie Salvarsan-behandlinger (1). Han bekræftede imidlertid diagnosen, og han troede Karen Blixen på.

Hun følte det som en lettelse, at der nu endelig kunne ses en sammenhæng i alle de for hende, samt for de tidligere behandlende læger, tilsyneladende mærkelige symptomer (10).



Fig. 6:
Professor Mogens Fog,
overlæge ved Rigshospitalets
neurologiske afd.

Udover lidt spasme-løsende medicin af navnet Algospasmin (en blanding af forskellige opiater) havde Mogens Fog i de første par år intet behandlingsforslag. Da symptomerne fortsatte, tilrådede han i 1942 en hypertermibehandling. Det havde tidligere været påvist, at syfilitikere, der var blevet smittet med malaria, i forbindelse med febertilfældene, fik en almen bedring af tilstanden. Dette blev anvendt terapeutisk, idet man smittede patienterne med malaria. En videre udvikling af dette var at inducere feber på en anden måde. Denne behandling blev forsøgt under en kortvarig indlæggelse på Rigshospitalet. Det var dog absolut ingen succes. Karen Blixen kunne slet ikke klare at ligge indespærret i en stor metalkasse, hvor kun hovedet var frit. Patienten skulle opholde sig i kassen i tre timer, mens luften derinde blev opvarmet til 80°. Tre gange måtte hun tages ud; hun blev så medtaget, at hun måtte overnatte på afdelingen. Om aftenen fik hun besøg af psykiatriprofessoren *Hjalmar Helweg*, som rådede hende til at prøve igen. Det gik ikke bedre (10).

Det er i den forbindelse tankevækkende, at netop Hjalmar Helweg, der havde skrevet patologier om så berømte personer som Grundtvig, Søren Kierkegaard og H.C. Andersen, her fik en ganske kort berøring med den kendte forfatterinde, der lige såvel kunne fortjene hans nærmere vurdering.

Senere samme år blev der gjort et nyt forsøg med feberbehandling - denne gang med injektioner af colivaccine under indlæggelse på Lucasstiftelsen hos overlæge *Skat Kemp*. Heller ikke denne behandling havde nogen effekt, og dr. Kemp foreslog en sulfocinkur - en injektion af svovlpræparater, opfundet af den danske overlæge *Knud Schroeder* (11).

Behandlingen blev dog ikke til noget pga. modvilje fra Mogens Fogs side.

Skat Kemp var i øvrigt også mavespecialist. Han var uddannet hos Knud Faber og havde skrevet disputats om ventriklens tønningsforhold.

Fra 1941-44 var Karen Blixen indlagt på Lucasstiftelsen i alt otte gange; sidst i 1944 under diagnosen "lues antea, crises gastriques, enterocolitis (dysenteria seqv.), emaciatio, astenia". Under sidste indlæggelse havde røntgen af tarmen vist en fuldstændig dehaustrering af den luftudspilede colon. Hun blev under den indlæggelse behandlet med skånediet, fedning, galvanisation, atropin-piller og fenemal samt B-vitaminer. Der blev også indledt behandling med vismuth, i alt 10 injektioner.

Samme år blev vismuth-injektionerne foretaget hos egen læge, dr. *Vibeke Funch* i Hørsholm. Atter blev der givet 10 injektioner, og endelig blev der hos dr. Funch, i 1945 igen givet en serie med 10 vismuth-injektioner. Dr. Funch kunne supplerende meddele, at der herudover blev givet regelmæssig mecodrin (amfetamin) og algospasmin samt antiobstipationsbehandling (24).

Juli 1945 blev Karen Blixen indlagt på medicinsk afdeling, Frederiksborg Amtssygehus i Hillerød, hos overlæge dr. med. *Torben Andersen* (fig. 7). Indlæggelsesdiagnosen var obs. galdesten. Det var der ikke. Røntgen af galdevejene viste helt normale forhold.

*Fig. 7:
Dr. Torben Andersen,
overlæge ved Frederiks-
borg Amts Centralsygehus i
Hillerød, med. afd.*



Til journalen beskrev Karen Blixen sine anfaldsvise svære mavesmerter med efterfølgende store vandige opkastninger på præcis samme måde som overfor dr. Svensgaard og senere Mogens Fog.

Tarmgenerne, derimod, var blevet noget anderledes. Således havde der de sidste 4-5 år ikke været diarréer dagligt, men nu derimod obstipation med særdeles træg og i øvrigt normalt farvet og formet afføring, der kun kunne frembringes efter dagligt lavement. Defækationstrangen var ophørt. I samme åndedrag præciserede patienten, at hun aldrig havde brugt laxantia!

Ved den objektive undersøgelse fandtes manglende dybe reflekser på benene, men normale øjenforhold, specielt normale pupilreflekser, bevaret dyb hælsmerte og negativ Romberg.

Røntgenundersøgelse af ventriklen viste ved gentagne undersøgelse en kløverblads-lignende opklaring i kontrasten i bulbus, tydende på et sår i duodenal-regionen.

Overlæge Andersen konkluderede:

"Jeg vil anse diagnosen gastiske kriser for meget lidt sandsynlig. Der er derimod med sikkerhed påvist forandringer i patientens duodenum, tydende på gastroduodenitis med ulcera duodeni. Der kan for mig ikke være tvivl om, at det er overvejende sandsynligt, at patientens symptomer utvungent lader sig forklare sig som pylorospastiske anfald som følge af gastroduodenitis. Det er muligt, at patienten desuden har en pancreas-lidelse, da der ved gentagne undersøgelser er fundet diastaseforøgelse i urinen samt forøgelse af atoxylresistente lipaser (24)."

Efter dette blev patienten udskrevet med råd om at holde sengen i en måneds tid og i øvrigt holde skånediæt.

I januar 1946 blev Karen Blixen imidlertid genindlagt på den medicinske afdeling. Tilstanden havde ganske vist været bedret i en måneds tid, men siden havde den været ganske uændret fra før.

Man rådførte sig nu med to af afdelingens konsulenter; den første var neurologen *Henry Lind*, der konkluderede:

"Trods det ringe objektive fund, egentlig kun arefleksi, må det formenes at der foreligger tabes dorsalis (præataktisk stadium). Det må også erkendes, at opkastningernes varighed og karakter taler for crises gastriques."

Nogle dage senere så dermatologen, dr. *Mildrid Andersen* (gift med Torben Andersen) patienten og skrev bl.a.:

"Mht. den nuværende tilstand og de objektive fund henvises til journalen, specielt nervelægens udtalelse, hvorefter også jeg mener, at det er overvejende sandsynligt, at det drejer sig om crises gastriques og tabetiske symptomer. Mht. behandlingen mener jeg, det vil være indiceret at forsøge en serie hypertermi-behandlinger, subsidiært neurokirurgisk behandling, om denne skønnes indiceret."

Der blev efterfølgende foretaget spinalvæskeundersøgelse, og der blev fundet normale forhold.

Efter dette ændrede Torben Andersen delvist holdning og anfører:

"Efter revision af de objektive fund og patientens sygehistorie må jeg således modsat tidligere mene, at diagnosen crises gastriques er overvejende sandsynlig".

En uges tid senere i forbindelse med udskrivelsen skrev overlægen dog:

"Nogen helt sikker diagnose har man ikke. Man har tilrådet patienten operativ behandling hos dr. Busch, idet man mener, at der, selv om patienten ikke skulle have gastriske kriser, men gastroduodenitis med pylorospastiske tilfælde, skulle være en god mulighed for, at sympatektomi ville kunne bringe en bedring i hendes tilstand."

Lumbal sympatektomi med fjernelse af den nederste del af den sympatiske grænsestreng var en operation, der på denne tid gennem en halv snes år i stigende hyppighed var blevet anvendt som behandling overfor arteriel hypertension. Ved operationen fjernede man, ud over de nedre sympatiske ganglier, også sympatiske nerver (nn. splanchnici) til mavesækken og den øverste del af tarmen.

Der var specielt i begyndelsen af 40-erne kommet forskellige meddelelser, der pegede på, at behandlingen havde en gavnlig effekt på såvel gastriske kriser som ulcus-sygdommen.

Rationalet for at tilbyde behandlingen var således på dette tidspunkt i orden.

Den 19.02.1946 blev Karen Blixen så indlagt på Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling hos professor *Eduard Busch* (fig. 8), hvor hun den følgende dag fik foretaget bilateral lumbal sympatektomi ad modum Peet.

Eduard Busch skriver i forbindelse med operationen:

"Det er ikke sikkert [at] sige, om denne patients anfald er crises gastriqu-

Fig. 8:
Professor Eduard Busch,
overlæge ved Rigshospitalets
neurokirurgiske afd.



es eller skyldes hendes ulcus. I begge tilfælde kan jeg ikke tænke mig andet, end at en splanchnitomi må kunne standse det”.

Dr. Busch var også betænkelig ved patientens alder og ”gennemsigtighed”. Det hele gik godt - smerterne forsvandt for en længere periode.

Et års tid senere blev Karen Blixen genindlagt på medicinsk afdeling, Hillerød. Hun fortalte, at hun siden operationen på Rigshospitalet havde været fuldstændig fri for sine mavesmerter, men hun havde dog i øvrigt ikke følt sig væsentlig bedre. Hun havde nemlig stadig med 2-3 ugers mellemrum dårlige perioder af 2-5 dages varighed med voldsomme, vandigt udseende grålige opkastninger, ledsaget af appetitløshed, træthed og kræftesløshed. Endvidere klagede hun over udspiling af abdomen og ømhed, især nedadtil i højre side. Her fandt man ved undersøgelsen en udfyldning, som dog ikke kunne fastlægges nærmere ved gynækologisk undersøgelse. Røntgen af ventriklen kunne ikke bedømmes sikkert, idet bulbus var drejet bagtil og derfor ikke kunne visualiseres. Røntgen af colon var delvis mislykket pga. store luftmængder i colon, men man fandt dog en meget stor sigmoideum.

Der er denne gang ingen konklusion i journalen ved udskrivelsen efter en uges indlæggelse. Forløbet blev dog fulgt op med ambulante undersøgelser hos overlæge Andersen i Hillerød og den kirurgiske overlæge *Carl Aaberg* fik nu et par måneder senere ved gynækologisk undersøgelse mere mistanke om udfyldning i underlivet.

Efterfølgende blev Karen Blixen indlagt på kirurgisk afdeling i slutningen af september 1947 og blev dagen efter opereret for to store ovariecyster.

I 1950 var Karen Blixen kortvarigt indlagt på Kommunehospitalets 5. afdeling for mavesmerter. Hun huskede senere intet om denne indlæggelse, og stedet var måske heller ikke helt velvalgt, idet afdelingen, ledet af overlæge *Torben Knutzon*, havde specialiseret sig i urologi.

Ny neurokirurgisk operation

01.07.1955 blev Karen Blixen på ny indlagt på Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling. Det var Mogens Fog, der indlagde denne gang. Patienten havde i et halvt år haft anfaldsvise smerter af samme karakter som før første indlæggelse på afdelingen, men med en anden lokalisation, mere i højre side af brystet, begyndende bagtil strålende frem mod epigastriet. Hun havde været sengeliggende i 3^{1/2} måned - der havde ikke været nogen effekt af røntgenbehandling af rygsøjlen. Der nævnes intet om opkastninger; man har således ikke hæftet sig ved, at patienten efter sympatektomien var smertefri, men ikke anfaldsfri.

Røntgen af ventriklen viste ikke noget sikkert abnormt, men bulbuspartiet var ikke godt fremstillet. Røntgen af colon viste en atonisk, luftudspilet tyktarm; røntgen af galdeveje var normal.

Ved indlæggelsen var patienten i bedring og blev derfor hurtigt udskrevet, men blev genindlagt tre uger senere efter fornyede smerteanfald.

OM VIRKNING AF
SPLANCHNICECTOMI
PÅ VENTRIKLENS FUNKTION

AF
C. Fr. Bisgaard-Frantzen

KØBENHAVN
CHRISTTREUS BOGTRYKKERI
1955

Fig. 9:
Bisgaard-Frantzens disputats om hvorledes overskæring af sympatiske nerver påvirker mavesækkens funktion.

Da røntgenundersøgelsen ikke viste noget sikkert, konkluderede professor Busch, at det nok drejede sig om radikulære smerter på højre side fra den gamle lidelse. Han mente, at en venstresidig kordotomi med overskæring af de smerteførende baner i rygmærven ville kunne klare smerterne. Den 09.08 blev der så foretaget en høj venstresidig kordotomi ud for 2. torakalhvirvel.

Indgrebet hjalp ikke, hverken på kort- eller på lang sigt.

Den 20.09 noterer professor Busch, at tilstanden havde været meget svingende med smerteanfald, der varierede meget i styrke og lokalisation. Der havde også været humørsvingninger; patienten havde skældt frygteligt ud på sygeplejerskerne, hvorefter hun havde undskyldt bagefter.

"Man kunne måske tænke på en senil depressionstilstand".

På dette tidspunkt burde man have revurderet tilstanden. To dage senere, den 22. september, forsvarede en af afdelingens tidligere reservelæger, sin disputats om følgevirkningerne af operativt indgreb på nervii splanchnici, altså det indgreb, som Karen Blixen fik foretaget i forbindelse med sin første indlæggelse (fig. 9).

Forfatteren, *Carl Frederik Bisgaard-Frantzen*, havde udført sine undersøgelser på neurokirurgisk afdeling med velvillig deltagelse af afdelingens tidligere patienter (dog ikke Karen Blixen).

Undersøgelsen påviste, at indgrebet forværede tilstanden hos mavesårspatienter. Det typiske var, at smerterne svandt nogle år efter operationen pga. overskæring af de sensoriske nervetråde til mavesækken. Indgrebet havde imidlertid ingen helbredende effekt på patienter med formodet og/eller verificeret mavesår. Alle patienter i materialet havde efter en smertefri periode fået nye symptomer, enkelte endog ret dramatiske (12).

Men der var ingen klokke, der ringede.

Den 04.10.1955 blev Karen Blixen udskrevet til hjemmet.

1½ måned senere blev hun genindlagt på medicinsk afdeling, Hillerød Sygehus, med fuldstændig uændrede smerteanfald. Der havde nu også ind imellem været sortfarvet opkastning, og egen læge havde konstateret blod deri. Afføringen havde siden udskrivelsen fra neurokirurgisk afdeling været sort, vekslende obstipation/diarré, ind imellem ufrivillig defækation.

Røntgen af ventriklen viste nu med sikkerhed et ulcus duodeni, og der var atter forhøjet diastaseudskillelse i urinen, tydende på en pancreaspåvirkning. Man forsøgte konservativ behandling med diæt, men måtte efter en måneds tid konstatere, at det ikke havde nogen effekt, hvorfor man overflyttede patienten til operativ behandling på kirurgisk afdeling, Hillerød.

Indlæggelsen her blev af meget kort varighed; idet en banal misforståelse på sengeafsnittet gjorde patienten så rasende, at hun forlangte sig udskrevet den 09.01.1956.

Samme dag blev hun indlagt på Kommunehospitalet, afdeling I hos professor *Otto Mikkelsen* (13). Denne gang var det den rigtige afdeling, der

som den første i København havde specialiseret sig i mave-/tarmkanalens kirurgiske sygdomme. Afdelingen havde efterhånden en mavesårsoperation om dagen.

Mavesår var dengang hovedsageligt en kirurgisk lidelse; i hvert fald hvis man ønskede en varig helbredelse. Operationen var som regel delvis fjernelse af mavesækken; enten som en formindskelse af selve mavesækken med bevarelse af kontinuiteten til tyndtarmen (Billroth I) eller ved en større eller mindre resektion af mavesækken, aflukning af duodenum og anastomosering mellem ventriklen og en tyndtarmslynge (Billroth II).

Otto Mikkelsens favoritoperation var Billroth II med modifikationen Polya, hvor princippet var en bred anastomose mellem ventrikelresten og tyndtarmen. Det var den type operation, Karen Blixen fik foretaget.

Under indgrebet fandtes på forsiden af duodenum 1 1/2 cm distalt for pylorus en tydelig fortykkelse af duodenalvæggen, men ikke noget friskt ulcus. Ved opklipping af den fjernede ventrikeldel sås ikke noget tydeligt sikkert ulcus, svarende til cicatrice-forandringen på forsiden af duodenum; derimod så et tydeligt ulcus i udheling på bagsiden. Det havde formodentlig siddet hen mod en pancreastunge, der strakte sig næsten helt op til pylorus på bagsiden af duodenum.

Operationen hjalp, idet smerterne svandt varigt (24). Alligevel blev baronessen aldrig helt rask. Der havde i forbindelse med den sidste hårde sygdomsperiode været et væggtab fra 50 kg til omkring 35 kg. Vægten rettede sig aldrig siden. Hvad var nu forklaringen på det?

Karen Blixens tarmbesvær

I Afrika havde Karen Blixen en god veninde, der hed Ingrid Lindstrøm (fig. 10). Hun var en lille, venlig person, der havde svært ved at holde vægten nede. Mod det havde Karen Blixen et godt råd:

"Du skal blot tage stærke afføringsmidler, f.eks. Marienbad-piller til hvert måltid." Det gjorde Karen Blixen selv - det havde hun gjort i årevis (fig. 11). Hun erklærede ifølge Ingrid Lindstrøm, at hun (Karen Blixen) ville være "det tyndeste menneske i verden". Når man ser billeder af Karen Blixen helt tilbage fra ungdommen, kan man se, at hun snart er rund og fyldig (fig. 12); snart meget tynd og mager (fig. 13). Ingrid Lindstrøm kunne også fortælle, at Karen Blixen forærede hende sit tøj, når hun ikke selv kunne passe det længere for så noget senere at forlange det tilbage igen (14).

Bror Blixen protesterede mod disse væggtkampe og erklærede på et tidspunkt, at han ikke havde lyst til at være gift med et skelet (6).

Karen Blixen tog efter hjemkomst til Danmark Mecodrin, som indeholdt amfetamin. Amfetamin er nok stimulerende, men også appetitnedsættende. Man kunne forestille sig, at Karen Blixen også i sin Afrika-tid tog noget lignende, f.eks. stoffet Khat med nogenlunde de samme virkninger (15).

I sin novelle "Drømmerne" afslører hun et forbavsende godt kendskab til stoffet (16).

Yderligere kæderøg hun gennem hele livet cigaretter, der jo dels kunne formindske appetitten, dels øge risikoen for udvikling af mavesår.

På et tidspunkt fik hun af sin læge i Afrika ordineret arsenikdråber - tre dråber før hvert måltid. Dr. Weismann hævdede, at hun brugte arsenik som et led i sin syfilisbehandling, men mon ikke de tre måltidsrelaterede dråber, som var lægeordineret, var tænkt som et appetitstimulerende middel? Karen



Fig. 11:
"Hun ville
være det
tyndeste
menneske
i verden".

Fig. 10:
Ingrid Lindstrøm, Karen Blix-
ens afrikanske veninde.



Fig. 13:
Karen Blixen 1918.

Fig. 12:
Karen Blixen omkring 1925.



Blixen havde næppe heller denne gang fortalt sin læge hele sandheden.

Hun oplyste som tidligere nævnt også ved den første indlæggelse på Hilerød Sygehus til den journal skrivende læge, at hun aldrig havde brugt afføringsmidler.

I årevis havde hun symptomer fra sin kroniske tarmlidelse, som man stædigt fastholdt, var tropisk dysenteri, men der blev aldrig fundet objektive tegn herpå.

Amerika-turen

Karen Blixen glemte aldrig, at amerikanerne var de første til at acceptere hendes forfatterskab, efter at europæiske forlæggere havde sagt nej til at udgive hendes første bog. Hun talte ofte om at tage på en tur til Amerika, men først i 1958 sagde hun ja til en turnérejse. Hun var dog meget i tvivl om, hvorvidt hun havde kræfter til at gennemføre turen, men valgte til sidst at forsøge.

Den 2. januar 1959 indledte hun og sekretæren Clara Selborn så en 3½ måned lang rejse over Atlanten.

Der findes bevarede filmoptagelser fra turen, og det er fascinerende at se hvor veloplagt, en svært afmagret forfatterinde i et tv-show på sit aristokratiske københavnsk-engelsk fortalte historien om Kongens brev (17).

Som Karen Blixen havde forudset, blev det en rejse i ægte amerikansk tempo med foredragsaftener, tv-optræden, frokoster og middage.

Efter et par måneders forløb blev det for meget, og en tilkaldt læge, dr. *Samuel Stanford*, rådede til indlæggelse. Efterfølgende blev Karen Blixen indlagt på Presbyterian Hospital i New York, hvor dr. *Herny Aranow jr.* tog sig af hende.

Dr. Aranow fortalte sekretæren, Clara Selborn, at Karen Blixen var så svækket, at hendes liv var truet. Han foreslog ernæring via en sonde, ført ind gennem næsen; en meget nem procedure, som han ville demonstrere på sig selv for baronessen. Efter nogle forsøg måtte han med tårer i øjnene opgive, hvorefter baronessen erklærede, at hun da i realiteten kunne indtage den nødvendige mængde ernæring på den naturlige måde, hvis hun koncentrerede sig om problemet, og det lykkedes da også for hende at indtage 1.800 kalorier allerede den første dag (18).

I udskrivningskortet anføres det:

"Since she was disinclined to have the tube passed she was merely instructed about it's potentialities and told that it could be passed at any time that her appetite should fail, or that she was unable to take an adequate amount of nourishment" - så kunne man jo altid håbe på, at det først blev nødvendigt, når hun var kommet tilbage til Danmark (24).

Under indlæggelsen blev der foretaget røntgenundersøgelse af ventriklen og suppleret med tarpassage. Undersøgelsen viste en lille ventrikel-rest

på omkring $\frac{1}{4}$ af den normale ventrikel-størrelse, god funktion af stomaet uden styrttømning. Der var ingen ulcera at se.

Tarmpassagen viste en meget påvirket tyndtarmsfunktion med en betragtelig segmentering og klumpedannelse i kontrasten efter indgift af mælk.

Udskrivningskortet går videre:

"History revealed that the baroness was taking amphetamine containing medication for energy and as you know these are very likely to depress appetite. She was always taking an average of 30 mg of Chlorpromazine each day. In addition antispasmodic medication and a very potent cathartic containing irritants to the large intestine were part of her usual regime".

Det var nu ikke længere nødvendigt at unklade oplysningen om det daglige brug af stærke afføringsmidler.

Efter hjemkomsten til Danmark i april 1959 måtte Karen Blixen holde sengen et par måneder og først hen på sommeren var kræfterne tiltaget så meget, at hun kunne tage på familiebesøg.

De sidste år

I et års tid før Amerika-rejsen havde Karen Blixen været til en række ambulante undersøgelser hos overlæge Torben Andersen. Hun var sat i behandling med ACTH, 20 i.e. ugentlig, og havde desuden for osteoporotisk betingede rygsmærter fået ordineret durabolin, 25 mg ugentlig.

I august 1958 blev hun indlagt på medicinsk afdeling, Hillerød, for 5. gang - nærmest til revision af tilstanden.

Baronessen oplyste ved indlæggelsen, at hun i stigende grad havde været generet af tiltagende almen fysisk svækkelse og kraftsløshed. Hun ventede egentlig ikke, at hun kunne blive hjulpet ret meget, men at hun "kom for at finde ud af, om hun var invalid, eller om hun duede lidt endnu".

Mavesmerterne havde ikke været tilstede siden ventrikel-operationen, men der var stadigvæk periodiske, anfaldsvise opkastninger af vandig, galdefarvet væske, forudgået af en trykkende fornemmelse i epigastret.

Hun kunne endvidere oplyse, at hun praktisk taget ikke kunne synke fast føde, og at synkebesværet syntes at starte allerede i mundhulen. Der havde aldrig været synkebesvær for flydende føde og aldrig fornemmelse af, at maden stoppede op i brysthulen.

Hun kunne berette, at hun i østerssæsonen næsten udelukkende levede af østers. Efter sæsonens ophør i april fortsatte hun med asparges og kunne foruden dette spise lidt artiskokker, noget tynd havresuppe, af og til blødkogt æg, lidt ris og en sjælden gang lidt hønsekødssuppe. Tanken om brød, kød, smør og kartofler var hende vederstyggelig. Af drikke indtog hun kun lidt te. Der var periodevis afføringsinkontinens.

Ved den objektive undersøgelse fandtes patienten meget stærkt afmagret, men med en psykisk status, der stod i skærende kontrast til den fysi-

ske status. Hun var således livlig, munter, fortællende, stærkt optaget af planerne omkring Rungstedlund-fondet.

Røntgenundersøgelse af rygsøjlen viste afkalkning og udtalte slidgigtforandringer. Røntgen af spiserøret viste normale forhold. Der fandtes således ingen objektiv forklaring på synkebesværet.

Karen Blixen blev udskrevet efter tre dages forløb og blev tilrådet at fortsætte med achtoninjektionerne i form af achton prolongatum 20 i.e. x 2 ugentlig. Desuden tilrådedes B-12-vitamin som injektion én gang ugentlig.

4. august 1960 skrev sekretæren, Clara Selborn, et brev til medicinsk afdeling. Hun beretter, at baronesse Blixen efterhånden var kommet i en tilstand af svækkelse lige så alvorlig som i marts 1959. Det havde været et meget anstrengende år med ombygning af Rungstedlund. "Allerede tiden oktober 1959 til slutningen af januar 1960, hvor B. endnu opholdt sig på Rungstedlund, var meget besværlig med støj, støv og flytning fra en del af huset til en anden; derefter fulgte et par måneders hotelophold, som ganske vist var roligt, men hvor injektion var ophørt, og kosten naturligvis fik et tilfældigt præg. I begyndelsen af april kom helt forstyrrende forhold med fem flytninger indenfor en måned. Derefter to måneder som gæst i mit hus....

...Juli 1960 har været hviletid, der har været skaffet mulighed for god kost, og baronessen har været under tilsyn af dr. *Dich* og haft daglige besøg af hjemmesygeplejersker, som har givet injektioner som meddelt af dr. *Dich* selv. Det er derfor sørgeligt, at denne periode af hvile og hjemmebehandling slet intet har kunnet udrette. Baronessens tilstand er i øjeblikket ringere, end jeg har set den siden operationerne i 1955-56" (24)

Dr. Poul *Dich* var praktiserende læge i Dragør, hvor Karen Blixen i et par måneder boede hos sin sekretær i dennes lille hus.

Dr. *Dich* oplyser, at han behandlede Karen Blixen med hepsol-injektioner, B-12 vitamin-injektioner, avemin fort. og norabol-injektioner. Han forsøgte - lidt optimistisk og formentlig uden held - at få baronessen til at ophøre med sin indtagelse af mekodrin-tabletter (24).

Den 6. august 1960 blev Karen Blixen genindlagt på medicinsk afdeling, Hillerød. Til journalen kunne patienten oplyse, at tilstanden stort set var uændret. Der var stadig periodisk trykkende fornemmelse i maven med ledsagende store opkastninger. Der var udtalt madlede som tidligere, men ikke egentlig synkebesvær som ved sidste indlæggelse ("f.eks. spiser patienten under journaloptagelse en mængde vindruer uden vanskelighed"). Der var stadig tale om udtalt afmagring. Vægten var nu nede på 31 kg.

Ved gennemgangen to dage senere skriver 1. reservelæge dr. *Preben Eilertsen*:

"Man har gennem flere år betragtet patientens sygdom som en anorexia nervosa. Dette er formentlig også, i hvert fald til dels, rigtigt, men man kan ikke se bort fra, at der meget vel også kan foreligge et malabsorptionssyndrom".

Under indlæggelsen behandlede man patienten med blodtransfusioner og seruminfusioner og startede behandling med steroider.

På udskrivningskortet anføres: "Patienten har herinde rettet sig betydeligt. Tilstanden er nu så god, som man vist kan forlange under de givne forudsætninger. Man har medgivet patienten en skriftlig vejledning, som tilrådes overholdt på det nøjeste".

Efter udskrivelsen blev der fulgt op med ambulante kontroller, og der blev i løbet af foråret 1961 givet i alt fem seruminfusioner.

I september 1961 blev baronessen for 7. og sidste gang indlagt på medicinsk afdeling. Patienten klagede over træthed og kraftesløshed, men kunne dog også fortælle, at hendes almene befindende havde været meget bedre end de sidste år, og den sidste måned havde der hverken været kvalme eller opkastninger. Appetitten var dog stadig elendig. Tilstanden var i øvrigt præget af svære hungerødemer, og man fandt det sandsynligt, at ødemerne var betingede af den mangelfulde ernæring med proteinstoffer. Ved hjælp af behandlingen med seruminfusion, blodtransfusion og intravenøs ernæring, svandt ødemerne, og i forbindelse hermed var der et vægttab på knap seks kg. Efter udskrivelsen var der planlagt regelmæssige ambulante kontroller, men det blev kun til to, hvor der hver gang blev givet transfusion.

31. august 1962 tilså Torben Andersen sammen med dr. Funch Karen Blixen i hendes hjem. Baronessen var sengeliggende og havde udviklet et større liggesår.

Den 06.09 blev Torben Andersen tilkaldt igen og fandt nu sin patient liggende bevidstløs.

07.09 døde Karen Blixen om eftermiddagen uden at være kommet til bevidsthed.

Den 08.09 foretog Torben Andersen, efter afdødes ønske, overskæring af arteria radialis på højre håndled i overværelse af dr. Funch.

Diskussion

Bortset fra de behandlende læger var det før Karen Blixens død i september 1962 yderst få personer, der havde kendskab til syfilis-diagnosen.

Sekretæren, Clara Selborn, hørte om det i 1943 ved sit 2. møde med baronessen (18, 19). Senere betroede denne sig til flere andre, men på en sådan måde, at de hver især følte, at de alene havde fået oplysningen (20).

En råkold decemberaften i 1950, mens ilden buldrede i kaminen i dagligstuen på Rungstedlund, berettede den 65-årige forfatterinde for den kun halvt så gamle, højst forundrede forfatter Thorkild Bjørnvig om den sygdom, der havde skilt hende fra livet allerede som ung, først og fremmest og definitivt, fra det erotiske liv:

"Da det skete for mig, og der ingen hjælp var at hente hos Gud, og De må kunne forstå hvor forfærdeligt, det er for en ung kvinde ikke at have lov til at elske og favne, da lovede jeg Djævelen min sjæl, og han lovede

mig til gengæld, at alt, hvad jeg herefter oplevede, skulle blive til historier. Og De kan se, han har holdt sit løfte" (21).

Retrospektivt kan man sige, at der var tale om en overflødig pagt. Spørgsmålet er så, om Karen Blixen selv vidste det. Det er jo rigtigt, som Frans Lasson skriver i indledningen til den sidst udgivne brevsamling, at det må have været vanskeligt for Karen Blixen at tro andet, når nu alle datidens berømte læger fortalte hende, at det drejede sig om sidste stadium af syfilis (10). Hun troede ganske vist ikke på det, da dr. Svensgaard første gang foreslog det, men da så diagnosen blev bekræftet af den kendte professor Mogens Fog, blev hun overbevist - måske.

Det er i hvert fald ikke rigtigt, som Thorkild Bjørnvig måtte høre, at diagnosen havde udelukket Karen Blixen fra et erotisk liv. Hun talte selv om muligheden for at få et barn med Bror Blixen et par år efter behandlingen i 1915 og senere endnu i sit forhold til Denys Finch-Hatton var der to gange, hvor hun troede, at hun var blevet gravid. Hertil kommer, som Thomas Dinesen skrev, at Karen Blixens frygt var en rolig, borgerlig tilværelse. Først når hun havde oplevet både en stor lykke og en stor sorg, inklusiv smerte, følte hun, at hun havde levet fuldt ud (15).

Mogens Fog var den første læge, der skrev om Karen Blixens sygdom (1). Han fortiede, at det ikke var ham, der fik ideen, og han havde heller ikke behandlingen opdateret. Fog stillede diagnosen på meget sparsomme fund - stort set kun de anfaldsvise mavesmerter og de manglende dybe reflekser på benene. Han fandt ganske vist også lidt føleudfald på den ene side af kroppen, men dette blev aldrig genfundet af senere undersøgere. Som Kaare Weismann skriver havde venerologerne langt tidligere opgivet begrebet gastriske kriser som et tegn på tertiær lues (2, 22), men neurologer og intern medicinere var noget mere træge. I den seneste udgave af Medicinsk Kompendium står symptomet stadig (23).

Endelig må det påpeges, at Mogens Fog havde en sparsom klinisk uddannelse da han i 1938 som 34-årig blev udnævnt til professor. Han var som den yngste af ansøgerne blevet udvalgt pga. sine udprægede klinisk-fysiologiske evner og resultater.

En betydelig mere klinisk erfaren neurolog, *Knud Krabbe*, så Karen Blixen under et af hendes ophold på Bispebjerg Hospitals medicinske afdeling. Han skriver: "Der er ingen tegn på senstadiet af syfilis. Mavesmerterne er formentlig adhærensmerter".

De manglende dybe reflekser kunne tvangsfrat forklares ved en kronisk nervebetændelse (polyneuropati), betinget af flere behandlinger med tunge metaller. De anfaldsvise mavesmerter og de hyppige diarrétilfælde har derimod været vanskelige at rubricere. Det kunne skyldes, at man hidtil har forsøgt at samle det hele under én diagnose.

Tarmgenerne blev kaldt dysenteri gennem mange år, men det lykkedes aldrig at påvise patogene tarmbakterier, amøber eller parasitter i

afføringen. Det forekommer, som om dr. Alfred King, der stillede diagnosen i 1931 i Kenya, var en læge, der stillede diagnoser fra døren til sygestuen, og det er beklageligt, at denne diagnose blev fastholdt gennem adskillige indlæggelser på afdelinger med berømte mavespecialister som chefer.

Karen Blixen fortalte selvfølgelig heller ikke, at hun selv ved sit årelange misbrug af afføringsmidler var en højst sandsynlig årsag til lidelsen. Hun fortalte Ingrid Lindstrøm, hvor nemt det var at tabe sig, når blot man regelmæssigt tog afføringsmidler, og Karen Blixen havde hele livet i gennem en yderst svingende vægt. Desuden indtog hun efter sin hjemkomst til Danmark dagligt amfetamin, og dette præparat har ud over den stimulerende virkning, også en klar appetitnedsættende effekt. Det er tænkeligt, at hun også i Afrika indtog lignende stoffer, f.eks. Khat. I hvert fald afslører hun i sin novelle, "Drømmerne", et udtalt kendskab til stoffet og dets virkninger, og hun og Denys Finch-Hatton eksperimenterede med forskellige euforiserende stoffer (15).

Gentagne røntgenundersøgelser viste tydelige tegn på kronisk tarmaffektion, og dette blev synligt bekræftet ved maveoperationen i 1956.

De anfaldsvise mavesmerter var formentlig forårsaget af mavesår. Ved operationen i 1956 påvistes, ud over et frisk mavesår på bagsiden af tolvfingertarmen, også flere år efter tidligere sår på forsiden. Gulsottilfældet under hjemrejsen i 1929 kan også have denne forklaring, og skibslægen kunne således have haft ret i sin umiddelbart utrolige diagnose (et sår, der omfatter papilla Vateri ville kunne give gulsot). Vi ved, at undersøgelse af galdevejene umiddelbart efter hjemkomsten, som også senere, viste helt normale forhold uden tegn på stendannelse eller dårlig funktion af galdeblæren. Hun fremprovokerede sandsynligvis også tilfældene ved i perioder at spise meget lidt, og herudover kæderøg hun cigaretter gennem hele livet; et forhold, der øger risikoen for udvikling af mavesår.

Det kan nok også undre, at man under flere indlæggelser slog sig til tals med et normalt røntgenbillede af selve mavesækken, når undersøgelserne af duodenum notorisk ikke var helt sufficente. Således bemærkes det ofte, at hulbus (duodenum) lå bagudvendt og ikke kunne drejes fri og derfor ikke sikkert kunne bedømmes. En erfaren gastroenterolog vil sædvanligvis finde, at dette er et stærkt indicium for ulcus, og vil insistere på en supplerende undersøgelse.

Den neurokirurgiske operation med sympatektomi i 1946 kunne forsvares, idet man på det tidspunkt mente, at operationen hjalp for såvel gastriske kriser som for ulcus, men da smerterne senere recidiverede, præcis som Bisgaard-Frandzen havde forudsagt i sin disputats, udgået netop fra neurokirurgisk afdeling, burde man have tænkt på dette og derved undgået det noget risikable og overflødige indgreb, der slet ikke bedrede tilstanden.

Diagnosen anorexia nervosa, som i dag var det, man nok først ville tænke på, er nævnt en enkelt gang i journalmaterialet, men aldrig som en

udskrivningsdiagnose. En grundlig vurdering af Karen Blixens psykiske tilstand må afvente en bedømmelse fra en psykiater. Set med en somatikers øjne var hun en yderst temperamentsfuld, forkælet person, som var vant til at få sin vilje. Fik hun ikke det, kunne hun blive så ubehagelig, at de fleste, der blev udsat for det, trak sig. Hun kunne være yderst charmerende, og hun kunne, selv højt oppe i alderen, ind imellem ligne en koket, ung pige (fig. 14). Som Ingrid Lindstrøm i et interview med Judith Thurman fortalte:

"Hun var vanskelig, men hun var bedårende".

Havde Karen Blixen blot fortalt lægerne sandheden, og havde lægerne bare været dygtigere til at opfatte det usagte og slørede, så havde baronnens sidste år formentlig været en hel del bedre.

Kommunikation er vanskelig. Lægerne er i dag ved at blive klar over dette, hvilket ses i den stigende interesse for deltagelse i kommunikationskurser. Det er nu også en nødvendighed. Langt hovedparten af de klagesager, hospitalerne modtager, er foranlediget af utilstrækkelig patient/lægekommunikation.



*Fig. 14:
Karen Blixen og
chaufføren Alfred Petersen.*

Summary

Ib Søgaard Karen Blixen and her Physicians

In march 1914, two months after her wedding, Karen Blixen was diagnosed as having syphilis in the second stage. She was treated initially with mercury and later on in Denmark with Salvarsan. Years later she received more treatment with mercury, salvarsan and bismuth, but in fact she was cured already in 1915 and told so by her venerologist Carl Rasch. However she did not believe him, and several physicians, including well-known specialists in internal medicine and neurology told her many years later that she had to accept the diagnosis *tabes dorsalis*, i.e. syphilis in the third chronic stage.

This paper claims, based on her medical records from several hospitals, that her physicians' attitude resulted in the delay of right treatment for her real disease for many years and led to at least one unwarranted surgical procedure (chordotomy).

In 1956 she finally received surgical treatment of her stomach ulcer which for many years had caused her attacks of abdominal pain. The procedure was delayed for ten years because of a lumbar sympathectomy, which removes the pain for some years but not the ulcer itself, nor the bout of vomiting.

Many doctors (and biographers) have been puzzled by her life-long bowel symptoms. It was often called tropic dysentery, in spite of the fact that this diagnosis was never confirmed by stool analyses.

Instead it is suggested that most likely the Baroness caused the symptoms. She misused strong laxatives during her whole adult life. She did not tell her doctors about this until very late in her life and then it was far too late. Many times barium enemas showed a severe chronic condition with dehaustation and dilatation.

The reason for her misuse was the fact that she was afraid of gaining too much weight. She used amphetamine during her life in Denmark after her return in 1931 in order to reduce her appetite, and probably she used Chat in Africa. She also constantly smoked cigarettes which in combination with minimal food intake facilitated the development of her stomach ulcer.

It is concluded that Karen Blixen would have had a much better life, if communication between her and her physicians had been better. She should have told them the truth and they should have been better to listen to that which was unsaid.

Litteratur

1. Fog, M. Karen Blixens sygdomshistorie. Blixeniana, 1978; 139-46.
2. Weismann, K. "Gastriske kriser", tabes og tungmetaller. *Bibl Læger* 1993; 185, 354-83.
3. Weismann, K. Neurosyphilis or Chronic Heavy Metal Poisoning. *Sex Trans Dis* 1995; 22(3): 127-44.
4. Donelson, L. *Out of Isak Dinesen*. Coulsong, Iowa City, Iowa, 1998.
5. Dinesen, T. Tanne, min søster Karen Blixen., København, Gyldendal, 1974: 21, 56.
6. Blixen, K. Breve fra Afrika 1914-31. Udg. af Rungstedlundfonden af Frans Lassen. København, Gyldendal, 1978; I: 38, 61, 103, 158, 160, 167, 210; II: 219.
7. Blixen, K. *Skygger på Græsset*. København, Gyldendal, 1960: 80; 120.
8. Gjestland, T. *The Oslo Study of unhealed Syphilis*. Oslo, Akademisk Forlag, 1955.
9. Faber, K. *Mit universitetsliv*. København, Gyldendal, 1943: 82-88.
10. Blixen, K. *Karen Blixen i Danmark. Breve 1931-62*. Udg. af Frans Lassen og Tommy Engelbrecht. København, Gyldendal, 1996: 10, 12, 33, 302, 304, 313, 318, 357, 365, 453.
11. Schroeder, K. *Sulfosinbehandlinger gennem 10 år*. Odense, Hempelske Boghandels Forlag, 1934.
12. Bisgaard-Frantzen, C.F. *Splanchnicectomy*. København, Christreus, 1995 (disputats).
13. Andreassen, M. *Kirurgien og kirurger på Københavns Kommunehospital*. *Bibl Læger* 1993: 185, 273-365.
14. Thurman, J. *Karen Blixen - en fortællers liv*. København, Gyldendal, 1982.
15. Trzebinski, E. *Til sidst taler tavsheden*, Viborg, Lindhart og Ringhoff, 1978: 211.
16. Blixen, K. *Syv fantastiske fortællinger*. København, Gyldendal, 1998; 8: 4.
17. Thomsen C. *Braad Karen Blixen - Storyteller (video)*. København, Gyldendals Boghandel, 1995
18. Selborn, C. *Notater om Karen Blixen*. København, Gyldendal, 1982: 217, 243, 256.
19. Lassen, F., Selborn, C. *Karen Blixen - en digterskæbne i billeder*. København, Gyldendals Boghandel, Nordisk Forlag, 1969: 73.
20. Migel, P. *Titania - The Biography of Isak Dinesen*. London, Michael Joseph, 1968: 60-61.
21. Bjørnvig, T. *Pagten - mit venskab med Karen Blixen*. København, Gyldendal, 1974: 50.
22. Lomholdt, S. *Kønssygdommene og deres behandling*. København, G.E.C. Gad. 1933.
23. Poulsson, O., Boysen, G.M., Krarup C et al. kap. 64. *Neurologi i Medicinsk Kompendium*, Lorentzen I., Bendixen, G., Hansen, N.E. (eds). København, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busk; 15. udg., 1999.
24. *Utrykte Journaler fra Med. Afd. FACH. Journal fra Rigshospitalets Neurokirurgiske afdeling*. Journaluddrag, UK og breve fra Lucasstiftelsen, BBH afd. B, Rigshospitalet afd. H, Presbyterian Hospital, New York samt fra Vibeke Funch og Poul Dich.

Dansk Lungecancer kirurgi i de første årtier som jeg oplevede den

Hans Rahbek Sørensen

Pionererne

Den første pneumonektomi for lungecancer blev udført af Graham (1) i St Louis i 1933. Det var startskuddet til lungecancer kirurgi og dermed til thoraxkirurgiens udvikling. Erik Husfeldt (1901-84) foretog den første pneumonektomi for lungecancer i Danmark februar 1939 som reservekirurg hos professor Ole Chievitz (1883-1946) på Finseninstituttets kirurgiske afdeling, han havde foretaget lobektomi for bronkiektaser på to patienter under sin reservekirurgtid i Odense 1935-38. Lungecancer sås med tiltagende hyppighed i den vestlige verden, hvilket her i landet er påvist i det første større danske arbejde om lungecancer af Husted og Bilmann (2) i 1937. De fandt blandt 5709 sektioner fra Rigshospitalet i årene 1913-33 en stigning fra seks tilfælde i det første årti mod tre og tyve i det sidste. For-



*Figur 1.
Erik Husfeldt
(1901-1984) t.v.
og Tage Kjær
(1901-1976) var
de to første
thoraxkirurger.
De var lærere for
næste generation.*



fatterne kunne ikke støtte nogen af teorierne om giftgas, tidligere lunge-sygdomme, tjærede veje eller tobak som ætiologi. Det sidste afvistest fordi, der ikke var nogen tobaksarbejdere og kun oplysning om fire storrygere i journalerne.

Husfeldt blev lektor i kirurgi, og professor Dahl-Iversen (1892-1978) støttede ham med faciliteter og sengeplads til lungekirurgi, indtil han i 1943 blev professor i teoretisk kirurgi og chef for kirurgisk poliklinik. Han fik desuden rådighed over et mindre antal stationære senge, samt brugsret til en minimal operationsstue, kaldet "lommelagskibet" i tiden efter kl. 12. Det var thoraxkirurgisk afd. R i starten.

Husfeldt deltog i illegalt arbejde under besættelsen og måtte gå under jorden i sidste del. Efter krigen var han, som medlem af Frihedsrådet, med til på Danmarks vegne at underskrive aftalen om FN sammen med ambassadør Kaufmann og socialdemokraten professor Hartvig Frisch. Husfeldt kirurgiske aktiviteter blev derved afbrudt i ca. et års tid. Det blev heldigvis ikke længere, Frisch havde gjort Husfeldt interesseret i politik. Han forsøgte at blive opstillet som folketingskandidat for socialdemokratiet i Køge, men den lokale kandidat blev foretrukket, han var bedre inde i de politiske mærkesager. Det gavnede heller ikke Husfeldt, at han havde glemt at melde sig ud af den konservative vælgerforening.

I Københavns kommune havde man brug for en thoraxkirurgisk afdeling i tilslutning til Øresundshospitalet, der var et tuberkulose hospital, og her blev Tage Kjær (1901-76) overlæge i 1943. Mens Husfeldt var autodidakt med få kortvarige studieophold i Sverige og England, havde Tage Kjær haft økonomiske ressourcer til en længere uddannelse ved thoraxkirurgiske afdelinger i London, Paris og Stockholm. Tuberkulosekirurgien var i starten hovedområdet på Øresundshospitalet, men blev hurtigt indhentet af lungecancerkirurgien, selvom den væsentligste del af tuberkulosekirurgien i Danmark efterhånden blev udført på Københavns kommunes thoraxkirurgiske afdeling.

I Århus blev Carl Emil Prip Buus (1903-69) afdelingslæge i 1943, han havde set thoraxkirurgi i Stockholm og udførte det i Århus, senere i Horsens, hvor han blev overkirurg i 1946.

Det var de tre kirurger, som udgjorde første generation af danske thoraxkirurger. Næste generation af chefer ved de thoraxkirurgiske afdelinger var uddannede enten af Husfeldt eller Tage Kjær, nogle få af begge. Jeg er så heldig at have været yngre læge både på Rigshospitalets og Københavns kommunes thoraxkirurgiske afdeling.

I København til 1957

Jeg havde kontakt med Husfeldt som medicinsk student i 1942 og blev imponeret over hans arbejdsindsats. Han mødte om morgenen kl. 7 på

Rigshospitalet, hvor han tilså sine lungepatienter, før han gik i gang med sit reservekirurg arbejde på kommunehospitalet. Da jeg blev kandidat ved afdeling C havde jeg også pligt til at tage mig af patienterne på afdeling R. Der var dengang kun en reservelæge på afdeling R, samt en assistent på poliklinikken.

Anæsthesierne til thoraxkirurgi krævede noget nyt, intubation. Ernst Trier Mørch (1908-95) bedøvede i starten både på Rigshospitalet og Øresundshospitalet, undertiden begge steder på samme tid med en sygeplejerske som assistent hvert sted, mens han i bil for frem og tilbage mellem operationsstuerne og superviserede. Wainø Andersen (1919-88) kom i lære hos ham, senere blev jeg også elev. Vi skulle først og fremmest lære at intubere patienterne. Man startede med et barbiturat, og gav man lidt for meget, kom der et respirationsstop, som man ikke skulle være bange for, det lettede kun intubationen, og så var det bare at koble patienten til en af Trier Mørch konstrueret respirator i en fart. Anæsthesien fortsatte så oftest med æter og kvælstofforilte, mens respiratoren, der var drevet af en elektromotor, stod og lavede gnister.

Frederik Therkelsen (1901-76) blev reservekirurg hos Husfeldt i oktober 1946. Han havde en stor kirurgisk uddannelse, og fik yderligere fem års uddannelse hos Husfeldt suppleret med kortvarige studieophold i Stockholm og Oslo. Vi bearbejdede afdelingens lungecancer materiale, der bestod af 351 patienter indlagt i Årene 1943-48 incl. Otteogfirs havde fået foretaget pneumonektomi eller lobektomi, 75 en eksplorativ operation og resten var bedømt inoperable. D.v.s. 25% af alle undersøgte var resecerede, et højt tal sammenlignet med 2.3% for patienter først indlagte på medi-



Figur 2.
Frederik Therkelsen (1901-76).
Fra 1953-76 professor og chef
ved Rigshospitalets
thoraxkirurgiske afdeling R.

cinske afdelinger Møller & Räschou (3) og 8.6% for patienter fra en tuberkulosestation Winge (4). Det afspejlede kun udvælgelsen, men gav anledning til polemik om nytten af kirurgi ved lungecancer. Blandt de opererede lå resections procenten ret ensartet i de thoraxkirurgiske materialer fra USA (Churchill et al (5), Ochsner et al (6) England (Sellors (7) Brock (8) Mason (9) og Sverige (Björk (10) Wiklund (11)) på mellem 50 og 60%, hos os var den 57%. Tallene tyder på en ret ensartet sikkerhed - eller ret sagt usikkerhed - med diagnosticeringen af operabilitet.

Den første analyse, der bestod i en sammenligning mellem operable og ikke operable patienter, blev publiceret i 1952 i "Acta Chirurgica Scandinavica" (12), som var det foretrukne fremmedsprogede tidsskrift for danske kirurger. Vi debuterede dog lidt tidligere med et foredrag, da afdelingen i 1951 fik besøg af en engelsk rejseklub af thoraxkirurger. De fik en oversigt over afdelingens aktiviteter ved små foredrag. Jeg skulde sige noget i 5 minutter om lungecancer. Jeg var meget nervøs for opgaven, hvorfor en ven, der var skræddermester, syede mig en habit på kredit, så jeg i hvert fald var velklædt. Oversættelsen af foredraget og en elegant indledning blev lavet af en af vore venner, en jurist, og så startede jeg talen til pionererne i engelsk thoraxkirurgi i min pæne habit med ordene. " I have been given this opportunity to say a few words about some statistical studies on lung cancer".

På denne tid startede vi også et prospektiv arbejde for at se ændringerne efter fjernelsen af halvdel af lungekredsløbet. Henning Gøtzsche (1919 -) foretog hjertekateterisation før og efter pneumonektomi, Johan Georg (1916-94) lungefunktions undersøgelser. Der var et par arbejder om emnet i USA (13), (14) og i Sverige havde Wiklund (11) fundet normale tryk 4-14¹/₂ år efter pneumonektomier. Vort arbejde blev ikke det store planlagte projekt, mulighederne for at få patienterne genindlagt til undersøgelse var ikke til stede. Seks patienter blev dog undersøgt både før og et par uger efter operationen, de havde et præoperativt tryk under 30 mm Hg, som ikke ændrede sig efter operationen, men en patient, som havde et tryk på 69/19 før operationen, døde 7de postoperative dag. Sektionen viste et cor pulmonale. Resultaterne blev offentliggjort, eller rettere sagt druknet, i et Festskrift til Erik Warburgs (1892-1969) 60-års (15).

I vort første kliniske arbejde (12) fandt vi, at de fleste symptomer var lige hyppige hos operable og inoperable patienter med undtagelse af hæshed og dyspnoe, der tydede på inoperabilitet. Det mest forbavsende var, at patienter med tidlige symptomer havde den laveste resektabilitet. Det samme havde Wiklund (11) fundet. Det kan måske forklares ved en varierende forekomst af lungecancerens tre typer, planocellulære, adenocarcinomer og anaplastiske carcinomer i patientgrupperne.

Vi brugte Chi-square testen, når vi sammenlignede grupperne. Jeg havde lært testen under mit disputatsarbejde. Dengang var kirurger ikke vant til statistik, så når jeg viste mig ved møderne i "Dansk kirurgisk selskab"

blev jeg mødt med vittigheder i variationerne over "hvornår er død statistisk signifikant".

Næste arbejde gjaldt de undersøgelser, der skulle fastslå diagnose og operabilitet (16). I starten blev bronkografien anvendt hyppigt. Man sprøjtede kontraststof ned i bronkierne og kunne så påvise abnormiteter i bronkietræet evt. et stop, som tegn på aflukning. Det var en meget ubehagelig undersøgelse, der var livsfarlig for patienter med nedsat lungefunktion, og en af vore patienter døde under denne undersøgelse. Bronkoskopian var også en ubehagelig undersøgelse med et stift skop, ofte i en dårlig lokalnæsthese og mange gange med en undersøger med begrænset routine, men den gav ofte noget positivt, evt. en positiv biopsi. Ekspectoratundersøgelse for tumorceller var skuffende, især fordi det var spyt og ikke ekspectorat man undersøgte. Punktur af et pleuraeksudat kunne give materiale til påvisning af malignitet og dermed inoperabilitet..

Det var en hjælp for afdelingens diagnostik, at professor i radiologi P. Flemming Møller (1885-1974) var interesseret i lungecancer. Han havde i 1950 offentliggjort et arbejde i et radiologisk tidsskrift (17), hvor han fremhævede betydningen af atelektaser, evt. kombineret med andre fund. I vort materiale (16) var atelektase en del af fundet i ca. 2/3 af tilfældene, samme forhold i operable som inoperable. To røntgenfund var oplysende. Et rundinfiltrat betød øget chance for operabilitet, mens eksudat i pleura betød stor risiko for inoperabilitet. Forstørrelse af mediastinale lymfeknuder, påvist ved røntgenundersøgelse evt. tomografi, blev af mange regnet for et tegn på inoperabilitet, men vi fandt tilfælde, hvor forstørrelsen var benign på infektiøs basis, senere fik man mediastinoskopian til at afgøre maligniteten.

Med de daværende diagnostiske muligheder blev den eksplorative thorakotomi en diagnostisk operation, ikke alene for at påvise operabilitet, men også mange gange for at stille en sikker cancer diagnose. Hos 128 patienter af vore patienter var der et positivt histologisk positivt fund inden operationen, d.v.s. i kun 39%.

Den operative teknik var under udvikling (18) og der var mange komplikationer, der ofte var dødelige bl.a. bronkialfistler. Vi fik en mindre serie, da suturmaterialet ændredes fra silke til hør. Hørtråd var stærkt og billigt, det var købt hos manufakturhandleren, men hårdt så suturerne ligefrem savede sig gennem bronkiebruskene i løbet af nogle få dage. Der opstod en fistel, som ved en pneumonektomi ofte forårsagede døden. Det hændte også, at en ligatur gled af et af de store kar trods gennemstikning, når stilken var kort. Man kunne få en længere karstilk ved intraperikardial adgang (19). Karstumpen blev ofte sutureret i stedet for ligeret, da man fik nyere suturmateriale.

Postoperativ respirationsinsufficiens kunne være dødsårsag. Der blev ikke gjort lungefunktionsprøver i starten, man spurgte ud om kortåndethed. Johan Georg, der var lungemediciner, anbefalede trappeprøven. Pati-

enten kan opereres, hvis han kan gå til 4 sal. Der var kun 1 sal på Rigshospitalet, så man manglede apparaturet til prøven, og måtte stole på anamnesen. Kardiale komplikationer var også ret hyppige, bl.a. med et lungeødem, som også kunne være letalt. Den samlede operative letalitet var 33% indtil 1947, 18% i 1948-50 (20). Graham (1) havde i 1947 en letalitet på over 50% på sine første 53 operationer og i materialer fra Holland (21) Sverige (10), (11) og USA (22) var resultaterne på linie med vore.

Materialet indbefattede 275 patienter, der var resecerede mellem 1942 og juli 1955, da vort sidste fælles arbejde blev offentliggjort i 1956 (23), så der var en pæn observationstid for relativt mange patienter. Ved udregning af overlevelseskurverne benyttede vi aktuarmetoden, og for de udskrevne patienter var 5 års overlevelsen 35%. Squamous cell typen havde længst overlevelse, adenocarcinomer lavere og af de 15 resecerede anaplastiske carcinomer levede ingen længere end 2 år. Betydningen af metastaser i hilus- og mediastinalelymfeknuder var tydelig.

Therkelsen og jeg arbejdede kontinuerligt med lungecancermaterialet, men i perioder var jeg kun gæst på afdelingen. Min uddannelse skulle suppleres, og jeg skulle have skrevet min disputats, som dengang var en nødvendighed, hvis man ville være 2 reservekirurg på Rigshospitalet. Jeg søgte en sådan stilling ved afd. D hos professor Kjærgård (1883-1953), mest for at blive ansat hos hans afløser, Husfeldt, et år senere. Ansøgningerne blev behandlet i lægerådet, det endte med afstemning. Jeg fik så stillingen, men ikke med Kjærgårds gode vilje, som han sagde til mig.

I Groningen havde professor Erland startet et af de første kurser i thoraxkirurgi. Det blev besøgt af mange europæere, heriblandt flere danskere. Der var et årligt kursus på 3 uger, jeg deltog i 1953 og fik hurtigt god brug for al min viden, for da Husfeldt overtog afdeling D efter Sigurd Kjærgård, var jeg den eneste af hans personale, som havde thoraxkirurgisk uddannelse, bortset fra nogle operationssygeplejersker. Både sygeplejersker og yngre læger var rutinerede i behandlingen af patienter med ventrikel- og galdevejslidelser, som skulle have væske. Der blev derfor undertiden ordineret et par liter infusionsvæske gennem droppet hos en pneumonekto-meret, som så fik lungeødem. Det varede timer før behandling med datidens diuretica virkede, så overlevelsen afhang af at sekretet i luftvejene konstant blev suget op i mellemtiden.

Therkelsen søgte professoratet i teoretisk kirurgi efter Husfeldt, der spurgte mig om ikke jeg syntes Therkelsen ville være god. Jeg svarede. "jo, men så skal han varetage et andet subspecialt. Vil han være thoraxkirurg må han flytte med som assisterende overlæge til afdeling D, så der kun er en thoraxkirurgisk specialafdeling". Men Husfeldt mente at de kunne dele thoraxkirurgien, da de var så gode venner, dengang. Resultatet blev, at ingen af afdelingerne kunne koncentrere sig om thoraxkirurgi, men måtte beherske, følge med i og udløve behandling af mange andre kirurgiske sygdomme.

Chefen for Cancerregisteret Johs. Clemmesen (1908 -) mente i 1947, at stigningen i lungecancertilfældene skyldtes bedre diagnostik (24), men beskrev i 1955 den reelle stigning udførligt (25). Han sendte en række artikler, som tydede på, at tobaksrygning var en væsentlig ætiologisk faktor ved udviklingen af lungecancer, til Husfeldt, der holdt et møde med Therkelsen, 1 reservekirurg Harald Engberg (1913-84) og mig. Vi gennemgik artiklerne, og efter nogle stykker, sagde Husfeldt "jamen det er jo rigtigt". Engberg og jeg var enige, men Therkelsen strittede imod, hans elskede cigarer skulle aldrig tages fra ham. Forøvrigt røg vi alle videre, dog med et vist fravalg af cigaretter til fordel for piber og cigar.

I midten af halvtredserne blev der startet en kampagne i Købehavn for at bedre kirurgisk behandling af kræft, ved at få patienterne til at søge læge tidligere. Titlen var "Oplyse uden at skræmme". Patienterne skulle aktiveres ved oplysning, men når de så var indlagte fik de tit en lille hvid løgn om deres sygdom, for man skulle skåne patienten. Ægtefællen fik så den fulde sandhed at gemme på.

Lungecancer var et af emnerne ved disse oplysnings møder, der blev holdt i "Grundtvigs hus" nær Rådhuspladsen. Der var stor tilslutning til møderne. Husfeldt var taler det første år. Han slog fast, at stigningen i forekomsten af lungecancer hos mænd ikke blot var på grund af bedre diagnose, men skyldtes en reel stigning i hyppigheden på grund af rygning. Stigningen ville også vise sig hos kvinderne, som var startet senere, men nu røg mere og mere. Patienterne skulle søge læge i tide, og der var visse advarselssymptomer især forskellige former for hoste eller ændringer i en hoste.

Efter foredragene kunne tilhørerne stille spørgsmål. En tilhører stillede Husfeldt det spørgsmål: "Jeg har en slægtning, som blev opereret for lungekræft for fire år siden, skal der gå fem år før man er sikker på at være

Figur 3.
Jens Laurids Hansen. (1913-79).
Afdelingslæge senere overlæge ved
Københavns Kommunes
Thoraxkirurgiske
afdeling. Han underskrev sig
Jens L Hansen, hvilket blev til
navnene Jens Lyn efter en tegneserie
figur eller Jens Langkniv
efter en filmrolle.



helbredt". Fem år var det magiske tal når man talte om at blive rask efter en cancer operation. Men hvornår er man helbredt efter operation for lungekræft.

Oplysnings foredragene fortsatte i nogle år, talerne skiftede. Jens L Hansen (1913-79), der var assisterende overlæge hos Tage Kjær, holdt foredraget efter Husfeldt. Jens Hansen var en overbevisende taler, hans forklaringer var let forståelige, spændende og dramatiske. Han viste ved mødet en liter tjære i et glas, det fik man ned i lungerne, når man røg 20 cigaretter om dagen i et år. Det kunne blive til en hel tønde med tiden. Han tilrædede at lægge cigaretterne bort, og hvis man ville ryge så holde sig til det mindre farlige, cigar og piberygning. Selv røg Jens Hansen fortsat. Jeg har set ham ryge en cigar mens han bronkoskoperede i lokalanæsthesi. Han havde fået patientens velsignelse ved at sige, "De har vel ikke noget imod, at jeg ryger mens jeg undersøger Dem, jeg har så lidt fritid".

I 1956 var det min tur. Jeg holdt et mere, behersket indlæg men hovedtemaerne var de samme "advarsel mod rygning" og "kom i tide".

"Oplys uden at skræmme" foredragenes positive omtale i dagbladene bragte budskaberne langt videre end foredragssalen i Grundtvigs Hus. Pressen fortsatte med at yde god hjælp i kampen mod lungecancer, journalister fra næsten alle større dagblade overværede operationer, som de refererede, helst lidt spændende. De blev illustrerede med serier af fotografier fra operationsstuen. Der var også oftest et interview med operatøren, hvor denne fik lejlighed til at tale om tidlig diagnose og tobak. Men der var kendte læger, som udtalte til pressen, at det var sludder med risikoen ved tobak, og relativt få læger gav slip på tobakken på det tidspunkt.

Det blev diskuteret, hvor stor en del af alle lungecancer patienter, der blev opereret, ingen kendte det reelle tal. Cancerregisteret blev oprettet i 1942, man kunne godt få det samlede antal tilfælde oplyst med en vis forsikelse på grund af indsamlingsmetoden, men oplysninger om behandling og resultat var ikke så sikre, at Johs. Clemmesen, ville angive resektionsprocenten for lungecancer. Jeg fik hans oplysninger om alle anmeldte tilfælde i regionen Storkøbenhavn fra 1943 til 1952. Fra denne region blev patienterne opereret på Rigshospitalet, Øresundshospitalet eller Gentofte amtssygehus, hvor en af Husfeldts tidligere reservekirurger, Ib Andersen (1910-84), var thoraxkirurg. Der blev etableret et samarbejde med Jens Hansen og Thue Poulsen (1915-64) fra de to andre afdelinger. Vi samlede de opererede patienter med bopæl i regionen, og kunne opstille samlede antal, resecerede og postoperativt døde i to-års perioder (26), hvor resektionsprocenten viste en stigning fra godt 2% i 1943 til 25% i 1952. Hospitalletaliteten var høj, så de overlevende udgjorde kun ca. 21% af samtlige diagnosticerede tilfælde i den sidste periode. Med en 5-års overlevelse for de udskrevne på 33% betød det en 5-års overlevelse på ca. 7% af alle diagnosticerede tilfælde. Numerisk kunne gevinsten ved mere kirurgi slet ikke opveje det stigende antal dødsfald af ubehandlede, så vi konkludere-

de "that a really effective fight against the disease - if at all possible - must be by the way of prophylaxis".

Jeg blev ansat som 1 reservekirurg på den thoraxkirurgiske afdeling på Øresundshospitalet efter min tid på Rigshospitalet. Jeg var hos Tage Kjær i knapt halvanden år. Det var en af mine fredeligste perioder som yngre læge. Afdelingen beskæftigede sig kun med lungekirurgi. Der var få søvnløse nætter, da vagtarbejdet var begrænset. Mit operative arbejde var fastlagt til tre ugentlige operationsdage, en til tuberkulosekirurgi, to til cancer og anden lungekirurgi. Der var en større og ofte en mindre operation pr dag, og når man havde haft en besværlig operation, fik man en drink på chefens kontor. I de resterende ugedage bestod arbejdet i ambulatoriearbejde, bronkoskopier med stift skop i lokalanæsthesi, stuegang og konferencer, hvoraf mange først startede efter kl. 15, og sluttede med fælles aftenstuegang. Når det blev bestemt at en patient skulle opereres, blev der skrevet en indikation for operationen og dens forventede forløb, der evt. kunne vurderes yderligere ved frysemikroskopi af vævsprøver under operationen og derpå ændres. Men "Gud nåde en", hvis man begyndte at operere en patient, hvor indikationen ikke var ført ind i journalen.

Øresundshospitalets lungecancermateriale var blevet analyseret af Jens Hansen og Tage Kjær (27). På Øresundshospitalet var opereret lidt flere patienter end på Rigshospitalet, 331 mod 265, men resultaterne lignede hinanden med ca. 60 procent resecerede af de opererede og en dødelighed på de resecerede på ca. 20%. Carsten M Smidt (1915-96) forsvarede i 1957 en disputats (28) fra Øresundshospitalet "The Diagnosis of Lung Cancer", hvor han havde sammenlignet en gruppe patienter med ikke maligne lungelidelser med lungecancerpatienter og påvist at symptomerne var de samme, men cancerpatienterne havde lidt flere symptomer. Mange lungecancerpatienter fik stillet diagnosen på tuberkulosestationerne. Det var ambulatoriske klinikker, der var oprettet med henblik på diagnostik af tuberkulose, dels hos patienter henvist med lungesyntomer, dels hos obligatorisk undersøgte grupper som skolelærere, arbejdere i fødevarerbranchen, o.l.

Patienter med lungecancer, der var henvist fra Tuberkulosestationerne, havde en bedre prognose end patienter, der var så syge, at de først måtte indlægges på en medicinsk afdeling. Et interessant fund var, at mange af de tilfældigt fundne cancer patienter havde haft symptomer, som de ikke havde taget hensyn til, og disse havde langt hyppigere lymfeknudemetastaser end de symptomfrie (29).

Reservekirurg i Odense

Speciallæge anerkendelse i thoraxkirurgi krævede 2 års uddannelse i thoraxkirurgi, ansættelse på tuberkulosehospital, lungemedicinsk eller kardio-

logisk afdeling i et halvt år, og som biuddannelse anerkendelse i specialer kirurgi (generel kirurgi), og for at være chef moden mindst 4 års ansættelse i en 1-reservelæge stilling. Denne biuddannelse krævede desuden kortvarig uddannelse i et udvalg af andre specialer som gynækologi, ortopædi, radiologi, patologi o.a., så selvom jeg befandt mig godt på Øresundshospitalet, måtte jeg videre. Jeg søgte en 1-reservekirurg stilling i Odense, hvor man var interesseret i thoraxkirurgi, og blev ansat 1 januar 1957.

Frithiof Truelsen (1909-90) var overkirurg i Odense fra 1953, han havde været ansat hos Husfeldt fra 1943 til 1944. Der var venteliste for lungecancer patienterne på Rigshospitalet, så han genoptog lungekirurgen i Odense ved at udføre en lobektomi for lungecancer september 1953, 15-16 år efter at Husfeldt havde udført sine første to lobektomier. Indtil 1957 udførte Truelsen 13 pneumonektomier eller lobektomier og 8 eksplorative indgreb for lungecancer, elleve af operationerne i 1956.

På Odense Amts- og Bys-Sygehus var der to kirurgiske afdelinger med to 1-reservekirurger, der gik i toskiftet vagt på begge afdelinger sammen med en 2-reservekirurg i treskiftet vagt, som tog slæbet med appendicitter og ukomplicerede skader. I dagarbejdet skulle 1-reservekirurgerne skifte fra den ene afdeling til den anden pr.1 april. Jeg blev ansat fra 1 januar 1957 og begyndte hos Jensenius (1907-85), som var chef for afdelingen for urologi, ekstremitetskirurgi, thyreoideakirurgi og senere karkirurgi. Jeg var først der i 3 mdr. og senere i to perioder på 12 måneder. Resten af tiden var jeg hos Truelsen, som havde abdominalkirurgi, thoraxkirurgi, mamma-kirurgi, børnekirurgi og lungekirurgi. Første reservelægen deltog i alle arter af operationer, så min uddannelse til thoraxkirurg kom til at bestå af et overflødigshorn af kirurgisk erfaring indenfor samtlige organsystemer, bortset fra hjernen, hvor indgrebene kun udførtes af neurokirurger, der dengang som regel var fuldstændig uden anden for dem overflødig kirurgisk uddannelse.

Det gamle sygehus var stærkt forældet. Der var 2½ operationsstue i en lille tilbygning til de ældste sengefløje. Der blev årligt foretaget ca. 4000 operationer, hvilket betød, at mange patienter indlagt i sene aften og nat-timer blev akut opereret, for ellers ville det totalt have væltet dagprogrammet. Et planlagt byggeri før krigen var blevet stoppet, men planlægning af det nye sygehus var i fuld gang, og en del af byggeriet var påbegyndt. Det ville blive stort for det skulle dække både Odense By og Amt. Fagligt var sygehuset i god stand med mange dygtige læger og planer om udvidelse af aktiviteterne.

Der var et hold læger på Odense Amts og Bys Sygehus, som var gået i gang med diagnostik og behandling af lungecancer. De mødtes om nødvendigt en gang ugentlig til en konference. Foruden Truelsen var der otologen Børge Larsen (1901-66), som udførte bronkoskopierne, tuberculose-lægen Erling Nielsen (1913-87), som fandt så mange patienter, radiologen Poul Erik Andersen (1917 -) og medicineren Johannes Clausen (1904-88).

Læger fra andre afdelinger var velkomne, og kunne få deres patienter diskuteret.

Reservekirurgtiden i Odense var udviklende på mange måder. Jeg savnede thoraxkirurgiske kontakter, men holdt mig ajour med faget og i kontakt med kolleger ved deltagelse i Nordisk Thoraxkirurgisk Forenings årsmøder, ved et lidt længere studieophold London, Manchester og Birmingham, samt flere kortere ophold i London. Det gav mig impulser, jeg kunne altid komme hjem med noget nyt, blandt andet så jeg på Brompton Hospital i London en af pionererne Price Thomas (30) foretage bronkie resektioner ved lungecancer. Price Thomas sparede funktionsdygtigt lungevæv ved at resecere det maligne stykke af stammebronkus sammen med lappen og lave en anastomose mellem de to bronkieender. Jeg anvendte metoden på en patient med dårlig lungefunktion og ændrede et ikke operabelt tilfælde til et resektabelt. Der blev udført et relativt stort antal af denne operationstype i Odense. Dette materiale sammen med et større materiale af trakealkirurgi, var med til at skaffe mig flere indbydelser som taler til kongresser og som gæsteforelæser, da Odense var blevet Universitetets hospital (31).

Der blev gennem flere år gjort et stort arbejde i Odense for at vække interessen for tidlig diagnose af lungekræft og bekæmpelse af rygning. Der blev holdt foredrag ved sygehusets interne møder, morgenmøderne, ved lægekredsforeningens møder og i Fyens Stifts Medicinske Selskab. Der blev talt meget om 5-års overlevelsen. Ved et møde gik en praktiserende læge på talerstolen "jeg er helbredt for lungekræft, jeg fik fjernet den ene lunge af Husfeldt for ti år siden". Året efter døde han af lungekræft. Hvornår er man helbredt.

De praktiserende læger henviste i stor udstrækning deres patienter med hoste eller andre lungesymptomer til tuberkulosestationen, hvor Erling Nielsen så fandt de lungecancer suspekterede patienter. Stationens gruppeundersøgelser gav desuden mange positive fund.

Oprettelsen af en thoraxkirurgisk afdeling i Odense

I årene fra 1957 til og med 1961 blev der i Odense opereret knapt 94 patienter med lungecancer, hvoraf 64 blev resecerede. Disse patienter, samt nogle spontane pneumothorax tilfælde, thorax skader, benigne lungelidelser, mediastinaltumorer, lidt esophaguskirurgi og nogle få lukkede hjerteoperationer var ikke tilstrækkeligt til at starte en thoraxkirurgisk afdeling for Odense Amt, der dengang kun dækkede halvdelen af Fyn og havde ca. 200.000 indbyggere. Men ved et møde først i januar 1960 foreslog medicinaldirektør Johs. Frandsen (1891-1968), at oprette en thoraxkirurgisk afdeling med lunge og hjertekirurgi som en central afdeling for Fyn og de sønderjyske amter, et befolkningsunderlag på lidt under en million. Mødets



Figur 4. Hovedpersonerne ved mødet den 9. januar 1960 hvor medicinaldirektør Johannes Frandsen foreslog, at der skulle oprettes en thoraxkirurgisk afdeling for Fyn og Sønderjylland. Han vil nu søge forhandling med de bevilligende myndigheder Fra venstre Frandsen, Husfeldt, Truelsen, Børge Larsen og Jensenius.

nøglepersoner var medicinaldirektør Johs. Frandsen, sundhedsstyrelsens kirurgiske konsulent professor Erik Husfeldt, de kirurgiske overlæger ved Odense Sygehus, samt formanden for lægerådet overlæge Børge Larsen.

Odense Amts og Bys sygehus skulle rumme den femte thoraxkirurgiske afdeling. I Gentofte var Ib Andersen startet som 1-reservekirurg, havde udviklet specialet, var blevet afdelingslæge og havde til slut fået egen afdeling. I Århus hentede man Tyge Søndergård (1914-90) fra en thoraxkirurgisk uddannelse på Rigshospitalet til en lignende udvikling fra 1 reservekirurg til chef på egen afdeling, som han havde fået løfte om på forhånd. Da overlæge stillingen i Odense blev slået op søgte jeg og fik den uden vanskelighed, jeg var eneste ansøger. De fynske aviser bragte meddelelsen om en anæsthesiooverlæges og min udnævnelse, og meddelte samtidig at den oprindelige plan var blevet ændret, medicinaldirektør Frandsens ide om et thoraxkirurgisk center for Fyn og Sønderjylland fik ikke samme opbakning fra staten som den neurokirurgiske afdeling i Odense. Det blev til en afdeling på Amts- og Bysygehuset i Odense, hvor fremmede amter skulle betale for en indlæggelse, som de kunne få gratis på Rigshospitalet. I Århus havde Søndergård det samme betalingsproblem, men sygehuset havde, som universitetshospital, fået tildelt kirurgiske undervisningssenge, betalt af staten, og de blev væsentlig brugt til gratis indlæggelse af nogle af de thoraxkirurgiske patienter

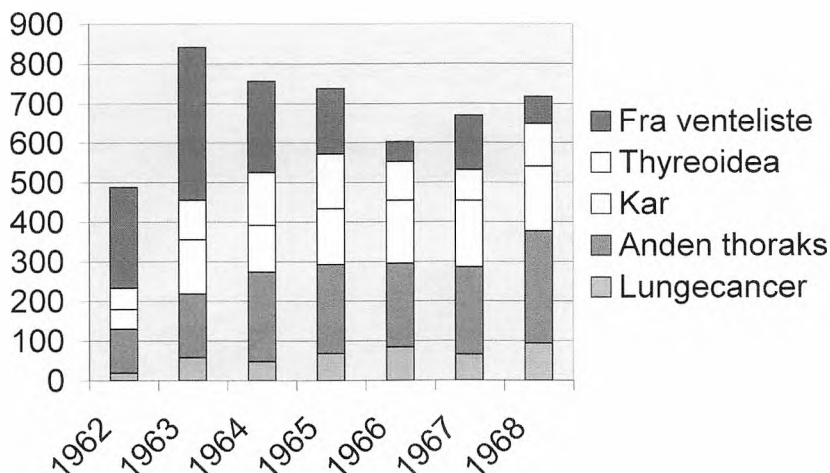
Antallet af sengepladser til den thoraxkirurgiske afdeling i Odense var overdimensioneret i starten, man kendte ikke behovet og man forventede

en stigning med årene. Den thoraxkirurgiske afdeling fik to afsnit, i alt 48 sengepladser. Lægepersonalet bestod, foruden overlægen, af en 1-reservekirurg, en 2-reservekirurg og tre helårskandidater.

Karkirurgien blev koblet til thoraxkirurgien, som man havde gjort i Århus og på Rigshospitalet. Afdelingen skulle i øvrigt drives økonomisk forsvarligt, så jeg var villig til at tage patienter fra de kirurgiske afdelingers fælles venteliste, bestående af varice- og herniepatienter og lignende, så længe, der var overskydende kapacitet. Jeg påtog mig også al thyreoideakirurgi efter pres, men med løfte om, at jeg kunne komme af med området, når thoraxkirurgien havde brug for ressourcerne. Senere blev jeg presset til, at påtage mig nyretransplantationer indtil urologisk afdeling fik en ekstra overlæge.

Afdelingens første tid var ret deprimerende, operationslisten var alt andet end domineret af thoraxkirurgi. I det første godt halvandet år blev der foretaget 265 ingvinale herniotomier og 303 variceoperationer, samt 73 operationer på de mandlige genitalia. Kandidaterne på de to andre kirurgiske afdelinger, må have fået en begrænset uddannelse i dette område. Senere blev der kun opereret varicer fra ventelisten. Operationerne på thyreoidea og parathyreoidea udgjorde årligt omkring 100 operationer, men i 1975 var der overbelægning på afdelingen, og man ophørte med thyreoideakirurgi. Karkirurgien udgjorde et ret fast antal, og omfattede også lumbal sympatectomi ved arteriosclerose.

Fig. 5. Den operative aktivitet i de første år af afdeling T, OABS' virke.



I 1962 bestod Fyn af 3 amter og 10 købstæder, som selv kunne bestemme, hvor deres patienter skulle behandles. Vi fik mange lungecancerpatienter til diagnostik og alle til operation fra Odense amt. Svendborg amt var tilbageholdende med indlæggelser, men med komunalreformen i 1970 blev Fyn et amt og sygehusvæsenet et hele. De sønderjyske amter sendte nogle få patienter i starten. Efter et møde i København sad Erling Nielsen fra Odense og jeg sammen med chefen for tuberkulosestationerne i Sønderjylland, Jørgen Nielsen (1915-79), på Storebæltsfærgen. De to tuberkuloselæger sludrede om løst og fast. Sa siger Erling Nielsen, "Hvor får du opereret dine lungecancerpatienter." "På Rigshospitalet". "Hvor mange mister du i postoperativ letalitet". "Åh, det er de her ca. 15%", "svarede Jørgen Nielsen. "Jeg får dem opereret til 5% i Odense", sagde Erling Nielsen, og derefter fik jeg de sønderjyske patienter. Ribe amt var Århus domæne, men med stigende venteliste blev flere og flere sendt til Odense. Jeg regnede ikke med at få patienter fra Vejle amt, der blev opereret lungecancer både i Vejle og Kolding, men ved en middag hos Husfeldt mødte jeg Jørgen Røjel (1916 -), der var overlæge i Fredericia. Røjel så på mig. "Hvor har jeg set Dem før", "Hvidkildevej ". Så huskede han mig, "ja, det var dig der kom med illegale blade". Kontakten resulterede i et mindre kontingent af patienter fra Vejle amt, men kun fra Fredericia og nærmeste omegn.

Tabel 1. Lungecancer operationer ved danske sygehuse i finansåret 1966-67.

Specialafdelinger	Resektion	Eksploration
Rigshospitalets afd. D	17	2
Rigshospitalets afd. R	25	17
Bispebjerg Hosp. afd. L	112	21
Gentofte Amtssygehus afd. R	31	14
Århus Kommunehosp. Afd. T	95	13
Odense Amts og Bys Sygehus	78	20
IALT	358	87
Kirurgiske afdelinger	Rejektion	Eksploration
Horsens Sygehus	4	4
Nykøbing F Centralsygehus	11	4
Holbæk Centralsygehus	5	1
Holstebro Amtssygehus	8	1
Kolding Sygehus	4	2
Vejle Sygehus	1	1
Hobro Sygehus	0	1
Rønne Amtssygehus	0	1
IALT	33	15

I 1968 var de thoraxkirurgiske operationers antal steget til 50% af de kirurgiske indgreb, lungecancer operationerne til 13%. Efter en del år opnåede man, for lungecancerkirurgiens vedkommende, at Odense blev et centralt behandlingssted for Fyn og Sønderjylland.

I 1968 fik "Dansk Kirurgisk Selskab" s medlemmer tilsendt svaret på en enquete "Operativ virksomhed ved danske sygehuse i finansåret 1966-67" (32) som var udarbejdet af tre odenseanske læger, Bjørn Andersen (1933-96), Jørgen Bech Hansen (1935-2002) og Svend Arne Pedersen (1937-2001). Hver sygehusafdeling havde oplyst, hvilke operationer de havde foretaget i det pågældende finansår. Disse tal viste, at der var foretaget 358 resektioner, samt 85 explorative thorakotomier på lungecancer patienter i de 6 thoraxkirurgiske afdelinger, og på 8 andre sygehuses kirurgiske afdelinger 33 og 15. Chefen i Horsens og Nykøbing Falster var speciallæger i thoraxkirurgi. I Holbæk var Jens Hansen thoraxkirurgisk konsulent og opererede. Ved de øvrige hospitaler havde chefen nogen uddannelse i thoraxkirurgi. Forholdet mellem eksplorative indgreb og resektioner varierede stærkt, hvilket formentlig afspejler forskelle i holdningen til behandling. Vor behandling var baseret på følgende anskuelser:

1. Den væsentligste ætiologiske faktor ved de fleste lungecancertilfælde er rygning, specielt cigaret rygning. I bronkiesystemet opstår epithelmeta-plasier, som kan udvikle sig videre til prækanecrose forandringer og tumorer. Der er forandringer i forskellige stadier flere steder i bronkiesystemet. Fjernes en tumor er der risiko for udvikling af en ny, især hvis patienten ikke ophører med rygning.
2. Tidlig diagnose og kirurgisk behandling gør det muligt at få nogle af patienterne til at overleve i en del år, og måske bliver nogle patienter helbredt, hvorfor forsøg på radikal resektion bør udføres på så mange som muligt.
3. Diagnosen vanskeliggøres af at lungecancer kan simulere kendte, ikke maligne lungelidelser.
4. Det diagnostiske mønster skal variere efter den enkelte patients behov, så unødvendige undersøgelser undgås.
5. Den eksplorative thoracotomi er en undersøgelse.
6. Alder må ikke være afgørende for operations indikation, der alene skal afgøres af patientens fysiske og psykiske tilstand..
7. Strålebehandling kan være palliativt og måske give en kortere livsforlængelse."

Alle patienter, som blev henvist til thoraxkirurgisk afdeling for lungecancer, blev automatisk indkaldt af en sekretær til en dato senest ugedagen efter sedlens datering. Vi foretog helst både diagnostik og behandling, så der ikke spildtes tid med en serie indlæggelser med overflytninger til forskellige afdelinger. Udskrivningsbrevet blev afsendt samme dag, som patienten blev udskrevet, så de praktiserende læger straks var med i det videre forløb.



Figur 6. Fra "Mediastinoskopisymposiet"s reception på Rådhuset. Otto Jepsen, Eric Carlens, Kommunaldirektør Maintzhausen og Hans Rahbek Sørensen.

Belært af mine erfaringer ved Husfeldts overtagelse af afdeling D, blev to afdelingssygeplejersker uddannet i thoraxkirurgi, inden afdelingen startede, den ene 1 år på Brompton Hospital i London, den anden 1/2 år på Rigshospitalet, så der var plejemæssig ekspertise fra starten.

Lungecancer blev en vigtig faktor både i undervisningen og vore videnskabelige pligter, da sygehuset blev et universitets hospital.

Atrieflimren var en hyppig komplikation efter operationer for lungecancer (Beck-Nielsen et al (34)), en inspiration til Poul Alstrups (1936 -) meget roste disputatsarbejde (35) "Investigations into respiratory and haemodynamic parameters following lung surgery", hvor han fulgte mange af disse værdier kontinuerligt i de første fem postoperative døgn hos 39 lungecancer patienter.

Professor Otto Jepsen (1916 -) fra otologisk afdeling fik den ide, at vi skulle holde et internationalt symposium om mediastinoskopi, da sygehuset var blevet et universitets hospital. Vi inviterede skaberen af metoden, Eric Carlens, samt nogle udenlandske kolleger, som havde arbejdet med metoden til at være talere. Vi havde også vore egne indlæg (36), (37) Foredragene blev publiceret i en bog, "Mediastinoscopy", udgivet af Odense Universitets Forlag og symposiet gav en nyttig, varig kontakt med fremtrædende udenlandske kolleger.

15 års arbejde med lungecancerkirurgi

Vort materiale fra Odense blev for mange år siden revurderet. Poul Alstrup og jeg tog os af det kliniske og patologen Claus Lund (1938 -) det histologiske. Tumorerne blev inddelt efter WHO-klassificeringen fra 1967. De

fleste tal jeg nævner stammer fra dette materiale, hvor overlevelsen også er ført up-to-date. Nogle tal er uddraget af Holbråd & Thybo's materiale (33), fra tiden før den thoraxkirurgiske afdeling.

Vi undersøgte rygerfrekvensen blandt de resecerede patienter, hvor klassifikationen af den histologiske type er sikrest på grund af rigeligt væv til undersøgelsen. Der var 5%, hvor vi manglede oplysninger. Der var 20% ikke rygere blandt adenocarcinomerne og 2% hos resten, og oplysningerne om at være "ikke ryger" er usikre hos nogle af de 2%, da oplysningerne om "Tobak 0, "ingen tobak" ikke siger noget om tidligere forbrug. Ved alder under 40 var diagnosen også lidet sandsynlig, blandt samtlige indlagte tilfælde i årene 1962-76 var kun 1% under denne alder. Så det var rigtigt, at vi altid benyttede alder og rygevaner i vore overvejelser om diagnose og operationsindikation.

Fra afdelingens start til slutningen af 1976 havde vi indlagt 634 patienter, som var inoperable. Femoghalvtreds af disse fik ikke diagnosen verificeret histologisk, da yderligere undersøgelse ville være uden konsekvenser og kun belaste patienten. Oftest sikredes diagnosen dog ved mikroskopi af biopsier eller cytologisk materiale. Ved den kliniske undersøgelse af patienten kunne godt en femtedel allerede anses for inoperable.

Der blev foretaget lungefunktionsundersøgelse på alle vore lungepatienter, efter at Jørgen Fabricius (1920 -) var blevet overlæge og havde startet "Klinisk fysiologisk afdeling". Jeg var bange for, at undersøgelse af alle patienter skulle forlænge opholdet i afdelingen, men alt var så velorganiseret, at resultatet forelå første eller anden dag af indlæggelsen. Undersøgelsen var afgørende for inoperabiliteten hos 93 patienter, hvor lungefunktionen var så dårlig, at overlevelse efter det mindst mulige indgreb var umuligt.

Fundene ved røntgenundersøgelse og bronkoskopi kunne også være afgørende for operabiliteten, men mediastinoskopi afslørede flest inoperable patienter, ca. 40%. Eric Carlens havde udarbejdet metoden ved Karolinska Institut i Stockholm og offentliggjort den i 1959. Da det var et operativt indgreb i fuld anæstesi, kom det næstsidst i undersøgelsesrækken for explorativ thorakotomi. Fabricius foreslog at vi skulle foretage trykmålinger i cor gennem en lang, tynd kanyle under mediastinoskopien, for at udelukke patienter med pulmonal hypertension fra lungeresektioner. Vi foretog trykmåling hos 107 patienter (Fabricius et al (36)), og fandt pulmonal hypertension (tryk over 30 mm Hg.) hos 14 patienter, hvoraf 8 blandt 46 lungecancerpatienter.

Nogle patienter blev undersøgt for metastaser, men kun når de havde symptomer på dem, så næste trin var eksplorativ thorakotomi.

Der var 273 patienter som blev opererede, men hvor tumor ikke kunne fjernes. Deres operative letalitet var 2%. Årsagen til inekstirpabiliteten var indvækst i de centrale kar og cor hos 207 patienter og udsæd i pleura hos 33 patienter. I 12 tilfælde krævedes et større indgreb end forud beregnet,

og nedsat lungefunktion gjorde fjernelsen af ekstra lungevæv umulig.

I løbet af knapt 15 år, 1962-1976 incl. fik 893 patienter reseceret en tumor. Den postoperative letalitet var 5,9%. Letaliteten var 7.0 for pneumonektomi og 4.1 for lobektomi. Letaliteten var større for de småcellede typer, 12.0%, end for de øvrige, 5.3% (Chi-square 0.01). Overlevelseskurven for samtlige tilfælde afveg ikke fra de overlevelseskurver, man sædvanligvis ser for lungecancer, 5 års overlevelse på ca. 30%. Men materialet består af flere grupper. Ved inddelingen efter histologisk diagnose, som er gjort efter WHO klassifikationen fra 1967, skiller de småcellede karcinomer sig ud ved ringe muligheder for kirurgisk behandling.

Small cell carcinomer påvistes hos 368 af vore indlagte 1808 lungecancerpatienter. De udgjorde en tredjedel af de inoperable, en fjerdedel af de eksplorerede, men mindre end en tiendedel af de resecerede. Efter 3 år var der syv levende patienter, der nu har levet fra 11 til 28 år gennemsnitlig 20 år. Vi fik først publiceret vore resultater (38) efter, at de 7 præparater var bedømt af et medlem af den internationale klassifikationskomite. Man stolede ikke på vor patolog. Tumorerne tilhørte undergruppen "intermediate type".

Lymfeknudemetastaserens betydning for overlevelsen var tydelig. En patient med hilus lymfeknudeknude metastaser levede dog mere end 25 år. Kun een patient med mediastinale lymfeknudeknude metastaser levede længere end 5 år, i hele 12 år. Denne patient havde kun metastaser i en enkelt knude ved carina.

Sloganet "kom i tide" blev benyttet, selvom man vidste, at der var patienter, som var inoperable ved første symptom. "Kom så tidligt som muligt" havde været mere rigtigt, men uden samme slagkraft. Jeg har prøvet at se, hvad symptomvarigheden betyder for lymfeknudemetastaser ved en ret homogen histologisk gruppe squamous cell og adenosquamous cell carcinomer. En sådan opgørelse er præget af usikkerhed, men der var en ikke statistisk signifikant tendens (med 5% signifikansgrænse) til længere symptomvarighed ved lymfeknude metastaser.

Der blev foretaget lobektomi eller pneumonektomi, når tumor var begrænset til lungen, Pneumonektomi blev undgået hos 45 patienter med dårlig lungefunktion, hvor der kunne gøres lobektomi med bronkieresektion, det betød et tillæg på knapt 5% til de mulige resektioner (37). Deres overlevelse var den samme som efter standard lobektomi, og var bedre end efter pneumonektomi. Fireogtyve patienter fik foretaget en resektion der var mindre end en lobektomi. Risikoen ved et sådant ingreb var ringe, selv hos dårlige patienter, og de 23 opererede levede alle mere end 1 år efter operationen og fem af dem mere end 4 år.

Når tumor er vokset udover lungen, T3 og T4 efter tumorklassifikationen, kan tumor undertiden fjernes, men ikke altid radikalt. Behandlingen kan suppleres med røntgenbestråling. Nogle patienter med efterladt tumorvæv har været behandlet med røntgen, men ikke systematisk. Der var 126

patienter med fremskreden cancer (T3 og T4) blandt ikke small cell carcinomer, hvor vi forsøgte en operation evt. suppleret med strålebehandling. Levede patienten mere end 1 år kan han have haft glæde af operationen, og af 104 patienter, hvor problemet kunne defineres retrospektivt levede, 31 fra 1-3 år og 10 fra 5-27 år

Blandt de udviklede indgreb var resektion af lokal indvækst af diaphragma et let indgreb, der kunne give langtidsoverlevelse. Resectio atrii lyder af mere end det er. Man sætter en blød tang på atriet omkring pulmonalvenernes indmunding og resekerer en krave af atrievæv med venerne og suturerer atriet. Det anvendes, når pulmonalvenerne er invaderet centralt. En af 12 patienter levede længere end 5 år efter et sådant indgreb. I tilfælde, hvor tumor sidder nær ved afgang af højre hovedbronkie, kan man også fjerne carina, og få en stor oval åbning i trakea og venstre hovedbronkus. Hullet dækkes under operationen af tuben, som ventilerer venstre side. Takket være elasticiteten i trakea og bronkus kan defekten lukkes på tværs. Vi anvendte dette indgreb hos 8 patienter, hvoraf fire har levet fra 5-24 år efter operationen.

Vor første resektion af en pulmonal arterie skyldtes anæsthesi overlæge Åse Hjort (1919 -), der bedøvede onkel Arnold, som skulle have en lobektomi med bronkieresektion. Jeg gjorde hende opmærksom på, at tumor var vokset ind i arteria pulmonalis og dermed inoperabel. Det accepterede hun ikke. "Du må da gøre noget, onkel Arnold kan ikke bare sendes hjem og sygne hen, det egner han sig ikke til". Det blev så til resektion af et segment af både hovedbronkus og arteria pulmonalis med reanostomoser, og onkel Arnold levede 9 år og blev 82.

Vi foretog også operationer for en ny lungecancer når første operation havde været en begrænset resektion som lobektomi, og også simultan operation med lobektomi af h. og v. overlap (39).

Man kunne undertiden fjerne enkelte metastaser f.eks. i huden. Hjerne metastaser er hyppige ved lungecancer, og vi fjernede lungetumor, når neurokirurgerne havde fjernet hjernemetastasen eller operationer i modsat rækkefølge, forudsat det først foretagne indgreb skønnedes radikalt. Det var en skuffelse, ingen af 28 patienter, 14 i hver gruppe, levede længere end 10 måneder efter sidste operation, og intervallet var maximalt 10 måneder, inden hjernemetastasen gav sig til kende efter en thorakotomi (40).

Blandt vore resekerede 893 patienter levede 50 længere end til deres fir-sindstyvende år, heraf blev to mere end halvfems år gamle. Der må da være nogen, der har været helbredte, men hvornår er man helbredt.

Hvornår er en opereret patient helbredt?

I en engelsk undersøgelse Belcher & Rehan (41) fra 1978 søgte man at løse problemet. Patienterne var fulgt fra 10-20 år og dødsattesterne blev benyt-

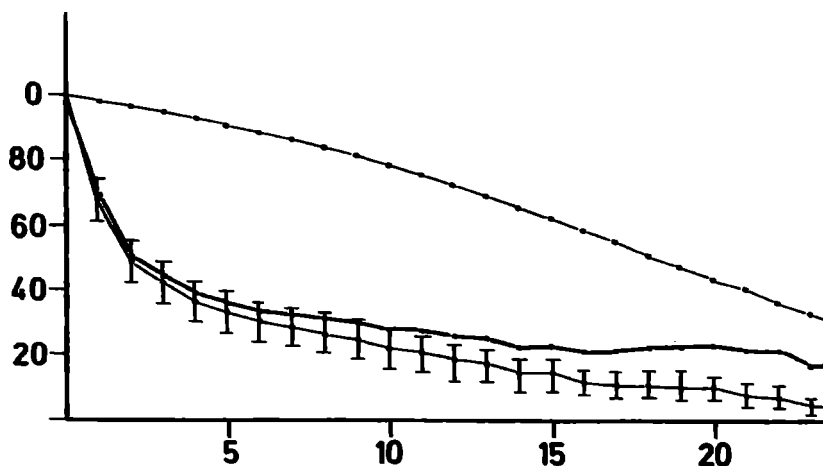


Fig. 7. Overlevelseskurve for 212 lungecancer patienter (nederste kurve) sammenlignet med en matchet befolknings overlevelseskurve (øverste kurve). Midterste kurve se tekst.

tet til vurdering. Det gav ikke noget konkret svar på spørgsmålet om helbredelses tidspunktet. Ser man statistisk på det vil en gruppe cancerpatienter være helbredt, når den har samme dødelighed som en normal befolkning af samme køn og alder (42).

Forholdet mellem en matchet befolknings dødelighed (øverste kurve) og cancerdødeligheden (nederste kurve) giver en kurve (midterste kurve), som skal blive parallel med X-aksen, når dødeligheden er ens. På materialet fra Rigshospitalet finder "statistisk overlevelse" sted 14 år efter operationen. Det er samme antal år, som Doll og Hill (43) fandt at tidligere rygere skulle leve, før deres overdødelighed svandt. Efter dette har 103 patienter fra Odense materialet, eller 11.5% af de resecerede, levet længere end 14 år og kan betegnes som helbredte.

Hvad blev resultatet af indsatsen

Med en stor indsats af så mange læger ventede vi, at der med årene var en stigning i procenten af 5 års overlevende af alle registrerede tilfælde. Det samlede antal registrerede patienter fra det gamle Odense amt, hvor al behandling var foregået på Odense Sygehus siden 1963, blev undersøgt for 5-års overlevende. Det var skuffende, der var et jævnt fald i 5-års overlevelsen. Antallet af 5 års overlevende var konstant.

Tabel 2. Odense amt. 5-års overlevelsen.

1963-65	179	25	13.9%
1966-68	283	26	9.2%
1969-71	311	24	7.7%
1972-74	369	23	6.2%
<hr/>			
f = 3, $\chi^2 = 8.8070$ p < 0.05			

Det er vanskeligt at give en forklaring på dette fald. Patienterne er blevet ældre, de mer end 70-årige udgjorde i starten godt 10% i sidste periode næsten 40. Der kom en betænkning om ophør af gruppeundersøgelser på tuberculosestationer i 1973, og i 1975 kom så "Lov om ændring af lov om foranstaltninger til tuberkulosebekæmpelse". Aftrapningen af gruppeundersøgelser på tuberculosestationerne var begyndt først i 70-erne. Undersøgelserne af voksne mænd/kvinder gik ned fra 231/210 pr 100.000 i 1971 til 93/117 pr 100.000 i 1978 (44). Dette fald kan højst have indflydelse på sidste periode. En stærkt faldende procentdel af amtets tilfælde blev primært indlagt på den thoraxkirurgiske afdeling med årene, andre må have overtaget diagnostik og afgørelse om operationsindikation, men om det har betydet noget er uvist.

Faldet fortsatte i de følgende år, og samme forhold gjaldt hele landet. Der er blevet gjort et stort arbejde for at bedre den kirurgiske behandling af lungecancer, bl.a. initieret fra afdelingen i Odense af Kurt Andersen (45). (46).

Summary

Hans Rahbek Sørensen

The First Decades of Danish Lung Cancer Surgery

The paper describes the first decades in Danish lung cancer surgery. The pioneers were Erik Husfeldt, Head of the Department of Thoracic Surgery at Rigshospitalet and Tage Kjær, Head of the municipal Department of Thoracic Surgery, Øresundshospitalet Copenhagen. Up-to-date operative treatment depended on early diagnosis which required education of the general public and cooperation with other medical specialities, especially tuberculosis out-patient clinics.

The results in a geographical region demonstrated that surgery had an effect on 5-year survival, but the problem of lung cancer deaths could not be solved by surgery alone, due to the increasing number of new cases.

The second generation of thoracic surgeons were educated by the pioneers, but they were also fully trained in general surgery. New departments were established in local hospitals, whose catchment areas were too small. Therefore, for many years the surgical activity of these departments was not confined to thoracic surgery. The establishment, activities and results of one of these new departments are described. The question remains: When can we tell a lung cancer patient that he has been cured by the operation? The answer according to a cautious estimate is: After fourteen years.

Litteratur

1. Graham EA. Some aspects of bronchogenic carcinoma. *Ann Roy Coll Surgeons England* 1; 1947; 248-64.
2. Husted, E. & Biilmann, G. Primary cancer of the lung. *Acta path et microbiol Scandinav* 1937; 14: 141-196.
3. Møller AV, Räschou F. Den tidlige diagnose af det primære bronchiogene carcinom. *Ugesk læger* 1949; 111: 293-302.
4. Winge K. Om det bronkogene carcinom. *Ugesk læger* 1949; 111: 302-7.
5. Churchill ED, Sweet RH, Soutter L, Scannell JG. The surgical management of carcinoma of the lung. *J Thor Surg* 1959; 20: 349-58.
6. Ocshner A, DeBakey M, Dixon JL. Primary cancer of the lung. *JAMA* 1947; 135: 321-7.
7. Sellors TH, Cruickshank G, Billimoria BR. Carcinoma of the lung. *Lancet* 1947; 253: 119-21.
8. Brock RC. Bronchial cacinoma. *Brit Med J* II; 1948: 737-9.
9. Mason GA. Cancer of the lung. Review of a thousand cases. *Lancet* 1949; 257: 587.
10. Björk VO. Bronchogenic carcinoma. *Acta chir Scandinav* 1947; suppl 123.
11. Wiklund T. Bronchiogenic carcinoma (disp) *Acta chir Scandinav Suppl.* 162, 1951.
12. Sørensen H Rahbek & Therkelsen F. Clinical features of operable and inoperable bronchogenic carcinoma. *Acta chir. Scandinav* 1952; 103: 70-80.
13. Courmand AR, Riley A, Himmelstein A, Austrian. Pulmonary cirulation. *J Thor Surg* 1950; 19: 80-116.
14. Peters R, Ross A, Black H, Burford T, Graham E. Respiration and circulation studies after pneumonectomi in childhood. *J Thor Surg* 1950; 20: 484-93.
15. Therkelsen F, Sørensen H Rahbek, Götzsche H. & Georg J. Investigations into pulmonary circulation and respiration following pneumonectomy. *Acta med Scandinav.* 1952; Suppl. 266: 919-923.
16. Therkelsen F & Sørensen H Rahbek. Diagnosis, determination of operability and differential diagnosis in bronchogenic carcinoma. *Acta Chir. Scandinav.* 1953; 106: 1-23.
17. Møller PF. The value of roentgen examination in the diagnosis of lung cancer. *J Fac Radiologist* 1950; 2: 102.
18. Therkelsen F. On pneumonectomy and lobectomy for pulmonary carcinomas with particular reference to the complications. *Acta chir Scandinav.* 1951; 101: 472-483.
19. Allison PR. Intraperitoneal approach to the lung root in bronchial carcinoma by dissection pneumonectomy. *J Thor surg* 1946; 15: 99-117.
20. Sørensen H Rahbek & Therkelsen F. Late results following pneumonectomy and lobectomy for bronchogenic carcinoma. *Acta chir. Scandinav.* 1955; 108: 375-92.
21. Ferland LD. Pulmonary carcinoma. *Arch kir neerl* II 1950: 213-45.
22. DeBakey M, Oschner A, DeCamp PT. Primary carcinoma of the lung. *Surgery* 1952; 32: 877-91.
23. Sørensen H Rahbek & Therkelsen F. Treatment of lung cancer. Indications and results. *Acta chir. Scandinav.* 1956; 111: 239-250.
24. Clemmesen J, Busk T. On the apparent increase in the incidence of lung cancer in Denmark. *Brit J Cancer* I; 1947: 253-9.
25. Clemmesen J, Nielsen A, Jensen E. Mortality and incidence of cancer of the lung in Denmark and some other countries. *Acta union internationale contre le cancer* 1953; 9: 603-35.
26. Hansen JL, Poulsen T & Sørensen H Rahbek. Surgical treatment of lung cancer in Copenhagen. *Acta chir. Scandinav.* 1955; 109: 184-187.
27. Hansen JL, Kjaer T. Fremskridt i resultaterne ved behandling af lungecancer. *Ugesk læger* 1953; 115: 836 -41.
28. Smidt CM. Lungcancerens diagnose (disp). København 1957.
29. Kjaer T, Smidt CM & Sørensen, H

- Rahbek. Diagnostic problems and results of treatment of lung cancer: Experience of some Danish surveys. *Tubercle* 1958; 39: 216-25.
30. Thomas Sir Clement Price. Lobectomy with sleeve resection. *Thorax* 1960; 15: 9-11.
 31. Sørensen H Rahbek. Die Bedeutung bronchoplastischer Eingriffe für die Therapie des Bronchial-Karzinoms. *Thoraxchirurgie* 1972; 20: 274-7.
 32. Andersen B, Hansen JB, Pedersen SA. Operativ virksomhed ved danske sygehuse. Enquete. Dansk kirurgisk selskab. København 1968.
 33. Holbråd L. & Thybo E. Treatment of lung cancer in a Danish county. A 15 year material from a geographically limited area. *Acta chir Scandinav.* 1966; Supl. 256: 163-170.
 34. Beck-Nielsen J, Sørensen H Rahbek & Alstrup P. Atrial fibrillation following thoracotomy for non-cardiac diseases in particular cancer of the lung. *Acta med Scandinav.* 1973; 193: 425-9.
 35. Alstrup P. Investigations into respiratory and haemodynamic changes following pulmonary surgery. Disputats, pp 183. Odense University Press – 1974.
 36. Fabricius J, Andersen F & Sørensen H Rahbek. Pressure measurement in the pulmonary circulation during mediastinoscopy. In "Mediastinoscopy". Eds Otto Jepsen & H Rahbek Sørensen. Odense University Press. 1971. Pp 119-121.
 37. Sørensen H Rahbek. Resectability of bronchogenic carcinoma. In *Mediastinoscopy*. Eds. Otto Jepsen & Hans Rahbek Sørensen. Odense University Press 1971. Pp 26-30.
 38. Sørensen H Rahbek, Lund C & Alstrup P. Survival in small cell lung carcinoma after surgery. *Thorax* 1986; 41: 479-482.
 39. Svendsen V & Sørensen H Rahbek. Kirurgisk behandling af dobbeltsidig lungecancer. *Ugeskr læger* 1970; 132: 369-372.
 40. Sørensen H. Rahbek. Pulmonary neoplasm with cerebral metastasis. *J Thorac Surgery (Diskussionsindlæg)* 1976; 72: 697.
 41. Belcher JR, Reehan M. Late deaths after resection for bronchial carcinoma. *Br J Dis Chest* 73; 1978: 18-30.
 42. Sørensen H Rahbek. Long-term survival and cure in lung cancer. *Thorac. Cardiovasc. Surgeon* 1982; 30: 292-3.
 43. Hill AB, Doll R. Lung carcinoma and tobacco *Brit M J* 1:1956; 1160-63.
 44. Horwitz O & Iversen E. Tuberculosen i Danmark: Status og projektion. *Medicinalstatistiske meddelelser* 1979; 5.
 45. Haahr PE, Andersen LI, Andersen K et alii. Behandling af lungecancer i Danmark 1982-1986. *Ugeskr læger* 1991; 153: 1652-5.
 46. Andersen K. Kirurgisk behandling af lungecancer. *Ugeskr læger* 1991; 253:2193-4.

“...et eller andet Kjendtskab til Lægekonsten”

Kort oversigt over to alternative behandlingsmetoder i Island

Af Sigrður Svana Pétursdóttir

Island i året 1850 var en del af det danske rige, og medicinalloven fra 1672 og kvaksalverforordningen fra 1794 gjaldt i Island. Dengang boede der knapt 60.000 mennesker i landet, og 8 læger skulle tage vare på deres helbred. Hvis man tager Islands geografiske størrelse i betragtning, og at det til tider er næsten ufremkommeligt, er det klart, at Islands beboere måtte sætte sin tillid til de “Kloge Folk”. Den danske læge Peter Anton Schleisner skrev, efter et ophold i Island i årene 1847-1848: *“Efter hvad jeg kort iforveien har anført om Mangelen paa Lægehjelp, som i denne spredte Befolkning bliver i høi Grad følelig, vil det ikke forundre En at høre, at Qvaksalveriet paa Island er udviklet i en Grad, som vistnok paa faa Steder i Europa. Man kan gjerne sige, at ligesom enhver Islænder er sin egen Smed eller idetmindste forstaaer at beslaae en Hest, saaledes er ogsaa Enhver sin egen Læge, eller har dog et eller andet Kjendtskab til Lægekonsten”*. (1)



Fig. 1.
P. A. Schleisner



Fig. 2 En islandsk gård omkring 1850 fra Schleisner (1)

Lægerne var selv indforstået med dette, så man kan sige, at mellem dem og de kloge folk herskede fred og endog godt samarbejde.

Under hensyntagen til lægemangelen og den store udbredelse og tiltro til de kloge folk kan det ikke undre, at befolkningen blev begejstret, da præsten Magnús Jónsson i Nord-Island begyndte at praktisere homøopati omkring 1850. Den nye terapi blev godt modtaget, og lige fra starten var Magnús's praksis meget stor. Han blev også opsøgt af nogle nærboende præster, som fik undervisning i homøopati af Magnús. Det kan også ses, at præsterne lærte homøopati videre til familie og venner. På kort tid voksede det til en betydelig gruppe homøopater, som virkede i Island. (2)

Homøopati vinder indpas

I Altinget vedtog man hurtigt, at homøopati var et godt alternativ til mangelen på læger, og at homøopaterne burde forsvares. I 1855 blev der i Altinget fremlagt forslag til ændringer af kvaksalverforordningen, hvori straffebestemmelserne skulle forstærkes, og tingmændene skulle beslutte, om denne ændring også skulle gælde for Island. De fleste mente, at medmindre der blev fremskaffet flere læger, kunne forordningen ikke anses for gyldig i Island. Af denne grund blev resultatet, at forordningen ikke skulle være gældende i Island. (3)

Hvis nogen skulle være i tvivl om, hvorledes sager vedrørende ulovlig lægepraksis skulle blive behandlet, blev det snart klart, at de islandske myndigheder var parat til at støtte sagen i praksis. En af de største forsvarere for homøopati var amtmanden i Nord- og Øst-landet. I 1856 klagede apotekeren i Akureyri (på Nordlandet) over homøopaternes ulovlige salg af medikamenter. Amtmanden pegede da på, at en retssag imod homøopaterne ville ligeså lidt lede til domfældelse af disse som af de andre kvak-salvere, medmindre de "...*maatte kunne overbevises om grove Misgreb*". Det ville snarere bidrage til homøopatiens udbredelse i landet (4). Vedrørende medikamenterne og ulovlig salg af disse pegede amtmanden på, at det stod enhver frit "...*fra Udlandet at anskaffe sig et Husapothek af disse Midler til eget Brug*..." Der kunne ikke være tale om at drage nogen til ansvar, blot fordi han var i besiddelse af sådanne midler, men kun hvis han handlede med disse (5). Justitsministeriet gav amtmanden ret, og det angav rammerne for, hvorledes fremtidige sager skulle behandles.

Et eksempel herpå er, at en homøopat i Syd-Island i 1877 blev anklaget i en sag, hvor en mand døde, efter at homøopaten havde aflagt sygebesøg og givet nogle medikamenter. Alle vidner (og selvfølgelig også homøopaten) hævdede, at homøopaten næsten var blevet tvunget til at besøge den syge, og at han gang på gang havde prøvet at få de involverede til at søge en læge. Hvad medikamenterne angik, havde homøopaten hverken anmodet om - eller fået - nogen betaling. Homøopaten fik ikke nogen dom, men han blev advaret om ikke at praktisere, når man kunne få fat i en læge (6). Det må også påpeges at det islandske samfund var lille, og studier i homøopatens sygejournal, som eksisterer for årene 1876-1877, viser, at dommeren i sagen havde besøgt ham som patient i 1876. Homøopaten skrev i sin bog om dommerens sygdom: "*Hjertet lidt for stort men ikke klapfejl*." (7)

Endnu en sag fulgte året efter, hvor lægen og apotekeren i Reykjavík fik toldmyndighederne til at beslaglægge medikamenter som en homøopat i Vest-Island fik sendt fra udlandet. Ved nøjere undersøgelse fandt man spiritus blandt medikamenterne, men som bekendt bruger homøopater blandt andet spiritus i fremstillingen af deres medikamenter. Homøopaten fik 6 kr. i bøde for ikke at opgive spiritusen og han skulle betale 2 kr. i told, men han gik videre med sagen. Han anklagede lægen og apotekeren for ulovlig beslaglæggelse og hævdede at medikamenterne var til hjemmebrug. Sagen sluttede med at lægen og apotekeren måtte betale næsten 200 kr. i erstatning til homøopaten, og de skulle også betale sagsomkostningerne på 6 kr. (8)

Efter disse sager syntes både befolkningen og myndighederne, at noget måtte der gøres for at forhindre affærer som disse. 1879 blev der således i Altinget fremlagt et lovforslag, der gik ud på at homøopati skulle tillades. De, som ville praktisere, skulle søge tilladelse hos deres sognefoged, og sådan en tilladelse skulle koste 20-100 kr. Lovforslaget blev vedtaget i Tin-

get, men der krævedes derudover en underskrift fra Kongen, som imidlertid ikke gav sit samtykke. (9)

I 1883 blev sagen igen forelagt i Altinget i form af ændringer af forordningen fra 1794, hvor straf og bøder skulle formindskes i de islandske straffelove. Ændringerne blev accepteret og blev til lov i 1884, dog med en væsentlig ændring; straf blev kun brugt, hvis det kunne påvises, at de kloge folk havde skadet nogen med deres lægegerninger (10). Med denne ændring af forordningen kan det siges at *de facto* kunne hvem som helst praktisere medicin; det blev pålagt anklagemyndigheden at bevise at der var sket en skade, hvilket kunne være svært. Man kan næsten fortolke loven som autorisation af homøopaterne (11).

Vandkurmetoden forsøges indført

I året 1855 blev Jón Jónsson Hjaltalín landphysikus i Island. Hjaltalín bør være danskerne vel bekendt, eftersom han var stifter af og første overlæge ved Klampenborg Kurbadeanstalt. Selv om resultaterne på Vandkuranstalten ikke svarede til Hjaltalíns forventninger, var han dog overbevidst om vandterapiens gode virkninger (12). Da Hjaltalín blev landphysikus i 1855, havde homøopatien allerede på kort tid fået stor succes, og der var allere-

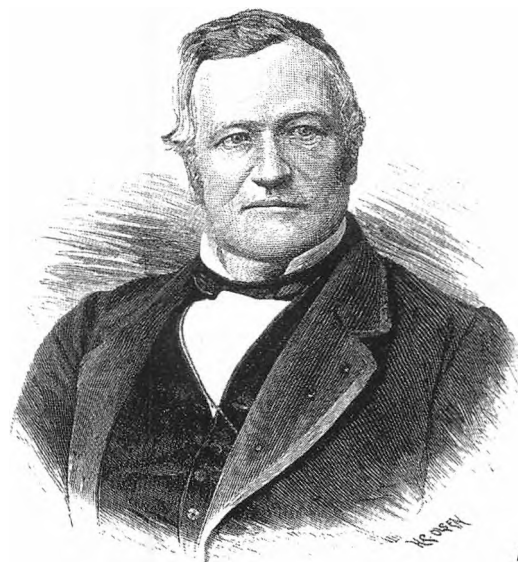


Fig. 3. Jon Hjaltalin

de nogle udover pastor Magnús Jónsson, der var begyndt at praktisere homøopati. Der gik ikke lang tid efter Hjaltalíns indsættelse i embedet, før han startede en kamp mod homøopaterne med adskillige artikler i blade og brochurer. Dette tjente imidlertid ikke andet formål, end at de, som ikke endnu havde hørt om den nye terapi, nu fik alt at vide om den, og sandsynligvis medvirkede det til større udbredelse af homøopationen. Denne storm varede kun i to år. Der var jo andre vigtige sager, som landphysikus, skulle tage sig af, således var Hjaltalín af Kongen blevet udnævnt til at sidde i Altinget i 1859, hvor han sad indtil 1881 kort før sin død i 1882.

Vandkurmetoden blev ikke indblandet i debatten om homøopationen, og Hjaltalín brugte andre metoder for at gøre den kendt blandt befolkningen. Han var utrættelig i sin iver for at pege på dennes gode virkning ved sygdomme som difteri og strubehoste, tyfus (13) og barselsfeber (14). I Altinget kæmpede Hjaltalín blandt andet for at få flere lægeembeder. Han pegede gang på gang på, at hvis man skulle kunne håbe på at formidske kvaksalveriet, måtte man have flere læger. Fra 1824 blev de islandske lægestuderende uddannet i København, men Hjaltalín kæmpede for også at få oprettet en lægeskole i Island. Han påbegyndte en lægeuddannelse i 1860 og i 1862 vedtog Altinget den medicinske uddannelse i Island. Som den eneste lærer underviste han de lægestuderende, indtil 1876, hvor den egentlige islandske lægeskole blev oprettet. I den tid Hjaltalín stod for lægeuddannelsen, uddannede han 13 læger. Den flittige Hjaltalín gjorde meget for at undervise i vandkurmetoden i faget sundhedslære (15).

Homøopatens forhold til den traditionelle folkelige lægekunst.

Under diskussionen af lovforslaget fra 1879 pegede nogle af tingmændene på, at det jo var nødvendigt, at ansøgere kunne vise, at de var kvalificerede til arbejdet. Efter nogen diskussion blev der enighed om, at de som ville praktisere homøopati skulle kunne demonstrere at de talte dansk (16). Det kan synes underligt, men i begyndelsen måtte de, som ville lære den nye metode, forstå dansk og/eller tysk, eftersom der i Island kun fandtes bøger om homøopati på disse sprog. Udover familier og venner søgte almuen også snart de første homoøpater/præster for at få undervisning. Præsterne foreslog da som oftest, at vedkommende først studerede tysk og dansk, men i året 1882 oversatte Magnús Jónsson sammen med en anden præst en håndbog i homøopati til islandsk (17). Fra nu af var der intet til hinder for, at hvem som helst kunne skaffe sig homøopatiske medicin og begynde at praktisere efter homøopatens metoder. En kvinde som boede i Breiðafjarðarøerne ved vestkysten af Island fortalte således, at der ingen var læger på øerne, hvorfor det var meget svært at få lægehjælp. Kvinderne på øerne prøvede at hjælpe sig selv ved at læse lægebøger og købe de nødvendige af de lægemidler, som blev omtalt i bøgerne.

To år efter at den homøopatiske håndbog udkom, blev der udgivet en konventionel, eller som det hed dengang, allopatisk medicinsk håndbog. Mange kvinder købte også denne håndbog, og de fleste havde derefter et lille husapotek hjemme. Mange hjem var nu forsynet med både homøopatiske og allopatiske lægemidler (18). Det samme kan man også se i de få retssager, der blev holdt over de kloge folk - de erkendte at have praktiseret såvel homøopati som allopati.

Hjaltalín var nærmest den eneste som protesterede mod homøopaterne på Altinget, og han pegede vidt og bredt på, at det ikke gik an, at hvem som helst kunne praktisere homøopati. Der burde være en garanti for, at de, som gav sig ud for at være homøopater, havde en vis viden om medicin. Han pegede på, at det ville være muligt at uddanne homøopater, så de fik en viden inden for dette område, og disse personer kunne så få lov til at praktisere deres lægekundskab (19).

Der blev ikke lyttet til Hjaltalíns ord, og Altinget gav homøopaterne forskellige privilegier. I diskussionerne om lovforslaget havde en af tingmændene peget på, at man var ved at dele de kloge folk i to grupper, nemlig dem, som praktiserede homøopati, og dem, som praktiserede lægekundskab i den vestlige videnskabs ånd (20). Det er ikke underligt, at de fleste kloge folk optog homøopati i større eller mindre grad, så de kunne benytte sig af de privilegier som regeringen tillod homøopaterne. Det medførte, at der altid ville blive tvivl om, hvorvidt de praktiserede den rene homøopati. Det er mere sandsynligt at den homøopatiske medicin og forskellige andre tidligere metoder i lægekunsten blev sammenblandede.

Fremkomsten af den moderne lægekunst.

Kort efter 1880 begyndte lægekunsten at ændre sig i den retning, som vi nu kender. Man fik bevis for, at infektioner var overførbare, og miasmateorien, d.v.s. at smitte overførtes fra luften, blev nu endelig skrinlagt. Hjaltalín døde i 1882, og året efter blev danskeren Hans George Schierbeck ansat som landphysikus i Island. Schierbecks ansættelse kom på samme tid som de store forandringer, som lægevidenskaben gennemgik på dette tidspunkt. De islændinge, som studerede i København, fulgte godt med i disse ændringer og syntes det ville være positivt for den medicinske praksis i Island, at de nye strømninger fik indpas. Schierbeck indførte efterhånden den "nye lægekundskab" (21). Organiseringen af læger var også i den største del af landet ved at være nogenlunde god nok. I 1900 var der efterhånden blevet oprettet hele 42 lægedistrikter.

Der var ikke meget nyt om de kloge folks sag i Altinget i årene fra 1884 og helt til 1911. Det år blev der fremlagt et lovforslag til en ny lægelov, som skulle afløse alle de foregående love, og som mere var i takt med både de nye tider og den ændrede lægekundskab. Loven måtte forventes at vil-

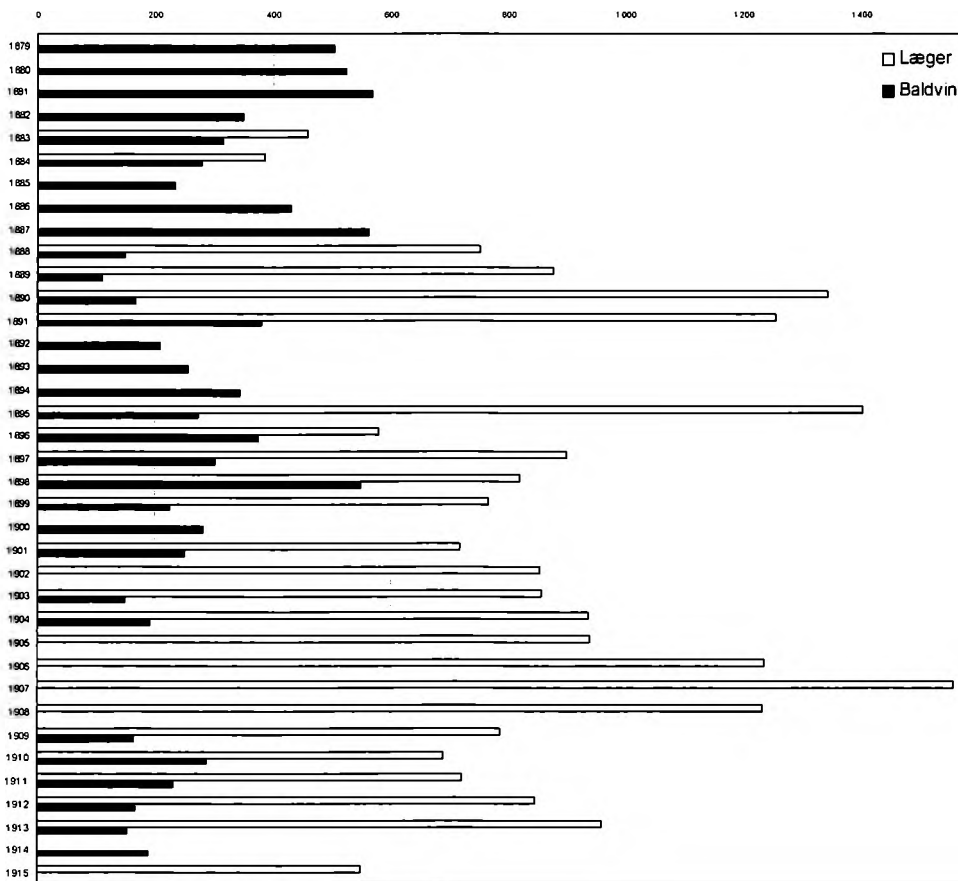
le medføre, at befolkningen, herunder homøopaterne, ville protestere kraftigt mod, at det kun var uddannede læger, der måtte praktisere som læger. En komité blev nedsat for at behandle sagen, og efter samråd med landphysikus blev der tilføjet til forslaget, at homøopati skulle godkendes. Homøopaterne blev undtaget fra al autorisation. De behøvede overhovedet ikke at skulle bestå nogen eksamen, og de kunne købe deres medicin i landets apoteker. Landphysikus fik dog lov til at forbyde dem at praktisere homøopati, hvis de brød sundhedsvedtægterne (22).

Det er forunderligt, at landphysikus var med til at inkludere homøopaterne i lovforslaget og dermed acceptere deres behandlinger, men for årene 1907 til 1910 havde han opgjort de Kloge Folks antal, der gik stærkt ned fra 53 i 1907 til 37 i 1910 (23). Landphysikus var sandsynligvis af den mening, at de ville forsvinde af sig selv. Endnu en ny lægelov blev indført i 1932, hvorefter kvaksalveri blev fuldstændig forbudt, men fra 1911 til 1932 kunne hvem som helst praktisere homøopati i Island.

Det blev snart klart at landphysikus havde ret i sin formodning. Trods særdeles gunstige lovbestemmelser blev homøopaterne stadig færre. Grunden dertil skal sandsynligvis findes i, at der ikke blev stillet krav hverken til uddannelse eller kontrol af homøopaterne. De var næppe noget realistisk alternativ, nu da lægekundskaben var begyndt at vise resultater. Homøopati forsvandt stort set fra det islandske lægemarked, og indtil for få år siden var der kun få islændinge, der kendte til homøopati. Ordet homøopat blev næsten indskrevet i det islandske sprog som et andet ord for kvaksalver (24). På den anden side må det dog fremhæves, at der var undtagelser og at der var nogle homøopater i årene 1850-1920, som udfyldte et behov og virkelig var et realistisk alternativ til lægerne.

Vurdering af homøopatiens og vandkurmetodens indflydelse på sundhedstilstanden

Til sidst vil jeg prøve at vurdere indflydelsen af disse to metoder på lægebehandling og folkemedicinen i Island. I de år man praktiserede homøopati, og endog efter århundredeskiftet 1900, var lægebehandlinger hos uddannede læger præget af såkaldt "heroisk medicin". Store medicindosis og åreladninger har uden tvivl voldt skader på mange mennesker. Åreladninger er ikke en del af den homøopatiske behandling og medicamenterne var meget svage. Med den viden, man har i dag, kan man sige, at det var et gode, at en stor del af de kloge folk holdt op med at efterligne de uddannede lægers metoder - satte åreladningskniven til side og begyndte at bruge homøopatisk medicin. Der var ikke en stor fare for, at de ville forvolde skader med de svage homøopatiske medicamenter; medens medicindosering i henhold til den anerkendte lægevidenskab ofte kunne være farlig, især for amatører. Homøopatiens popularitet i årene 1850 til 1880-90



1. Patienttal fra lægerne i Húsavík, Suður-Þingeyjarsýslu og fra Baldvin Sigurðsson, Garði, Aðaldal, Suður-Þingeyjarsýslu.

Þí SL, D, DI+II. Ársskýrslur lækna (Medicinalberetninger). 12. læknishérað/-Húsavíkurhérað, 1882-1915.

Heimildir í einkaeign. (Private kilder). Sjúklingabækur Baldvins Sigurðssonar. Janúar 1879 - desember 1914

kan tildels forklares ved, at befolkningen var glad for at blive fri for lægernes "voldsomme" behandlinger, hvortil kommer, at der ofte ikke var læger til rådighed. De kloge folk var de eneste, som folk havde adgang til.

Noget andet gælder tiden efter 1880-90. Det lykkedes Schierbeck på kort tid at indføre de ændringer, som skete indenfor lægevidenskabten. Denne

ændring kan man måske bedst forstå, når man sammenligner antallet af patienter hos en homøopat i det nordlige Island og hos lægerne i nabola- get. Homøopaten, Baldvin Sigurðsson, var en af dem, der fik undervisning hos præster i Nord-Island, blandt andet hos førnævnte pastor Magnús Jóns- son, og i Baldvins sygejournaler kan man se, at han udelukkende prakti- serede homøopati.

Sygejournalerne begynder i 1879, hvor der ikke var nogen læger i nærhe- den. I 1882 blev det første lægeembede oprettet på egnen, men homøo- pathens patienttal faldt kun lidt i de første år efter lægens ankomst. I janu- ar 1887 døde lægen og efterfølgeren ankom først samme efterår. Fra det tidspunkt kan man også mærke voksende tillid til medicinen og lægerne. Omkring året 1900 blev der oprettet endnu to lægeembeder i nærheden, og herefter kan man næppe sige, at der var lægemangel, hvor homøopaten boede. Homøopatens patienttal faldt efter 1887, men han beholdt dog altid en vis gruppe patienter, hvilket igen fortæller at der muligvis altid er en marked for et eller andet alternativ til lægekunsten. Således kan man se, at i årene efter epidemier i egnen forhøjedes homøopatens patienttal. Fra sygejournalerne kan man se, at en stor del af dem, der kontakter homøo- pathen har haft det lidt dårligt lige fra de fik kighosten, mæslingerne eller andre af de sygdomme, der gik som epidemier i året eller årene forud. Det vil formentlig sige, at de havde lidt af komplikationer til disse sygdomme, uden at lægerne havde kunnet kurere dem. De konsulterede derfor Bald- vin i det håb, at han havde midler og mediciner, som lægen ikke havde.

Vandkurmetoden kom, til forskel fra homøopatien, aldrig meget på tale, når det handlede om lægekunst og behandling. Det kan dog fastslås at vand- kurmetoden vandt indpas blandt de islandske læger, og det synes at vare helt fra tiden, hvor Hjaltalín blev landphysikus og til godt ind i det tyvende århundrede. Som bevis på dette blev der udgivet en ny detaljeret takstliste for læger i 1908. Iblandt de mange lægeoperationer, der blev nævnet, koste- de en vandkur-behandling 1 kr. (25). Det kan næppe tænkes, at denne er kommet ind i prislisen, uden at de islandske læger ofte brugte vandkuren.

Jón Hjaltalín var helt utrættelig i at fremhæve, både i tale og skrift, at vand både indvortes og udvortes var godt imod de fleste sygdomme. Såvel hans som de andre lægers prædiken om at bruge vand har sikkert med- virket til at lære folk renlighed.

Det er muligt, at man kan erkende den voksende renlighed på en indi- rekte, men meget effektiv måde. En ny undersøgelse af børnedødelighe- den i Island viser, at børnedødeligheden i Island længe var meget høj i sammenligning med andre lande i Nord-Europa. I 1870 begyndte den islandske børnedødelighed at falde meget brat og i begyndelsen af det 19. århundrede var den kommet på ned på samme niveau som de andre nor- diske lande. Det har været svært at forklare hvorfor denne ændring blev så markant afgørende i Island og hvorfor denne nedgang i dødeligheden hos spæde børn begyndte omkring 1870 d.v.s. ti år før end lægevidenskaben

udviklede forebyggende metoder og effektiv sundhedsstyring (26). En af forklaringerne kunne være, at Hjaltalíns vandkurmetode og den renlighed, som fulgte med kuren, havde medført denne udvikling. Hvis det er rigtigt, var vandkurmetoden en velsignelse for det islandske samfund. På denne baggrund vil jeg påstå, at begge disse alternative terapier på hver sin måde har haft en god indflydelse på det islandske samfund.

Summary

Sigríður Svana Pétursdóttir

Some Knowledge to the Art of Medicine

- A Short View over Two Alternative Methods in Iceland

Homeopathy was taken up by a vicar in Northern Iceland around 1850 and was very well received right from the beginning. Soon other lay-men and folk-healers took up homeopathy, either partly or entirely, and their practice expanded quickly. Hydrotherapy was brought to the country at about the same time as homeopathy, but it was brought by a physician, Jón Hjaltalín, who became Director General of Public Health in Iceland in 1855. He introduced the method to other physicians by his teachings and to the public in his writings. By his untiring preachings about the benefits of water he most likely got the public to think and act about hygiene sooner than they would have done otherwise. Regarding homeopathy, Dr. Hjaltalín tried repeatedly to point out that those who wanted to practice it, had to have some qualifications but both the population and the authorities saw that as unnecessary and the Icelandic parliament (Altinget) sided strongly with the homeopaths, even to the point of taking a stand against the physicians. The parliament tried to legalise homeopathy and in 1911 it passed a law that made it legal for anybody to practice homeopathy. No licence or proof of qualification was demanded. The result was that almost every folk-healer took up homeopathy, to a lesser or greater degree, with or without much knowledge of the method. A comparison of the number of patients who visited a homeopath and a local doctor in the same area show that as soon as a doctor became easily accessible, and medicine became better and safer, patients preferred the doctor to the homeopath. The numbers also show that the homeopath always kept a number of patients, indicating that there may always be a market for some alternative to doctors.

Litteratur

1. Schleisner, P.A., *Island undersøgt fra et lægevidenskabeligt Synspunkt*. København, 1849, s. 171.
2. Om homöopatiens og vandkurens tilkomst og udbredelse i Island se: Sigurður Svana Pétursdóttir, "Sjúklingum er sama hvaðan bati kemur. Alþýðulækningar fram til 1920". M.A. ritg. í sagnfræði við H-skóla Íslands í júní 2001 (utrykt, *Nationalbibliotek-Universitetsbibliotek*).
3. *Tíðindi frá Alþingi Íslendinga* (1855).
4. *Löusamling for Island*, 16. bd., s. 202.
5. *Löusamling for Island*, 17. bd., s. 59.
6. ÞÍSkSS, *(Þjóðskjalasafn Íslands (Det Islandske Nationalarkiv). Skjalasafn Sýslumanna og Sveitarstjórna)* Rvk. VI. 19. Aukadómsmálab. bæjarfög, Rvk. 1876-1878. 2. marts B 16. juli, 1877.
7. *Ibs. (Handritadeild Landsbókasafns-Háskólabókasafns Nationalbibliotek-Universitetsbibliotek)*.) 950 fol. Sjúkdómabók Magnúsar AndrÉssonar.
8. ÞÍSkSS. Rvk. VII. 6. Dómabók Rvk. 1873-1880, s. 146-148 og 160-164.
9. *Alþingistíðindi* (1879).
10. *Alþingistíðindi* (1883).
11. Einar Arnórsson, "Skottulækningar í íslenzkum lögum", *Tímarit lögfyrðinga* III (1953), s. 226-254. se s. 232-233.
12. Se Berthelsen, I.S., *Blade af Klampenborg Badeanstalts Historie*. København, 1895 og Haarmark, Bodil, "Vandterapi", *Bibliotek for læger*, 4 (2000).
13. Jón J. Hjaltalín, *Barnaveikin og tau-gaveikin*. Akureyri, 1866.
14. Jón J. Hjaltalín, *Barnsfarasóttin (Febris Puerperalis) í öllum hennar tegundum*. Reykjavík, 1865.
15. Vilmundur Jónsson, "Upphaf ígerðavarna og við þeim tekið á Íslandi", *Lækningar og saga. Tíu ritgerðir*. II. bd. Reykjavík, 1969, s. 527.
16. *Alþingistíðindi* (1879).
17. Hirschel, Bernard, *Homöopapísk lækningabók eða leiðarvísir í meðferð sjkdóma banda leikmönnum*. Akureyri, 1882.
18. *Barðstrendingabók*. Kristján Jónsson bjó undir prentun. Reykjavík, 1942, s. 297.
19. *Alþingistíðindi* I (1873), s. 48. Se også Jón J. Hjaltalín, *Heilbrigðistíðindi*, feb. (1879), s. 16.
20. *Alþingistíðindi* II (1879), s. 152-153.
21. Magnús Jónsson, *Saga Íslendinga, 1871-1903*, 9. bd. Reykjavík, 1958, s. 71-78.
22. *Alþingistíðindi* (1911).
23. Guðmundur Björnsson, *Skýrslur um heilsufar og heilbrigðismálefni á Íslandi 1907 og 1908*, Reykjavík, s. 3 og Guðmundur Björnsson, *Skýrslur um heilsufar og heilbrigðismálefni á Íslandi 1909 og 1910*, Reykjavík, s. 6.
24. Íslandsk orðbog definerer ordet homöopat som "ulærð læge, kvaksalver". *Íslensk orðabók banda skólum og almenningi*. Ritstj. Árni Böðvarsson. Reykjavík, 1963, s. 265. Se også sporgeskema: *Þjóðminjasafn Íslands. (Nationalmuseet)*. Þjóðháttadeild. Gömul læknisráð, spurningaskrá 85.
25. *Stjórnartíðindi* B (1908), s. 4.
26. Loftur Guttormsson, Ólöf Garðarsdóttir og Guðmundur Hálfðanarson, "Ungharna- og barnadauði á Íslandi 1770-1950. Nokkrar rannsóknarniðurstöður", *Saga* 39 (2001), s. 51-107, se især graf side 62.

Fru Popp - og alle de andre

De første patienter indlagt på Københavns Kommunehospital den 19. september 1863

*Af Jeanne G. Christensen,
Erik Dauv-Pedersen & Henrik Permin*

Midt i København på Øster Farimagsgade over for Botanisk Have ligger et af byens mest imponerende bygningsværker. Disse bygninger rummede indtil den 30. april 1999 Københavns Kommunehospital, hvor tusindvis af patienter har passeret gennem portene [Fig. 1]. Står man foran Kommunehospitalets imponerende porte, skal der ikke megen fantasi til at forestille sig, hvor højtideligt det må have været den 19. september 1863, hvor de blev officielt åbnet, og den første patient trådte ind i Hospitalet. Men hvem var denne første patient?

Fig. 1. Opførelsen af Kommunehospitalet i 1863 var blandt de største bygningsprojekter, om ikke det største, som Københavns Kommune indtil da havde kastet sig ud i. I størrelse kom det til at svare til kongeslottet Christiansborg. I 14 dage før den officielle åbning den 19. september blev der holdt åbent hus så byens befolkning kunne komme og se det ny hospital.





Fig. 2.
Enestuerne, her afbilledet omkring år 1900, har ikke numre som fællestuerne med bogstavs-betegnelse. Mændenes gang betegnede Litra F og kvindernes Litra G. Stuerne blev angivet ved et bogstav. Officiantgangene fungerede indtil 1958.

Fru Popp

I følge Jubilæumsskriftet udgivet ved Kommunehospitalets 125 års jubilæum i 1988 er hospitalets første patient enkefru Poll fra Knabrostræde, som den 19. september kl. 10 bliver indlagt på 1. afdeling med et skinnebenssår (2). Men i hospitalets patientdagbog, hvori man registrerer de indkomne patienter, findes ingen enkefru Poll, men derimod en enkefru Popp der blev registreret som patient nummer 73 af de i alt 89 indkomne.

Fig. 3.

I 1870 udgav Københavns Kommune tegningerne fra byggeriet af Kommunehospitalet. Herfra stammer denne oversigtsplan over hospitalets 1. sal. Officiantgangene ses i hovekompleksets mellemfløje beliggende mellem centralgården og haverne. (Københavns Stadsarkiv)

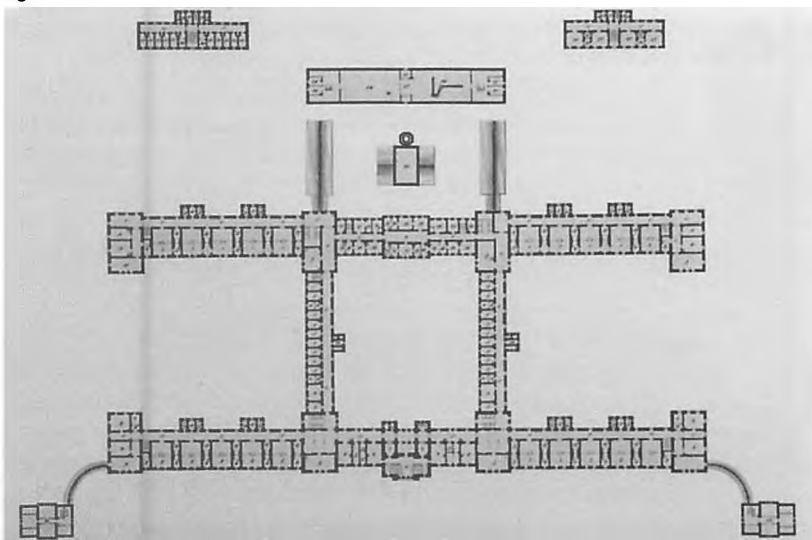
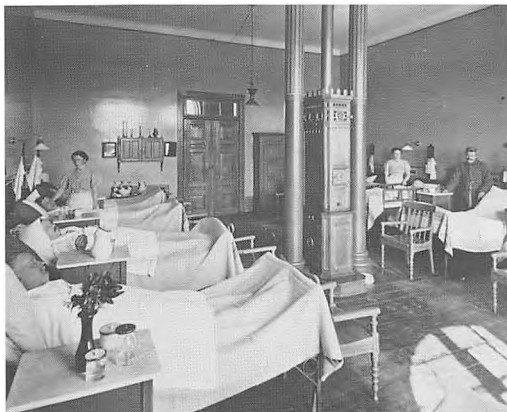


Fig. 4.
På fællesstuerne, her afbilledet omkring år 1900, sker fordelingen af patienterne de første dage i høj grad efter socialstatus. F.eks. indkom på 1. afdeling den 20. september en ejendomsbedriversom placeres alene på stue 21. Han anbragtes, ikke på stue 19, den eneste anden stue som var taget i brug på afdelingen. På denne stue lå tre almisselemmer, en bogbindersvend og en 3-årig dreng.



Fru Nanne Marie Vilhelmine Popp er i patientdagbogen anført som "udb." dvs. udenbys patient, og i følge Kraks vejviser boede der i 1863 ingen ved navn Popp i Knabrostræde. Kommunehospitalet er ved sin åbning et betalingshospital med nøje fastsatte takster for ophold i hospitalet. Det er langt dyrere for folk uden for København at lade sig indlægge end for københavnere. Fru Popp betaler 1 Rigsdaler 65 skilling (3,35 kr.) om dagen for at være indlagt, hvilket er hospitalets dyreste takst. For pengene får hun et eneværelse på officiantgangen, stue F litra G, med bedste pleje [Fig. 2].

Officiantgangene er placeret i hospitalets mellemfløje på 1. og 2. etage (3). Her har hospitalet i alt 50 enestuer til brug for patienter fra alle hospitalets afdelinger [Fig. 3]. Afdelingerne skal selv fordele pladserne på enestuerne efter behov. Hospitalet har ved åbningen plads til 800 patienter fordelt på 4 afdelinger: en kirurgiske afdeling (1. afdeling) to medicinske afdelinger (2. og 3. afdeling) samt en afdeling for hud- og kønssygdomme (4. afdeling).

Langt de fleste patienter bliver indlagt på fællesstuerne med plads til 10 patienter til en langt billigere takst (3 mark 8 skilling), end den fru Popp betaler [Fig. 4].

Fru Pops journal findes bevaret på Stadsarkivet, hvor en stor del af Kommunehospitalets journaler i øvrigt findes. Hun er indlagt på 4. afdeling, der var afdelingen for hud og kønssygdomme, under diagnose eksem. Denne lidelse har fru Popp i følge journalen haft i 12 år, og hun fik den i forbindelse med en fødsel: "For 12-Aar siden efter Barselingen, oedematøs Svulst af begge Underextremiteter. Senere, ... 3-4 Aar, haard rød Svulst af begge Skinnebeen, undertiden med Væsken, især af venstre Skinnebeen. I mellemtiden ofte Smerter og Trætbed i Benene og stadig Brug af elastiske

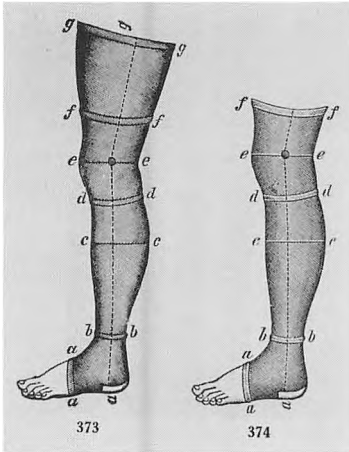


Fig. 5.
Den elastiske strømpe fru Popp anvendte, kan meget vel have været lig den, som findes i firmaet Arbo Bährs katalog fra 1930. Modellen må have holdt sig længe i firmaet, da den viste tegning er fra omkring år 1900.

Strømper . Fru Popp er indlagt i 96 dage, uden at det lykkes at kurere hendes eksem. Hun bliver udskrevet lillejuleaftensdag 1863 og må sandsynligvis igen ty til sin elastiske strømpe, selvom det ikke nævnes i journalen [Fig. 5].

På et punkt er fru Popp dog den første. Hun er i patientdagbogen opført som *“indkommet fra Byen”*, dvs. at hun selv har opsøgt hospitalet for at blive indlagt. Det er hun den første kvinde som gør. Men det betyder samtidig, at hun først kan være blevet indlagt kl. 11. I følge regulativet for Kommunehospitalet skal patienter, som selv ønsker at blive indlagt, henvende sig mellem kl. 11-12 (4). I alt 18 patienter søger selv hospitalet på åbningsdagen. Blandt disse er, som den først registrerede løjtnant Frederik Henrik Jöncke, der kom til at ligge i 10 dage på 4. afdeling. Hovedparten af de øvrige 71 patienter blev overflyttet fra Almindelig Hospital, hvis funktioner Kommunehospitalet i princippet skulle overtage.

I det følgende vil der blive set på de øvrige 88 patienter, som bliver registreret indlagt samme dag som fru Popp, samt aspekter af forholdene på Kommunehospitalet og samfundsforholdene i 1863, som journalerne rummer eller giver anledning til belyse.

De første patienter

At finde frem til de patienter, som bliver indlagt på Kommunehospitalets åbningsdag, har vist sig ikke at være så enkelt. Patientdagbogen, som er hospitalets hovedregistrering af patienter, mangler den første side. Derfor er det kun navnene på de 33 ud af de 89 først indlagte pati-

enter, som umiddelbart foreligger. For at finde frem til de resterende 65 har vi måttet udføre et større sammenligningsarbejde. Alle patienter bliver ved indlæggelsen registreret flere steder. Foruden i patientdagbogen bliver patienterne indført i et patientregister, samt i en "Bog over Patienter".

I patientregistret bliver patienterne indført alfabetisk efter efternavn og (for det meste) efter indlæggelsesdato. Gennemgangen af patientregistret har givet i alt 90 patienter indlagt 19. september. Ved sammenligning med patientdagbogen bliver antallet 92, idet en patient, dagbogens nummer 89 Anders Sørensen, ikke har kunnet findes i patientregistret, og en anden, dagbogens nummer 81 Analie Christiane Kitler, først er registreret indlagt den 20. september.

I "Bog over Patienter" er kun indført 39 patienter, som indlagt den 19. september, og blandt disse er der ingen, som adskiller sig fra de 92. Det har altså ikke været muligt at genskabe patientdagbogens liste over de 89 første patienter, og vi må derfor i det følgende regne med, 92 indkomne patienter på åbningsdagen.

Ud af disse 92 patienter er det lykkedes at finde journaler for de 83. At bruge journalerne som indgang til hvem, der blev indlagt den 19. september, har ikke været muligt. Ikke alle afdelinger påbegynder journalføringen på denne dag, men videreførte blot journalen, hvis patienten er overført fra andre institutioner. Det er derfor ikke uden videre muligt, at se på hvilken dato vedkommende bliver indlagt på Kommunehospitalet.

Hvem er så disse patienter? For at få svar på dette er patienterne blevet opdelt i grupper efter deres eller familiens næringsvej, ud fra den erhvervsbetegnelse hvormed de bliver registreret. Når denne opdeling er valgt som indgangsvinkel til at belyse hvilke patienter, som bliver indlagt på åbningsdagen, skyldes det, at i 1860'erne lod en persons næringsvej sig svært adskille fra vedkommendes stilling i samfundet. Men at angive en persons næringsvej behøvede ikke at være det samme som at angive personens stilling i samfundet. En arbejdsmand kunne på trods af, at han havde arbejde, meget vel tilhøre de fattige.

I opdelingen er der taget udgangspunkt i de erhvervsbetegnelser, som er anvendt i patientregistret. Disse oplysninger er suppleret med oplysninger fra de øvrige kilder, som ikke altid er samstemmende. Derfor vil nogle få af patienterne optræde flere gange, da de er blevet betegnet på flere måder. Patienterne er opdelt i følgende grupper: svende, arbejdere, søfolk, tyende, selverhvervende og almisselemmer.

Svende

Blandt de patienter, som bliver indlagt på åbningsdagen er den 22-årige Søren Lemming, som 14 dage forinden havde fået: "*Kløe ved Anus som en*

stærk Svien, saa stærk at den hindre ham i at sove om Natten". Søren er indlagt i 52 dage, hvor han bliver behandlet, som om han har syfilis, uden at denne diagnose dog er stillet (5). Søren er glarmestersvend og tilhører derfor den samfundsgruppe, hvorfra der indlagdes flest på Kommunehospitalets åbningsdag. Blandt de 92 registrerede indlagte er de 33 svende eller familiemedlemmer til svende samt 3 lærlinge. Disse svende og lærlinge udgør et bredt udsnit af den Københavnske svendebestand og er fordelt som henholdsvis: 5 sneedkervende, 5 murersvende, 3 bagersvende, 2 smedesvende, 3 skræddersvende, 2 glarmestersvende, samt en af hvert følgende erhverv: brolægger, bogbinder, cigarmager, drejer, guldsmed, karetmager, slagter, tømrer og kobbersmed. De tre lærlinge er henholdsvis bogtrykkerlærling, urmagerlærling og smedelærling.

Men disse svendebetegnelser er ikke entydige. F.eks. er Selig Moses Gellin i sin journal opført som glarmester, mens han i patientregistret er opført som glarmestersvend. Når det er valgt at anføre ham som svend og ikke som mester, skyldes det, at en mester formodentlig ikke ville lade sig indlægge på hospitalet. En mester ville ofte have haft mulighed for og råd til at lade sig behandle hjemme, hvilket er det almindeligste blandt velstillede. Som svend er man ansat og bor ofte hos mester. Mester har pligt til at sørge for behandling og pleje af de ansatte under sygdom. Plejen kunne dog være et problem, og her tilbød det nye hospital en løsning. Måske har Gellins mester ladet ham indlægge her for derved at få løst et plejeproblem selvom det var dyrt.

Svendene på 4. afdeling

Langt hovedparten af svendene bliver indlagt på 4. afdeling med en venerisk sygdom dvs. en kønssygdom. Men der er ingen grund til at tro, at svende hyppigere får syfilis end andre grupper i samfundet. Svendene tilhører blot en social gruppe, der ikke har råd til og ofte heller ikke mulighed for at lade sig behandle i hjemmet eller på privatklinikker. Derfor bliver de overrepræsenterede blandt patienterne i hospitalerne. I følge stadsarkivar Henrik Gautier udgjordes størstedelen af patienterne på hospitalerne i slutningen af 1800-tallet netop af unge, ubemidlede selvforsørgende mænd (6). Til denne kategori hørte svendene.

Endvidere kan pligten til at lade sig behandle for kønssygdomme, som havde eksisteret siden 1790'erne, have spillet en rolle for indlæggelsen af de mange svende (7). Ikke at svendene er mere pligtopfyldende end andre, men fordi påbudet, som historien så ofte har vist os, bliver håndhævet strengere overfor samfundets lavere sociale klasser end over for de højere. En anden del af forklaringen på det store antal svende med kønssygdomme er, at kun mandlige patienter med kønssygdomme på åbningsdagen overflyttedes fra Almindelig Hospital.

Svendenes arbejdsliv

At svendene hovedsagelig indlægges med kønssygdomme er sandsynligvis grunden til, at der stort set ikke findes informationer om deres arbejdsliv i journalerne. Disse oplysninger er ikke relevante for sygehistorien. Hvis de var blevet indlagt med arbejdsskader som f.eks. fabriksarbejder Lars Nielsen, der har fået ødelagt en finger, ville en omtale af arbejdet have relevans for sygehistorien og dermed være omtalt.

Blandt de svende, som er indlagt med kønssygdomme, findes tre bagersvende. En af disse klager over, at han har hovedpine, som blev *“især stærk i Varme”* og han lider af hårtab. Begge dele må anses for mindre heldig for en bager. En anden bagersvend udskrives den 22. oktober, selvom han den 14. oktober viser tegn på scabies (fnat). Scabies syntes i særlig grad at være forbundet med arbejdet som bagersvend, fremgår det af overlæge Engelstedts (8) omtale af disse. I hospitalets årsberetning fra 1867 skriver han *“Jeg har tidligere gjort opmærksom på at Bagersvende ere forholdvis hyppigere angrebne end de øvrige Svende. Da denne Mening er blevet modsagt af Bagemestrene, har jeg anmodet Kontoret om at optælle Forholdet for et Aar. Resultatet deraf er. at Bagersvende omtrent udgør 1/4 af hele Antallet af Svende angrebne af Fnat nemlig 23 af 99”*.

Bagersvende syntes i det hele taget at have været en udsat gruppe i 1860ernes København. Bagersvendene er den gruppe af svende, som i perioden hyppigst bliver behandlet på Kommunehospitalet. I gennemsnit behandles årligt næsten tre gange så mange bagersvende som andre grupper af svende (9). Så bagersvendenes sygekasse, der betaler for deres ophold, har haft anseelige udgifter. Stort set alle de her omtalte svendefag har i 1863 en af Københavns magistrat anerkendt sygekasse, hvis medlemmer, samt koner og ukonfirmerede børn er berettiget til indlæggelse på Kommunehospitalet. De eneste undtagelser er brølæggere, slagtersvende, tømrersvende og urmagere. Men slagtersvendenes og tømrersvendenes sygekasser bliver allerede i 1866 optaget på listen over de anerkendte sygekasser, som er gengivet i hospitalets årsberetning.

I et tilfælde kan patientens journal formodentlig forklare vedkommendes valg af fag. Den 21-årige Frederik Vaupell lader sig indlægge for at blive behandlet for sin medfødte klumpfod. Frederik er bogbindersvend, et erhverv han på trods af sin fysiske defekt, har været i stand til at bestride.

Svendes familieforhold

En anden ting, som det heller ikke blev fundet relevant at anføre i journalerne, er svendenes familieforhold. Det er kun, hvis familien har relevans

for sygehistorien, at den omtales i journalen, f.eks. ved vi kun, at snedkersvend Johan Nielsen er gift, fordi han "*nægter Coitus (samleje) med andre end sin Kone*". Det bliver dog på et senere tidspunkt tilføjet i journalens margin, at hans symptomer opstod "*Dagen efter coit. c. scorto*" (coitus con scorto er den latinske betegnelse for samleje med en prostitueret).

Men journalerne for svendene med veneriske sygdomme fortæller noget om omgangsformen mellem kønnene i 1860'erne. Disse oplysninger finder vej til journalerne som følge af lægernes forsøg på at klarlægge, hvordan patienten er blevet smittet. F.eks. oplyser en snedkersvend, at han er blevet smittet "*ved Coitus med et ham ubekjendt Fruentimmer*", mens en smedsvend mener sig smittet, da han "*celebrerede Coitus med en Pige i Charlottenlund*". Men det er næppe patienternes egne formuleringer, der gives i journalerne. En snedkersvend ville nok ikke kalde sit eventyr med en prostitueret for "*coitus con scorto*", men have betegnet kvinden som skøge eller offentligt fruentimmer. Den sidste betegnelse er tidens officielle. Lægernes omformulering er næppe udtryk for nogen moralsk løftet pegefinger, men udtryk for, at de vil udøve en vis diskretion på dette prækre område.

Arbejdere

Den næststørste gruppe blandt de indlagte patienter udgøres af arbejdere og deres familiemedlemmer. I alt 20 patienter tilhører denne gruppe. Heraf er de 13 arbejdsmænd, 3 fabriksarbejdere, 2 kommissær, 1 maskinarbejder og 1 bogholder. Betegnelsen arbejdsmand, som i nutiden først og fremmest er knyttet til byggefaget, syntes i latiden at dække over en række forskellige erhverv. Eksempelvis er Ferdinand Christoffer Lund i journalen betegnet som arbejdsmand, mens han i patientregistret bliver anført som fabriksarbejder.

Arbejdernes journaler indeholder generelt meget få oplysninger om deres arbejde og livsvilkår. En del af dette skyldes, at de fleste arbejdere ligesom svendene er indlagt med kønssygdomme. Men heraf følger så, at journalerne indeholder oplysninger om arbejdernes omgang med prostituerede. Blandt arbejdsmændene hævder tre at være blevet smittet med kønssygdom af en prostitueret. Ligesom det er tilfældet med svendene, indførtes dette i journalen med betegnelsen "*con scorto*". En arbejdsmand angiver at være blevet syg efter omgang med en "*Omløberske*". Betegnelse omløberske anvendtes om kvinder uden fast bopæl, som ofte ernærede sig ved illegal prostitution, og som formodentlig er billigere end de hos politiet registrerede prostituerede, der udgør tidens lovlige prostitution.

Arbejderne er den gruppe, hvor flest henter smitten hos prostituerede. Fire ud af de i alt seks patienter, som angiver at være blevet smittet af en prostitueret, er arbejdere. Den socialt højest placerede, som indrømmer at være blevet smittet på denne måde, er staldmesteren Peter Hansen. Men

sandsynligvis er tallet for patienter smittet af skøger langt større. De seks patienter er blot dem, der indrømmer, at de havde været hos en skøge, noget der på trods af at det var lovligt, ikke var socialt accepteret. I nogle journaler står blot anført, at kønssygdommen opstår efter coitus (samleje) uden angivelse af med hvem. Det er ikke anført, om patienterne nægtede af udtale sig om, hvem deres partner er, så de synes ikke at have været forpligtet til at fortælle det.

Arbejdernes arbejdsvilkår

Journalerne for arbejderne indeholder kun i et tilfælde, hos den føromtalte fabriksarbejder Lars Nielsen, noget, der kan mindre om en beskrivelse af arbejdsvilkår. Lars bliver indlagt fordi *“for to Dage siden fik Pt. ved et Ubeld den venstre Haand i Nærheden af et Hjul hvorved en skarp Tap paa dette kom til med stærk Fart at støde mod den lange Finger paa Haanden”*. Selvom journalen ikke direkte omtaler ulykken som en arbejdsulykke, passer beskrivelsen godt med, at Lars er kommet til skade i forbindelse med arbejde med maskiner. Maskinerne på fabrikker og større værksteder bliver i sidste halvdel af 1800-tallet ofte drevet af et forladstøj (system af uafskærmede drivremme drevet af en fælles motor). Disse forladstøje er uden bremsemekanismer og førte ikke sjældent til ulykker. Lars Nielsen mister det yderste af fingeren ved denne ulykke [Fig. 6].

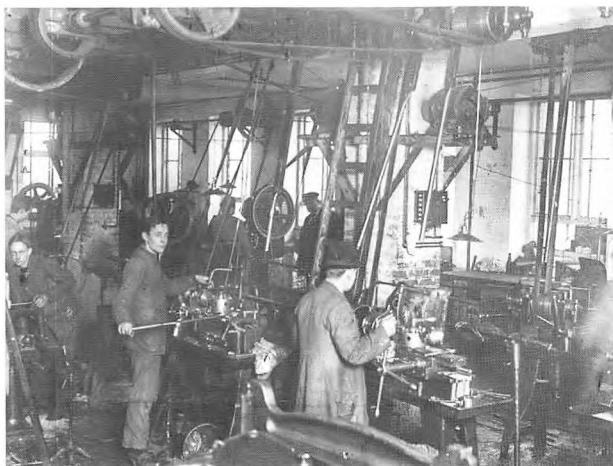


Fig. 6.
Forladstøj vedblev i mange år at være hoveddrivkraften på mange fabrikker så Lars Nielsen arbejdsvilkår kan meget vel have lignet forholdene på S.Rümenapps metalvarerfabrik, her afbilledet omkring 1920. (Foto Arbejdermuseet)

Indlagte børn

Blandt de indlagte familiemedlemmer til arbejdsmænd, er den 2-årige Johan Lange, som har kopper, hvilket han helbreedes for. Johan er et af de i alt fire børn i alderen 2 til 10 år, som indlægges på åbningsdagen. Kommunehospitalet har ingen restriktioner, når det drejer sig om behandling af børn. At børn uanset alder, sygdom eller social status havde mulighed for at blive indlagt på hospital var noget ganske nyt i datidens København. På byens to hidtidige hospitaler havde børn ikke uden videre haft adgang. På Kgl. Frederiks Hospital kunne børn under 7 år kun blive indlagt, såfremt de krævede kirurgisk behandling. På Almindelig Hospital tog man sig mest af behandlingen af fattige børn. Eksempelvis bliver i journalen for den 10-årige Alfred Færnst omtalt, at han gentagne gange har været indlagt på Almindelig Hospital til behandling for psoriasis. Alfred og hans mor blev forsørget af fattigvæsenet. Ved sin indlæggelse på Kommunehospitalet er Alfred 10 år, og det blev på hospitalet anset for aldersgrænsen mellem børn og voksne (10).

Det første egentlige børnehospital i København er et hus i Rigensgade, der åbnede i 1850 og som kun havde 12 senge, men senere bliver udvidet til 20. Hospitalet led under pladmangel og efter godt en snes år blev der foretaget en indsamling, hvorved man blev i stand til i 1877 at nedlægge grundstenen til et nyt børnehospital, som bliver opkaldt efter Dronning Louise (1817-1898). Kommunehospitalet fortsætter dog med at modtage børn, idet børn med smitsomme sygdomme eller mistanke herom, stadig skal indlægges her (Fig 7).



Fig. 7.
Børnestuer oprettedes på Kommunehospitalet først i sidste halvdel af 1860erne, men ikke alle børn bliver anbragt her. Langt op i 1900-tallet var det almindeligt at børn lå blandt voksne. Den her afbillede børnestue er fra 1890erne.

Bogholder Nielsen og de to kommisser

At en bogholder og to kommisser er blevet regnet til gruppen af arbejdere kan måske undre, især da de nok selv ville betegne sig som funktionærer. Men det er blevet gjort ud fra den betragtning, at de stod i et lønningsforhold til en arbejdsgiver og ikke var tyende. Der er dog en del der kunne tyde på at de to kommisser er arvtagere til et familiefirma, da det formodentlig er deres fædre henholdsvis en brændevinsbrænder og en høker, der betaler regningen for deres indlæggelser (11). Deres arbejdsforhold og livsvilkår er klart anderledes end den øvrige del af gruppen. Bl.a. har den 19-årige kommis (i journalen omtalt som kontorist) Johan Frederik Villian ligget et par dage i sengen, før han søger hospitalet [Fig. 8]. I ingen af de øvrige arbejders journaler omtales noget lignende, formodentligt fordi de andre patienter ikke har haft mulighed for at gå til sengs, men er tvunget til at arbejde videre trods deres sygdom. Eksempelvis står der i journalen for arbejdsmand Peder Jørgensen, at han søger hospitalet, fordi en svulst i højre Lyske *“er tiltagende bleven øm, smertefuld og generende hans Arbejde”*.

For bogholderen Peter Nielsen fremstår hospitalsindlæggelsen nærmest som et nødtvunget onde. Til journalen opgiver han, at han i 1½ år har behandlet sin lidelse i kønsorganerne med bl.a. salver, igler samt lægebesøg. Men da dette ikke hjalp, må han nu nødtvunget søge hospital [Fig. 9].

Fig. 8.
Til gruppen af funktionærer på Kommunehospitalet hørte bl.a. kontorpersonalet, her afbilledet omkring 1910. I 1863 bestod hele hospitalets administrative personale af: en forvalter, en bogholder, to assistenter, to skrivere og et kontorbud. De hørte alle til den bedre lønnede del af personalet. Kontobudet fik f.eks. 240 Rigsdaler om året mens lønnen for en portør er seks mark om måneden samt fri uniform, kost og logi.





Fig. 9. Iglebehandling anvendtes også på Kommunehospitalet. Det er hospitalets barber som påsatte iglerne og han skulle efter endt brug aflevere dem i apoteket hvor de blev opbevaret i en særlig iglekrukke. Iglebehandling anvendes sidste gang på hospitalet i 1916. (Foto: EDP)

Trods sin stilling er han nødsaget til at søge Almindelig Hospital, der ellers først og fremmest bliver anset for de fattiges hospital. Men personer med kønssygdomme kan ikke blive indlagt på Kgl. Frederiks Hospital, byens andet hospital, som bliver anset for det fineste. Peter Niensens økonomiske formåen må dog ikke have været stor, for ved overflytningen til Kommunehospitalet, har han ikke råd til at blive indlagt på enestue.

Søfolk

Den tredjestørste gruppe, som indlægges på åbningsdagen, udgøres af sømænd. I alt 9 søfolk bliver indlagt, heriblandt to styrmænd og en lods. At søfolk udgør så stor en gruppe er naturligt, når man betænker, at søfart hørte til blandt de store erhverv i 1800-tallets Danmark. Alle de indlagte søfolk tilhører den civile handelsflåde, men Kommunehospitalet kommer i perioder også til at behandle flådens folk, selv om marinen havde eget hospital. I 1864 bliver der p.g.a. krigen (krigen med Preussen og Østrig) givet tilladelse til, at marinen kan indlægge mandskab med syfilis, samt deres koner og børn, hvis de led af kopper eller fnat (12).

Søfolkene på 4. afdeling

Alle søfolkene, på nær en, indlægges på 4. afdeling med syfilis eller mistanke herom. Noget kunne tyde på at syfilis, ligesom forlis og druknedød, for en sømand nærmest bliver betragtet som en erhvervsrisiko. I flere af

sømændenes journaler er omtalt, hvordan der på skibene findes remedier til at behandle syfilis. F.eks. bliver Wilhelm Harders sår i lysken "*efter Kapteinens Anvisning brændt med et hvidt Pulver, endvidere fik han 40 Piller*". Wilhelm fik med tiden smerter i de ømme knuder, som er opstået i hans lyske, hvilke han lindrer med børstninger og koldt havvand. Andre sømænd, som f.eks. Peter Schou, er flere gange blevet behandlet for syfilis i land i løbet af togtet. Peter bliver først behandlet i Rio de Janeiro, derefter i Frankrig for en måned senere at blive indlagt på Kommunehospitalet i København.

At søfolk også selv er med til at sprede kønssygdomme, hersker der ingen tvivl om. Søfolk hører i det hele taget til tidens store smittespredere, og symptomatisk nok lider alle de indlagte sømænd af epidemiske sygdomme. Foruden syfilis, som på daværende tidspunkt har status af en epidemisk sygdom, er det kopper sømændene indlægges for. Den 52-årige styrmand Frits Nygaard fra Barkskipet Mette Margrethe bliver allerede den 9. august indlagt med kopper i epidemibygningen. På grund af den koppepidemi, som huserer på dette tidspunkt, beslutter man at tage Kommunehospitalets epidemibygning i brug før den officielle åbning [Fig.10]. Det er fristende at forestille sig, at Frits Nygaard bringer smitten til København fra sit sidste togt.

Fig. 10.

Epidemibygningen var ved åbningen indrettet og fungerede som et selvstændigt lille hospitalet i hospitalet med eget køkken og vaskeri. Der var 24 sengepladser fortrinsvis til kopper og cholera-patienter. Bygningen, her fotograferet år 2000, er flere gange blevet om- og tilbygget. Tilbygningen til venstre er en elevator. (Foto: EDP)





Fig. 11.
 Kommunehospitalet modtog patienter af mange forskellige nationaliteter og trosretninger. Hospitalet havde ansat en præst til at varetage den sjælelige omsorg og på 2. sal, under kuplen, mod Farimagsgade lå kirken. Kirken betjente de omkring 1200 personer, som opholdt sig på stedet, og det blev anset for en naturlig del af et samtidigt hospitalskompleks. De i 1863 indlagte sømænd har ikke som de senere patienter kunnet nyde synet af kirkens kirkeskib, da det først efterfølgende ophænges. Kirkeskibet, her afbilledet i 1940'erne, er senere forsvundet.

Kommunehospitalet kommer indtil 1876, hvor Øresundshospitalet åbner, til at modtage hovedparten af byens patienter med epidemiske sygdomme. Med Øresundshospitalets åbning tilstræber man bl.a. på en mere effektiv måde, at forhindre søfolk i at sprede smitsomme sygdomme i København. Hospitalet har egen anlægsbro ud i sundet, hvorfra søfolk kan bringes direkte ind til hospitalet (13).

Søfolkenes arbejdsvilkår

I føromtalte Wilhelm Harders journal findes den eneste egentlige arbejdsbeskrivelse. Efter at kaptajnen på det skib, han befinder sig på, har behandlet ham i ca. syv uger, føler han sig rask, men 14 dage senere bryder sygdommen frem igen. Dette sker under passagen af Kap Horn "i et baart Veir maatte han tilveirs for at beslaae Seilene, og i dette anstrengende

Arbejde blev han aldeles gjennemblødt han gik strax ned og skiftede Tøi, men mærkede nok at Sygdommen vendte tilbage". Af samme journal fremgår det også, at sømændene kunne være tvunget til at arbejde på trods af deres sygdom. Om Wilhelm står "under hele Seiladsen fra Cap Horn hertil har han ikke kunnet gaae tilkøjs, da Kaptainen ikke kunde undvære ham paa Dækket".

Patienter med anden etnisk baggrund end dansk

Mange af de indlagte sømænd er udlændinge. Foruden den finske matros Johan Løvqvist, bliver de tyske sømænd Wilhelm Harder, Jacob Øhlmann og George Fick samt englænderen George Stace indlagt [Fig 11]. Det samme gælder en stor del af de øvrige på åbningsdagen indlagte patienter. Det fremgår af de oplysninger om fødested, som de giver til patientregistret. Selvom de fleste af disse er svende, og derfor kan have været på valsen, er der ikke meget som tyder på, at de ikke skulle have haft fast opholdssted i Danmark.

Det er især de skandinaviske lande, som patienterne kommer fra. To patienter angiver at være født i Norge, mens hele fem er født i Sverige. I 1860erne står Danmark for mange svenskere som det forjættede land. Mange svenskere er af økonomiske grunde tvunget til at forlade Sverige og står ofte i valget mellem at tage til Amerika eller Danmark. I København udvikler der sig med tiden hele kvarterer, især på Nørrebro, hvor indbyggerne næsten udelukkende er svenske.

Tyende

En næsten lige så stor gruppe som sømændene udgør gruppen af tyende. I alt otte patienter tilhører kategorien tyende fordelt med 5 tjenestekarle, 1 opvarter, 1 staldmester og 1 overvaskepige. Når man tænker på, hvor stor en del af befolkningen som tyende udgør i 1860ernes København, hvor tjenestefolk både er nødvendige og almindelige, for at bylivet kan fungere, må de siges at udgøre en overraskende lille del af de indlagte patienter. Men her skal man igen tage i betragtning, at tyende som oftest bliver betragtet som tilhørende familien og derfor under sygdom bliver behandlet og passet i hjemmet. Tyende kan dog i følge tyendeloven af 1854 ikke modsætte sig at blive indlagt på et offentligt sygehus [Fig. 12] (14).

En af de indlagte tjenestekarle, Henrik Jensen, lider af kopper. Dem fik han efter at have besøgt en familie i Adelgade 96, hvor et uvaccineret barn havde kopper.

Forhåbentligt besøgte han ikke denne familie blot af nysgerrighed for at se det koppesmittede barn, således som det var tilfældet med en senere



Fig. 12.

Til hospitalets tyende hører bl.a. kokkepigerne og køkkenkarlene. De arbejdede i hospitalets køkken, her afbilledet i 1870'erne, hvor meget af maden blev lavet i store dampkedler. Ulempen ved disse kedler var, at de udviklede en stor mængde em. Undertiden blev der udviklet så meget em, at det næsten var umuligt at se fra den ene kedel til den anden.

indlagt koppepatient. Denne 55-årig skomagermester fra Vesterbro tog hen til en familie med to koppesmittede børn for at se disse, men kom til at bøde med sit liv for sin nysgerrighed (15). Henrik derimod overlevede kopperne.

Tre af de andre indlagte tjenestekarle led af eksem. At have en tjenestekarl, hvis udseende er skæmmet af eksem, ansat i sin husholdning, virker næppe befordrende på husholdningens ry og rygte. Det kan derfor tænkes, at disse tjenestekarle i lige så høj grad bliver sendt på hospitalet af denne grund, og ikke fordi de er blevet anset for egentligt syge. Hospitalsindlæggelsen bevirker da også, at de har fået et rimeligt udseende ved udskrivelsen.

Overvaskepige Sofie Jensen

En af de få kvinder, som indlægges på åbningsdagen, overvaskepige på Fødselsstiftelsen, Sofie Jensen tilhører gruppen af tyende. Den 43-årige

Sofie er den første patient, som dør på hospitalet. Søndag den 20. september kl. 11 om formiddagen dør hun af kopper efter at have været indlagt i 10 døgn. Sophie er blandt de patienter, der, som før omtalt, var indlagt på hospitalets epidemiafdeling før dets åbning.

Sophie kan meget vel have været et offer for sit erhverv. Som ansat på Fødselstiftelsen kan hun være blevet smittet gennem sit arbejde. Men det fremgår ikke af journalen. Derimod fremgår det af Kommunehospitalets årsberetning for 1863, at tre ansatte har pådraget sig kopper under deres arbejde. En pige, som fungerede som vagt på "*Koppestuen*" fik et let anfald. Det samme fik en portør. Anden kvartermester pådrog sig kopper, da han assisterede med at lægge liget af en koppepatient i kiste. Kommunehospitalet er i 1860- og 70'erne en farlig arbejdsplads. Ved den senere koppeepidemi i 1871 påviste overlæge Rasmussen (16), at ca. 5% af hospitalets funktionærer blev smittet med kopper.

De kvindelige patienter

Kun 13 ud af de 92 patienter, som indgår i undersøgelsen er kvinder, hvilket svarer til 14%. Men det svarer ikke til fordelingen mellem mandlige og kvindelige patienter generelt. I de sidste 3 måneder af 1863 indkom i alt 1.132 mænd og 861 kvinder på hospitalet, hvilket svarer til 57% mænd og 43% kvinder. Indlæggelserne på åbningsdagen giver derfor et skævt billede af kønsfordelingen. Men det er der, som før nævnt, en særlig forklaring på. Det er kun mandlige patienter med veneriske sygdomme som på åbningsdagen overflyttes fra Almindelig Hospital. Først den 20. september begynder man at overflytte kvindelige patienter.

Sophie Jensen ser umiddelbart ud til at være den eneste af de indlagte kvinder, som er erhvervsaktiv. Som den eneste har hun en erhvervsbetegnelse, overvaskepige. Men her skal man huske på, at datidens kvinder blev defineret gennem deres mænd og disses erhverv. F.eks. er der i patientregistret under kategorien "*Navn og Stilling*" om Juliane Marie Martens anført "*Manden Brolægger*". Kvindens eventuelle egen beskæftigelse vil, såfremt hun er gift, sjældent blive anført. At kvinden så måske i virkeligheden er den, som forsørger familien spiller i denne forbindelse ingen rolle.

Selv efter mandens død definerer mændene almindeligvis konernes position i samfundet. Ved mandens død træder konen over i enkestanden, hvilket er markant forskelligt fra at være enkemand. I de socialt højere klasser blev det forventet, at ægtemanden havde sørget økonomisk for den efterladte hustru. Sophie Jensen er enke men må være uden efterladte midler, da hun er nødt til at arbejde. Sophie Jensen, den førnævnte fru Popp, samt den 58-årige Christiane Olsen er i journalerne betegnet som enke. Men at være enke er ikke noget entydigt begreb. Hvor fru Popp bliver betegnet

med det lidt finere enkefrue, bliver Christiane Olsen blot betegnet enke. Det vil endvidere have været normalt, hvis begge de damer var blevet indført med deres afløede mands erhverv som en del af deres titel. Fru Popp ville sandsynligvis kunne tituleres enkefru papirfabrikant Popp. Hendes søn, som betaler regningen for indlæggelsen, er stempelpapirfabrikant, og det er nærliggende at tro, at han, som det var almindelig praksis, har overtaget erhvervet efter faderen.

Gennem hele sit voksenliv bliver en kvindes stilling i samfundet angivet ud fra hendes ægteskabelige status. At være gift eller ugift er i sig selv en status for kvinder, da kvindens bestemmelse bliver anset for at være ægteskabet. Men i ingen af journalerne eller i de øvrige kilder bliver der for de mandlige patienter anført ægteskabelig stilling. Tre af de kvindelige patienter bliver betegnet som ugift. Heraf bliver den ene, den 22-årige Jacobine Olsen, i journalen betegnet som *"hjemme"*. Det må derfor antages, at hun tilhørte en familie, som har økonomisk mulighed for at beholde hende i hjemmet. Men at hun skulle have gået hjemme i venten på en passende ægtemand stemmer dårligt overens med, at hun blev indlagt med syfilis. Jacobine bliver ikke udspurgt om, hvordan hun er smittet, ligesom hun heller ikke selv oplyser noget herom, så de nærmere omstændigheder ved historien kendes ikke.

Om den anden af de ugifte kvinder, den 29-årige Birthe Sophie Nielsen, giver kilderne ingen oplysninger om opholdssted eller evt. beskæftigelse. Men Birthe må under en eller anden form være beskæftiget med husligt arbejde, da den eksem hun bliver indlagt for, begynder *"efter anstrengende Vask"*.

Om den tredje kvinde, Johanne Hansen, der i patientregistret bliver anført som ugift, hersker en del administrativ forvirring. I journalen, hvoraf det også fremgår, at hun er gravid i 9. måned, bliver hun betegnet som gift. I patientdagbogen står desuden, at hendes mand er musiker. Men dette understreger blot, nødvendigheden af at sammenligne de forskellige kilder, som indeholder patientinformationer, for at belyse patienternes erhvervs sammensætning.

Selverhvervende

En lidt mindre gruppe end tyendet, udgjorde den gruppe, som det er valgt at betegne selverhvervende. Denne gruppe på i alt seks patienter, består henholdsvis af en boghandler, købmand, marskandiser, slagtermester, adjunkt og en musikers kone.

At Johanne Hansen, hvis mand er musiker, er placeret i gruppen af selverhvervende sker ud fra den formodning, at musikere i 1860erne sjældent havde et fast engagement, således som vi også kender det i nutiden, men de var nærmest freelance. Johanne bliver lige som marskandiser

Christian Jensen indlagt med kopper, og de ved ikke, hvordan de er blevet smittet. At man i datidens Danmark kunne blive udsat for koppesmitte blot ved at udføre dagligdags handlinger, viser et eksempel med en anden senere indlagt selverhvervende patient. Denne købmand bliver smittet af sit blodbud, der gik omkring med et let anfald af kopper (17). Heldigvis kom både købmanden, Johanne og Christian Jensen sig over deres kopper, modsat et andet af blodbudets ofre, en skomagermester i Tømrergade, som døde.

Selverhvervendes arbejdsforhold

De selverhvervendes journaler indeholder ingen oplysninger om deres arbejdsforhold, selvom det i nogle tilfælde kunne have været relevant for sygehistorien. F.eks. bliver købmand Andreas Andersen indlagt med eksem, men sygdommen relateres ikke til hans arbejde. Andreas har som købmand kontakt med en del varer, som kan virke irriterende på huden. Denne egenskab har f.eks. brun sæbe, som er et af tidens gængse vaske-middel. Måske er det sæben, der har været skyld i at ovennævnte Birthe Sophie Nielsen fik eksem på grund af vask.

Det kan også tænkes, at det er hans erhverv, der har tvunget ham til at søge hospital, da det næppe har været rart for kunderne, når købmanden har et rødt og måske væskende udslet på hænderne. Andreas har før indlæggelsen fået behandling uden resultat, hvorfor den lokale læge ikke kunne hjælpe ham yderligere.

Det står hen i det uvisse, hvordan Andreas ligesom de andre butiksindehavere fik passet deres forretninger under indlæggelsen, med mindre der var tale om en større forretning med flere ansatte. En af de patienter, som formodentlig har egen forretning eller kundekreds, er slagtermester Greis Greisen. Han er indlagt i mere end et år, og indlæggelsen må utvivlsomt have voldt store bekymringer både med hensyn til økonomi og virksomhedens videre beståen. Greis kommer fra Ringsted, så han er derfor ikke i rimelig nærhed af sin forretning under sygdommen. Slagtermesteren er indlagt med syfilis, som han har haft i mindst 7 år, uden at det synes at have påvirket ham i synderlig grad. Først det sidste år før indlæggelsen er helbredet begyndt at svigte, samtidig med at hans næse er blevet temmelig skæv, rød og opsvulmet. At han så længe har lidt af syfilis, har dog ikke forhindret ham i at blive gift. Det er næppe sandsynligt, at den kvinde, som han 5 år tidligere giftede sig med ikke har kendt til hans lidelse, med mindre hun stammede fjernt fra hans hjemegn. Men syfilisen syntes ikke at være blevet lagt ham til last, selvom denne sygdom i århundrede blev betragtet som bl.a. guds straf for løsgtigt levned (18).

Andre, der bliver betragtet som selverhvervende, har dog måtte bekymre sig om forholdet til en arbejdsgiver. Når adjunkt Hans Peter Michael Ros-

sing er blevet placeret i gruppen af selverhvervende, er det ud fra en formodning om, at han kan have ernæret sig som f.eks. forfatter. Men det er mere sandsynligt, at adjunkten har ernæret sig gennem en eller anden form for undervisning og dermed står i forhold til en arbejdsgiver. Rossing inclægges med øjenproblemer, hvilket kan være blevet anset for en erhvervsskade. Overdreven læsning bliver i datiden ikke kun betragtet som skadeligt for synet, men tillige for helbredet i det hele taget. Det kunne endda i ekstreme tilfælde medføre døden, således som det var tilfældet med den 19-årige student Hans Møller, der dør på hospitalet den 27. oktober 1863. Som en del af forklaringen på hans pludselige død bliver der i journalen anført: *"Efterat han i afvigte Vinter havde overanstrengt sig meget ved langvarig Natte-læsning under stærk Tobaksrygning begyndte han i Forsommeren at skrante"*. At studenten samtidig med læsningen røg stærk tobak, mener lægen, blot har forstærket virkningen af den overdrevne læsning. I adjunkt Rossings tilfælde går det ikke helt så galt, selvom han bliver anset for at være af en svagelig natur. modsat studenten der er *"af sund Familie og har altid tidligere været rask"*. Rossing har som barn været kirtelsvag og senere lidt af en hammertå.

Almisselemmer

Til den sidste gruppe patienter, der bliver indlagt på åbningsclagen, er almisselemmerne, hvor den 60-årige Louise Jacobsen hører til. Louise er i sin journal betegnet som *"Fattiglem"* og tilhører dermed den kategori af patienter, som har fortrinsret til behandling på Kommunehospitalet. Hospitalet har som et af sine hovedformål at varetage behandlingen af *"de Syge der bærer under Københavns Fattigvæsenets faste Forsørgelse"* (19). Hermed menes de registrerede fattige dvs. fattige, som er indskrevet hos fattigvæsenet og som modtager hjælp herfra. Almisselemmerne udgør på åbningsdagen ca. 8% af de indlagte. I 1864 det første hele år hospitalet fungerede, udgjorde personer, som var under fattigvæsenets forsørgelse ca. 13% af de behandlede eller 1.061 patienter, 453 kvinder og 609 mænd.

Ingen af de i alt syv personer, som tilhørte denne kategori, blev benævnt almisselem, som er den officielle betegnelse for en person under fattigvæsenets forsørgelse. Derimod anvendtes som i Louise Jacobsens tilfælde, den ældre betegnelse *"Fattiglem"*. For hovedparten af almisselemmerne fremgår det kun af en forkortelse, at de modtog fattighjælp. Hos fire af patienterne er der i patientregistret anført betegnelsen *"Alm.no."* efterfulgt af et tal. F.eks. står der om den 15-årige Amalie Christine Petrine Kitler *"Alm.no.102"*. Denne forkortelse angiver, hvilket almisselemnummer hun har i Københavns register over almisselemmer. Antallet af numre og dermed personer, som kunne modtage fattighjælp, er begrænset. Betegnelsen *"A.H"*, som også forekommer ved flere patienter, er en forkortelse for



Fig. 13.
Almindelig Hospital flytter i 1882 til Nørre Alle hvorfra dette foto stammer. Forholdene var som det ses ikke meget forskellige fra forholdene på Kommunehospitalet bort set fra at "lemmerne" havde mindre plads. (Københavns Bymuseum)

Almindelig Hospital og refererer til, at vedkommende er overflyttet herfra eller var bosiddende i dette hospitals lemmeafdeling (plejeanstalt). Disse hospitalslemmer var som regel også fattiglemmer [Fig. 13].

Men ikke alle almissemodtagere opholder sig på en institution eller anstalt. F.eks. opholder "*Alm. no. 09*" den 10-årige Alfred Færnst sig ifølge journalen "*hjemme*". Alfred vil sandsynligvis til langt op i hans voksenliv høre under fattigvæsenets opsyn, ligesom det er tilfældet med den 18-årige smedelærling Thorvald Rudolf Krus, som er indlagt med syfilis. I følge patientregistret hører Thorvald under fattigvæsenet. Når dette er noteret, skyldtes det først og fremmest, at det deraf fremgår, hvem der skal betale for indlæggelsen. At notatet skal være gjort, fordi det derigennem bliver påpeget, at patienten tilhørte gruppen af socialt dårligt stillede, og at han derfor kunne forventes at blive moralsk forfalden (kønssygdommen) er næppe sandsynligt. Men almisselemmerne udgjorde generelt en gruppe, som lige så meget kunne defineres på et socialt som på et forsørgelsesmæssigt grundlag.

Ladegårdslemmer

To almissemlemmer optræder i kilderne under forskellige betegnelser, nemlig førnævnte Louise Jacobsen og Anders Jørgensen. Louise er foruden betegnelsen "*Fattiglem*" anført med to andre betegnelser, "*Ladegården*" og "*Fabriksarbejderske*". Men det er blot to andre måder at udtrykke, at Louise får fattighjælp. Begge betegnelser relaterer sig til Ladegården, som er den institution under fattigvæsenet, hvor Louise opholder sig, og Ladegården er nærmest at betragte som Københavns fattiggård.

Anders Jørgensen er det almisselem om hvem, der i kilderne anvendes flest forskellige betegnelser. Foruden den i journalen anvendte betegnelse Ladegården, er han i patientregistret anført som "*Hospitalslem*" med ophold på "*Fattiggården*". Betegnelsen fattiggården må her være anvendt synonymt med Ladegården. Betegnelsen hospitalslem har rødder tilbage til hospitalernes oprindelse. Hospitaler var langt op i tiden en blanding mellem sygehuse og plejestiftelser, således som det var tilfældet med Almindelig Hospital. På Ladegården modtog flere af behøerne næsten samme form for gratis husly og pleje, som blev givet i hospitalsregi, hvorfor den gamle betegnelse hospitalslem blev overført på dem.

Mere forvirrende er den betegnelse, som anvendes om Anders i patientdagbogen. Her betegnedes han som "*Hospitalskarl*". Herved kunne man forledes til at tro, at han var ansat på et hospital og derfor havde ret til fri behandling på hospitalet. Men betegnelsen er den samme som hospitalslem, dog med den omskrivning, at Anders bliver anset for at være arbejdsfør og ikke plejekrævende. Det bringer os så frem til den tredje betegnelse, som anvendes om ham nemlig "*Fabriksarbejder*". Samme betegnelse anvendes om førnævnte Louise Jacobsen. Betegnelsen refererer formodentligt ikke til deres tidligere, men derimod til deres nuværende beskæftigelse. Arbejdsduelige almissemodtagere er i 1860'erne underlagt arbejdstvang. Ladegården er et af de steder, sådanne almissemodtagere bliver anbragt og sat i arbejde f.eks. som fabriksarbejder på et af værkstederne. Det er Ladegården, som producerer meget af det linned, som Kommunehospitalet, ved sin åbning, blev udstyret med (20).

Men Ladegården syntes at have været et farligt sted for ældre mennesker at opholde sig på. Den 60-årige Louise indlægges efter et fald seks trin ned af en trappe. Om den 65-årige Anders Jørgensen, står i journalen "*Pt. der skal have lidt af Krampeanfald, angiver at han i Dag under et suadant faldt ud at et Vindue paa første Sal*". Anders dør senere af sine kvæstelser.

Kommunehospitalet modtog op gennem 1860'erne en del patienter fra Ladegården. Dette bliver ændret i 1870, hvor flere sygdomme overgik til behandling på Ladegårdens egne sygestuer. De sygdomme, som fra nu af skulle behandles på Ladegården, var bl.a. syfilitiske sår og gonore, lettere lungebetændelse, lettere læsioner og benbrud (21). For Københavns Kommune betød det næppe nogen besparelse, men har nok betydet, at Kom-

munehospitalet slap af med en gruppe patienter, der var belastende for hospitalets ry, og som ofte voldte disciplinære problemer.

Patientsammensætningen på åbningsdagen

På Kommunehospitalets åbningsdag er størstedelen af de indkomne patienter fra arbejderklassen med få repræsentanter fra middelklassen. Der er fra politisk hold lagt op til, at det fortrinsvis skal være patienter fra de lavere sociale klasser, der behandles på hospitalet, noget der næppe har svaret til hospitalslægernes forventninger. Disse patienter er ofte mere plejekrævende end behandlingskrævende og deres lidelse mange gange ret banale medicinsk set. Lægerne havde nok hellere set at langt flere lod sig behandle på hospitaler, således at der bl.a. kunne føres en reel kontrol med den ordinerede behandling. Det er denne holdning, der vandt frem gennem sidste halvdel af 1800-tallet, hvor det samtidig lykkedes at ændre hospitalets ry fra nærmest dødsfabrik og fattigfolks trøst til effektivt behandlings- og forskningssted. Hospitalet går fra primært at have behandlet folk fra de socialt laveste klasser til at behandle patienter fra stort set alle sociale lag med undtagelse af de højeste lag, som langt op i 1900-tallet stadig foretrak og havde mulighed for at lade sig behandle hjemme eller på privatklinikker. Af Signild Vallgårdas afhandling om sygehuse og fattigpolitik fremgår, at sammensætningen af patienterne på Kommunehospitalet stort set ikke ændrede sig frem til 1880. Dog fremgår det ikke af hendes tal, hvor mange almisselemmer, der blev behandlet på hospitalet i 1880 (22). Så selvom denne undersøgelse er baseret på et lille materiale synes den at følge det generelle billede for patientsammensætningen på hospitaler i 1860- og 70ernes Danmark.

Hospitalets første og sidste patient

Det vil næppe nogensinde blive opklaret, hvem der blev registreret som den første patient indlagt på Kommunehospitalet. Men undersøgelsen har sandsynliggjort hvem, der er den første patient, der blev indlagt på hospitalet. Journalen for den 52-årige styrmand Frits Nygaard fra Barkskipet Mette Margrethe, er påbegyndt den 9. august 1863. Frits bliver indlagt med kopper i epidemibygningen, og disse optegnelser er de tidligste i de 92 patienters journaler.

Hospitalets sidste patient må findes blandt de psykiatriske patienter, som onsdag den 24. oktober 2001 forlod hospitalet. På denne dag flyttede hospitalets sidst fungerende afdeling, den psykiatriske afdeling, til Amager Hospitals nybyggede psykiatriske afdeling på Digevej.

Summary

*Jeanne G. Christensen, Erik Dauv-Pedersen & Henrik Permin
Mrs. Popp - and all the others.*

*The first patients admitted to the Kommunehospital
in Copenhagen on the opening day September 19, 1863.*

The gates of The Kommunehospital in Copenhagen opened for the first time on September 19th, 1863. It is recorded that on this day 89 patients was admitted to the hospital. These patients have been subdivided according to occupation, their own or that of the family, as it was recorded on admission. The occupational groups are: journeymen, workers, seamen, servants, self-supporting and paupers. Most of the patients are men, reflecting the fact that the on the opening day only male patient were moved from Almindelig Hospital that the new Kommunehospital was to replace. Most of the patients came from the working class, a few belonged to the middle-class. That was the general trend at Danish hospitals in the 1860s. The case records provide information about hospital life and about social conditions in 1863, as regards work and family life. According to an article in the 125 year's Anniversary's publication of the hospital the first patient admitted was a widow Mrs. Popp, who suffered from eczema. This study has shown that probably the first patient was a mate by the name of Frits Nygaard. He suffered from smallpox and was admitted already on the 9th of August to the isolation- house, which was taken into use before the official opening of the hospital.

Litteratur

1. Artiklen er et af resultaterne af en tværfaglig undersøgelse af forholdene ved Kommunehospitalets åbning i 1863 forestået af en arbejdsgruppe bestående af etnolog J. G. Christensen, Institut for Sygdomsforebyggelse, tidligere hospitalsapoteker E. Dauv-Pedersen og overlæge H. Permin, Rigshospitalet. Kildematerialet kan fås hos forfatteren. Alle fundne journaler for patienter registreret som indlagt på åbningsdagen, er desuden affotograferet og overført til CD-ROM. CD'en vil med udgangen af år 2002 blive overdraget Københavns Stadsarkiv.
2. Sørensen B. Fra Kommunehospitalets første patient til moderne brandsårsbehandling. I: Københavns Kommunehospital. Hospital, arbejdsplads og uddannelsessted gennem 125 år. Københavns Kommunehospital 1988.
3. Det er ikke lykket at finde en forklaring på, hvorfor det hedder officiantgang. Slår man op i Salmonsens leksikon, står der blot at betegnelsen officiantværelser på nogle hospitaler anvendtes om værelser til en syg. Ligger disse værelser på en gang, kaldes denne for officiantgangen. Betegnelsen officiant betyder ifølge samme leksikon "*embedsmand af lavere rang, hofbetjent eller tjenestegørende præst*". I programmet for Kommunehospitalets opførelse anvendes betegnelsen officiant om det ikke-lægelige personale af højere lønklasser såsom kontorbetjente og overopsynsmænd. På Kommunehospitalet fandtes der værelser til behandling af denne del af personalet under sygdom. Disse værelser lå på gangene med ene-værelserne, og det er formentlig heraf betegnelsen er opstået
4. Regulativ for Kommunehospitalet i København. s. 4 stykke B. Københavns Magistrat den 24de August 1863.
5. Syfilis var i 1860'erne et meget videre begreb end i dag og var først og fremmest en symptomdiagnose. Af en samtidig sundhedshåndbog fremgår det, at syfilis blev anvendt som en fælles betegnelse for alle kønssygdomme (veneriske sygdomme). Lægerne inddelte syfilis i to kategorier, primære tilfælde (den lokale veneriske syge) og de sekundære tilfælde (den almindelige veneriske). I den første kategori var symptomerne begrænset til kønsorganer og omfattede bl.a. dryppert (gonoré) chanker (ondartede sår) og huboner (lyskebylder). I den anden kategori fandtes symptomerne over hele kroppen og omfattede bl.a. veneriske sår i halsen og munden, hududslet, syfilder, ben-svulster m.m. Syfilis blev anset for arveligt (Reymann, W. Sundhedshåndbog, P.Pios forlag, København 1867). Den nutidige diagnose af syfilis baserer sig på påvisningen af bakterien *Treponema pallidum* i 1905 af Fritz Schaudinn (1871-1906) og Wassermanns reaktion for syfilis, angivet 1906 af August von Wassermann.
6. Gautier H. Sygehusvæsenet som kommunal opgave i det 19. århundrede. I: Knastrop, J. Ousager, S. (red) Kommunal opgaveløsning 1842 -1870. Odense Universitetsforlag.
7. Fra 1946 til 1973 havde patienter ikke kun pligt til at lade sig behandle men også til at angive smitekilde. Men journalerne fra patienterne på Kommunehospitalet viser at lægerne også i 1860erne forsøgte at spore smittekilden. Kønssygdomslovgivningen blev ophævet 1.6.1988. (red. Lund, J. Den store danske Encyklopædi. Bind 11)
8. Carl Sophus Marius Neergaard Engelsted (1823-1914) overlæge Kommunehospitalet 4. afdeling 1863-82. Var før dette overlæge på Almindelig Hospitals 1. afdeling. Engelsted var medlem af flere kommissioner vedrørende hygiejne og tuberkulose. Blev professor i 1869, sad som bor-

- gerrepræsentant i Københavns Kommune 1882-94.
9. I hospitalets årsberetninger er opgivet tallene for behandlede inden for de enkelte sygekasser fra 1865 og frem. I 1865 behandles 172 bager-svende mens den næststørste gruppe, som er cigararbejdernes, er på 43. I 1868 er tallet faldet til 148 bager-svende mens der af cigararbejdere, som stadig udgør den næststørste gruppe, blev behandlet 44.
 10. Beretning om Københavns Kommunehospital i 1865 s. 65. Bianco Lunos Trykkeri. København 1866
 11. Bog over Patienter på Kommunehospitalet 1863.
 12. Beretning om Københavns Kommunehospital og St. Hans Hospital for Sindssyge 1864 s. 5. Bianco Lunos Trykkeri. København 1865.
 13. Det er især den asiatiske kolera som det på denne måde blev forsøgt hindret i at nå til København
 14. Vallgarda S. Sjukhus och fattigpolitik - et bidrag til de danske sjukhuses historia 1750-1880. s. 65. Institut for social medicin. Publikation 17. FADL's forlag. København 1985.
 15. Beretning om Københavns Kommunehospital og St. Hans Hospital for Sindssyge 1863 s. 383.
 16. Frits Valdemar Rasmussen (1833-77) dr.med. prosekter ved Kommunehospitalet 1865 - 68, overlæge ved 5. afdeling 1870-75.
 17. Beretning om Københavns Kommunehospital og St. Hans Hospital for Sindssyge 1863 s. 382.
 18. Lund T. Sundhedsbegrebet i Norden i det 16. århundrede. Det Schubot-heske forlag. København 1900.
 19. Bekjendtgørelse. Københavns Magistrats 2den afdeling, den 15. september 1863 § 1.
 20. Protokol over Montering af Kommunehospitalet 1863-64.
 21. Beretning om Københavns Kommunehospital i 1870 s. 22. J. H. Schultz. København 1871.
 22. Vallgarda S. Sjukhus och fattigpolitik - et bidrag til de danske sjukhuses historia 1750-1880. s.109. Institut for social medicin. Publikation 17. FADL's forlag. København 1985.

Hvordan, hvorfor, hvornår og hvor længe havde danske dyrlæger ret til at dispensere lægemidler?

Folke Rasmussen

Indledning

Dyrlægers ret til at dispensere d. v. s. fremstille lægemidler til dyr blev ophævet i 1988 med en overgangsordning, der gav dyrlæger, der var registreret i Veterinærdirektoratet som dispenserende dyrlæger, ret til at dispensere efter de hidtil gældende regler indtil den 1. januar 1990 (1,2).

Dyrlæger, der har ret til at praktisere her i landet, må fortsat distribuere d. v. s. udlevere lægemidler, som er indkøbt på et dansk apotek, til brug for dyr, som dyrlæger har under behandling (3,4). Denne ret til at distribuere lægemidler til dyr er gennem de senere år blevet skærpet og stærkt reguleret. Dette fremgår bl. a. af § 28 i bekendtgørelsen om behandling af dyr med lægemidler ... (4), hvori det anføres:

Dyrlægen skal ved enhver anvendelse eller udlevering af receptpligtige lægemidler, herunder foderlægemidler, vacciner og sera, til husdyr og pelsdyr optegne følgende:

- 1) dato for anvendelse eller udlevering,
- 2) dyrlægens autorisationsnummer,
- 3) dyrlægens praksisnummer,
- 4) besætningens CHR-nummer,
(*det Centrale Husdyrbrugs Register*)
- 5) lægemidlets varenummer,
- 6) anvendt mængde,
- 7) kode for dyreart,
- 8) kode for aldersgruppe,
- 9) kode for ordineringsgruppe (*sygdomsgruppe*).

Hvordan og hvorfor fik dyrlæger ret til at dispensere lægemidler?

Siden Den Kgl. Veterinærskoles oprettelse på Christianshavn i 1773 har der været meddelt undervisning i "Læren om Lægemidler" - fra 1809 farmakologi. Veterinærskolens grundlægger og første forstander, lægen P. C. Abildgaard (1740 - 1801) og Erik Nissen Viborg (1759 - 1822) forestod udover undervisningen i "Læren om Lægemidler" også undervisningen i samtlige øvrige veterinære fag samt den administrative ledelse af Veterinærskolen (5). Allerede i forarbejdet til oprettelsen af Veterinærskolen påpeger P. C. Abildgaard d. 22. november 1772 betydningen af læren om lægemidler ved at anføre "... at der skal holdes Forelæsninger over den saakaldte *Materia Medica, eller Kundskaben om Lægemidlerne* og deres *Virkningsmaade*" (5). Abildgaards syn på dette forstærkes ved, at det direkte kommer til udtryk i "*Fundation for den i Kjøbenhavn oprettede Veterinairskole, 23 Juli 1777*", hvor der i § 10 anføres "... *Læge-Midlernes Natur og deres Virkning i og på Kreaturets Legeme, Sygdommens Natur, Aarsager og deres rette Behandling med videre,...*" (6). Titlen på et af de velbevarede referater af Abildgaards



Figurtekster: Fig. 1. Titelblad fra referat af P. C. Abildgaards forelæsninger ca. 1780.

forelæsninger ca. 1780 (7) demonstrerer hans faglige bredde inden for veterinærmedicinen lige fra anatomi og fysiologi til sygdomsbeskrivelse, behandling og lægemidler (Fig. 1).

Ved en gennemgang af Abildgaards og Viborgs forelæsningsreferater, kompendier og publikationer (8) er det mit indtryk, at undervisningen i "Læren om Lægemidler" dengang var en omhyggelig beskrivelse af råmaterialer fra planter, dyr og mineraler samt disse materials forarbejdning og anvendelse til fremstilling af lægemidler. Undervisningen omfattede endvidere en angivelse af, hvordan lægemidlerne skulle anvendes. Den anbefalede anvendelse af lægemidlerne var oftest baseret på erfaringer og omhyggelige observationer og beskrivelser af klinisk virkning (7,9).

Den store betydning, som anvendelsen af plantematerialer dengang havde for fremstillingen af lægemidler og undervisningen af veterinærstuderende, understregedes af, at der allerede i 1795/1800 blev anlagt en have med lægeplanter ved Veterinærskolen, og at der ved kongelig bevilling i 1811 oprettedes et apotek på Veterinærskolen (5,10). Erik Nissen Viborg, der også var en anerkendt botaniker (11) ønskede med veterinærhaven at skabe mulighed for dyrkning af medicinske planter bl. a. Althea, Angelika, Baldrian, Mynte, Rabarber, Salvie og Sennep, som kunne forarbejdes til bl. a. pulvere, safter og salver og anvendes ved behandlingen af syge dyr. Samtidig gav veterinærhaven en god mulighed for at undervise de studerende i dyrkning af lægeplanter (12).

Veterinær-farmakopeer og Det Veterinære Sundhedsråd

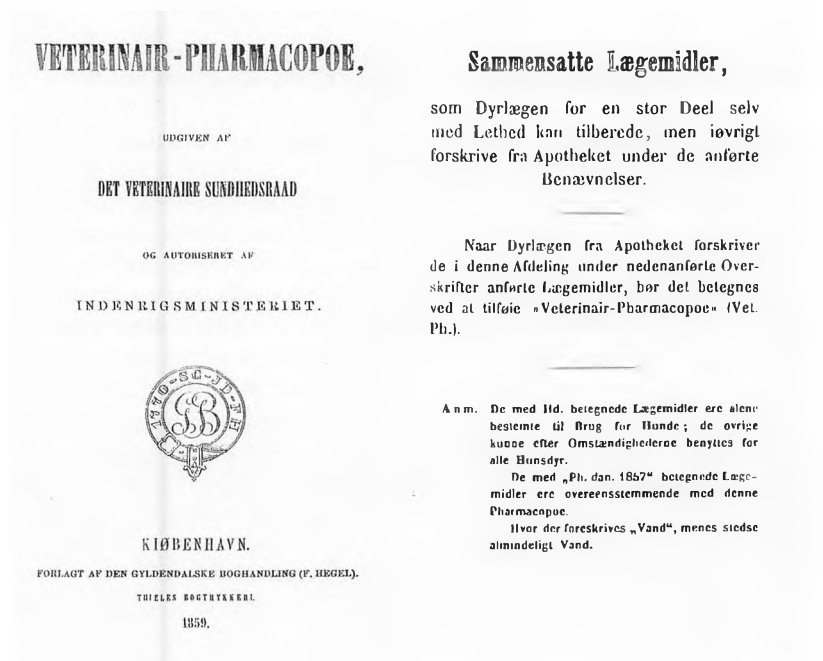
Anvendelsen af lægemidler til dyr blev efterfølgende beskrevet i en række veterinær-farmakopeer. Først to farmakopeer beregnet for dyrlæger ansat ved militæret. I henhold til et Cirkulære til samtlige Kavaleriregimenter blev Veterinærskolens forstander, professor Carl Viborg og stabsdyrlæge Magnus Chr. Lund beordret til at udarbejde en Instruks for Regimentsdyrlægerne samt en Pharmacopoe, som skulle indeholde en samling af "de bedste og billigste Lægemidler, hvorefter Regimentsdyrlægerne havde at rette sig ved Behandlingen af syge og saarede Kavaleriheste". "Alle Medikamenter rekvireres fra Veterinærskolens Apotek, medmindre Dyrlægerne selv kunde besørge dem anskaffede fra private Apoteker til samme Pris". Farmakopeen udkom i 1826 med titlen "Pharmacopoea veterinaria militaris" (13). Apropos militære heste og behandling af sygdomme hos hestene vil jeg oplyse, at der i dag findes 4 militære medicinkister bl. a. på Veterinærhistorisk Museum, Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole og på Jægersborg Kaserne (13,14,15). Den næste farmakope udkom i 1841 med titlen "Veterinair-Pharmacopoe for militaire Dyrlæger". I denne udgave var optaget "alle de Lægemidler, som det var tilladt at anskaffe til de syge militære Hestes Behandling" (16). Denne udgave blev "Efter allerhøieste Befaling

udarbejdet af en dertil nedsat Commission (professorerne Carl Viborg og G. C. With samt stabsdyrlæge D. G. Ringheim)” (17).

Ved kongelig resolution af 8. juni 1851 blev Det veterinære Sundhedsraad oprettet, og dermed blev anvendelsen af lægemidler til dyr og specielt fremstillingen af lægemidler beskrevet i en række veterinærfarmakopeer udgivet af Det veterinære Sundhedsraad fra 1859 til 1933 (18). De første 5 udgaver fra 1859 - 1894 var autoriserede af Indenrigsministeriet, mens udgaverne i 1903 og 1908 var autoriserede af Landbrugsministeriet. Veterinærfarmakope 1908 blev i 1914 autoriseret i henhold til Kgl. Anordning af 11. juli 1914 og udgivet i andet oplag 1918. Den sidste udgave af Veterinærfarmakope blev udgivet i 1933 i henhold til Kgl. Resolution af 24. juli 1925 angående fastsættelse af ordning for Det veterinære Sundhedsraad.

I Veterinair-Pharmacopoe'en fra 1859 findes en "Fortegnelse over Veterinaire Lægemidler" på 11 sider og et afsnit på 35 sider, som beskriver "Sammensatte Lægemidler, som Dyrslægen for en stor Deel selv med Lethed kan tilberede, men i øvrigt forskrive fra Apotheket under de anførte Benævnelser" (Fig. 2).

Fig. 2. Veterinair-Pharmacopoe, 1859. Titelblad og forsiden til afsnittet om sammensatte lægemidler (side 21).



Med udgivelsen af veterinære farmakopeer og specielt angivelsen af, at dyrlæger kunne tilberede lægemidler, finder jeg, at de hidtil fra Veterinærskolen givne anbefalinger om fremstilling og anvendelse af lægemidler til dyr blev officielt godkendt.

Hansen (19) skrev følgende om "Dyrlægernes Dispensationsret":

"Medens man for Lægestandens Vedkommende, naar da ikke ganske særlige Forhold taler derimod, forlængst har lagt Tilberedningen af Lægemidler fuldstændig i Apotekernes Hænder, er Forholdet for Dyrlægestandens Vedkommende et andet, idet Dyrlægerne i de fleste Lande har Adgang til i større eller mindre Grad at dispensere Lægemidler til de Patienter, de har i Kur.

Dette Forhold har sikkert her i Landet været gældende lige så længe, der har været eksaminerede Dyrlæger, og Bevillingen af 9. april 1811 til Veterinærskolens Apotek viser ogsaa, at Dyrlægernes Dispensering den Gang var almindelig. Undervisningen paa Veterinærskolen har da ogsaa altid taget Hensyn hertil.

Dyrlægernes Dispensationsret hvilede altsaa kun paa Sædvaneforhold. Den Trang, der var til at faa Forholdet virkelig lovfæstet og ordnet, blev yderligere forøget, efter at Apotekerloven af 29. April 1913 var fremkommen og havde givet Anledning til Drøftelse af Dyrlægens Dispensationsret og endog havde draget Berettigelsen i Tvivl. Dette Forhold er imidlertid nu louformelig ordnet gennem Kgl. Anordning af 29. December 1917."

Om samme emne skrev Adersen (16):

"Indtil 1917 fandtes herhjemme hverken formel Hjemmel eller særlige Regler for Udløvelsen af denne Ret, skønt Dispensering sikkert har fundet Sted saa længe, der har været eksaminerede Dyrlæger. Da Veterinærskolens Apotek oprettedes ved Kgl. Bevilling af 9. April 1811, var saaledes en af Aarsagerne hertil, at det ansaas for at være gavnligt, at der fandtes et offentligt Udsalg af Veterinærlægemidler, hvorfra Dyrlægerne kunne forsyne sig med saadanne, og i Højskolens Apotek er der til Stadighed givet de studerende den fornødne praktiske Undervisning i Lægemidllernes Tilberedning. I en Udtalelse fra Det veterinære Sundhedsraad i 1857 - angaaende Ordningen af nogle af det militære Veterinærvæsen vedrørende Forhold - anføres det, "at Dyrlægerne hidtil for største Delen selv har dispenseret deres Medicin". Paa dette Tidspunkt søgte man at skabe faste Rammer for Dyrlægernes Udlevering af Medicin, men først da Lov af 29. April 1913 om Apotekervæsenet var traadt i Kraft og havde givet anledning til en Drøftelse af Dyrlægernes Dispensationsret, hvis Berettigelse endog blev draget i Tvivl, blev Forholdet ordnet gennem Udstedelsen af Kgl. Anordning af 29. December 1917 om Dyrlægernes Udlevering af Lægemidler". Denne anordnings § 1 havde følgende ordlyd: "Enhver Dyrlæge, der har Ret til at praktisere i Danmark, har, indtil anderledes bestemmes, tillige Ret til under Iagttagelse af de i denne Anordning anførte Bestemmelser til Anvendelse overfor Dyr, han har i Kur, at tilberede, sammenblande, dele og afveje ("dispensere")

Lægemidler og udlevere disse. Denne Ret omfatter ogsaa Ret til at udlevere ("distribuere") Lægemidler i afmaalte, lukkede og takserede Portioner, som er modtagne i færdig Stand fra et Apotek".

Dyrlægenes ret til at dispensere og distribuere lægemidler forudsatte bl. a. indretning af egnede lokaler, passende hjælpemidler, sikre opbevaringsmuligheder og påbudte protokoller, og derfor blev der af Veterinærdirektoratet udarbejdet "Reglementariske Bestemmelser og Anvisninger af 8. Marts 1934 vedrørende Dyrlægers Dispensering af Medicin i Henhold til kgl. Anordning af 29. December 1917". Alt vedrørende dispenseringslokalet og protokoller m. m. "... skal opbevares saaledes, at de ogsaa under Dyrlægens Fraværelse er tilgængelige for Visitor".

Dyrlæge Frederik Rasch-Nielsens (dyrlæge 1908) apotek i Ørbæk St. er opstillet og kan bese på Veterinærhistorisk Museum, KVL. Apoteket blev oprindeligt indrettet af dyrlæge Poul G. Forbæck-Jacobsen (dyrlæge 1876) og har været anvendt til 1957. Et tilsvarende apotek, som har tilhørt dyrlæge Carl Nielsen (dyrlæge 1934), Nyborg, kan ses på Nyborg Museum og er beskrevet af Jensen (20). Carl Nielsen praktiserede i Nyborg fra 1934-1977.

Udgivelsen af veterinær-farmakopeer sluttede i 1933 og blev efterfulgt af Dispensatorium Veterinarium 1950 (21), som også blev udgivet af Det veterinære Sundhedsraad. Denne udgivelse blev påbegyndt i henhold til Kgl. Resolution af 24. juli 1925 som en veterinær-farmakope i forbindelse med udarbejdelsen af Pharmacopoea Danica 1948. Ved et samarbejde mellem Farmakopékommissionen og Det veterinære Sundhedsraad (Det veterinære farmakopéudvalg med Professor, dyrlæge og farmaceut, Vald. Adersen, KVL, som formand) enedes man om at udsende et tillæg: Addendum Veterinarium til Pharmacopoea Danica 1948 (17) og en samling af komposita til veterinært brug: Dispensatorium Veterinarium 1950 (Forordene til Addendum Veterinarium og Dispensatorium Veterinarium giver en detaljeret beskrivelse af udvalg, forhandlinger og udvalgsarbejde).

Udover dyrlægenes anvendelse af lægemidler fremstillet i h. t. farmakopeer og Dispensatorium Veterinarium havde dyrlægerne siden begyndelsen af det 20. århundrede og specielt i anden halvdel anvendt flere og flere af lægemiddelindustriens farmaceutiske specialiteter til behandling af dyr. Med husdyrbrugets og forbrugernes stigende krav til lægemidlers effekt og sikkerhed øgedes behovet for, at lægemidler til dyr blev officielt godkendt i henhold til standarder fastsat af Sundhedsstyrelsens Registreringsnævn - nu Lægemiddelstyrelsen. Den dispenserende dyrlæge kunne på flere områder hverken opfylde kravene til fremstilling af ensartede produkter eller til dokumentation af effekt og sikkerhed. Den nationale registrering har siden 1972 udviklet sig i overensstemmelse med beslutninger om EU's aktiviteter på lægemiddelområdet via samarbejde i CVMP (Committee on Veterinary Medicinal Products, The European Agency for The Evaluation of Medicinal Products. Veterinary Medicines Evaluation Unit)

(22). Denne udvikling medførte, at der var et mindre behov for, at dyrlægerne dispenserede lægemidler til dyr, men at de i højere grad distribuerede lægemidler og udskrev recepter på lægemidler. Undervisningen i "Farmaci og Receptskrivning for veterinærstuderende" blev tilpasset udviklingen inden for lægemiddeldområdet (23).

Hvornår fik dyrlægerne så ret til at dispensere lægemidler? Var det i 1775, 1859 eller 1917?

1775: Med baggrund i ovenstående beskrivelse af uddannelsen (se bl. a. Fig. 1 med tilhørende tekst) er det min opfattelse, at danske dyrlæger blev "født" med faglig uddannelse og baggrund for at tilberede datidens lægemidler til dyr d.v.s. *dispensere* lægemidler, siden den første dyrlægestuderende bestod afgangseksamen i 1775 (24).

1859: Med Det veterinære Sundhedsraads udgivelse af Veterinair-Pharmacopoe 1859, hvor det anføres "Sammensatte Lægemidler, som Dyrlægen for en stor Deel selv med Lethed kan tilberede, ..." (Fig. 2) er man med Indenrigsministeriets autorisation af Veterinair-Pharmacopoe 1859 efter min mening så nær en officiel dispensationsret, man kan komme den uden at anvende ordet "dispensere".

1917: Selv om det i udtalelsen fra Det veterinære Sundhedsraad fra 1857 anføres, "at Dyrlægerne hidtil for største Delen selv har dispenseret deres Medicin" anfører Adersens (16): "Indtil 1917 fandtes herhjemme hverken formel Hjemmel eller særlige Regler for Udløvelsen af denne Ret, skønt Dispensering sikkert har fundet Sted saa længe, der har været eksaminerende Dyrlæger". Det er dette Hansen (19) formulerer således "Dyrlægenes Dispenseringsret hvilede altså kun på Sædvaneforhold".

Hvor længe havde danske dyrlæger ret til at dispensere lægemidler?

Som følge af den ovenfor beskrevne udvikling i fremstillingen af lægemidler til dyr og de stigende krav til dokumentation for lægemidlernes farmakodynamik og -kinetik d.v.s. lægemidlers virkninger/bivirkninger, optagelse, fordeling, metabolisering og udskillelse fra organismen for godkendelse af veterinære lægemidler er behovet og muligheden for at dispensere lægemidler på flere områder forsvundet.

Behovet og muligheden for at dispensere lægemidler er ligeledes mindsket med de ændringer, der er sket i selve husdyrholdet med specialiserede produktioner og produktioner i større enheder, som i højere grad kræver flokbehandling end individuel behandling af dyr. Hertil kommer, hvad der er meget vigtigt, gennemførelse af sygdoms forebyggende foran-

staltninger eller behandling, som i høj grad forudsætter anvendelse lægemidler med stor effektivitet og få bivirkninger. Endelig vil jeg nævne, at det er meget vigtigt at sikre konsumenterne af animalske produkter mod uønskede rester af lægemidler samt evt. skadelig virkning af lægemidlerne på injektionsstederne. Alle disse krav kan kun opfyldes, hvis man kan sikre en kontrolleret anvendelse af lægemidler med kendt klinisk virkning på og elimination fra det behandlede dyr. Resultaterne af stikprøvekontrol for rester af antibiotika i animalske produkter viser, at det med den kontrollerede anvendelse af godkendte lægemidler siden 1960 i høj grad har været muligt at sikre konsumenterne mod uønskede rester af lægemidler i vore levnedsmidler (22).

Alle ovennævnte forhold har medvirket til, at dyrlægers ret til at dispensere lægemidler blev ophævet med virkning fra 1. september 1988 og en overgangsordning indtil den 1. januar 1990 (1).

Aktuel status for udlevering af lægemidler til dyr

I 1947 var der i henhold til Lannung (12) i alt 1160 dyrlæger og heraf var 513 dispenserende og 190 distribuerende dyrlæger. Ved ophævelsen af dyrlægenes ret til at dispensere lægemidler i 1988 var der ca. 1100 praktiserende dyrlæger af i alt godt 2500 dyrlæger. Størstedelen af de især lidt ældre praktiserende dyrlæger bevarede retten til at dispensere lægemidler, indtil den blev ophævet i 1990, men de udnyttede den kun i begrænset omfang på nogle relativt få lægemiddelområder. I dag har de praktiserende dyrlæger ret til at udlevere lægemidler men ordinerer i stigende omfang receptpligtig medicin ved at udskrive recepter til dyreejerne. I henhold til Vetstats (Dansk Zoonosecenter, Danmarks Veterinærinstitut) opgørelse for 2001 sker $\frac{3}{4}$ af alle ekspeditioner af receptpligtig medicin til dyr (dyreejere) via recept mens $\frac{1}{4}$ udleveres af dyrlæge til dyreejer (www.vetinst.dk). Jeg skønner, at dyrlægers udlevering af lægemidler fortrinsvis finder sted i stordyrspraksis, men denne ret til at udlevere lægemidler er forbudt for visse lægemiddelgrupper (bl.a. euforiserende lægemidler, hormoner og fluoro-kinoloner, § 5) samt mængde- og tidsmæssigt begrænset for visse lægemidler (bl.a. antibiotika, kemoterapeutika og anthelmintika, §§ 16-17) (4).

Afslutning

Danske dyrlæger har fortsat mulighed for at udlevere lægemidler, som er indkøbt på et dansk apotek, til brug for dyr, som dyrlæger har under behandling. Desuden kan dyrlæger receptordinere lægemidler til navngivne personers dyr. Receptordination af lægemidler til dyr har et stadigt stigende omfang og udgjorde i 2001 $\frac{3}{4}$ af alle ekspeditioner af receptpligtig

medicin til dyr mens $\frac{1}{4}$ udleveres af dyrlæge til dyreejer. Anvendelse, udlevering og receptordination skal foregå i overensstemmelse med reglerne fastsat i Fødevaredirektoratets Bekendtgørelse fra 2002 (4).

Danske dyrlæger har med baggrund i uddannelsen haft mulighed for at dispensere lægemidler til dyr siden den første dyrlægestuderende bestod afgangseksamen fra Veterinærskolen i 1775. På grund af udviklingen inden for fremstillingen af lægemidler og de berettigede krav til dokumentation for virkning og sikkerhed ved lægemidlernes anvendelse samt ønsket om en kontrolleret anvendelse af lægemidler, blev dyrlægernes ret til at dispensere lægemidler ophævet i 1988 med en afviklingsperiode, der til lod, at dyrlæger, der pr. 31. december 1984 var registreret som dispense- rende dyrlæger, kunne benytte deres dispenseringsret indtil 1. januar 1990. Den kontrollerede anvendelse af godkendte lægemidler har medvirket til at sikre optimal effekt af behandlingen og til at undgå eller i det mindste minimere uønskede virkninger på de behandlede dyr, i det lokale og det omgivende miljø. Hertil kommer muligheden for at sikre konsumenterne mod uønskede rester af lægemidler i animalske produkter (22).

Summary

Folke Rasmussen

How, why, when and for how long time did the Danish veterinarians have the right to dispense drugs?

Danish veterinarians are still allowed to prescribe and distribute drugs sold by Danish pharmacies to be used for treatment of animals under their care in agreement with the Danish rules and EU directives (4).

Since the first student graduated from the Danish Veterinary School in 1775, danish veterinarians have also, in agreement with their education, had the right to dispense drugs produced in their own dispensary. However, due to the development of the methods for drug production, the introduction of registered products from medical companies, and the justified demands for documentation of drug efficacy and safety this right was abolished in 1988, and no exemptions were granted after January 1st 1990 (1).

The controlled use of drugs with documented efficacy and safety has improved the clinical effect of animal treatment, minimised side effects in treated animals and unwanted effects on the environment and in the consumers of animal products (22).

Litteratur

1. Landbrugsministeriets bekendtgørelse nr. 430 af 13. juli 1988. Bekendtgørelse om dyrlægers indkøb, opbevaring og distribuering af lægemidler til dyr.
2. Lov nr. 279 af 6. juni 1984 om apotekervirksomhed med virkning fra 1. januar 1985 (Apotekerloven).
3. Lov nr. 657 af 28. juli 1995 om apoteksvirksomhed med senere ændringer. (Apotekerloven).
4. Fødevarerdirektoratets bekendtgørelse nr. 119 af 14. marts 2002. Bekendtgørelse om behandling af dyr med lægemidler og visse hormoner m. v. og om restkoncentrationer heraf i animalske fødevarer.
5. Bendixen, Hans Chr.: Omkring 200-året for oprettelsen af Den Kongelige Veterinærskole den 13. juli 1773. pp. 82-106, 154, 180-186, 227. København, 1973.
6. Winther, C. M.: Udtog af Forordninger, Placater, Kongelige Resolutioner, Armee- og Parolfbefalinger samt Collegialskrivelser, der vedkommer Veterinairer som saadanne. Pp. 3-4. København 1847.
7. Abildgaard, P. C.: Kollegium, indeholdende Læren om Kreaturerens Been og Muskler, og overfaldende indvortes Sygdomme, med deres Tegn, Tilfælde. Aarsag og Lægemaade, saa om Læren om Læge-Midlerne i Almindelighed og om nogle sammensatte i Særdeleshed. Forelæsninger i Den Kongelige Veterinaire Skole. Sammenskrevet af Christian Nielsen Rosbjerg. Ca. 1780.
8. Abildgaard, P. C.: En dansk Heste- og Qvæg-Læge i et lidet Udtog. København, 1770.
9. Rasmussen, Folke: Fra Abildgaard til vor tid. Dansk Veterinærtidsskrift, 1998, 81, 668-676.
10. Bendixen, Hans J.: Kongen bød... til dette Ondes Hæmmelse og Lindring. Pp. 307. Hans J. Bendixen og Forlaget Conetto, 2002.
11. Sørensen, Finn T.: Erik Viborgs betydning for dansk skovbrug. Dansk Den-drologisk Årsskrift. Bind XVII, 56-75. København 1999.
12. Lannung, Axel: Om Undervisningen af Veterinærstuderende i Farmaci. Arch. Pharm. Chemi, 1948, 105, 473-476.
13. Høyberg H. M.: Det Danske Dyrlægekorps. Kjøbenhavn 1901, pp. 27-33.
14. Møller-Sørensen, A.: En gammel Dyrlægemedicinkiste. Veterinærhistorisk Aarbog. 1957/58, 20. Aargang. København, 1959, 87-90.
15. Hansen, Philip & Helge Sass: Den danske Hærs Veterinærtjeneste gennem Tiderne. Veterinærhistorisk Aarbog. 1959/60, 21. Aargang. København, 1961, pp. 102-111.
16. Adersen, Vald.: Lærebog i Farmaci og Receptskrivning for Veterinærstuderende af Carl H. Hansen. 2. Delvis omarbejdede udgave. København, 1942.
17. Møller, K. O.: Forord til Addendum Veterinarium, Pharmacopoea Danica 1948. København 1950, pp. 7-11.
18. Rasmussen, Folke: Fra Antifebrin til vor tids antibiotika. Dansk Veterinærtidsskrift, 1996, 79, 84-88.
19. Hansen, Carl H.: Lærebog i Farmaci og Receptskrivning for Veterinærstuderende. Kjøbenhavn, 1922.
20. Jensen, Niels Kristoffer: Medicinsk-historiske skatte på Fyn IV. Dyrlægeapoteket i Mads Lerches Gaard i Nyborg. Fynske læger, 2002, nr. 2, pp. 28-29.
21. Dispensatorium Veterinarium 1950. København, 1950.
22. Rasmussen, Folke: Udviklingen inden for den veterinære farmakologi i Danmark i det 20. århundrede. Bibliotek for Læger, 2000, 192, 337-355.
23. Wamberg, Torben & Jytte Bjerregaard: Farmaci og Receptskrivning for veterinærstuderende. 2. udgave. København 1989.
24. Bendixen, Hans Chr.: The Royal Veterinary School in Copenhagen. Highlights from the time of Peter Christian Abildgaard and Erik Nissen Viborg. The World Association of the History of Veterinary Medicine. Fifth Congress, Copenhagen, 1974.

Dansk sygeplejerske i Rom og Paris i årene efter 1. Verdenskrig

En brevsamling redigeret og kommenteret af

Gudrun Hauge, Thomas Hauge og Bent Harvald

Den 20. juni 1992 døde forhenværende sygeplejerske Louise Kjær-Nielsen i De Gamles By i København i en alder af 100 år og 3 måneder. Blandt hendes efterladte effekter fandtes et bundt gulnede, vanskeligt dechifrerbare breve, som hun i årene 1920-24 havde skrevet hjem til sin "Tante" i København fra en "dannelsesrejse" til Rom og Paris. Brevene afslører Louise som en særdeles god brevskriver, der nøgternt formåede at lede "på sporet efter den tabte tid", efterkrigsårene efter første verdenskrig.

Efter bortredigering af personlige oplysninger udgør brevenes iøvrigt ubearbejdede tekst en sygeplejehistorisk dokumentation.

Før der lukkes op for selve brevbundtet, må det være på sin plads at præsentere både den brevskrivende sygeplejerske Louise og modtageren benevnt "Tante".

Louise var født i København d. 11. marts 1892, som nummer 5 af i alt 8 børn. Faderen blev som oversergent forflyttet til garnisonen i Viborg, hvor Louise voksede op. Navnet Louise fik hun i anledning af Chr. IX og dronningens Louises guldbryllop i Louises fødselsår. Familiens økonomi var anstrengt, og som 16-årig kom Louise derfor i huset hos sin "Tante" i København - i virkeligheden hendes ugifte, ret velstillede moster Inger Kjær (1862-1930), der efter tur og orden tog 4 af sine søsterbørn til sig og sørgede for deres uddannelser. "Tante" bestyrede restauranten "Kvindernes Køkken" i Vimmelskaflet 38, netop i den ejendom, hvor grevinde Danner havde haft sin modeforretning, og hvor Dansk Sygeplejeråd siden 1967 har haft sit domicil.

Det var "Tante", der gav incitamentet til at Louise i 1913 søgte ind som sygeplejeelev ved Rigshospitalet. Hun afsluttede sin uddannelse i 1916 og blev herefter ansat ved Rigshospitalets kirurgiske afdeling D hos professor Vilhelm Schaldemose (1866-1933).

Efter første verdenskrigs afslutning i 1918 havde en gruppe danske sygeplejersker, som under krigen havde gjort tjeneste ved frontambulancer og hospitaler i Frankrig, stiftet et sygeplejebureau i Paris. Den faglige isolation

Figur 1.
Louise Kjær-Nielsen (1892-1922)
fotograferet omkring tidspunktet
for optagelsen som sygeplejeelev
ved Rigshospitalet 1913. Privat foto.



under krigen havde givet Louise udlængsel og rejselyst. Hun besluttede først at besøge Rom for så derefter at søge kontakt med bureauet i Paris.

Louises første brev handler om hendes togrejse til Rom over Brennerpasset og ned igennem Sydtyrol, der kort forinden var afstået fra Østrig til Italien. I Rom kom Louise til at bo i den kendte pension Dinesen, stiftet omkring århundredeskiftet af danskeren Marie Dinesen (1873-1973). Pension Dinesen busede gennem årene en lang række fremstående skandinaver under deres besøg i Rom, herunder flere kongelige.

Til en mere fuldstændig præsentation af Louise skal tjene, at Louises søster Anna var gift med medicinhistorikeren professor dr.med Edv. Gotfredsen. Gudrun og Thomas Hauge, som har dechifreret og redigeret brevsamlingen og som er medforfattere til denne artikel, er henholdsvis datter og dattersøn af Anna og Edv. Gotfredsen.

Så til Louises egen beretning.



Figur 2.
Inger Kjær (1862-1930), Louises moster, kaldet
"Tante," til hvem hun sendte sine breve fra
Rom og Paris. Fotograferet ca. 1920. Privat
foto.

19.10.1920 Rom, Via della Fiamme 19, Pensione Dinesen

Kære Tante!

Jeg er nu kommet saa vidt, at jeg knap ved, hvor jeg skal begynde eller ende, saa meget har jeg allerede udrettet.

Det var baade morsomt, interessant og trættende at rejse herved, men Turen forløb programmæssigt, vi var her i Rom d. 2. Oktober. Vi overnattede i Berlin, hvor jeg nær var blevet ædt op af Væggetøj. Bæster, som jeg aldrig før har været ude for, men ellers slap vi nemt igennem Tyskland, og jeg maa sige til deres Ros at vi overalt, hvor vi kom frem, mødte den største Velvilje og Hjælpsomhed, meget mere end i Danmark, saa al den Sludder med at bestikke Funktionærerne var rent i det Blaa. Det gik saare nemt med at faa Tøjet toldefterset, Kufferterne blev kun aabnet eet Sted, det var da vi tog over Brennerpasset mellem Østrig og Italien og Toldeftersynet foregik i Toget, og det var en ren og skær Formssag. Bagagen blev kun aabnet, ikke efterset.

Det var interessant at se, som Naturen skiftede Karakter, efterhaanden, som vi kom sydpaa. Jeg var ikke saa lidt betaget af Bjergene, som vi kørte enten langs med eller op over. Hist laa en Borg, her et Kloster, og for os at se meget udsat for at styrte ned, men det havde nok ingen Nød. Mest betaget var jeg over de muntre, brusende, skummende Floder, Donau var skøn. Vi kørte over Brennerpasset i Maaneskin, og der var hundekoldt. Kl. 5 om Morgenen var vi ved den italienske Grænse, og maatte ud for at løse ny Billet. Da var jeg færdig med at tale Tysk, som jeg til min Forbavselse kunde meget mere af, end jeg vidste, men saadan er det, naar man skal, er der ingen Vej udenom.

Aldrig har jeg set en saa primitiv Banegaard, nærmest et Skur i Bjergene, mange grinagtige Scener blandt de Rejsende, for her gjaldt de tyske Mark ikke, og jeg tror ikke, der var een, som havde Lirer. Der var en Laanen, Raaben og Skrigen og her som hjemme ingen Smaamønt, der mistede jeg mine første 4 Centimer (ca. 6¹/₂ øre).

I Brixen, en lille By omgivet af Bjerge (Tyrol), overnattede vi, ja, vi var der et helt Døgn. Jeg sender en venlig tanke derop hver Dag. Den Følelse at komme dertil kan jeg kun sammenligne med det Tidspunkt, hvor jeg undertiden i en Nattevagt gav efter for Trætheden og - naa ja, det maa jo ikke hedde sig - men at komme til et Hotel, som skinnede af Renlighed og alt fik vi uden at vi saa meget som behøvede at lukke Munden op - vi havde da rejst et helt Døgn fra Berlin. Formiddagen - vi var der ved 9 Tiden om Morgenen - gik med at blive gjort ren, hvad vi højlig trængte til og dernæst et lille Hvil. Alle de gamle Damer slog sig til Ro i Byen, men vi tre Unge steg op i Tyrolerbjergene, og det tog os hele Eftermiddagen. Vinhøsten er jo i fuld Gang nu, vi traf da ogsaa en lille Gut, som overøste os med blaa Druer. I faar aldrig saadanne Druer hjemme. Der var den ypperste Vegetation paa Bjerget. Mange Slags Kaktus, men ingen i Blomst. Breg-

ner og blomstrende Nerier, smaa muntre Bjergbække og en lille Kat i hver Hytte, vi kom forbi. Saa vi ned ad Bjerget, var det som en Vinhave overalt. Alle disse Herligheder havde vi for ca 30 Li. el. 10 Kr. baade med Drikkepenge og Vin.

Jeg talte med Liftmanden og et Par andre af Betjeningen, som talte Tysk, alle var de mere end kede af at være kommet til Italien. Østrig er ikke Preussen, sagde de. Vi havde det saa godt under Østrig. Italien har slet ingen velordnede Forhold. Nej, dette Pensionat her taaler i hvert Fald ingen Sammenligning med Hotellet i Brixen.

Nu havde vi kun et Døgns Rejse tilbage, og saa var vi i Rom. Overalt elskværdige Mennesker. Toget var mere end overfyldt, men alt for Damerne. Da vi naaede Bologna, var jeg nær smeltet af Varme, og der undslap mig et Gisp, straks foldede den mest bedaarende lille Italienerinde sin Vifte ud og viftede Kølighed mellem os lige til vi naaede Firenze. Der var fuld Forstaaelse mellem os uden andre Ord end Grazie. Det var ogsaa den værste Strækning paa hele Rejsen, man siger der er over 20 Tunneller, det ved jeg ikke saa lige, det var jo om Natten. Alle Vinduer maatte være lukkede, og endda var vi halvkvalte af Røg. Da vi nærmede os Rom, fik jeg øje paa Peterskirkens Kuppel og dernæst den ækle gule Tiber, noget saa grimt skal man lede længe efter. Ladegaardsaaen er ligefrem idyllisk ved Siden af. Biler er meget dyre og derfor sjældne her. Derimod florerer Hestekøretøjer, smaa fikse Kaleschevogne. Der er kun Plads til to i en saadan Vogn. Fru T. og jeg kørte sammen til dette Pensionat og var saa heldige straks at faa Værelser. Fru F. og det øvrige Selskab var mindre heldige. Indehaversken, som er Dansk, var ikke særlig venlig mod dem, men de fik da et Værelse hver, men kun midlertidigt. De bor her endnu. Det er ikke fordi her er særlig yndigt, og jeg skammer mig næsten over, at det er en dansk Dame, som ejer det. Her er grænseløst snavset, og alting er forfaldent. Jeg antager at hun kan huse 2 - 300 Personer, saa du kan forstaa, at det er meget stort. Hun har de mest henrivende gamle Møbler blandet med alskens Ragelse, ligesom alt det øvrige her i Rom. Alt er forfaldent her, sætter man sig i en Sofa, falder man igennem, men det er jo svært at faa Bolig her, saa man lader, som om man er tilfreds. Maden er morsom, og jeg kan godt lide den. Den bekommer mig særdeles vel. Brødet er en Blanding, nærmest som vort gode gamle Sigtebrød, men der gives kun den ene Slags. Det er ganske dejligt Brød, Smør ser vi ikke, men Macaroni og Frugt. Naa, Mad er ikke min stærke Side, jeg er nærmest ligeglad. Vi faar saa rigeligt at spise, og jeg føler mig aldrig sulten, skønt vi drikker The kl. 8-10, Frokost kl. 1 og Middag kl. 8, ingen smaa Mellemmaaltider, Pensionslivet tiltaler mig ikke endnu, uh, denne Bunken sammen af alle mulige forskellige Mennesker, her er baade Russere, Englændere og Skandinaver.

Paaklædningen er tvangfri og som Følge deraf ret komisk. De rigtige Salonsnobber møder op i Toiletter, saa hver ærlig Sjæl maa sig forbarme, og med hele Juvelerbutikker. Vi andre kommer i hvad som helst. Efter Mid-

dagen gaar Kværnen i Salonen. Nu kan jeg Visen udenad, jeg har hørt den paa alle Maal: Maden, Moden og Næsten. Jeg overværer rene Forestillinger engang imellem, men jeg egner mig kun daarligt til at konversere og gaar derfor gerne op paa mit Værelse efter Middag.

Jeg har et rigtig rart lille Værelse, det er paa 5. Sal, men her er Elevator, vender til Gaarden, men det er kun morsomt, da jeg har Italienerne til Genboere, desuden har jeg en lille Balcon. Pensionatet ligger i den fine Ende af Rom, d.v.s. den mere moderne Del. Huset ligger mellem Dronningens Palæ og et Munkekloster. Fra Gangvinduet har jeg den herligste Udsigt over hele Byen, og en endnu skønnere, naar jeg gaar op paa Taget, det er kun en Etage højere oppe, et dejligt stort, fladt Tag. Her er glubende hedt for Tiden.

Vi har Sciroccoen, den varme Vind fra ørkenen. Alle gaar i den tyndest mulige Paaklædning. Sort er overvejende, det siges at det er Sorg for Kri-gen. Den italienske Farvepragt har jeg endnu ikke set Magen til, endda jeg har været viden om, men Rom er heller ikke, hvad den var, siger Folk, som har været her før. Naar jeg ser de smaa pyntede Italienerinder, maa jeg snarere tro, at det var Pariserinder. I det hele taget er de meget fikse her.

Aldrig har jeg set en saadan Rigdom af bittesmaa Børn, de slæber rundt med dem som Killinger, og aldrig har jeg set saa malede Skønheder. De er lige til at blive ræd for, men her er mange dejlige unge Kvinder. De gamle er hæslige og alle Mændene forekommer mig sortsmodskede og grimme, men mit Indtryk af Italienerne er, at de er et godmodigt og hjælpsomt Folkefærd, de griner over hele Personen og gestikulerer som gale, naar de kan gøre sig forstaaelige for en, det hænder jo, at man kommer i en forkert Gade, og at spørge en Betjent om noget er haabløst, han er blot til Pynt, og Gud, hvor er han fin; jeg haaber at faa fotograferet noget morsomt, for det er ikke til at beskrive, hvorledes de ser ud, i det hele tror jeg, at de ynder Uniformer henede. Det vrimler med Militær, men jeg kender endnu ikke deres forskellige Uniformer, men sikken de kan gaa, det er ikke Luntetrav!

Alt her er knusende dyrt, Beklædningsgenstande er fuldt saa dyre som i København, selvom vi regner med dansk Mønt. Naturligvis er der de Ting, man kan faa billigere f.Ex. Frimærker, men en Sporvognsbillet koster dog 30 Cm, det er 11 øre. Frugt er billig, rimeligvis ogsaa de fleste Fødevarer, men jeg er endnu ikke dreven nok i Forretninger. Jeg arbejder virkelig - fra The til Frokost gaar jeg hver Formiddag for at se et eller andet af den herlige gamle Kunst. Jeg har set Peterskirken og de gamle Pilgrimskirker, Forum og alt det, man nu engang skal se, naar man kommer her. Efter Frokost er det saa hedt, at man maa hvile lidt. Senere gaar jeg til Monte Pincio og Borghesehaven, der er en halv Snes Minutters Gang. Noget saa herligt har jeg aldrig drømt om at skulle opleve. Jeg vil antage, at Monte Pincio betyder det samme her som Langelinie hjemme. Herfra har man hele Rom for sine Fødder. Piazza del Popolo lige nedenfor. M.P. er en Promenade paa en af de 7 Høje, Parken er i Flugt med Borghesehaven. Her er

ældgammel Kunst, Sarcophager, Fontæner, Obelisker, Palmer og Pinjer, Stenege-alléen og Masser af Blomster. Herhen kører det fornemme Rom og visiter hinanden pr. Vogn ved Solnedgang. Naar Solen gaar ned, farves Himlen mørkerød, og der kommer en ejendommelig Belysning over det hele. I Gaar var jeg ude i en lille By, Frascati, som ligger i Albanerbjergene. Byen kunde næsten deles i to, idet den ene Halvdel var hypermoderne, den anden morsommere med uendelig lange, smalle, beskidte stinkende Gyder, og saa man ind i Husene, forfærdedes man over de elendige Huler, som var Menneskeholiger, naa, Menneskene levede vel nok for det meste paa Gaden, der sad de og syede, skomagererede, stegte Kastanier o.s.v. Og over det hele den dejlige blaa Himmel og Solen. Vi var tre paa Turen og vi steg op paa Toppen af Bjerget, der ligger endnu Ruiner af en gammel By, Tusculum. Alt var Brokker undtagen Amphiteatret, det var saa nogenlunde, at man kunde se, hvad det havde været. Bjergene er ikke saa høje her, men vi havde Udsigt over hele Campagnen, hvor Rom laa som en lille Klat, videre over til Sabinerbjergene og til Middelhavet, der imidlertid ikke viste sig blaa for os, men som en lysende Strihe i Horisonten. Over det hele laa et blaaligt Slør.

I Albanerbjergene var Vegetationen en anden. Ingen Kaktus, ingen Bjergbække, ingen Vinhaver, de var helt nede i Campagnen, men derimod kom vi gennem Olivenlunde, vadede i ægte Kastanier, og her fandt jeg for første Gang Alpevioler, de voksede som Anemonerne hjemme i Skovbunden, havde samme Størrelse og den sarteste violette Farve. Vi var inde i et Kloster for at spørge om Vej. En grim, sort, ubarberet "Broder" lukkede Porten paa Klem, korsede sig, sagde os Besked med himmelvendte Blikke og lukkede igen. Endnu har jeg ikke været inde i et Kloster, men det ser meget interessant ud udefra, navnlig som dette her paa Bjerget. Vejen som fører derop er af en saadan Skønhed, som vi slet ikke kender i Norden.

Her er en Russerinde, som er Læge, saa snart jeg kan noget mere Engelsk, har hun lovet at introducere mig paa en engelsk Klinik. En af Rejsefællerne taler Engelsk med mig, men hun er en rædsom Plageaand. Naa, Hensigten helliger Midlet, saa det tager vi med. I Morgen gaar jeg paa Berlitz School, jeg maa lære noget Italiensk, det skal jeg kunne, dersom jeg er saa heldig at komme paa en Klinik.

Saa vidt altsaa, men vil alle de rare Mennesker nu holde, hvad de lover. Hjertelige Hilsener til Eder alle,

Louise

14.12.1920 Rom, Pensione Dinesen

Kære Tante!

Skønt Vinter her er det mildt og midt paa Dagen helt sommerligt med knaldende blaa Himmel og dejlig Sol, ingen Blæst og ingen Slud som i Dan-

mark paa denne Tid, derfor kan jeg heller ikke fatte, at Julen staa for Døren. Her er ingen Juletravlhed, ingen kommen Hjem vaad og forkommen af Kulde med Favnen fuld af Smaapakker. Jeg kan saa levende se den hele Travlhed i Byen som paa Hospitalet, men det er maaske Synd at sige det, jeg nyder ikke at skulle "Lave Jul" i Aar, derimod faa at mærke, at det er det.

Hvorledes Julen fejres her ved jeg endnu ikke, nogen Festivitas bliver der jo nok, her er nogle halvgale Svenskere i Pensionen, som agerer til hver en Tid, og det skulde ikke undre mig, om de ikke ogsaa skal have noget for den Aften. Jeg vil nu helst have det lidt i Fred Juleaften og saa se nogle af de katolske Juleprocessioner og Messer.

Blandt de mange Skandinaver er en lille Kreds danske, som har sluttet sig sammen, og vi faar det sikkert hyggeligt i Juledagene. Fru Fugl og hendes Søster er prægtige gamle Damer, det øvrige Kor er jeg færdig med; saa er her en ung Frue med to dejlige smaa Piger, Bekendte af Fru Fugl, som kom herved en Ugestid efter, desuden en Malerfamilie og nogle andre, som jeg har Glæde af at være sammen med.

I al Beskedenhed sagt er jeg blevet populær i Pensionen. En dansk Dame gik hen og fik Gulsot, og jeg blev opfordret til at passe hende. Saa snart jeg gik i Gang med hende, strømmede de til fra alle Kanter, det var næsten som om hele Pensionen pludselig var blevet angrebet af forskellige Smaaplager.

Den unge Pige fik en bullen Tommel, som jeg snittede lidt i, en gammel russisk Pianistinde skulde have daglig Massage og Indsprøjtning af Arsenik. Fra Morgen til Aften bliver jeg pumpet om gode Raad mod daarlige Maver, Podagra og Gigt og anden Gebrækkelighed. Bliver det saadan ved, maa jeg vist oprette en poliklinisk Konsultationstid, for jeg tror ikke paa nogen særlig indbringende Geschæft, da de fleste næppe har bedre Raad end jeg selv. Den gule Dame skal betale mig 30 Li. om Dagen, derved faar jeg mit Ophold betalt og endda 10 Li. for Arbejdet; nu har jeg været hos hende i 14 Dage, og hun er ikke daarligere, end at jeg godt kan passe de andre Smaating ved Siden af. Jeg tænker nok, hun kan komme Hjem til Jul.

Jeg fik forleden foræret en dejlig lille Rekordsprøjte af den unge Frue, for den gamle Pianistinde er meget fattig, og jeg syntes det var en fæl Udgift for hende paa 33 Li., derfor vilde jeg købe en for saa selv at have den til anden Lejlighed, men Fruen kom mig i Forkøbet og bad mig beholde den, naar jeg var færdig med den gamle Dame.

I det hele er jeg rørt over, saa behjælpomme som alle Danskerne er mod hinanden her i Rom, man hører ellers altid det modsatte fra Udlandet, men her kappes de om at vise hinanden rundt og gøre hinanden Smaatjenester.

Jeg har i fuldt Antræk og med Anstands dame gjort Visit hos Byens dygtigste Professor og bedt ham erindre mig med Udlændinge paa de store Hoteller, om der skulde blive nogen Daarligdom.

Bolignøden er stor her i Rom. Jeg husker ikke, hvad jeg sidst skrev, for der er saa mange at skrive til, men jeg fik jo ikke noget Værelse igen, og for overhovedet at faa Tag over Hovedet maatte jeg ty til en af de gamle Damer og dele Værelse med hende i tre Uger, det var fælt, men alt faar en Ende, jeg fik da tilkæmpet mig et Værelse paa den Konto, at jeg skulde dele det med en lille Dame, som var paa en Afstikker til Schweiz, det var en af dem jeg var sammen med i Neapel.

Jeg havde ikke været i Værelset i 2 Timer, før der blev sendt Bud efter mig, at der var kommet en dansk Sygeplejerske, om hun maatte bo hos mig de første Nætter hun skulde være i Rom. Selvfølgelig maatte hun det, og tænk min Forbavselse, da det viste sig at være Frk. Zimmermann, som jeg har været paa Stue med i mit første Elevaar. Hun har de sidste 6 Aar gjort Tjeneste i Paris og passet de franske saarede Soldater. Vi lagde Planer hele Natten om alt det, vi skulde se, og den følgende Morgen hængte vi i efter Noder histaaet af Pastor Schindler (1892-1967), katolsk Præst i Danmark [*Pavelig busprælat. Red.*], han er en glimrende Fører og meget fornøjelig.

.....

Han opnaaede Tilladelse til, at vi fik set Verdens største Skatkammer, d.v.s. alle de Gaver i Guld og Sølv og ædle Stene som i Aarenes Løb er strømmet ind til Peterskirken fra fremmede Lande og Fyrster, ligeledes gik vi i Vatikanet en hel Formiddag, der var en svimlende Farvepragt. Malerier, Skulpturer, kostbare Gaver til Paven af enhver Art, Modeller af Kirker og Klostre forarbejdet i Guld og Sølv og Stenarter som Lapis Lazuli og Malakit. En Samling af haandskrevne Bibler fra 400 e. Kristus og meget andet, bl.a. Originalen til Dantes guddommelige Komedie. Jeg kunde blive ved, men kom selv og se!

.....

Det var Meningen at min Patients Forældre skulde komme hertil og hente hende, men de rejser nu ikke længere end til Brixen, saa følger jeg hende dertil, det er en Tur paa et Døgn uafbrudt, helt op til den østrigske Grænse. Paa den Maade kommer jeg igen til Brixen, som jeg hele Tiden har ønsket. Jeg tager tilbage til Rom, her er de fleste Muligheder for mig, og nu er jeg ude og vil helst blive ude.

Jeg var til en smuk Fest i Aftes i Skandinavisk Forening, en svensk Santa Lucia Fest. Maaske du kender Karl Larssons bekendte Billede af samme Navn, det er malet her i Foreningen. Til Optoget var der to norske, to svenske og en dansk Pige, og Loddet og Æren blev tildelt mig som Danmarks Repræsentant. Midt under Festen svævede vi ind med Santa Lucia i Midten i lange hvide Klædninger med Laurbærkranse paa Hovedet om udslaaet Haar og Lys i Hænderne. Vi indtog en flatterende Attitude, medens der blev holdt Tale, hvorefter vi fem serverede Kaffen for Skandinaverne, senere blev der danset lidt, og vi kom sent hjem. Gud ved, om jeg nogensinde bliver skikket til ordentligt Arbejde igen.

Nej, nu skal du bare høre, Kongen [*Chr.X. Red.*] er her jo, og for hans Ankomst var der Røre i Forsamlingen, det vrimler med von'er og de'er blandt de Gamle her, og festes skulde der jo i samme Anledning. Alle Danske i Pensionen blev udstyrede med Sløjfer i Rødt og Hvidt, og hele Koret drog med Ministerens Tilladelse paa Banegaarden for at tage imod. Vi stod paa Træerne og saa paa al den italienske Pragtudfoldelse af Uniformer. Saa kom Toget, og vi saa - Intet! Det var en yndig Fiasko, og flove og langørede listede den lille danske Flok hjem til Dinesen med Blomster og Sløjfer.

Mere Held havde de gamle Damer om Eftermiddagen, da Kongen var i Pantheon. Saa snart de viste sig med rød-hvide Sløjfer, gjorde Militæret Honnør og lod dem passere. Kongen gav dem alle Haanden og sludrede med dem om Italiensk, fortalte, at han selv brokkede paa Sproget. Fru Fugl, som havde Fødselsdag samme Dag, græd af Glæde. Forfatteren Johs. Jørgensen, Pastor Schindler og Rose Bruhn bor ogsaa hos Dinesen og skal ligesom vor Værtinde til Konge-Theen. Altsaa er jeg i fint Selskab.

Det er saa svært for mig at skrive, jeg kan ikke samle mit Pulterkammer af en Hjerne, for jeg er aldrig et Minut alene. For Tiden bor jeg hos min Patient, og hun har ingen bestemt Besøgstid, det vrimler med Mennesker. Til daglig bor jeg sammen med en anden. Nu en rigtig glædelig Jul til Eder Alle og et godt Nytaar. Kan jeg faa nogen til at tage nogle Smaatterier med til Eder, faar I dem snart, der rejser nok nogen efter Nytaar.

Hjerteligste Hilsener til Eder Alle,

Louise

Karen Engelsted-Zimmermann, Paris 14.12.1920

Kære Frk. Kjær-Nielsen!

Dette for at spørge Dem, om De kan og vil komme til Paris med det samme. Der er to Stillinger til Dem straks. Den første som fast Sygeplejerske paa den Klinik, hvor vi arbejder; De faar Opholdet, Vadsk, De maa dele Værelse med en fransk, ingen Gage det første $\frac{1}{2}$ Aar, 1 Fridag den ene uge og $\frac{1}{2}$ den anden Uge.

Den anden er hos en fransk Læge, der er gift med en Læge, de har tre Børn, og Fruen venter en til om 1 Md.. De skal være om Børnene, men har en Kammerjomfru til Hjælp. 150 Frs om Md. til at begynde med. Frk. Petersen har været dernede i Dag og siger, at det er en umaadelig tiltalende Familie, de vil gøre Alt for, at De skal blive glad for at være der.

Doktoren har spurgt efter en dansk Sygeplejerske i den danske Legation, da han vidste de vare saa anerkendte og ikke vilde have andre til deres Børn. De kunne opdrage Børnene efter Deres egen Metode og gøre og lade, som De vil; senere faar De mere i Gage; det er en af de mest tiltalende Pladser, som vi har kendt.

Kan De ikke straks sende et Telegram til Frk. Petersen om hvad De

bestemmer Dem til: Rue Annenouville 26, Neuilly, Paris.

Haabende De har det godt, hilses De paa det hjerteligste af Deres
Karen Zimmermann

Rom 19.12.1920

Kære Tante!

.....

Jeg tager imod Pladsen hos Lægen, mest fordi jeg vel hurtigere faar lært Sproget, hvor der er Børn, senere kan jeg jo altid gaa paa en Klinik eller i Privatpleje. Jeg har faaet et rasende Mod paa at lære Sprog, for det er gyse- ligt svært, men det er den største Kapital at eje, naar man er paa Rejse. Hvor ofte har jeg dog ønsket, at jeg havde brugt min Fritid bedre paa RH, men jeg har nok allerede glemt, at jeg for det meste sov i min Fritid.

.....

Rom er en herlig By, og Sproget er skønt, jeg forstaar det ret godt, men kan selv kun sige lidt, det gør mindre til Sagen, for Romerne er vante til Udlændinge, men det ærgrer mig, at jeg overalt bliver antaget for Englænder, det maa være mit Tøj, for jeg taler ikke Engelsk, man klarer sig udmærket med Tysk, og det kan jeg mere af, end jeg havde tænkt mig.

.....

Jeg overværede en stor Messe i Gaar, en mægtig Procession med en Biskop, tolv Cardinaler, fransk, engelsk, belgisk, græsk - desuden alle Mun- kene, Sang i Overflod, kun kan jeg snart ikke mere udholde Pavens Nat- tergale (Castraterne), de har en kedelig unaturlig høj, lys og tør Stemme, men optræder kun ved højtidelige Lejligheder. Julenat vil jeg overvære den armenske Julemesse og saa ikke flere Kirker og Messer foreløbig.

.....

Hjertelig Hilsen til Eder Alle
Louise

Paris 1.1.1921

Kære Tante!

.....

Min Jul var noget urolig, egentlig har jeg slet ikke haft Fornemmelsen af, at det har været Jul. Juleaftensdag havde vi 25 grader Celsius, men ved Sol- nedgang blev det koldt og om Natten en Antydning af Frost. Om Efter- midtdagen var jeg sammen med en katolsk Præst til armensk Messe, som kun bliver afholdt den ene Gang om Aaret.

Foruden de mærkelige Ceremonier ved Højaltret var der stor Procession gennem Kirken. Sikken Farvepragt i Klæder og Klenodier, men Menneske-

ne selv var ikke kønne, den gamle Patriark saa nærmest frygtindgydende ud. Messen overværedes af katolske Præster fra hele Verden, Præsten forklarede mig de forskellige Landes repræsentanter, deres Klædedragt er omtrent ens, men de bekender deres Nationalitet ved forskellige Livbaand; der var kun ganske faa Nysgerrige, Sproget var saa nær det samme, som blev sunget paa Marken Julenat. Det var næsten som et Eventyr fra Tusind og een Nat.

Vi fik dansk Julemad paa Pensionen, og senere var der stort Julehaløj i Skandinavisk Forening, hvor Svenskerne naturligvis dominerede. Jeg gik derfra til Midnatsmesse med Sang og Musik og Procession gennem Kirken med den lille Bambino. Kl. 2 gik jeg Hjem. Natten var forunderlig skøn, det var Fuldmaaneskin, og der var tusinde Stjerner paa en ganske lyseblaa Himmel. Juledag var jeg igen i Kirke og senere ufrivilligt til Optøjer i Byen, ellers har jeg aldrig mærket noget til Uroen i Italien.

To Nætter og en Dag var jeg om Rejsen hertil, der var ingen paa Banen efter mig, saa jeg tog en Bil og tøffede gennem Paris med alt mit Kluns; jeg var jo ventet og blev modtaget med aabne Arme paa Bureauet.

Om Eftermiddagen tog Forstanderinden mig med ud til Lægefamilien. Fruen saa rigtig saa tiltalende ud og var ikke Spor betænkelig ved at tage mig, selv om jeg ikke kunde Sproget, tilbød endog at læse med mig og vilde gøre alt for, at jeg skulde befinde mig godt. Nu faar vi se. I Morgen gaar jeg i Tjeneste, og saa kommer det til at gaa paa Fransk.

I Gaar og i Dag har jeg storket rundt i Paris som Turist med Kort i Hænderne. Mit Pas skulde ordnes, og lidt af Byen vilde jeg nok have set, inden jeg bliver lukket inde i mit Appartement paa 3 Værelser. Byen er ellers noget stor, det bliver vist ikke saa let at finde rundt her som i Rom.

.....
Hjertelige Hilsener til Eder Alle, jeg skriver, saa snart der kommer lidt Orden over mig igen.

Louise

Paris 8.2.1921, Rue Bonaparte

Kære Tante!

Jeg har det godt i min nye Stilling. Doktoren og Fruen er stadig lige elskværdige, men det kniber svært at fatte det Franske, og egentlig kønt synes jeg ikke det er. Fruen læser engang imellem med mig, naar hun har Tid, men Tid er der kun lidt af. Fire smaa Unger giver meget Arbejde, og jeg har heller ikke megen Tid til min egen Raadighed, men har derfor indrettet det saaledes, at jeg tager de to største Drengene med paa Museer o.l. i Stedet for Spadseretur naar det er koldt, og den Lille ikke kan være med.

Det er at slaa to Fluor med eet Smæk. Børnene har godt af det, og jeg vil se saa meget som muligt, medens jeg er her.

Jeg har set meget og er glad for, at jeg tog denne Beslutning, det er jo egentlig kun ved at leve blandt Befolkningen, at man faar lært noget og i Længden nok saa tilfredsstillende at have en Gerning. - Den franske Kost er let, men meget behagelig; her i Huset er det nærmest Fraadseri, Dessert to Gange om Dagen, og det er en yndet Methode at straffe Børnene ved at nægte dem Dessert, og saa alligevel give dem, naar den kommer paa Bordet; jeg har endnu ikke oplevet Straffen eksekveret.

Jeg har aldrig drømt om en saadan Børnefordugelse, som udfoldes her, det er næsten som Paris kun var til for Børn, her er en Kappestrid om de mest raffinerede Børnekostumer, og i Parkerne og paa de store Kirkepladser lancerer de smaa Dukker saa deres Pynt, der til Tider er saa fantastisk, at man har ondt ved at bevare en Smule alvor. Som Børnene saa Barnepigjerne. Jo galere jo bedre.

.....

Jeg var i Dag ude i det ældste Kvarter af Paris bygget under Louis XIII, smukke gamle Bygninger og fornemme. Paris er meget smuk, men der er en svimlende Trafik og Støj. Forleden var jeg i Musée des Invalides, hvor Napoleon ligger begravet, en fornem Begravelse! Sarkofagen er saa stor, at den nok kan rumme ti Personer.

Selve Kapellet er vel saa stort som Raadhushallen. I samme Museum opbevares Uniformer fra hele Verden, Vaaben, Kanoner, Flyvemaskiner. Alt, hvad der vedrører Krigsvæsen. En Sal er omdannet til Joffre's Camouflage. Her er Modeller til alle hans Løbegrave, Kanoncamouflage o.s.v., Kanoner i hule Træer eller arrangeret som Buskads, desuden en del Malerier, Planer, Ordner og endelig en Buste af ham selv.

I den store Cour d'Honneur var opstillet en Tank (det er vist ikke rigtig stavet), Mitrailleur og Kanoner, Sygetransport og andre Vogne, allesammen benyttet i denne Krig. Et andet Sted var de erobrede Faner m.m. samt Buster af Officerer ogsaa fra denne Krig. Jeg har været der to Gange, men for at komme igennem det hele, skal man der mange Gange.

Her er Skandinavisk Forening i Nærheden, og jeg var deroppe en Aften, traf en kvindelig Læge, som jeg har været sammen med i Rom, nu skal vi have lidt Fornøjelse sammen i Paris ogsaa.

..... En Hjertelig Hilsen,

Louise

Paris 28.2.1921, Rue Bonaparte

Kære Tante!

.....

Jeg klarer mig godt i enhver Henseende. hele Huset er stadig lige opmærksomme imod mig, og jeg faar set mig godt omkring. Du kan ellers tro, at der gaar nogle søde, smaa Piger paa Boulevarderne! De er i den Grad lavet

til i Ansigtet, at de lyser langt væk, men det hører ogsaa til Sjældenhederne at træffe Kvinder, som ikke er pudrede og sminkede. Jeg synes nu bedre om Københavnerinderne end om alle de Krukker, jeg har set her og i Italien, men Kvinderne er meget mere forgulede tror jeg, jo længere man kommer sydpaa, men de er ogsaa dummere!

Nu skal vi have Barsedaab, og de to smaa Piger skal hylles ind i en Sky af hvidt Tüll; den Spæde græder meget, og den anden er bestandig svageelig, for Tiden har hun Kolerine, de tuder omkap, saa jeg knap kan samle mine Tanker om det jeg skriver.

Nu en hjertelig Hilsen fra

Louise

Paris 3.5.1921, Rue Bonaparte

Kære Tante!

.....

Til 1. Maj skal jeg begynde paa Klinikken; da jeg sagde det til Madame, fik jeg en Taarescene af den anden Verden, med Bønner og Løfter om Alverdens Herligheder, bare jeg vilde blive.

Jeg var meget ild tilpas, for jeg havde kun Grund til at være taknemmelig over al den Elskværdighed og Opmærksomhed, jeg havde været Genstand for, men at være ren og skær Barne pige var just ikke mit Maal, da jeg rejste hertil, nu er den Mindste fire Maaneder gammel og ingen Sygdom mere, saa jeg synes nok, at jeg kan være bekendt at tage herfra. Det er nu ikke morsomt aldrig at have Fred hverken Nat eller Dag, og det har man ikke med smaa Unger, men jeg gav imidlertid efter og gav Pladsen til en anden Sygeplejerske, men arrangerede mig med Forstanderinden paa Bureauet, saa jeg faar den næste, som bliver ledig.

Jeg fik en kraftig Omfavnelse og mange smukke Talemaader af Doktoren, da han kom hjem om Aftenen. Og nu smedes der af al Kraft, jeg blev inviteret til at overvære en Reception paa Sorbonne, hvor to kinesiske Professorer blev præsenterede, det var interessant at se - det foregik i Amphiteatret - men jeg forstod Intet, naturligvis.

I Gaar kom Madame med en Koncertbillet og den ene lille Opmærksomhed efter den anden ledsaget af Spørgsmaal om, hvor længe jeg tænker mig endnu at blive, om jeg ikke kan skaffe en anden dansk Dame, for de finder aldrig en fransk, der vil tage sig godt af fire Børn. Jeg er virkelig i Vildrede med, hvad jeg skal, jeg vil jo ogsaa gerne lære noget Nyt paa mit egentlige Omraade.

Jeg har ingen Tid at spille, men Doktoren har forresten lovet, at han vil skaffe mig Tilladelse til at besøge de store Hospitaler, naar jeg bare kunde faa Tid, vilde det være rart, men der kan jeg jo absolut ikke tage Børnene med som paa Museer.

I Morgen Aften skal jeg i Sarah Bernhard Teatret og se Kameliadamen, men Sarah selv spiller ikke i det Stykke, dog haaber jeg at faa hende at se, inden jeg rejser herfra. Jeg tager alle de Fornøjelser, jeg kan faa; den alvorlige Tid, som det er for Frankrig, kan jeg ikke rigtig følge med i, jeg læser meget langsomt de franske Aviser, og en Smule Tid er der til at tale om Forholdene efter Middag, det bliver kun til Hovedtrækkene, men hvor de hader Tyskland!

Her er megen Arbejdsløshed og stadig Dyrtid, men tilsyneladende er der ingen Varemangel i nogen Henseende. Forretningerne bugner af Fødevarer, og her udfoldes et svimlende Liv.

Paris er en øjenslyst for Tiden. Hele Byen er illumineret med Kastaniernes Lys, og det vrimler med Udlændinge, sorte og gule, kun Rødhuder har jeg endnu ikke set, ellers tror jeg ikke, der findes den Nation, der ikke er repræsenteret, jo Tyskland, naturligvis!

Pariserinderne er sprunget ud i Foraarsfantasierne, en morsom Modsætning til Englænderinderne, de ligner omvandrende storternede Sække med Platfødder, desværre bliver jeg selv antaget for at være engelsk, Gud ved, hvor mange Platfødder, der har spurgt mig om Vej, deraf lærer jeg ogsaa lidt Engelsk, jeg skraber alt til mig.

Jeg er ved at faa syet en mørkegraa Dragt, den kan jeg bruge baade Sommer og Vinter, min blaa er efterhaanden af den megen Sol og Regn nærmest rød, og formedelst Ungerne er jeg aldrig mere pletfri.

Hjertelig Hilsen fra

Louise

P.S. Ja, saa har jeg set Kameliadamen - La Dame aux Camelias. Jøsses, sikkert Tuder! Jeg er glad over, at jeg har set det første Gang her. Anna Larsen med al sin Dygtighed, har vist alligevel ikke kunnet gøre det saa godt. *[Anna Larssen Bjørner, dansk skuespillerinde (1875-1955). Afsluttede sin teaterkarriere i 1909 for at koncentrere sig om Pinsebevægelsen. Hendes sidste rolle var som - Kameliadamen! Red.]*

Paris 29.10.1921

Kære Tante!

Min Patient er Americanerinde og den tredje, som jeg passer i Løbet af en Uge. Klinikken er et sandt amerikansk Galehus p.t., og jeg er den, der hænger paa den, saa jeg behøver ikke i Øjeblikket at spekulere paa, hvordan jeg skal komme derover og lære dem nærmere at kende. Jeg har saa grundig nok, at jeg siger Gud forlade mig min Synd, men længe leve Bolchevismen! Pengenes Magt er forfærdelig, og Americanerne forstaar at benytte den!

Min første Patient er forresten et ulykkeligt Individ, der har slæbt sine forskellige Sygdomme med sig hele Livet igennem, flakket rundt fra Land

til Land for at søge den Læge og det Hospital, som skulle kurere hende, uden Held. Sine Sygeplejersker, som hun ofte har flere af ad Gangen, bliver kasserede som gamle Handsker. Jeg blev kasseret efter to Dages Forløb, fordi jeg sagde Nej til at blive hos hende Kl. 11 om Aftenen. Jeg spurgte hende, om hun saa ikke kunde beholde mig Natten over, da jeg nødig vilde gaa alene hjem paa den Tid, men naar jeg tænkte mere paa mig selv end paa hende, kunde jeg gaa og blive borte; hun blev nu alligevel nødt til at tage min Afløser for hele Døgnet. I øjeblikket har hun to Slaver.

Dagen efter blev der ringet efter mig igen til Nr. 2. Jeg mødte om Morgen Kl. 8 efter Ordre, hun arriverede Kl. 12. Havde faaet et Værelse, stort som din Dagligstue, meget smukt med Balcon og Badeværelse, men det hele duede naturligvis ikke, og efter en større Scene med Lægen om Aftenen Kl. 6, foer hun op som en Furie, i Huj og Hast blev Kufferterne smækket sammen, og saa skulde du have set et Optog. Hun i Natkjole og Pelskrave med Haaret ned ad Ryggen, sin Kat under den ene Arm og Pakker og andre Herligheder under den anden. Jeg i hvid Uniform med Slør og Gehæng bagefter, ligesaa belæsset, ned i en Bil og ind paa et Hotel; der overlod jeg hende til en Skare ydmyge Tjenere. Hun vilde have beholdt mig derinde, men det sagde jeg bestemt Nej til, var jeg blevet der, kunde det nemt havde skadet mig her paa Klinikken, og det skal jeg nok vogte mig for, da det hovedsagelig er den, vi allesammen lever af.

Alt det skete i Aftes - I Formiddags ringede Overlægen igen efter mig til Nr. 3. Jeg var ikke just henrykt, men tog mit pæne Væsen paa og belavede mig paa nye Overraskelser, og i Sandhed blev det en Overraskelse. Patienten var kort i Forvejen blevet bragt herind i en skrækkelig Tilstand. Beruset fra Sans og Samling, blødende og blaapletet over hele Legemet. Endnu er hun ikke kommet til sig selv, men jeg kender Historien, naar de arme Stakler begynder at vende tilbage til Virkeligheden, dersom de da ikke har faaet en Hjernerystelse, saa de for en Tid har mistet Hukommelsen. Mon hun ogsaa som de andre ustandselig vil beraabe sig paa sin enorme Rigdom og "Lady of the first class in America". Een Ting er de alle Enige om, og det er at rakke ned paa Frankrig, men jeg tror heller ikke, at der findes større Modsætninger.

Min Doktorfamilie har jeg ikke set længe, saa det var lidt af en Skuffelse, at jeg ikke kunde tage imod en Middagsinvitation fra dem, fordi jeg skulde herhen, men jeg bliver nok snart færdig med denne Patient.

Klinikken her er meget stor og dyr. Patienterne giver 100 Frcs om Dagen plus extra Betaling for Læge, Medicin, kort sagt alt, og det skulle være en meget almindelig Betaling. Overlægen sætter megen Pris paa de danske Sygeplejersker, og der er stadig væk Plejer her, men "Sæsonen" er ellers ikke rigtig begyndt endnu. I forrige Uge var vi paa een Gang 9 Arbejdsløse, men vi tog Tiden i Agt paa anden Maade. Om Dagen havde vi Skrædder- og Lappestue. Saa strøg vi Aftensmaden og gik i Operaen for de Penge. Aanden maa jo ogsaa næres engang imellem, og Tid havde vi jo til at

ofre et Par Timer paa at staa i Queue for at faa en billig Billet til Galleriet. Vi hørte den ene Aften Tosca og den anden Manon, det var en hel Forfriskning, og saa sprang vi lidt efter lidt ud i forskellige Plejer.

Vi har haft det dejligste Sommervejr lige til for en Uge siden; nu er det rigtig koldt Efteraar.

12 Dage senere.

Det blev en frygtelig Roman, min sidste Americanerinde og jeg var med i. Langt ud paa Eftermiddagen vaagnede hun op som en Furie, raa og brutal var hun mod mig, smed sig paa Gulvet, kastede op o.s.v. Hun blev mere skikkelig henimod Midnat, efterhaanden som hun fik flere og flere Tømmermænd, og helt rørende efter at jeg havde strammet hende op med stærk sort Kaffe. Lægen havde sagt mig, at hun var Alkoholist, men i de 5 Døgn jeg passede hende paa Klinikken, bad hun ikke om saa meget som en Draabe Vin, derimod gjorde hun nærmest Indtryk af at være sindssyg og blev behandlet som saadan. Hun græd ustandselig og lavede Scener Dag og Nat, beskyldte Manden, der var 69 Aar, for at have en Elskerinde og for at have pint og plaget hende til Vanvid de sidste Aar, bedyrede at hun absolut ikke var Dranker, men at hun efter at have fundet et Brev til Manden fra denne Elskerinde (30 Aar) havde drukket sanseløst i to Døgn og i et Raserianfald, efter at have lavet Revolution i hele Huset, knust Ruder og alt, hvad hun kunde faa fat paa, med Magt var blevet bragt til Klinikken.

En gammel Sygplejerske beklagede mig, da jeg drog hjem med hende, hun havde været bange for, at Uhyret skulde slaa mig ihjel. Jeg var hos hende i Hjemmet seks Døgn, et sandt Helvede, hadefulde Scener mellem hende og Manden saa snart de kom hinanden for øje, ved Dag og Nat. Paa Vej til Bedlam var hun nu, og jeg tror gerne, at Manden bærer en Del af Skylden.

["Bedlam" var en populær betegnelse for Bethlehem Royal Hospital, der var et sindssygehospital i London. Red.]

At "Damen" og Brevet eksisterede var sandt nok, fortalte han mig, men det hele var naturligvis uskyldigt. Konen var 55 og et lille Luxusdyr, som hele sit Liv kun havde levet og aandet for Luxus. I sin "Nervekrise" havde hun mishandlet Stuepigen, saa denne aborterede, samtidig forsvandt to Diamantringe og 1000 Frcs fra Fruens Portemonnai - begge Dele samme Morgen, som Fruen blev bragt til Klinikken. Lægen, som kom og saa til Pigen, blev mistænkt for at være Far til Aborten og til at have udført Operationen, og Pigen blev mistænkt for at have taget Ringene.

Selv sov jeg i Dobbeltseng med Fruen, men det blev mig dog for uroligt, min højre Arm blev øm og tung som Bly, jeg havde ondt ved at bruge den, det hele samlede sig sammen i Armhulen, og jeg kom hjem med en hævet Kirtel saa stor som en Valnød, der straks kom under Behandling med varme Omslag og nu udvikler sig til en kæmpemæssig Byld - men også det

kommer jeg jo nok over. Nu har jeg heldigvis fri en lille Tid til at tænke paa mig selv og mine egne Ting.

Det er alligevel morsommere at læse spændende Romaner end at være med i dem. Vi er dog tamme hjemme; jeg tror ikke selv de værste Bølger naar saa højt som i Udlandet.

Nu mange venlige Hilsener til alle fra
Louise

Paris 6.1.1922

Kære Allesammen!

.....

Så tilbage i en Fart til Julemiddagen paa Bureauet; Flæskesteg og Ris à l'Ammande, Juletræ og Godter efter gammelt dansk Mønster, det var kun faa af os, der kunde komme hjem, da vi alle var røget ud i Plejer før Jul og 5 var rejst hjem til Danmark paa Grund af Næringsssorger, men vi heldige havde det hyggeligt og rart.

Saa hang jeg en Timestid paa min Sengekant og reflekterede over Tingene. Det var Juleaften i det Hjem. Kl. 10¹/₂ gik jeg til Midnatsmesse i en katolsk Kirke sammen med Stuepigen, en meget sød lille Schweizerinde, der havde siddet og grædt paa sit Værelse hele Aftenen, det var den første Jul, hun var hjemmefra, og hun fortalte mig ivrigt, hvordan de fejrede Jul hos hende, det var paa det nærmeste som hos os.

Trods det vi kom saa tidligt var Kirken fyldt, vi reddede os dog et Par Stole. Klokken halvtolv begyndte Kirkeklokkerne at ringe, der var mange Klokker i samme Kirke og med forskellige Klange, saa det var som den dejligste Musik. Saa begyndte Orglet at spille og - hvad der er usædvanligt i en katolsk Kirke - der blev sunget en lang sammenhængende Sang af de skønneste rene Kvindestemmer, derefter steg en lille gammel Præst op paa Prædikestolen og fortalte jævnt og stille Juleevangeliet, ganske kort, hvorpaa der igen blev sunget og jeg troede, at jeg havde taget Fejl og var kommet i en protestantisk Kirke, men da Sangen hørte op, fortsatte Orglet med at spille, ja, det spillede som jeg aldrig har hørt Orgelmusik før, som der var eet og samtidig tusinde Instrumenter, som det var nær og som det kom milevidt fra baaret af Vinden.

Men Fred og Nydelse bliver altid forstyrret, ogsaa her, idet den latterligt udstyrede Kirketjener begyndte sin Vandring med Pigstokken, som han for hvert Skridt hugger ned i Gulvet og brutalt vækker de Uskyldige, som er faldet i Søvn i Stedet for at bede Rosenkransen, efterfulgt af Tiggermunke, der lige saa næsvist stikker Pengeposen ind mellem Stolerækkerne. Naa, man giver sin Sou og falder igen hen i Nydelse af Musikken, der igen blev afbrudt af en stor, dyb og klangfuld Mandsstemme, der synger den hellige Julekantate, hvorefter der er Vekselsang mellem Kvinde- og Mandsstemmer,

imedens hele Menigheden defilerer op foran Alteret hvor Julekrybben er fremstillet. Kl. 1 er det forbi, Klokkerne ringer igen, og jeg gaar ud i Regnen, hjem i Seng og begynder igen paa Hverdagens Gerning, men endnu paavirket af den herlige Musik.

Butikkerne er aabne baade Juleaften og Juledag. Franskmændene er gerige og pengegriske. Anden Juledag er jeg færdig med min Pleje, dog kører jeg en Tur med den Lille om Formiddagen, ud ad en af de mægtig lange og brede Boulevarder. Hele den ene Side paa en lang Strækning er optaget af Boder med det mest forskellige Indhold, her en Slagterbod, venskabeligt klods op ad de fineste Hatte og Silkestoffer, paa den anden Side kan der være en Ostebod eller østers og Snegle; der er dem, der ikke har Raad eller Brug for et Træskur, men forhandler deres Varer paa Jorden, hvadenten det er gamle Klude, Antikviteter eller Pottemagerarbejde.

I en omvendt Paraply stukket fast i en ligeledes omvendt Klapstol, har vi den dejligste Postkortforretning, og hvad er nu det for en Forsamling hist henne under en voluminøs skrigende rød Paraply - det maa jeg se, her bages Pandekager og Vafler, det gør godt at lugte og smage saadan en raa-kold og regnfuld Dag. Konen i Naboboden er praktisk, hun forhandler strikkede Kjoler og Sjaler, hun fryser og hiver et par varme Tørklæder ned, som hun hyller sig i, de er jo lige gode at sælge bagefter.

Her mangler intet til at tilfredsstille Livets mange Behov: Fisk, Grisetàer, Parfumer, smagfuldt udstyrede Kager, der imidlertid er ret smagløse at bide i. Jeg kommer forbi en lang opløben Dreng, hvis hele Butik bestaar i et Læderbælte om Livet, hvori hænger nogle Knipper Hvidløg. Han er den skønneste sorte Zigeunertype, og rystende af Kulde raaber han ustandselig, Madame, 5 Sous for Bundtet, men hvad skal jeg med Hvidløg, bare Tanken og Lugten gør mig syg, og alligevel forfulgte hans sorte Øjne mig hele Dagen, fordi jeg var gaaet ham forbi.

Lidt længere henne reklamerer en lille Tøs for sit Haarvand, idet hun hele Tiden reder, fletter og fletter op igen Haaret paa et Skabilkenhoved af Voks. Med ørerne fulde af de Handlendes Raab, triller jeg hjemefter med min Unge. Saaledes, ved jeg altsaa, ser der ud paa de store Boulevarder i Paris' Udkant en 2. Juledag.

Der lugter stærkt af Sæbelud, da jeg kommer hjem, den ugentlige Vask bliver ikke forsømt. Efter Middag gaar jeg hjem til mig selv med min Fortjeneste, 500 Frs i Lommen. Hjemme paa Bureauet havde de faa, der var blevne fri, travlt med at pynte sig før de skulde til et dansk Børnejulegilde. Jeg betakkede mig; da de var tagne af Sted, satte jeg mig stille ned, gloede lidt paa Juletræet, læste Julehefter og følte, at det alligevel her hos mig selv var Jul.

Saa havde jeg lige et Par Dage til at ordne mine Grejer og saa af Sted igen til en ung Patient, en lille Baronesse paa 10 Aar med Skarlagensfeber. Nu kørte jeg flot i Bil op ad den samme Gade, hvor jeg ellers i fire Maaneder havde trasket med Barnevognen og fire Unger.

Baronens lader til at være hyggelige og rare Mennesker, men jeg ser ikke meget til dem, da jeg er isoleret med Barnet i hele tre Værelser. Det er en velopdragen lille Patient, men lunefuld som alle franske Børn: Vi leger, spiller og klipper Papirfigurer Dagen lang, der er jo intet videre at gøre ved hende med Hensyn til Pleje. Bare de var lige saa fornuftige hjemme som her, at frotere Patienten med en bestemt Essens, som vi slet ikke kender hjemme, derved undgaas den væmmelige Skallen og formindskes Smittefaren.

..... Ja saa mine bedste Hilsener til Eder alle.

Louise

Paris 30.5.1922

Kære Tante!

.....

Vi rustede os saa til den lange Tur til Fronten. Vi tog til Rheims, da vi havde kørt Halvvejen kom vi igennem de hærgede Egne, afbrændte Skove, hele Landsbyer, der laa i Grus, og ved Siden af en af de saa talrige smaa Kirkegaarde, hvor man kun ser Kors ved Kors, og ellers er Jorden flad og helt nøgen, det er saa usigeligt trist.

Det Syn, der mødte os i Rheims, var værre end de værste Forestillinger om ødelæggelse. Af en By paa 100 Tusinde Indbyggere var efter krigen kun 3 Bygninger omtrent ubeskadigede. Alt det øvrige var absolut ubeboeligt. Endnu ligger Byen hen i Ruiner, men er saa nogenlunde rensat for Brokker, og der arbejdes paa at genopbygge, hvad der kan reddes. En Masse smaa Barakker er blevet smækket op omkring Byen, og nu bor der ca 60 Tusinde Mennesker, hovedsagelig Arbejdere. Der er en stadig Folkevandring til de ødelagte Egne. Alle mulige Tungemaal svirrede os om ørerne, og Bilerne susede ustandselig ud til Slagmarkerne. Vi fik da ogsaa en Bil og en ung Franskmand til at køre os derud for en rimelig Pris, og han fulgte os trolig omkring i Skyttegravene, Forterne, ja overalt, hvor der var noget at se; forklarede om Angrebene, Dækninger, mere end vi forstod os paa. Vi naaede ikke over i de tyske Linier, fordi det blev henad Aften, men vi saa dem ganske godt fra et af Forterne. Milevidt fladt Terrain med Skyttegrav og underjordiske Gange, og saa alle de forfærdelige Pigtraadshegn, der haade var elektriske og infiltrerede i hinanden.

Der er blevet en hel Industri i Rheims for Forfærdigelse af Souvenirs af opsamlede Granater. Alt, hvad Fantasien har kundet udfinde som Lamper, Vaser, Blækhuse i Form af Pikkellhuer, gyselige smagløse Ting. Jeg købte et Par Smaating, som følger med Brevet. Fortjenesten gaar jo til Katedralens Genrejsning.

..... Nu de hjerteligste Hilsener

Louise

Paris 12.10.22

Kære Tante!

.....
Med mig er der ikke noget i Vejen, jeg har en god Pleje, ikke streng, da vi er to Sygeplejersker, een om Dagen, og jeg er her om Natten. Desværre gaar det langsomt ned ad Bakke med vores Patient - en jødisk Direktørfrue. Manden har adskillige Skotøjsfabrikker rundt om i Landets store Byer. Der skal ske et Mirakel, om hun kommer sig, men Jøderne tror vist ikke paa Mirakler, og Lægerne, som her har været flere af, sparer ikke paa deres Viden, de er meget nidkære i Tjenesten, men kan ikke udrette meget mod denne ubestemmelige Febersygdom.

Hun er en meget nem Patient, hun vil være i Fred og forlanger kun, at vi skal være stille som Mus. Hun har faaet Blodtransfusion, ialt 1/2 Liter Blod fra Manden - nu er hun daarlig med høj Feber og Kulderystelser.

Mange Gange sover jeg det meste af Natten. Hun vil have, at jeg skal gaa i Seng i Værelset hos hende, og hun kalder saa, hvis hun vil noget. Kl. 8 er Skodderne lukkede, Natlampen tændt og jeg i Seng. Jeg ligger og læser, saa længe jeg kan. Nu har jeg lært mig at vende Blad aldeles lydløst. Min Kollega er ved at fortvivle, fordi hun ikke kan faa Brug for sin opsparede Energi, hun sidder her hele Dagen.

.....
20.10

Miraklet synes alligevel at være ved at ske. Madame regnes udenfor Fare. Hun har været oppe i en Stol et Par Gange, men fik Feber og skal holde sig i Ro for det første. Hun er meget fornuftig, men kan jo nok af og til blive lidt utaalmodig. Her er ikke meget at gøre for to Sygeplejersker. Jeg har faet læst en Masse Bøger, men ellers er det en monoton Bestilling at være kronisk Nattevagt.

Da jeg i Morges kom hjem i Bureauet, havde der været Henvendelse vedrørende Prins Roland Bonaparte, en anerkendt Videnskabsmand indenfor Geografi og Etnografi og Efterkommer af den store Napoleon! Han bor i et pragtfuldt Palais og skal eje Paris' største private Bibliotek. Han skal opereres for en Blærelidelse og skal have to Sygeplejersker om sig i Hjemmet, en fransk og en dansk. Alt dette fortalte Forstanderinden mig, samt at hun havde tænkt paa mig til Posten, da mit Franske nu er rimeligt forstaaeligt, og ikke saa mange af mine Kolleger her paa Bureauet behersker det franske. Det ville jeg rigtignok gerne, nu haaber jeg at blive færdig i denne Pleje saa betids, at jeg kan komme i Betragtning.

..... Sluttelig en hjertelig Hilsen,
Louise

[Louise påtog sig plejen af prins Roland Bonaparte i oktober 1922. Plejen fortsatte frem til prinsens død 14. april 1924, altså ialt halvandet år. Prins



Figur 3.

Prins Roland Bonapartess palæ i Avenue d'Iena, hvor Louise passede ham under hans sygdom 1922-1924. Palæet blev i 1928 skænket til de franske geografiske selskab. Avisudklip.

Roland Bonaparte var født 1858 som sønnesøn af Napoleon I's bror, Lucien. Gennemgik officersuddannelse ved Saint-Cyr, var løjtnant i infanteriet indtil 1886, hvor han blev strøget af arméens lister i konsekvens af Prætendent-loven, der forbød at efterkommere efter franske regenter kunne tjenstgøre i de franske styrker. I 1880 blev han en hovedrig mand gennem sit ægteskab med Marie Felix-Blanc, datteren af spillebankforpagteren i Monte Carlo. Marie Felix-Blanc døde allerede i 1882 i barselsseng, medens barnet, Marie, overlevede. Prins Roland Bonaparte forvaltede formuen med stor gavmildhed, især overfor naturvidenskaberne. Han indrettede sin residens i et pragtpalæ på Avenue d'Iena, bygget efter tegninger af M. Roux-Spitz. Efter at være trådt ud af hæren foretog han lange rejser og skrev videnskabelige afhandlinger om geografiske og etnografiske emner : indbyggerne i Surinam, javanesiske teater, hvalfangst, lapperne og eskimoernes liu, og meget andet. Han plejede omgang med den videnskabelige elite, og han ejede en bogsamling på mere end 100.000 bind. Han blev valgt til L'Academie francaise i 1907. Red.]

Figur 4.
Prins Roland Bonaparte
 (1858-1924), sønnesøn af
 Napoleons bror, Lucien
 (1775-1840). Privat foto.



Bonaparte

Marie
 En souvenir affr. Marie Bonaparte
 et elle-même Marie Bonaparte
 par son divorcement à son père
 Paris, 14 août 1924.

Figur 5.
Prins Roland
Bonaparte med
datteren Marie
Bonaparte (1882-
1962). Foto skænket
til Louise fra Marie
som tak for god
pasning af prinsen.
(Privat foto.)

Paris 6.2.23

Kære Tante!

Nu sover Prinsen, og jeg redder mig et Øjeblikks Ro, som jeg vil benytte til at sende dig mine bedste Ønsker for Fødselsdagen og det kommende Aar.

Der er vel næppe kommet mere Fart i Tingene derhjemme i det nye Aar end i det gamle, hvad der senere vil ske, er der vel knap nogen, som er klar over før Ruhr-Spørgsmaalet har bragt Resultat. Dersom man ikke fulgte med i Begivenhederne gennem Aviserne, skulde man tro, at der var Fred og ingen Fare nogen Steder. Vi taler ofte om det i Bureauet, naar vi træffes i Fritimerne. Vi er spredt overalt i Paris, men det synes at være alt andet end netop Occupationen, der optager Folk.

[Frankrig okkuperede 1923-29 Ruhr-området som garanti for krigsskadeerstatningerne efter 1. Verdenskrig. Red.]

Livet i Paris pulserer i sit sædvanlige hastige Tempo. Jeg gaar ud hver Eftermiddag, her er nok at høre og se. Palais'et ligger nær Seinen, her er baade Lys og Luft, mange smukke Bygninger, store Pladser, brede Avenues har vi til alle Sider. Lige overfor ligger et stort Museum med japanske Kunstværker fra alle Tidsaldre, der er de herligste Ting, og jeg gaar ofte derover i Fritimerne og glemmer for en Stund Jammer og Elendighed, som man ellers ikke kan undgaa at mødes med.

Jeg kommer til at tænke paa noget, jeg engang har læst, jeg husker ikke hvor - at Paris var brolagt med fortabte Kunstnersjæle, og jeg har Lyst til at tilføje, at Naturen er gavmild, den sørger bestandig for Sjæle til videre Brolægning. For en underlig lyssky Befolkning man træffer under Seinebroerne og langs Kanten. Helt forskellig fra de Individier, man møder omkring ved Byportene eller i Latinerkvarteret. Af sidstnævntes Ydre og Manerer kan man læse sig til mange fejlslagne Forhaabninger.

Jeg var en Aften paa en berømt Kunstnercafe; skønt jeg var halvkvalt af Røg, morede det mig at iagttage den brogede Strøm som kom og gik af vaskede eller indbildte Kunstnere, Glædespiger, Modeller og Nysgerrige. Alle Tungemaal summede en om ørerne, og fra et tilstødende Lokale lød Dansemusik. Paa Væggene var ophængt Malerier af enhver Art og enhver Stil, fra det mest hypermoderne Montmartre-interieur, dristigt saavel i Farve som i Stil, til de skønneste fredelige Landskaber i dejlige varme Farver.

I Gaar var jeg paa en Udstilling af moderne Kunst, Møbler, Tæpper, Luxusting o.s.v. Det var knaldende Solskin, saa alle Farverne kom rigtigt til deres Ret. Georg Jensen havde en Del Sølvting udstillet, saa fine og enkle i Stilen. Han er meget beundret hernede, men for dyr for Franskmændene ligesom vort kongelige Porcelain.

.....

Prinsen er begyndt at komme op. Han er sandelig ingen Helt, men han er umaadelig rar og behagelig at have med at gøre. Her er en Natsygeple-

gerske, som er fransk, desuden altid en Tjener, som sover i Nærheden og som skal vækkes, dersom der er Brug for Hjælp. Luk Deres Dør godt Frk. Dansk, at de andre ikke vækker Dem om Natten, siger Prinsen til mig. Naturligvis staar jeg op, naar der er noget, det er behageligt, at vi er to Sygeplejersker.

..... Sluttelig mine bedste Hilsener

Louise

Paris 1.8.1923

Kære Tante!

Tak for dit Brev! Som du vil se er jeg her endnu. Prinsen er stadig ikke i Stand til at klare sig selv, men om en Maanedes Tid er det Meningen at Saa-ret skal lukkes, og sa gaar det forhaabentlig saadan, at han kan klare sig med sine Tjeneres Hjælp. - Jeg har heldigvis mit Sygeplejepas til England gældende paa et Aar, saa jeg haaber jo, at det ikke bliver for sent, for jeg faar det næppe fornyet.

Fra alle Kanter hører jeg om den skrækkelige Varme i Danmark. Herne-
de blev vi heller ikke snydt. Solen stod paa fra den tidligste Morgen til den sene Aften og ikke den svageste Brise i mange Dage, saa Paris var som en hed Gryde. Trods tætlukkede Jernskodder Dagen lang, kunde vi ikke holde Stuetemperaturen under 30 Gr. Ude var der 34 i Skyggen. Paaklædningen bestod for alles Vedkommende af det mindst mulige, og Generthed var et ukendt Fænomen. Prinsen gik Dagen igennem i Skjorteærmer og Pyjamasbukser, og i det Kostume modtog han hvemsomhelst. I de Dage kom en af mine Kammerater hjem fra Ægypten, hvor hun har været i et halvt Aar. Hun saa meget tropisk ud og syntes slet ikke, at her var varmt. Nu har vi ustadigt Vejr, i Dag er det ligefrem koldt. Ellers gaar Livet sin sædvanlige Gang. Enhver passer sit, og alle har vi nok at gøre. Bureauet har aldrig haft saa travlt som nu.

.....

Prins Valdemar gaar her stadig. Prins Georg kom herover med ham for at hilse paa mig samme dag, som han var ankommet. Han er mindre jævn end Prins Georg eller maaske mere prinselig kan man ogsaa sige. Den gamle Prins var meget optaget af Landmandsbankaffæren. Den var jo heller ikke meget ærefuld, men Bankerne ryger da ogsaa baade her og i America, saa paa det Punkt udmærker vi os da ikke pinligt frem for andre Lande.

..... Du hilses fra

Louise

[Prins Georg af Grækenland (1869-1957) var søn af kong Georg I af Grækenland (1845-1913), tidligere prins Wilhelm, søn af Chr.IX. Prins

Georg blev i 1898 højkommisær på Kreta, men blev i 1906 manøvreret ud af denne stilling af den indflydelsesrige Venizelos (1864-1936). Prins Georg tog sig denne politiske fiasko meget nær. Han tog ophold på sit herresæde i St. Cloud og blev i 1907 gift med Roland Bonapartes eneste barn, Marie Bonaparte (1882-1962), som Louise fik nær kontakt til under pasningen af hendes far. Marie Bonaparte var både smuk, rig og velbegavet. Hun var en stor beundrer af Sigmund Freud (1856-1939), oversatte flere af Freuds arbejder til fransk. Ved nazisternes jødefølgelser understøttede hun Freud under hans flugt ud af Østrig i 1938. Prinsesse Marie Bonaparte og prins Georg fik to børn, Peter, prins af Grækenland og Danmark (1908-1980) og Eugenie (1910-?). Prins Georg af Grækenland og den danske prins Valdemar (1858-1939) stod hinanden meget nær. Prins Valdemar var jo prins Georgs farbroder. At prins Valdemar var "optaget af Landmandsbankaffæren" var velbegrundet i, at prins Valdemar ved Landmandsbankens fallit mistede en væsentlig del af sin formue. Red.]

Paris 19.12.1923

Kære Tante!

.....

Ja, jeg er her da endnu, og det vil altsaa sige, at Prinsen ogsaa er til endnu. Det gaar saadan op og ned, som det jo altid gør med den Sygdom, naar den ikke gør det af med sine Ofre i en Fart.

[Det bar sandsynligvis drejet sig om en blærecancer. Red.]

.....

Vi har i de sidste Maaneder levet i en sand londonsk Taage, det er ikke noget, Paris sætter Pris paa, men Vejret er meget mildt, og man har lidt ondt ved at forstaa, at det er Jul, naar man ikke netop befinder sig paa de større Strøg med Kæmpemagasinerne. Det kan nok være, at der er Juleudstillinger! Der skal endog være gjort mere ud af det i Aar end sædvanlig. Franskmandene vil nemlig ikke mere have Legetøj fra Tyskland. Mange Krigsinvalider har lagt sig efter Legetøjsfabrikation. Og der er Reklame og Konkurrence, saa det batter. Paa en Trappeafsats mellem Stueetagen og de aabne Gallerier, som løber ovenover hinanden og rundt om Magasinerne, er der indrettet Teater, hvor der hele Ugen igennem før Jul spilles Komedie for Børnene, medens Forældrene gør Indkøb. Orkestermusik, Gramofonmusik og Film er det store Trækplaster, og det kan nok være, at der er Trængsel. Der er Legetøj til over 1000 Frchs Stk.! Thorngreen kan godt gaa hjem og lægge sig - Paris er jo Paris, men jeg kan daarligt tænke mig, at Pariserne selv køber saa dyre Genstande til deres Børn, selv om de for-guder dem. Paris spekulerer meget i Udlændinge.

Ja saa til Slut min hjerteligste Hilsen

Louise

Paris 7.2.1924

Kære Tante!

.....
Prinsen ligger nu som et Offer for sig selv og sine Ideer - halvvejs da. Han siger ikke mere Nej til noget, men beder for sit Liv og kræver Pleje. Det lidt, der er tilbage af den store kraftige Mand, synker mere og mere sammen. Det er en Ynk at se ham, og Enden er ikke endda.

.....
Det er nu afgjort, at jeg ikke rejser til det Sindssygehospital i England, jeg er løst fra mit Engagement, men min Tilladelse beholder jeg. Saa har jeg jo Lov til at gaa til London senere.

Ellers fører jeg en for en Privatsygeplejerske vidunderlig rolig og regelmæssig Tilværelse med fast Indtægt, men en Smule Hvile vil jeg nu have, naar jeg er færdig med denne Pleje.

Haaber I alle har det godt,

Louise

Paris 3.4.1924

Kære Tante!

.....
Prinsen er nu igen kommet over en Krise og har det taaleligt. I Gaar vilde han absolut op og spise Frokost. I en hel Uge havde han levet af et Par Kopper Mælk i Døgnet. Jeg fik ham da ogsaa stabled op i en Lænestol, det var ynkeligt at se paa, men han blev der da, saa længe Sengen blev gjort i Stand. Jeg tror nok, han var glad, da han var i den igen.

Det er ikke nemt at gøre det af med en Herkules, og det varer for længe for visse Personer, Omgivelserne bliver trætte. Vi gør vores Pligt, men om Pligter kan der jo være mange Meninger. Jeg har faaet en anden Mening i den lange Tid, jeg har været her. Prinsessen [*Marie Bonaparte. Red.*] er enestaaende, aldrig mærker man til, at hun er Prinsesse. Hun har et Hjerte af Guld, og hun er fin. Det er vist godt for meget, at hun er flyttet hertil. Men det er der ogsaa flere Meninger om. Det er et sørgeligt Hus, hvor ingen og alle regerer.

For et Par Dage siden døde Portneren - foran sin Seng. Han var pensioneret Troupofficer i Halvtredserne, det er No 3 af Tjenerstaben, som er døde, imedens jeg har været her, det er naturligvis hemmeligholdt for Prinsen; en fjerde blev i sin Tid transporteret paa Hospitalet, han var næsten lam, de øvrige skiftes til at lægge sig til Sengs, men der er megen Hypochondri med i Spillet. En af dem lod sig operere i Sommer for et Brok, som han ikke havde. Det var den samme Professor, som opererede Prinsen, som opererede ham. Folkene har deres egen Læge og fri Medicin, og ingen

af Delene bliver sparede. Hvis man saadan skulde gaa i Seng, hver Gang man havde forspist sig, eller der var andre Smaating i vejen, kunde man godt blive der for bestandig.

.....

Prinsessen har en engelsk Sygeplejerske som passer Børnene. Hun har været der i 11 Aar. Vi render sommetider paa hinanden, saa sludrer vi lidt sammen paa Engelsk, men Jøsses, hvor kan jeg lidt af det! Nu har jeg ogsaa det franske i ørerne. Jeg læser ellers "Daily Mail" every day. 1. April sendte hun mig en Æske Blomster fra Skovene ved St. Cloud. De er alle sammen saa opmærksomme mod mig, jeg holder mig dog ellers saa vidt muligt for mig selv, men det er nok fordi jeg er Udlænding og blond og den yngste af alle her i Huset.

Prins Georg ser jeg aldrig mere, han er nok saa optaget af Prins Valdemars Sønner. De er her p.t. med deres rige Koner, men kommer ikke over og ser til den gamle Prins. Han vil for Resten heller ingen Mennesker se. Hver Gang han modtager en ny dansk Bog, sender han den over til mig, sommetider er de ikke engang opskaarne.

Den Aften, den græske Republik blev proclameret kom Prinsessen herover og fortalte os det. "Fra i Aften er vi slet ingenting mere, men mig er det ligemeget", sagde hun. Hun havde Haaret ned ad Nakken og bare Ben i Tøfler.... Jeg svarede ikke. Jeg vidste ikke, hvad jeg skulde sige. Den franske Sygeplejerske stod ved Siden af, hun tav ogsaa, men hun er jo ogsaa Republicaner.

Du hilses hjerteligt
Louise



Figur 6.
Prinsesse Marie Bonaparte med ægtemanden, prins Georg af Grækenland (1869-1957) og datteren Eugenie med to af dennes børn. Avisudklip.

Figur 7.

Prinsesse Marie Bonaparte med sønnen, prins Peter af Grækenland (1908-1980) og datteren Eugenie (1910-?). Privat foto.



[Den græske republik proklameredes efter afsættelsen af kong Georg II. nevø til prins Georg og prinsesse Marie Bonaparte. Republikken kom i denne omgang til at vare i 11 år (1924-1935). Red.]

Paris 24.4.24

Kære Tante!

.....

Prinsen døde d. 14. ds. om Morgenen Kl. 5 1/2. Han var klar lige til det sidste. Prinsessen havde Kræfter nok til at sætte Sekretæren og hele Tjener-slænget paa Plads. - Saa bad hun os to om at gøre ham i Stand. Han fik en almindelig Natskjorte med røde Borter paa, og med den blev han begravet. Op paa Formiddagen blev han malet - senere fotograferet og om Eftermiddagen blev der taget Gipsaftryk af Hoved, Hænder og Fødder. Næste Dag blev han obduceret deroppe og om Aftenen lagt i Kiste.

Følgende Morgen blev Kisten lukket og bragt ned i Vestibulen, der var beklædt med sort Fløjl. Vestibulen danner et Andreaskors, i den ene Arm stod Kisten paa en høj Katafalk med brændende Lys omkring. De forskellige videnskabelige Selskaber var repræsenterede, og der blev holdt 18 Taler.

Herefter blev Kisten kørt hen i den nærmeste Kirke. Efter Prinsens ønske gik vi to Sygeplejersker i Uniform lige bag Kisten, dernæst fire Tjenere, endelig Familien og sluttelig de øvrige Medlemmer af Husstanden. hele Kirken var betrukket i Sort og Sølv. Ingen Tale, men megen Musik. Her var vi igen placeret lige bag Kisten, Prinsens Familie til den ene Side, Acade-

miet til den anden. Efter Defileringen blev Kisten bragt i en lukket Bil og ført til Versailles, hvor den blev indsat i Familiegravkammeret. Vi var kun et lille Følge derud, 12 Biler.

Ja, dermed var det saa forbi. Vi tog Afsked med Familien paa Kirkegaard og gik hver til sit. Prinsessen tog straks med sin Mand hjem. Dagen efter sendte hun sin Bil efter os to Sygeplejersker. Vi drak The i hendes Hjem. Hun laa i Sengen, havde Feber, men vi tilbragte alligevel en hyggelig Stund sammen med hende, Prins Georg, en Fætter og hendes Veninde. Efter en smuk Tur i Parken blev vi kørt tilbage til Paris med Favnen fuld af Blomster.

Jeg var senere i Palais'et for at hente mit Tøj. Nu holder Tjenerskabet Gravøl. De ere jo Herrer i Huset for Tiden. Kan du tænke dig, at Sekretæren holdt Forlovelsesgilde for sin Datter deroppe samme Dag som Prinsessen var blevet begravet om Eftermiddagen. Champagnen (Prinsens) havde flydt hele Natten. Samme Herre har ellers intet at gøre deroppe, han bor der ikke, men har installeret sig. Han har stjaalet som en Ravn deroppe, jeg har selv set det. Men det kommer jo ikke mig ved.

Nu er jeg saa tilbage i Bureauet, hvor mit Logi paa Grund af Pladsmangel p.t. bestaar i en Klapseng paa Gangen.

.....

Forstanderinden for Bureauet er i Dag rejst over til Vogeserne, hvor der er Kursted for gigtsvage mennesker. Hun er rejst derover sammen med Sekretæren for D.S.R. (*Dansk Sygeplejeråd. Red.*) i København. Stedet skal være godt, men endnu ikke ret kendt i Skandinavien, hvorfor der i Aar kommer danske Læger, som skal undersøge Forholdene. Jeg har aftalt med Forstanderinden, at jeg rejser derover, naar jeg har været en Tur hjemme i Danmark. Det bliver maaske min Affære med Tiden - jeg synes, du skal vide, hvad jeg er optaget af, men vil nødigt have det omtalt, saa længe der ingen Ting er bestemt.

Jeg skriver igen, naar jeg faar at vide, hvilken Vej jeg kan tage hjem, alt er saa optaget nu i Paasketiden.

Jeg haaber I alle har det godt, mine hjerteligste Hilsener
Louise.

Hermed slutter rækken af Louises breve til sin tante. En samling vedlagte udklip fra franske aviser og tidsskrifter, med omtale af prins Roland Bonapartes død, bekræfter hans betydelige rolle inden for fransk etnografi og geografi. Efter hans død overgik hans flotte palæ efter hans testamentariske bestemmelse til det franske geografiske selskab, tillige med med hans store bogsamling.

Efter prins Rolands død gav prinsesse Marie Bonaparte på flere måder udtryk for sin store taknemmelighed over for Louise for den pleje, hun havde givet faderen. I Louises besiddelse fandtes således flere signerede fotografier, både af prins Roland og af prinsesse Marie selv. Prinsesse Marie

sendte også flere - endnu bevarede - postkort frem til 1926, hvor forbindelsen synes at være ebnet ud.

Samarbejdet med bureauet fortsatte til 1928, hvor Louise rejste til Danmark "for good" for at passe "Tante" under dennes terminale kræftsygdom. "Tante" døde i 1930.

Herefter bestred Louise livet igennem mange forskellige sygeplejestillinger: var i adskillige år bestyrer af et plejehjem i Slagelse, havde vikariater på Avnstrup tuberkulosesanatorium, samt var på forskellige sygehuse i provinsen. Endelig var hendes sidste ansættelse et vikariat på Blegdams hospitalet, under polioepidemien i 1950'erne. Nogenlunde fra dette tidspunkt havde hun sin egen lille lejlighed på Nørrebro, hvor hun klarede sig selv til hun var langt oppe i halvfemserne. Så rykkede hun ind i De Gamles By, hvor hun i flere år havde været indskrevet.

Livet igennem fyldte hendes rejseminder fra Rom og Paris meget i hendes bevidsthed, og hun var altid rede til med glæde og strålende hukommelse at fortælle om bureauet og kollegerne.

*They are the Summers of my Heart
They are the Memories of my Youth
Take Them for what they are - some Part
Of what I was - Things void of Art
But not devoid of Truth*

(Owen Meredith)

Summary

Gudrun Hauge, Thomas Hauge and Bent Harvald A Danish Nurse Serving in Rome and Paris during the Post-war Years after World War I.

In letters to her aunt a Danish nurse, sister in law to the Danish medical historian professor dr.med. Edv. Gotfredsen, describes her life, professionally and as a tourist, in Rome and Paris. In 1920 she lived in Rome at the Dinesen Pension, established around the change of the century by a Danish lady. The pension developed into the favorite resort for many Scandinavian Visitors to Rome, some of them famous. During her stay in Paris 1920-26 she had close relations to the nursing bureau established under the auspices of the Danish Council of Nurses (D. S. R.). For one and a half year she was the private nurse of the famous ethnologist Roland Bonaparte, grand-son of Napoleon's brother Lucien, during his terminal bladder cancer.

Fødselsoplysning i 1500-tallet

Af Dorthe Chakravarty

Der skrives, sælges og købes i disse år masser af bøger om graviditet, fødsel og småbørn. Vordende så vel som nuværende forældre har alle muligheder for at orientere sig om alt fra undfangelsen til håndtering af tredags-syge og tandfrembrud hos de små. Men bøger om graviditet og fødsel er ikke et nyt fænomen, oldtidens og middelalderens lærde skrev og informerede også om emnet. I Danmark skrev Henrik Smith i 1500-tallet lægebøger, der blev populære i sam- og eftertiden og som er genudgivet flere gange (1).

For en nutidig læser er værket interessant. Ikke blot på grund af indholdet, der giver oplysninger om, hvad der på det tidspunkt forelå af viden omkring obstetrik og gynækologi, men også på grund af den måde stoffet er formidlet på. Når *"Henrik Smiths lægebog"* læses, er det ikke blot interessant at finde ud af, *hvad* han siger, men også *hvordan* han siger det. Ved at anvende den vinkel på værket, gives der indsigt i hvordan en given tid og et givent samfund præger en forfatter, dennes tekst og tekstens indhold. I dette tilfælde løftes sløret for 1500-tallets syn på graviditet, fødsel, krop og køn.

Henrik Smiths lægebog

Henrik Smith blev født i 1495 i Malmø og døde i 1563. Han er kendt som en af 1500-tallets danske humanister og folkeskribenter, der bl.a. via sine studierejser til europæiske universiteter i 1514-1519 stiftede bekendtskab med den humanisme og de reformationstanker, der igennem århundredet vandt indpas i Danmark (2). Udover lægebøgerne skrev han om teologi, historie og sprog.

"Henrik Smiths lægebog" er et fire-bindt værk, som inkluderer bogen *"Henrick Smids fierde Vrtegaard / flitelige tilsammen læst aff lærde Lægers Bøger / faar Quindfolcks oc vnge Spædeborns Siugdomme"* (1557). Bogen er tilegnet fru Anne Claus Urne, som *"Gud vor kiere himmelske Fader haffuer oc begaffuet (...) met Liffsens Fruct"* (1, bind 4, p. II) - en poetisk omskrivning af fru Urnes graviditet. Anne Urne var gift med rigsråd Claus Urne, der anlagde en botanisk have med lægeurter ved sin ejendom Belteburga. Henrik

Smith bistod ham i dette arbejde og dedikerede sine lægebøger til ægteparret (2). Bogen er inddelt i 34 kapitler, der beskriver svangerskabsforløbet fra befrugtning over fødsel til problemer og sygdomme i forbindelse med amning. Bogen afsluttes med en selvstændig del om spædbørnssygdomme. Formålet er at oplyse, højne jordemoder- og lægeniveauet og dermed forbedre betingelserne for og resultaterne af tidens graviditeter og fødsler. Det er et foreskrivende værk, der både giver råd om behandling med urter og kommer med fysiologiske og anatomiske forklaringer på undfangelsen og fosterets liv. De lægevidenskabelige forklaringer optræder sammen med nogle få humoralpatologiske forklaringer, der gør lægebogen til et værk, der forener mange af oldtidens og middelalderens forestillinger om graviditet og fødsel med forfatterens 1500-tals viden og indsigt.

Lægebøgernes indhold og sprog

Henrik Smiths lægebog var ikke et særsyn i tiden. Igennem oldtiden og middelalderen blev der skrevet læge- og urtebøger, der for flertallets vedkommende var mere eller mindre direkte afskrivninger af hinanden.

Smith har også skrevet af. Han nævner bl.a. Hippokrates (ca. 460 - ca. 377 f.Kr.) og skriver yderligere, at han har "*vandret [igennem] de lærdeste Lægers Urtegaarde*" (1, bind 4, p. 4). En af de litterære urtegaarde, han med sikkerhed har vandret igennem, er værket *Kvindens Rosengård* (3). Selv om Smith ikke nævner bogen, er der hele passager i hans lægebog, der er direkte afskrivning af Kvinders Rosengård, som han enten har kendt i den tyske original "*Der Schwangern Frauen und Hebammen Rosengarten*" eller læst i dansk oversættelse. Det første er det mest sandsynlige, da den danske oversættelse aldrig blev udgivet.

På grund af afskrivningerne har mange af tidens læge- og urtebøger ofte fællestræk. Et er, at bøgerne om graviditet og fødsel ikke omtaler forløsningen af barnet. Det gør Smith heller ikke. Han giver råd om, at urteblandinger, drikke og peber til at fremkalde nys kan sætte fødslen i gang. Derefter beskriver han uddrivelsen af "*den anden Fødsel*", altså moderkagen. Det mellemliggende forløb, selve fødslen, nævner han ikke. Hvorfor denne centrale del af fødselsforløbet er udeladt, kan der kun gisnes om, men en del af forklaringen kan muligvis søges i, at periodens læger og medicinske skribenter undgik direkte og stødende tale. Måske har forløsningsøjeblikket rummet for megen intimitet og kropslighed til at kunne omtales?

Der gælder generelt en vis blufærdighed omkring tidens formidling af kvindeliv og seksualitet, hvilket fører til brug af metaforer. Smith anvender f.eks. metaforer i forbindelse med betegnelsen af samleje, der beskrives som "*legemlig samquem*" mellem mand og kvinde, der "*fuldkommer Naturens spil oc læg*".

Sprogets dobbeltydighed

Smiths sprog har andre kendetegn end metaforer. Der findes også en dobbeltydighed. Han skriver: "*At en Quindis person er siugelig/oc haffuer vndfanget Foster/der regnis oc aff Lægerne iblant Siugdømmerne*". Det at være sygelig betød i 1500-tallet det samme som i dag, at være syg. Men det dækkede også over at være gravid (4). Graviditet og fødsel var så forbundet med liv og død, at det blev betragtet og behandlet (i hvert fald af fagfolk) som en sygelig tilstand, der krævede fagkundskab.

Samtidig betragter Smith graviditeten som en positiv hændelse, i det fostret flere gange omtales som en gave:

"Men nu vil ieg lære de siuglige Quindfolck som Gud haffuer begaffuet met Foster/Huorledis de ret skickelige skulle holde dem/paa det at den dyrebarre Guds gaffue som de ere begaffuede met/skal icke verderfaris nogen skade...". (1, bind 4, p. 6)

Fostret og dermed graviditeten er en Guds gave, som det er moderens pligt og opgave at passe på. Graviditeten, der både kan skabe og tage liv har dermed positiv og negativ karakter.

Et andet eksempel på sprogets dobbeltydighed er i omtalen af menstruation, der enten kaldes for *kvindens blomster* eller *overflødigt blod*. Den poetiske metafor *blomst* er typisk for de middelalderlige lægebøger. Ligesom betegnelsen *det overflødige blod* også er almindelig og hunder i det antikke og middelalderlige syn på menstruation som naturens måde at lade kvinden komme af med dårligt og overflødigt blod, der bringer uorden i de fire kropsvæskers balance (5). Forfatteren anvender de to benævnelser med omtanke. I de indledende kapitler om graviditet og fødsel anvender han begrebet *blomst* og menstruation sættes lig kvindens frugtbarhed og næring til barnet. I de afsluttende kapitler, der ikke handler om graviditet og fødsel men om kvindens krop i almindelighed, skriver han kun om *det overflødige blod*. Alt efter situationen er menstruation altså positivt i form af "blomster" eller negativt som "overflødigt blod".

Det kristne syn

I Danmark kaldes 1500-tallet for reformationsårhundredet, fordi statsreligionen skiftede fra katolsk til protestantisk tro. Den kristne tro var en absolut integreret del af det daglige liv og livssyn. Derfor blev graviditet, som andre hændelser i livet, anset for en begivenhed bestemt af Gud. Det kristne grundsyn er tydeligt i Smiths værk, der henvender sig til gode, ærlige og dydige kvinder. D.v.s. kvinder, der lever som gode kristne kvinder og

samfundsborgere og som indenfor ægteskabelige rammer er blevet gravide og skal hjælpes igennem en fødsel. Den gode fødselshjælp er for dem, der fortjener den og ikke nødvendigvis for alle, der har brug for den, som f.eks. ugifte gravide kvinder.

Henrik Smiths forlæg Kvinders Rosengaard indleder med en kristen begrundelse for nødvendigheden af fødselsoplysning:

[det sker] "*stunnum//modhern och barneth aff stor försømls komer i storer wodbe och fare, so ath tyth/bodbe modhern och barneth komer i døsens twangh, och serdbelys børnen mæsther then ewyghe gledhe och frøyth, som er i hemmeriges ryghe, i thet ath the ocke konne fanghe doff och cristendom for försømlsse skyldb.*" (1, bind 4, p. 90)

Barnet skal overleve for at blive døbt, leve et kristent liv og til sin tid opnå den evige glæde. Det afsnit er ikke indskrevet i Smiths tekst. Et fravalg, der kan have mange årsager, men hvor Kvinders Rosengaard repræsenterer middelalderens kristne tro, som den afgørende faktor for et godt liv og en god død, repræsenterer Henrik Smith en moderne mand. Han udelukker eller afviser ikke troen, men ønsker at hæve fødselsstandarden af hensyn til sundheden og ikke kun af hensyn til dåb og kristendom.

Den holdning løber igennem lægebogen, der forholder sig til og accepterer, at krop og graviditet er Guds værk, men alt hvad der kan relateres dertil af sygdom, er et anliggende for læger og jordemødre. Det giver en struktur i teksten, hvor forfatteren først konstaterer, at "*Moderen [d.v.s. livmoderen] er en Lem gjort aff Gud oc aff Naturen*", "*Den almectigste oc euige Gud haffuer skabt Quindens Bryst*" og der tales om "*Quindfolck som Gud haffuer begaffuet med Foster*". Dernæst forklarer Henrik Smith livmoderen, brystet og graviditeten fysiologisk og anatomisk. Forklaringer, der vidner om lægevidenskabens viden og endnu uopklarede områder. Smith forklarer f.eks. med fuld accept af begrebet forvandling, hvordan der er en direkte forbindelse mellem livmoderen og kvindens bryster under graviditeten og amningen:

"Oc all den stund Fosteret er i Moderens lifff/da haffuer det sin næring/Føde oc ophold igennem en Aare som gaar fra Moderens Bryst ind i Fosterens Naffle."

"Om Quinden icke haffuer sin Tid oc Blomster udi rette tide/som hun van er at haffue/Thi naar som hun haffuer vndfanget oc er bleffuen siuglig/da forvandlis den vædske/som flyder aff de Aaren som Quindens Tid skulde flyde vd oc aff samme vædske bliffuer den anden Hinde/Vdi huilcken Fosteret ligger og samme vædske giffuer sig icke mere ned/men op til Quindens Bryst oc foruandlis der til Melck." (1, bind 4, s. 22)

Smith anvender en stilistisk form, der ubesværet forener kristen konvention med naturvidenskabelige forklaringsmodeller. Først fastslår den kristne forfatter det, alle ved, at Gud har skabt kroppen. Dernæst træder den videnskabelige forfatter til og forklarer, hvordan kroppen fungerer.

Henrik Smith anvender også kristendommen som rammen for det miljø og univers, fødslen bør foregå i. I beskrivelsen af øjeblikket inden fødslen, skaber Smith med nærmest skønlitterære vendinger et billede af rummet med den fødende og de hjælpende kvinder:

"Jordemoderen skal trøste/(...)/bede oc formane den siuglige Quinde/oc de andre Dannequinder som der til stede ere/at de falde met hende paa deris Knæ/oc paakalde Gud og læse en Fader vor/og bede hannem inderlige aff Hiertens grund/at hand vil vere tilstede met sin hellige Hand oc Naade/oc giøre dem hjælp og bistance/saa at det maa faa en lykksalig fremgang som nu forbønder er." (1, bind 4, s. 10)

Dernæst skal den fødende bringes til fødestolen, fødslen kan gå i gang og de tilstedeværende bidrage med hvert deres. Det er jordemoderens opgave at føre an i bønner og erkende ydmyghed overfor Gud. For en nutidig læser virker fremstillingen af dette øjeblik i ro, bøn og harmoni som en illusion snarere end et billede af virkeligheden. Der eksisterer ingen kaos, smerte eller uvilje mod at føde. Det er fødsel i et kontrolleret kristent rum omgivet af forstandige og troende kvinder. Efter dette afsnit gives der lægkelige råd, der hjælper til at gøre fødslen let. Citatet er det eneste sted i teksten, hvor Smith kommer tæt på øjeblikket omkring selve fødslen og måden han gør det på, forekommer virkelighedsfjern. Det er en litterær konstruktion, hvor tro og videnskab forenes og den lette og perfekte fødsel finder sted.

Hvor kristendom og naturvidenskab i dag normalt er uforenelige størrelser i medicinsk videnskab, integrerer Smith positionerne, så de medvirker til en god og let fødsel. Problemer omkring forløbet skal dog løses af lægehjælp. Det siges ikke direkte, men ved kun at nævne Gud som skaber af kroppen, gør Smith det klart, at helbredelsen ligger i lægernes hænder. Der er ikke tale om et modspil men om et sammenspil, som er helt naturligt for en 1500-tals troende mand.

Mænd og kvinder i lægebogen

Henrik Smiths fjerde lægebog omhandler kun kvindeliv, hvorfor manden stort set ikke nævnes. Smith nævner mænds medvirken ved udfangelsen og i få tilfælde lægers tilstedeværelse ved fødslen, men derudover vedkommer graviditet og barsel kun den fødende, jordemoderen og "dannekvinder".

Mandens medvirken ved undfangelsen er dog uundgåelig og forløbet beskrives kort:

"Naar som Manden oc Quinden haffue haffte legemlig samquem tilsammen/oc fuldkommer Naturens spil oc læg/om da Mandens oc Quindens Sæd til sammen blandis oc forenis/da vorder hun siuglig oc vndfanger." (1, bind 4, p. 1)

Manden og kvinden betragtes som ligeværdige, når det gælder produktion af sæd og bidrag til undfangelsen. En tanker, der kan tilskrives Hippokrates, der beskrev begge køn som værende i besiddelse af frugtbar sæd.

Trods denne lighed, er der dog forskel på de to køn, når det gælder infertilitet. Kapitel fem hedder: *"Om Husbonden eller Hustruen er vfructsommeligh/buorledis det kand forfaris"* og det burde tilføjes, hvordan det hellredes. Mænd og kvinders fertilitet kan diagnosticeres ved at teste urinens evne til at få byg til at spire i en lerpotte eller få urter til at visne. Dernæst anviser Smith urter, der kan rense livmoderen og dermed gøre kvinden frugtsommelig. Selv om det er accepteret og kendt, at begge køn kan være ufrugtbare, er det kvinden, der skal gøre noget ved det. Denne holdning kan forklares med, at hogen er henvendt til kvinder. Men den kan også forklares med, at kvinder på det tidspunkt var mere udsatte for infertilitet p.g.a. de ringe behandlingsmetoder af underlivssygdomme og komplicerede fødsler (6). Yderligere var der en klar arbejdsdeling i tidens samfund. Manden arbejdede og forsørgede familien, mens kvinden havde ansvaret for børnene - og dermed også for tilblivelsen af dem (7).

Det er derfor også logisk, at Smith i forbindelse med sterilitet videregiver et råd fra Hippokrates om konstatering af jomfruers ufrugtbarhed. Rådet indikerer, at viden om evnen til at få børn er vigtig før indgåelse af ægteskab. Ufrugtbarhed handler ikke kun om kvindens krop, men om slægtens videreførelse. En ufrugtbar jomfru kan ikke føre slægten videre og da de danske adelstitler blev gjort arvelige i 1500-tallet, har Smith god grund til at videregive dette råd til adelsfamilier, der vil sikre slægt, titel og ejendom.

Hvor fædrene er fraværende i teksten er sønnerne tilstedeværende. Ikke som aktive børn, men som eftertragede drengefostre. En gravid kvinde, der bærer på et drengebarn kan kendes på sit udseende: (hun har) *"en skøn og smuck lyd/eller farffue under Ansictet/det høyre Kindbeen er fast rødere end det venstre/hun er lætsindig oc venlig at omgaas met"*. (1, bind 4, p. 4) Der udover bruger kvinden mest højre side af kroppen. Netop markeringen af højre og venstre er af betydning. Den højre side er den positive side, der er forbundet med mænd og ungdom i modsætning til venstre, der negativt forbindes med kvinder og alder (8). I beskrivelsen af den gravide kvinde skriver Smith af fra Kvinders Rosengaard, men han afholder sig fra den malende beskrivelse af kvinder, der er gravide med piger. De kan i Kvinders Rosengaard kendes på følgende tegn: *"...er hennes ansigt blegt, fedactigt ok vdeyligt, ok hun er saare twng fæerigh vdi syn gong, tha er thet*

en pyge" (3. p. 79). Det er ikke først, når døtrene skal giftes, at de er dyre og besværlige for forældrene. Det kedelige ved piger slår allerede igennem under graviditet, hvor det er langt mere plagsomt og udejligt at være gravid med en pige end en dreng.

Afslutning

Folkeoplysning om graviditet, fødsel og barsel er ikke kun et nutidigt fænomen. Henrik Smiths lægebog om graviditet og fødsel er en del af en formidlings- og oplysningstradition, der strækker sig fra oldtiden og frem til i dag. Værket giver ikke blot indsigt i en bestemt tids viden om obstetrik og gynækologi, det er også en spændende afspejling af en historisk periodes syn og opfattelse af køn, krop og seksualitet.

Litteratur

1. Smith, Henrik: Henrik Smiths lægebog I-VI. Udgivet med en efterskrift af Anna-Elisabeth Brade. Rosenkilde og Bagger, 1976
2. Dansk Biografisk Leksikon - bind 15. Gyldendal, København.
3. Kvinders Rosengård - hæfte 1-2. Udgivet af Universitets-Jubilæets Danske Samfund v. Holger M. Nielsen. København 1930 og 1940.
4. Kalkar, Otto: Ordbog til det ældre danske Sprog - bd. 3. Akademisk Forlag, København 1976.
5. Malmberg, Denise: Skammens Röda Blomma?*. Fra Kvinnors Rosengård. Medeltidskvinnors liv och hälsa, lust och barnafödlande. Skriftserie från Centrum för kvinnoforskning ved Stockholms Universitet. Nr. 1. Stockholm, 1989.
6. Larrington, Carolyne: Women and Writing in Medieval Europe. Routledge, London 1995.
7. Cadden, Joan: Meanings of Sex Difference in the Middle Ages. Medicine, Science, and Culture. Cambridge University Press. 1993.
8. Berriot-Salvadore, Evelyne: The Discourse of Medicine and Science. Fra: A History of Women in the West. Bind III. Ed. Natalie Zemon Davis and Arlette Farge. The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts 1993.

Summary

Dorthe Chakravarty
*The Enlighthenment on Pregnancy
and Birth in the 16th Century*

The enlighthenment of people on pregnancy and childbirth is not just a contemporary phenomena. Henrik Smiths lægebog (Manual of Medicine) from 1557 is part of a tradition of communication and education going from antiquity to the present day. This book not only tells us the gynecological and obstretical knowledge of a period, but is also an exciting reflexion of the perception of the same historical periods view on gender, body and sexuality.

“Når farvestoffer, farmaka, lægevidenskab og billedkunst smelter sammen”

Maleren Henrik Haves maleri
til en forside af en doktordisputats

Af Jette E. Kristiansen & Henrik Permin

Når man som læge og klinisk mikrobiolog ser et maleri, læser en bog eller ser film skærpes ens nysgerrighed yderligere, hvis der skildres en sygdomslignende tilstand eller en anatomisk beskrivelse. Hvor meget kender kunstneren egentlig til den menneskelige anatomi, sygdomslæren og de videnskabeligt baserede behandlingsmuligheder inden for mikrobiologien? Er det korrekt gengivet eller har kunstneren misforstået noget?

En af de danske kunstnere, der i flere af sine malerier har skildret den menneskelige krop er maleren og forfatteren *Henrik Have* (født 1946). Billedet (Fig. 1) er et oliemaleri på lærred fra 1989. Det er malet i serie med to andre billeder. Tilsammen er de malet med udgangspunkt i samme tema eller idegrundlag.

Billedet blev malet som bestillingsarbejde til illustration af Jette Elisabeth Kristiansens disputats *The Antimicrobial Activity of Psychotherapeutic Drugs and Stereo-isomeric Analogues* (1990) om farvestoffernes brug som ”grundstoffer” i forbindelse med udviklingen af lægemidler i almindelighed og kemoterapeutika til behandling af infektionssygdomme i særdeleshed.

Malerkunsten og farmakologien har fælles byggestene: anilinfarvestofferne

Selvom det er et relativt upåagtet fænomen, viser historiske studier, at mange farmaka er udviklet på baggrund af farvestoffer - de såkaldte anilinfarvestoffer.



Fig. 1 Den danske maler Henrik Have: *The Antimicrobial Activity of Psychotherapeutic Drugs and Stereo-isomeric Analogues*, 1989, maleri 110 x 112 cm.

Sulfapræparater, der anvendes til bekæmpelse af bl.a. urinvejsinfektioner udvikles således ud fra røde anilinfarvestoffer. På tilsvarende måde har de gule farvestoffer dannet grundlag for udviklingen af de såkaldte quinoloner, der kan anvendes til bekæmpelse af ondartede malariasygdomme, tuberkulose og salmonellainfektioner.

Mens de røde og gule farvestoffer anvendes som kemoterapeutika, har de blå anilinfarvestoffer dannet grundlag for udviklingen af de psykofarmaka og deres stereoisomere analoger, som afhandlingen er bygget op omkring. Der er således parallelet imellem afhandlingens ord og malerets farver. Dette kommer også frem ved det stereokemiske begreb "chiralitet", der på græsk betyder hænder og det forhold, at de blå farvestoffer og de deraf afledte psykofarmaka og stereoisomere analoger udviser en meget stærk antimikrobiel aktivitet.

Fra farvelæren ved kunstneren at gult og blåt blandet sammen giver grønt. Oversættes dette fænomen til mikrobiologiens og farmakologiens begrebsverden kan det lægevidenskabeligt oversættes til de muligheder, der ligger i at udnytte synergien mellem forskellige farvestofbaserede lægemidler til kombinationsbehandling af infektionssygdomme og reversering af resistens i bakterier, protozoer og cancerceller. På det seneste er det endvidere påvist, at de prioner, der kan påvises som årsag til hjernesygdommen Creutzfeldt-Jacobs lader sig påvirke/reducere/fjerne af en kombination af forskellige bl.a. anilinfarvestoffer og deres stereoisomere analoger.

Iagttages maleriet, som det ses affotograferet på afhandlingens omslag, er dette bevidst placeret på en mørkeblå baggrund. Baggrunden herfor er, at forskningsarbejdet beskriver de blå farvestoffers historie og muligheder i forbindelse med udviklingen af lægemidler på samme måde som maleriet beskriver farvernes muligheder i forbindelse med billedets opbygning. I takt med, at der anvendes andre anilinfarvestofbaserede kemiske forbindelser, opnås der nye helbredelsesmæssige og billed/illustrationsmæssige muligheder.

Makro- og mikrobiologiske farvemethoder i tidsperspektiv

Anskues maleriet i historisk tidsperspektiv synes det naturligt at tage udgangspunkt i perioden fra de første forsøg med brug af anilinfarvestofferne til farvning af humant væv og mikrobielle celler i begyndelsen af 1880'erne.

Det humane væv er repræsenteret ved de foldede hænder, og de mikrobielle celler er illustreret ved glasset med mikroorganismer i maleriets venstre side. Øverst i samme side af kunstværket ses tabeller, der beskriver forsøgsresultater. Over håndleddet på maleriets venstre side ses en blå streg på rødlig baggrund. Denne leder mikrobiologens tanke hen på en Gram-positiv bakteriestav, der er farvet med methylenblåt, et farvestof, der såvel danner det kemiske grundlag for de blå malerfarvestoffer som for de kemiske forbindelser, phenothiazinerne, der har en psykofarmakologisk effekt på den menneskelige hjerne.

Den røde streg på den blålige baggrund i billedets højre side kunne være en Gram-negativ bakteriestav f.eks. en tarmbakterie. Det kan også være en syrefast stav udsat for den såkaldte Ziehl-Neelsen farvning, der er i stand til at afsløre om bakteriestaven tilhører artskategorien tuberkulosebakterier. Hvis bakteriestaven er en såkaldt *Mycobacterium tuberculosis* på både højre og venstre side, er den på billedet illustreret ved hjælp af tre forskellige farvemethoder: Med Gram- og methylen-blåfarvning bliver den blå. I den syrefaste udgave bliver den rød. Ziehl-Neelsens farvemethode blev modificeret af nobelpristageren Paul Ehrlich (1854-1915), der brugte methylenblå som baggrundsfarve i forbindelse med diagnosticering af tuber-

kulose. På maleriet ses tuberkulosebakterien på en blå baggrund. På tilsvarende måde fører den røde streg hen over det højre håndled tanken hen på den Gram-negative bakteriefarvemethode.

Gram-farvemethoden, der af fagfolk betragtes som rimeligt kompliceret, blev udviklet i Berlin af danskeren Christian Gram (1853-1938) i 1884. Farvemethoden bruges den dag i dag af alle mikrobiologiske laboratorier verden over, idet den anvendes til at karakterisere bakterier i kategorierne Gram-negative dvs. bakterier, der bliver røde ved Gram-farvning og Gram-positive dvs. bakterier, der bliver blå ved Gram-farvning.

Illustrationer og symboler fra anatomen

Med sine fint afstemte farvenuancer illustrerer maleriet enkeltdele af den menneskelige anatomi med de vævsfarvede underarme og foldede hænder som den helt centrale elementkerne i billedsproget.

Selv om de foldede hænder ikke i enhver detalje synes at være anatomisk korrekt illustreret er der for den lægelige iagttager ingen tvivl om, at kunstneren med sine blå og røde farvenuancer har ønsket at illustrere anatomiens vævsfarvningsmetoder. Såvel armene som håndleddene, håndryggene, fingrene som neglene synes at være illustreret ved de farvenuancer, der kan fremkomme, når forskelligt væv absorberer forskellige anilinfarvestoffer.

Men foldede hænder er også symboler. Hænder skaber. Og hænderne på billedet er skabt: Foldede hænder har altid udtrykt bøn, en drøm om at udvide erkendelsen og bedre kunne forstå, hvad der sker og hvorfor det sker. Men foldede hænder er også udtryk for samhørighed. Hænderne passer sammen, de samarbejder. Hænder der griber efter hinanden er også udtryk for ønske om nærhed og samarbejde. De er spejlbilleder af hinanden. Samtidig illustrerer de, at de kemiske strukturer i farver og farmaka kan være ensartet opbygget selv om de i rumlig henseende er forskellige. Louis Pasteur (1822-95) beskrev dette fænomen som den molekylære disymmetri, og skabte hermed grundlaget for stereokemien.

Over og under maleriets foldede hænder ses udifferentierede hjerner illustrerende menneskets interesse for undersøgelse af hjernens anatomi og funktionsmåde. Siden 1700-tallet har udforskningen af hjernen og dens mysterier i stadigt stigende grad optaget lægevidenskaben. Interessen for hjernen har såvel taget udgangspunkt i en beskrivende funktion, anatomi, som i sygdomslæren, patologien. Senere har interessen for hjernen især været centreret omkring hjernens fysiologi og biokemi med særlig vægt på farmakologiens muligheder for at lindre og helst for at kunne helbrede de psykiske sygdomme.

I den let fremhævede hjerne ses hypofysen som et lille ur. Helt til højre ses noget, der kunne minde om en knogle, givende udtryk for noget

arkæologisk eller fortidigt. Tiden kan være såvel moden som umoden. Den kan rinde ud, og man kan til enhver tid have tid nok. Der er en tid til det hele i et menneskes liv. Der er også en tid, hvor alt ændres i et menneskes liv. Ved at iagttage hjernen i de grønne nuancer opleves en beskrivelse af evolutionen. Forskningen i fortiden foregår stadig. Hjernen i midten med hypofyseuret erindrings en om, at alting for(e)går i tid.

Over hænderne ligger en hvid slange eller en DNA-streng, der for beskueren illustrerer kravet om at kunne forklare de videnskabelige konklusioner på molekylært plan: Hvilke virkningsmekanismer er den dybere årsag til, at anilinfarvestofferne er i stand til at reversere resistens i mikroorganismer og cancerceller. Hvad er det, der gør at de blå anilinfarvestoffers psykofarmakologiske derivater er i stand til at påvirke bakteriers virulens faktorer? Hvad er det, der gør, at derivater af forskellige anilinfarvestoffer er i stand til at påvirke mikroorganismers måde "at tale sammen på", det som i moderne sprogbrug har fået betegnelsen "Quorum sensing"? Generelt udtrykt: Hvad er de molekylære virkningsmekanismer, når farvestoffer og deres derivater samtidig påvirker pattedyrceller og mikroorganismer, der lever i mere eller mindre symbiose med hinanden? Vi er *blåt* på vej ("gen"-vej) til en forståelse, der hele tiden udvikles videre mod nye erkendelser.

Det grønne hjørne i maleriets højre side kunne udtrykke, at vi også befinder os i et ukendt videnskabeligt landskab, og at lægevidenskaben endnu har mange bakketoppe at forcere.

lagttagelser, associationer har følelsesmæssige nuancer

Henrik Have ville nok fortælle, at de foldede hænder er hans faders. Han vil sige: "Jeg husker ham sidde med foldede hænder i kontoret ved forsøgsdyrstalden, når jeg besøgte ham". Henriks far var laboratorieleder på *Statens Serum Institut*, hvor drengen ofte har leget i dyrestaldene. Han har her set sin fader, der var meget dygtig til at fjerne hypofyser fra gnavere med henblik på fremstilling af væksthormoner. Væksthormoner fremstilles nu til dags i farmakavirksomhedernes laboratorier ved hjælp af genmanipulerede mikroorganismer. Måske derfor har kunstneren placeret DNA-strengen i maleriets midte. Men denne oplevelser i forbindelse med dyrestalden kan også have været et stort "traume", som Henrik Have siden har måttet (be)arbejde i sin kunst.

Hænderne, der udtrykker stereokemien, er ikke den eneste måde stereokemien kan gengives så man aldrig glemmer rummelig vigtighed. Det illustrerede min far (JEK) for mig i mine yngre dage, når han tegnede den samme fugl i samme flugt i højre og venstrevendte spejlbilleder i forskellige farver. Fænomenet, der bedst beskrives ved hjælp begrebet stereokemi, der er af så stor betydning for den biologiske faunas livsprocesser.

Når naturvidenskab og malerkunst smelter sammen

Den videnskabelige erkendelse udvides for hver gang man fordyber sig i den videnskabelige tankegang. På samme måde videreudvikles associationer, når man sætter sig ned og ser på et godt kunstværk. Hermed er kunsten med til at udvikle lægekunsten.

Når farvestoffer blandes af spændende kunstnere og dygtige forskere, sker der vidunderlige ting og det såvel på lærredet, som når de benyttes til helbredelse af sygdomme i den menneskelige organisme. Såvel kunstnerisk som lægeligt er der perspektiv i at interessere sig for farvestofferne. I mere end én forstand er regnbuen på himlen et af naturens største farveundere, et forunderligt udtryk for at malerkunsten, lægekunsten og naturvidenskaben her har et fælles grundlag: farverne.

Summary

Jette E. Kristiansen & Henrik Permin
The human in the art:
Henrik Have's painting for a medical thesis

A painting made by the Danish painter and author Henrik Have (born 1946) illustrates the front page of Jette E. Kristiansen's medical thesis *The Antimicrobial Activity of Psychotherapeutic Drugs and Stereo-isomeric Analogues* (1990). The painting illustrates beautifully that art and science can go hand in hand. Even very complicated chemical, pharmacological and microbiological questions can be expressed by means of colours and by means of symbols used in everyday life, such as a spiral (DNA), or a pair of hands expressing working together. Prayers, wishes and the most difficult questions in receptor stereo-chemistry in eucaryotic and procaryotic cell-systems are illustrated in this painting. Synthetic chemistry and pharmacology are linked in the development of the synthetic dyes. The chemical colours are often the same in dyes and drugs. The red colour in the pharmacology is associated with the antibiotic drugs as sulfonamides as well as with the staining of Gram-negative bacteria. The yellow colour is associated with the antibiotic drugs, quinolones and the Ziehl-Neelsen staining for tubercle bacilli. The blue colour is associated with the psychoactive drugs, phenotiazines, as well as with methylenblue staining and the staining of Gram-positive bacteria. These association and symbols have been used in this painting.

Rumperceptionen, dens historie og betydning for kunsten

Mogens Norn

Opfattelsen af dybden i det fysiske rum (rumperceptionen), som omgiver os, er primært en del af synssansen, idet vi her ser bort fra følesansen og den lydlige rumsans. Når vi beskæftiger os med rumperceptionen, må vi gøre os klart, at vi ikke er født med rumlig opfattelse, at der er dybde i rummet, hvilket er noget tillært, noget erfaringsmæssigt. Som alt erfaringsmæssigt er rumperceptionen afhængig af det instrument, synssansen, som vi primært bruger til at opfatte dybden med. Men en ting er, at vi har og anvender rumsansen i det daglige, noget andet er, om vi gør os klart, at vi har rumsansen. Oprindelige folkeslag, f. eks dele af afrikansk kunst og barne-tegninger mangler ofte perspektiv. Dyr ser måske det åbne landskab uden at fiksere (1).

Et eksempel på anvendelse af en evne og manglende klarhed over at denne evne findes, har vi for synssansens vedkommende i den danske øjnlæge Otto Michael Larsen (1840 - 1922). Han mente i 1878, at farvesansen først udviklede sig hos mennesket i historisk tid, fordi gamle indiske, jødiske og græske skrifter ikke nævnte farver, kun rødt og sort (2). Farver har imidlertid været anvendt i de ældste hulemalerier, oldtidens ægyptere brugte kosmetik, oprindelige folkeslag bruger farver, mange primitive dyr har farvesans.

Tilsvarende har rumperceptionen vel altid været anvendt af mennesket på samme måde, som en falks præcise styrtduk mellem træer ned på en lille mus vel også kræver betydelig rumsans.

Den menneskelige rumperception baseret på synssansen bygger både på syn med et øje (monoculær rumperception) og på synet med begge øjne på en gang (samsyn, binoculær rumperception). Samsynet er virksomt på kortere afstande, medens kun en monoculær rumperception fungerer på lange afstande.

Synssansens indretning og måden, vi opfatter dybden i det sete på, har konsekvenser for kunsten, ikke alene for malerkunsten, men også for litteraturen i form at beskrivelser af rummet og ejendommelighederne i den rumlige synssans's indretning.

Fig. 1.
 Øjets linse er placeret i centrum af øjeæblet a. m. Celsus også i denne kunst-drejer-øjenmodel fra ca. 1750, fremstillet af J. C. Schwartz, Sværtegade i København.
 Foto; Rikke Claësson, Medicinsk Historisk Museum, Københavns Universitet.



Synssansens sæde og retningsansen

Oprindelig antog man, at synssansens sæde var øjets linse (lens crystallina), som man mente, fandtes i øjeæblets centrum. Dette skildredes i Celsus' *de medicina* i hans encyclopædi 18 - 39 e. Kr. (3 og fig.1). Dette blev modbevist ved en operation i 1667 i København.

Guldageren Joseph Francisco Borris (1625 - 1695) fjernede linsen på en gås, som på trods af mangel på øjelinser fortsat kunne se. Det endelige bevis kom dog først med fjernelse af en uklar linse (grå stær, katarakt) på et menneske, udført af Jaque Daviel i Paris i 1745. Synssansen blev rykket bagud og synssansen antages nu primært at findes i nethinden (retina med dets fotoreceptorer) medens perceptionen sker i hjernen (synscentret).

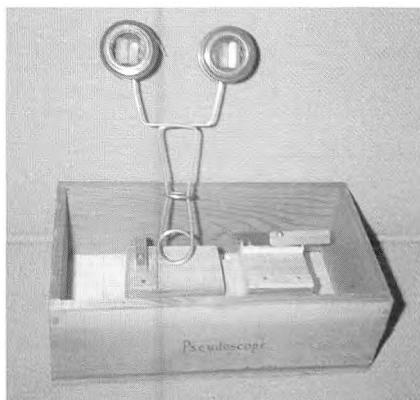


Fig. 2.
 Pseudoskop, oprejst i sin opbevaringskasse, anvendt af Marius Tscherning, København.
 (Medicinsk Historisk Museum).

Det optiske billede på nethinden er på grund af lysstrålernes brydning i øjelinsen omvendt. Det spæde barn rækker ud efter moderens strålende øje. Det opdager retningen i rummet, korrigerer fejlpegningen, så det lærer af erfaringen, hvad der er op og ned, til højre og til venstre, nært og fjernt. Dette sker efterhånden reflektorisk og ubevidst.

I Medicinsk - Historisk Museum i København findes et såkaldt pseudoskop, anvendt af den danske professor i øjensygdomme Marius Tscherning (1854 - 1939), hvor prizmer vender billedet, så man ser alting på hovedet. (fig. 2). Værst bliver det, hvis man drejer prizmerne, så højre ombyttes med venstre. Man er i den nyfødtes situation og kan opleve venstre - højre konfusionens ubehag ved kollisioner.

Binoculær rumperception: samsynets historie

Den binoculære eller nære rumperception forudsætter samarbejde mellem de to øjne. For at se en genstand skarpt uden dobbeltsyn skal man dreje øjnene mod hinanden (konvergere) indtil begge øjne er rettet mod genstanden, så den falder på samholdende dele af de to nethinder. Det var den danske fysiolog, Peter Ludvig Panum (1820 - 1885), der påviste dette forhold i 1858 og tillige, at genstande lidt foran eller bagved cirkellinien for genstande med samme afstand til de to øjne kunne ses uden dobbeltsyn. Han konstruerede det såkaldte Panum-areal. (fig. 3).

Genstande indenfor det skraverede Panum-areal ses rumlige. En genstand foran eller bagved det skraverede areal ses dobbelt.

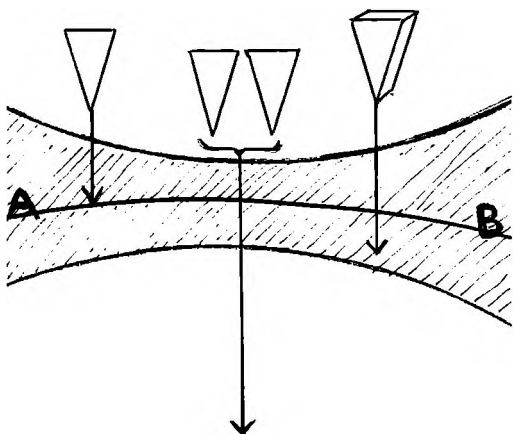


Fig. 3.
Panums areal: Genstande på linien A - B har samme afstand fra øjnene og ses derfor som enkelte genstande.

Den ringe afstand mellem de to nethindebilleder af en genstand udenfor cirkellinien, men indenfor Panumarealet kan give en rumfornemmelse uden dobbeltsyn, ligesom fiksatorenstræthed giver plasticitet og et usikkert varierende billede, fusion uden fiksering ligeledes.

Hvis man ser på en tændstikæske, anbragt lodret mellem de to øjne, vil man med den rette placering med begge øjne se endebladen skarpt, med højre øje tillige se lidt af højre tændstikflade, med venstre lidt af venstre. Dette giver dybdefornemmelse og yderligere erkendelse af genstandens natur. Stereobilleder og stereofilm fremstilles ved samtidig fotografering med to apparater med afstand imellem svarende til, at der er afstand mellem højre og venstre øje. Billederne projiceres over hinanden og opfattes af højre og venstre øje gennem specielle brilleglas (polariserede eller rødt og grønt glas svarende til de anvendte billeder).

Lavere dyr har ikke binoculært syn. Øjnene på en fisk er rettet udad. Hvis fisken ser et fødeemne til højre, bruger den kun højre øje. Hvis der dukker noget interessant op til venstre for fisken, ser den kun med venstre øje og undertrykker synsindtryk fra højre. De fleste dyrs øjne står i divergens. Alligevel kan for eksempel en falk bruge binoculært syn, idet visse samhörrende dele af de to nethinder kan samarbejde.

Når de to øjne samarbejder, er rettet mod samme genstand, er de parallelle, hvis genstanden er på stor afstand. Hvis det ene øje tildækkes, så det reflektoriske samarbejde er hindret, vil de fleste øjne hos mennesket have tilbøjelighed til at glide udad som hos en fisk, altså en latent divergens. Dette findes hos 90%, medens 5% har latent indadskelen og kun 5% bevarer parallelt syn i denne situation.

Før 1900 behandlede man skelen (strabismus) med en ansigtsmaske, som var forsynet med øjenhuller, der sad ud til siden for at korrigere indadskelen, hvilket var nytteløst. Først senere blev man klar over, at det vigtigste ved skelebehandling var at skabe et ligeværdigt syn på de to øjne, så de kunne samarbejde, danne rumsyn og hindre udviklingen af "et dovent øje."

Før 1900 havde briller ens styrke på begge glas, man tog ikke hensyn til eventuel brydningsforskel på de to øjne, man skaffede ikke det bedst mulige syn til begge øjne og dermed bedste muligheder for samsyn og optimal rumperception.

Det var føromtalt Marius Tscherning, der forbedrede brillerne ved at konstruere gennembøjede periskopiske brilleglas, som gav bedst muligt panoramasyn til begge øjne. Før Tscherning var brilleglassene nærmest flade, man så periferien fortegnet. Tschernings brilleglas var fremadbulede, man så skarpt også med den perifere del af glasset, som vi fortsat gør det i dag.

Henning Rønne (1878 - 1947), der var professor i oftalmologi ved Københavns Universitet, studerede blandt andet synsbanernes struktur, farvesansen, samsynet med en stereootograf (Fig. 4) og et apparat til at aftegne et spejlbillede ovenpå en anden tegning, et såkaldt keirooskop (keiros = hånd, Fig. 5).

Fig. 4.
Henning Rønnes
stereo-orto-graf fra 1930 til
undersøgelse af samsyn.



Fig. 5.
Keirooskop fra 1929 til undersøgelse
af samsyn. Medicinsk Historisk
Museum København.



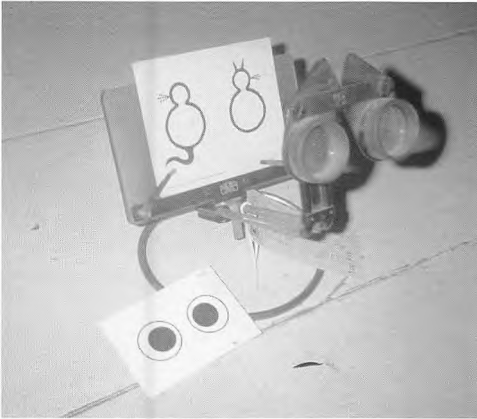


Fig. 6.
Stereoskop.
(Foto: Rikke Claësson,
Medicinsk Historisk Museum,
Københavns Universitet).

Hans søn, Gerhard Rønne (1912 - 1960) grundlagde den første danske skeleklīnik (samsynsklinīk pā Rigshospitalet) sammen med ortoptisten Eva Rindziunski i 1950. De anvendte blandt andet stereoskop til opøvelse af samsyn, øgning af konvergenssevne og rumperception (Fig. 6). Man kunne nu optræne det "dovne" skelende øje, optræne konvergens (evne til at indstille øjet pā nære genstande) og undersøge/træne rumperceptionen.

Screening for binocular stereosans kunne tænkes at være en hurtig og effektiv metode til at udpege børn, der har mindsket syn pā det ene øje og

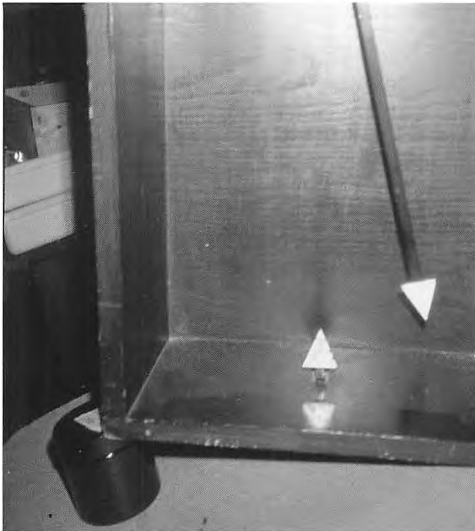


Fig. 7.
Pulfrichs pendul.

dermed behov for øjenlægehenviisning. Metoden har dog alt for mange falske positive og negative resultater (henholdsvis 18% og 45 %) (8). Det betyder, at mange helt normalt seende alligevel har dårlig rumperception og omvendt, at nogle personer med "dovent øje" godt kan have god rumperception.

Et interessant apparat til at give en stereoskopisk illusion er Pulfrichs pendul fra 1922. (Fig. 7). Man sætter pendulet i svingninger og beder iagttageren om at undersøge, om pendulet svinger med eller mod urets retning omkring den hvide spids i bunden af kassen. Iagttageren ser en ellipseformet bevægelse af pendulspidsen, der bevæger sig med uret, hvis den undersøgeses højre øje er dominerende, men mod uret, hvis venstre er dominerende. Dette skyldes, at det dominerende øje ser først, og det tilsyneladende dobbeltsyn ses krydset foran fiksationspunktet, ukrydset bag fiksationspunktet, som er den hvide spids i bunden af kassen. Med et gråfilter kan man ændre øjendominans og dermed den tilsyneladende ellipsesvingning, som i virkeligheden kun er en lineær bevægelse henover den faste spids i bunden af kassen.

Monoculær rumperception

I det foregående er omtalt den nære rumsans på grundlag af samarbejdet mellem de to øjne. På lange afstande fungerer de to øjne imidlertid som ét øje, afstanden mellem øjnene bliver betydningsløs sammenlignet med afstanden til genstanden i det fjerne. Hvis man akut mister synet på det ene øje, mærker man en forringelse af rumdimensionen, som åbenbart er bedst ved samsyn med de to øjne. For eksempel har jeg selv oplevet efter akut nethindeløsning, at en velkendt stor sten på stranden pludselig blev flad. Jeg måtte hen og føle på den, omfavne den, for at mærke, at den stadig var der med sine tredimensionale egenskaber. Verden var blevet flad, den havde mistet det meste af sin skønhed.

Ved operation for grå stær på det ene øje vil mange komme ud for kun at se optimalt med det ene øje. Dette vil kun sjældent blive accepteret, det andet øje skal også opereres. Dette viser, hvor vigtigt det er at få bedst muligt syn på begge øjne af hensyn til rumperceptionen.

Alligevel findes en form for monoculær rumopfattelse for det nære. Den betinges blandt andet af øget reflektorisk muskelfunktion ved indstilling på nær. Dette skyldes en ringmuskel, som får øjelinsen til at indtage en mere kuglerund form ved indstilling på nære genstande (akkomodationen). Denne måde at måle afstande på kan sammenlignes med visse mekaniske afstandsmålere i nogle fotografiapparater.

Men udover denne måde at erkende de forskellige afstande i rummet og dermed rumperceptionen findes andre monoculære måder at erkende dybden i rummet på. Eksempler herpå er blandt andet genstandsstørrelse, per-

spektiv, skygger, parallakseforskydninger, krydsningsfænomener og sløring af baggrunden.

Den monoculære rumperception skyldes således for en del vores erfaring med genstandenes størrelse. En lille gråspurv i stor afstand ude på græsplænen fylder kun et meget lille areal på nethinden. Hvis den iagttages gennem en rude, og der kom daltende en lille edderkop ned foran den indvendige side af vinduesruden tæt ved iagttageren, kan edderkoppens forskrække den en-øjede, fordi edderkoppens dækker et stort nethindeareal og derfor opfattes som en truende kæmpe. Solen og månen ser større ud ved opgang og nedgang end når de står højt på himlen, fordi genstande til sammenligning kun findes nær horisonten. Enhver kan forvise sig om dette synsbedrag ved at måle synsvinklen eller ved at sammenligne størrelsen af solen eller månen på fotografier med samme forstørrelsesgrad taget ved op- eller nedgang og midt på himlen.

Genstandens størrelse svarer også til perspektivet. Den nærmeste gavl på et hus er større end den bagerste gavl. Husets linier (kælder, stuevinduer, tag etc.) konvergerer mod samme fjernpunkt i horisonten. Perspektivet er ubevidst indbygget i vores rumopfattelse. Dette fremgår af, at af figurer af samme størrelse anbragt på et antal konvergerende linier vil den figur, som opfattes som bagerst i tegningen, synes at være større end de tilsyneladende foranstående figurer.

Skygger har stor betydning for rumopfattelsen. De giver anledning til at se for eksempel plovfurer eller anden form for relieftegning tydeligt. Det er derfor vigtigt at anvende skrå, stærk belysning for at se reliefskrift og mønstre, som kun afsløres ved hjælp af skyggerne. Som et eksempel på en fatal mistolkning af skygger kan nævnes Edmund Hansen Grut (1831 - 1907). Hans doktorafhandling i 1857 omhandlede iagttagelser med øjenspejlet, der netop var opfundet syv år tidligere. I overensstemmelse med datidens autoritet Albrecht v. Graefe anførte Grut, at synsnerven ved grøn stær (glaukom) er opsvulmet "Seenerven danner en stærkt prominente rund forhøjning," hvilket tolkedes som synsnervebetændelse. Sandheden er, at synsnerven på grund af det forhøjede øjentryk er presset bagud, udhullet. Dette korrigerede han i en senere artikel i 1860. Bedømmelsen af rumforholdene havde han gjort sig klart ved den monoculære undersøgelse. Man kan bruge skyggernes lokalisation til at afgøre, om der er fremadbulning eller udhulning og bruge parallakse - forskydning. Han har nok kun haft få patienter ved sine første undersøgelser med et lyssvagt, dårligt øjenspejl, og derfor har han først kunnet komme til den sande konklusion senere. Edmund Hansen Grut blev i 1888 udnævnt til den første professor i øjensygdomme i Danmark.

Parallakseforskydning består i, at man bevæger sig i forhold til den genstand, som man iagttager. Når jeg tilsyneladende er nået til toppen af et bjerg og til min skuffelse opdager, at der er endnu en lille bjergtop forude, foretager jeg parallakseprøven. Jeg går ti skridt til den ene side og ti skridt

til den anden side vinkelret på sigtelinien til den nye top. Hvis toppen ændrer udseende ved denne vandring, er det et tegn på, at den ligger ganske tæt ved, er lille og helt bestemt bør bestiges, så jeg virkelig har besejret dette bjerg. Hvis toppen er uforandret, ligger den langt væk, er med andre ord et helt andet og højere bjerg, som ligger langt borte, og som jeg ikke skal forsøge at bestige.

Krydsningsfænomenet fremkommer for eksempel, når man ser to grene på et træ krydse hinanden. Her ved man, at den ubrudte gren er den nærmeste, dette giver en vis stereovirkning.

Sløring betyder, at fjerne genstande ses mere slørede, disede, ligesom grønne farver blåner i baggrunden på grund af, at de kortbølgede blålige lystråler lettere trænger igennem.

Rumperception og malerkunst

Malerkunsten udøves sædvanligvis på plan flade (lærred, masonitplade, mur eller tilsvarende fladt medium). Kunstneren kan ikke bibringe tilskueren en binocular rumperception. Det skulle da lige være, om en kunstner ville male stereoskopiske billeder, men stereoskopiske billeder er stort set kun fotografiske. Kunstneren er henvist til at efterligne monoculær perception med størrelse, perspektiv, skygger, sløring og farveændring.

Steffen Arndal, der har beskæftiget sig med forfatteren Rainer Maria Rilkes brug af synssansen med særligt henblik på rumperceptionen, inddeler kunsten i tre perioder (1). En oprindelig uperspektivistisk todimensional tidsperiode, renæssancen med vægt på det tredimensionale lineærperspektiv og efter cirka år 1900 en aperspektivistisk periode med impressionismen (indledt af Paul Cezanne (1839 - 1906)), jugendstil, kubisme etc.

Barnetegninger er uperspektivistiske og oprindelige folkeslags kunst er ofte også uden perspektiv. Selv om disse ikke giver udtryk for rumsansen i tegninger og kunst, er dette ikke ensbetydende med manglende rumsans, man kan sammenligne med det tidligere nævnte om farvesansen.

Fra renæssancen lagde man vægt på lineærperspektivet, som gav indtryk af dybden i rummet. Dette er os velbekendt også fra fotografiernes tro gengivelse af genstandene og landskaberne, hvor lige linier som gader, veje og lignende kan konvergere mod et punkt i horisonten. Andre måder at give indtryk af monoculær dybdevirkning er at anvende skygger, sløring og farveændring som nævnt under den monoculære rumperception.

Fotografiets fremkomst gav anledning til muligheden for revurdering af kunstens opgave. Denne behøvede ikke længere at skulle være en naturtro gengivelse af omverdenen, men kunsten skulle snarere søge ind til omverdenens og genstandenes egentlige væsen, finde frem til sandheden. Vi er nået frem til den aperspektivistiske periode begyndende med impressionismen. (Jeg tænker her ikke på kunst, som ikke forestiller noget

bestemt, men hvor kunstneren vil have tilskueren til selv at strukturere kunstværket.)

Rumperception og litteratur

I modsætning til malerkunsten kan litteraturen beskrive såvel to- som tredimensionalt, den kan derfor inddrage ikke alene det, som kan ses med kun et øje, men også det, som kræver begge øjnes samvirken.

Et interessant eksempel herpå haves hos H. C. Andersen, som meget levende beskriver den normale latente skelen i 1857 i romanen *At være eller ikke være* (6) og atter i 1870 i romanen *Lykke Peer* (7). Fra sidstnævnte citeres

“Sandheden, ja sig mig sandheden. Se stjernen deroppe: Sig mig, hvor er dens nøjagtige plads?”

Luk dit ene øje, ser du den? Betragt den nu med dit andet øje alene!

Stjernen har flyttet sig, har antaget en anden plads. Hvert øje hos det ene menneske ser forskelligt, hvor forskelligt må da den store menneskemængde se.”

Det er syngemesteren, der kommer med denne bemærkning til *Peer* lige før uropførelsen af *Peers* operastykke. Problemet er, om operaen er et mesterværk eller kun et makværk. *Peer* er det fattige geni.

Den berømte tyske digter Rainer Maria Rilke (1875 -1926) søger virkeligheden, som den er uden om os, når vi ikke ser den. Et citat (5)

“Den blinde mand, der står ved broens rand..... Han er den sande, som står i al sin vægt. Urolig i de falske vejes færden. Den mørke vej til underverdenen hos en urolig, overfladisk slægt.”

Her har jeg primært opfattet den blinde som sandheden, synssansen som en hindring i at finde det væsentlige. Det er, som om man tænker bedre med lukkede øjne. Denne tolkning er dog for primitiv, jfr. nyere Rilkeforskning (1 og 4). Rilke gør op med rumperceptionen på et tidspunkt, hvor også malerne stillede sig kritisk overfor den klassiske fremstilling af rummet og perspektivet.

Arndals detaljerede analyse af Rilkes digtning og breve viser, at rumperceptionen var et vigtigt emne for Rilke (4). Rilke opfattede i sin ungdomsdigtning perspektivlæren positivt, men han var senere kritisk overfor denne. Rilke var interesseret i Cezannes kunst. Han eksperimenterede med dybdesyn og trænede åbenbart sig selv for at kunne opfatte den sande verden. Som eksempel herpå har vi hans digtning om et hus i ruiner, hvor hovedpersonen Malthe (5) erkender de tidligere beboeres liv (den fjerde dimension, tiden) eller i spøgelseshistorierne, hvor man nok kan se de afdøde, men ikke kan erkende dem i et spejl. Den åndelige verden underkaster sig ikke de optisk-fysiske love.

Perspektivet som i malerkunsten og fiksering hindrer indblik i den sande verden.

Arndal konkluderer, at Rilkes eksperimentelle syn beror på den binoculære rumperception og ikke på det monoculære perspektiv. Ved nedsat/manglende fiksering og manglende konvergens af de to øjne mod genstanden opfattes helheden med et flakkende blik, som på én gang ser alting og ingen ting. Efter Rilkes mening giver dette nye syn den virkelige sandhed, åndernes og Guds verden, den indre dybde dimension.

Konklusion

Den biologiske dybdesans svarer til billedkunstens rumperception. På grund af billedkunstens flade medie er der kun stereoskopiske billeder, som kan give virkninger, som svarer til den binoculære, nære rumperception.

Billedkunstnerne er derfor i alt væsentligt henvist til den monoculære rumperception, hvor de da også udnytter biologien og fysikken. Her skal nævnes den monoculære akkomodation, som kan siges at svare til en lidt tåget figur indenfor Panum-arealet, den relative størrelse af kendte genstande og perspektivvirkningen, skygger som giver reliefsans, blånelse af fjerne grønne områder svarende til, at den kortbølgede stråling går bedre igennem og krydsningsfænomenet, som også giver en fornemmelse af dybde.

Man kunne lidt naivt tro, at moderne kunst med vilje kun overtræder perspektivreglerne, for at vække opsigt, fordi fotografi og datamedier har overtaget den objektive gengivelse af rummet og objekterne. Dette synspunkt er dog en misforståelse.

Kunstneren forsøger at give sin fortolkning af og sin sandhed om omverdenen og genstandene. Han forsøger at give udtryk for sit indre, sjælen, det åndelige eller guddommelige inspireret af og måske endda i protest mod det, han opfatter som vor daglige, vanemæssige men usande betragtningsmåde af det fysiske rum og genstandene. Han stræber mod en ny, sandere og højere verden, der ikke behøver at tage hensyn til biologiske og fysiske fakta. Synssansen må accepteres som noget biologisk-fysisk, som har sæde i retina, men perceptionen og i vores tilfælde rumperceptionen er hjernens og synscentrets filtration og tolkning af mere eller mindre ufuldstændige input fra den omgivende verden.

Forfatteren Rainer Maria Rilke har interesseret sig for rumperceptionen, men det udtryk han giver den i sin digtning er muligt baseret på den binoculære rumperception.

Summary

Mogens Norn

Space perception. The History and its Significance for Art

Some aspects of the ophthalmologic history in Denmark are briefly mentioned. Lens extraction in 1667 in Copenhagen, Edmund Hansen Gruts stereoophthalmoscopy in 1857. Ludvig Panums area in 1858 (single vision space perception and outside this area double vision), squint treatment, Marius Tschernings periscopic spectacle lenses, Henning Rønnes stereootograph and keiroscope and Gerhard Rønnes stereoscope.

Space perception depends mostly on binocular function (convergens), but in fact some space perception occurs in vision due to perspective, accommodation, parallaxe, blurring, colours and shadows.

The Danish Poet, Hans Christian Andersen, has in his novels mentioned latent squint. The German poet Rainer Maria Rilke was much interested in perspective in connection with the development of impressionism, especially Paul Cézanne. Rilke in his later period developed the view that concentration on perspective removed those essential aspects from the world, in which he found God or a fourth dimension, as exemplified in the presence of ghosts.

Tak til overlæge Niels Kristoffer Jensen for inspiration og gode råd.

Litteratur

1. Arndal, Steffen: Rilke og den binoculære rumperception. Foredrag i Medicinsk Historisk Selskab for Fyn den 8. april 2002.
2. Larsen, Otto Michael: Det menneskelige Øje, en populær Fremstilling. Gyldendalske Boghandels Forlag, København 1878; pp.85.
3. Celsus: De medicina i The Loeb Classical Library III, Book V II, pp. 348 - 350, Harvard University Press, Cambridge Mass. og William Heinemann, London 1979.
4. Arndal, Steffen: "Ohne alle Kenntniss von Perspektive?" Zur Raumperception in Rainer Maria Rilkes Aufzeichnungen des Malthe Laurids Brigge. Deutsche Vierteljahrs Schrift für Literaturwissenschaft und Geistesgeschichte. 2002; 76: Heft 1, 105 - 137.
5. Rilke, Rainer Maria: Udsat på hjertets bjerge. Tidebogen p. 25. Digte udvalgt af Thorkild Bjørnvig. Gyldendal 1996, p. 263.
6. Andersen, Hans Christian: At være eller ikke være. København 1857
7. Andersen, Hans Christian: Lykke Per. København 1870
8. Ohlsson, J., Villareal, G., Sjöström, A., Abrahamsson, M. og Sjöström, J.: Screening for Amblyopia and Strabismus with Lang II Stereo Card. Acta Ophthalmol. Scand. 2002; 80: 163 - 166.

100 år med attester - Forsikringslægerens Forening 1902-2002

Af Henrik Permin

Mange af de medicinske videnskabelige selskaber i Danmark blev stiftet omkring år 1900, en tid hvor specialiseringen og udviklingen inden for lægevidenskaben tog til. Den eksplosive selskabsdannelse var selvsagt til stor gavn for lægevidenskaben og det selskabelige liv. Et af de mindre selskaber er Forsikringslægerens Forening, stiftet i 1902. Også i udlandet blev flere forsikringsmedicinske selskaber dannet på samme tidspunkt, som eksempel *Association of Life Insurance Medical Directors* i USA i 1889, i Japan 1891, og i Tyskland 1899. Forsikringsmedicin omhandler sandsynligheden for for tidlig død eller invaliditet for grupper af personer med et bestemt sygdomsforhold, og den klassificerer de forsikringsøgende i forhold til forud definerede risikogrupper ud fra en statistisk synsvinkel. En sådan klassifikation kan kun blive omtrentlig og til en vis grad subjektiv. Den vil kunne ændre sig med ændret livsstil (erhverv, socialt miljø, tobak, alkohol) og med nyere lægelige tiltag som medicin (ex. kemoterapi, insulin, antihypertensiva) og kirurgi (ex. by-pass og stent operation). De aktuariske opgørelser bygger på indsamlet materiale, som hører "fortiden" til, og ikke nødvendigvis afspejler nutidens prognose for den pågældende sygdom; som eksempel kan nævnes tuberkulose, hvor der helt frem til 1950'erne ikke fandtes nogen effektiv behandling og hvor sygdommen havde høj dødelighed og invaliditet, og derfor ikke kunne forsikres. I dag kan tuberkulose antages på normale vilkår efter gennemført behandling. 90% af livsforsikringer kan antages på standardvilkår. Forsikringsmedicinen beskæftiger sig med de sidste 10%, hvor risikoen må forventes øget.

Forsikringsmedicinens indføring i Danmark

Forsikringsmedicinens indføring i Danmark daterer sig helt tilbage til starten af 1700-tallet. Det var gennem enkekasser, at forsikringstanken modnedes til at omfatte alle personer. Den første enkekasse var *Sjællands gejstlige Enkekasse* oprettedes i 1708, en hjælpekasse for borgerenker (1). I

1717 stiftedes herefter *Viborg Stifts værdslige Enkekasse*. For at kunne optages som medlem krævedes dengang, at "de havde deres Helbred", d.v.s. var friske og sunde. Attesten blev ikke udstedt af en læge, men af 3 øvrigheds personer eller præster. Efterhånden krævede man, at erklæringen blev udfyldt af en autoriseret læge eller privilegeret kirurg og attesteredes af præsten og 2 vidner. Det sidste bortfaldt i 1849.

For 160 år siden - den 1. maj 1842 - åbnedes *Livrente- og forsørgelses-Anstalten af 1842*. Samtidig udsendte *Livsforsikrings-Anstalten i Kjøbenhavn* indbydelse til tegning af livsforsikring. Til optagelse i disse anstalter krævedes en lægeattest, og til vurdering af disse attester blev for første gang en læge knyttet til dansk forsikringsvirksomhed (1-5). De to anstalter blev senere slået sammen, og i 1893 indførtes navnet *Statsanstalten for Livsforsikring*.

Den første, der blev ansat som forsikringslæge var Emil Hornemann (1810-90). Han var ansat fra 1842 til 1889 og havde været på en lang studierejse for særlig at sætte sig ind i de hygiejniske principper. Hornemann organiserede senere lægehjælpen under og efter kolera-epidemien i København 1853, og han fik opført Lægeforeningens boliger på Østerbro. Han redigerede endvidere i 18 år fra 1856 "*Hygieniske Meddelelser og Betragtninger*", hvor han i sin sædvanlige ordrige stil behandler mange forskellige hygiejniske spørgsmål og fremsætter mange forslag. Herved introducerede han sundhedsplejen i Danmark.

Udgangspunktet for arbejdet i de danske anstalter blev taget fra *Gothaer Lebensversicherungsbank auf Gegenseitigkeit*, der var oprettet i 1827 (1). Gotha-attesten blev anvendt med modifikationer, indtil vi i 1930 fik direktør Givskovs normaltal (tavler for højden, vægt, brystomfang og underlivsmål) udarbejdet på basis af forsikringsselskabet Hafnias materiale. Tallene viser, at den danske befolkning var velnæret i forhold til den amerikanske befolkning, men svarede til de tyske værdier fra Gothabanken. Fra 1982 anvendes G82, der er forfattet af et udvalg nedsat af selskaberne (5). I sidste del af 1970'erne indsamlede dette udvalg alle livsforsikringsselskabernes erfaringer med hensyn til risiko for invaliditet og død. Det statistiske materiale, der blev skabt, danner basis for beregninger af invaliditet og død. I beregningerne indgår bl.a. at kvinder lever længere end mænd (hvad man har vidst siden 1830'erne (6)), og at kvinder har større risiko for at miste erhvervsevnen. Der er også mulighed for at anvende klausuler, hvor forsikringen ikke dækker ved tab af arbejdsevne (eller præmiefritagelse), hvis uarbejdsdygtigheden skyldes eksempelvis en lidelse i rygsøjlen, defekter eller lammelse i ekstremiteterne eller svær hørenedsættelse.

Dengang i 1842 var det begrænset, hvilke undersøgelser man kunne udføre. Bedømmelsen byggede på kendskabet til den ansøgendes tidligere helbredstilstand og en klinisk undersøgelse. Ikke alle læger kunne udføre en urinundersøgelse (for æggehvite, sukker) eller en stetoskopisk undersøgelse - først i 1849 indføres i attesten at forsikringslægen forbehol-

der sig tilladelse til at foretage "fysikalsk brystundersøgelse, hvor den mangler i huslægens attest". Tankegangen var dengang den humoral-patologiske med de fire legemsvæsker. Dette ses af spørgsmålene, hvor der bl.a. blev spurgt om personen er blodrig (fuldblodig, pletorisk) eller blodarm (anæmisk), om dens temperament er kolerisk, sanguinsk, flegmatisk. Et andet spørgsmål var om man havde fået nogen af tidens behandling: blodudtømmelse (åreladning, kopssætning, igler) eller bade- eller brødkur. Det kunne i starten være svært at få alle læger til at udfylde attesten; det var tidsrøvende med alle attestens detaljer og kunne opfattes som kontrollerende over for den ansøgendes læge, hvilket vi også i dag kan opleve. Attesten skulle udfyldes af folks egen læge (huslæge). Der blev således stort set kun antaget tilsyneladende raske og friske mennesker. Kun i ganske få tilfælde blev forsikringssøgende antaget "betinget", d.v.s. antagelsen blev gjort afhængig af en kortere præmiebetaling eller af en kapitalindskud (1-5). For udfyldelsen af attesten fik lægen et honorar, der var afhængig af forsikringssummens størrelse - ikke af arbejdets størrelse!

Arbejdet inden for selskaberne blev baseret på lægeattester. I London (1854) og Sverige (1889) begyndte man at tegne forsikringer uden lægeattest, og dødelighedserfaringerne fra disse attester var så gode, at de kunne danne basis for forsikringen (1). Her i landet blev i 1896 stiftet *Dansk Folkeforsikringsanstalt*, hvis opgave var at bringe livsforsikringens fordele ud til den mindre bemidlede del af befolkningen. Denne var aflønnet ugevis, og ugentlige opkrævninger har lettet præmiebetalingen for arbejderne. Allerede året efter oprettelsen gik man over til helbrekserklæringer uden lægeundersøgelse, hvilket gjorde livsforsikring billigere. Dette gav anledning til stor diskussion blandt læger, men selskaberne gjorde opmærksom på, at man til de mindre forsikringer kunne nøjes med mindre og billigere attester. Men samtidig indførtes en karenstid for at undgå spekulation fra de syges og svages side. Dette bortfaldt i 1932. At det var en populær livsforsikring kan ses af, at police nr. 1 million allerede blev nået i marts 1935 (1). Dog var der en tegningsmaksimum for disse forsikringer; og hvis man ønskede større beløb krævedes en lægeattest.

I 1943 fik attesten bl.a. en tilføjelse om, at den forsikringssøgende med sin underskrift giver selskabet tilladelse til at forespørge "lægelige institutioner", og ikke kun de læger, der har behandlet eller undersøgt ham eller vil komme til det (7). Dette skyldtes, at der på Statens Serum Institut i 1920 var oprettet et kartotek omfattende praktisk talt alle syfilitikere i Danmark, og at der på hver kort bl.a. var angivet tidspunktet for infektionen. I dag kan man indhente, efter patientens samtykke, oplysninger fra hospitaler, speciallæger eller alment praktiserende læger, som vedkommende har været i kontakt med.

Den tiltagende viden og forståelse af de forskellige sygdomme har gjort det muligt mere eksakt, hurtigere og ved simple metoder at stille en mere korrekt diagnose end for 100 år siden. Ofte kan diagnosen i dag blive stil-

let før patienten har fået sværere symptomer eller følger af en sygdom. Men dette har ikke gjort det lettere for forsikringslægen, der nu skal tage den nye viden med i den forsikringsmedicinske bedømmelsen af den enkelte patient.

Mindre gode liv

Gennem lov af 18. juni 1870 angående livsforsikring var der kommet det nye med, at "de mindre gode liv" kan forsikres (dog kun en mindre risiko ud over det normale, og betinget, dvs. antagelsen blev gjort afhængig af en kortere præmiebetaling eller en kapitalindskud). Dette er en videreførelse af den i dag gældende forsikringstanke, som stiller større krav til forsikringsmedicinen.

Som eksempel på "mindre gode liv" kan nævnes familiedisposition til brystsyge, podagra eller sindssyge. Dette medførte, at mange flere kunne tegne en forsikring, og antallet af begæringer steg kraftigt. Der havde i Danmark frem til 1872 kun været et dansk selskab - *Statsanstalten for Livsforsikring* - men flere agenturer for udenlandske selskaber. Med den større interesse for at tegne forsikring blev der i 1872 stiftet forsikringsselskaberne *Hafnia* og *Danmark*, hvis første læge var Louis W. Salomonsen (1832-1914), den senere første formand for Forsikringslægenes Forening. De næstfølgende år oprettedes en lang række andre selskaber. For at undgå misbrug indførte staten, at *Statsanstalten for Livsforsikring* førte kontrol med selskaberne (1-3).

Gav man raske og syge samme forsikringsvilkår, kunne man forudse en øget forsikringshyppighed af kronisk syge med deraf følgende økonomiske konsekvenser for forsikringsselskaberne. For at imødegå disse konsekvenser gjorde man det dyrere at tegne livsforsikring af hensyn til den større risiko for "før tidlig" invaliditet og død. I 1916 aftalte flere danske forsikringsselskaber en overenskomst for "mindre gode liv" med en forhøjet præmie, hvor risikoen skulle fordeles mellem selskaberne. Forsikringsselskabet *Hafnia* gik ikke med til ordningen, men dannede sit eget selskab *Dana* med egen kapital. Allerede året efter samledes alle forsikringsselskaber med undtagelse af *Statsanstalten* (der kommer til i 1920) i dette selskab, der blev fælles eje for disse. Der blev samtidig oprettet en komite for "mindre gode liv", der var sammensat af aktuarer og læger fra de tilsluttede selskaber. Dette arbejde blev i høj grad styrket gennem samarbejdet mellem de statistisk kyndige aktuarer og læger. Herved kunne den aktuarmæssige bedømmelse bruges i livsforsikrings-vurderingen af risikoen (1-5).

På initiativ af *Dana* blev der i 1927 nedsat et udvalg, der skulle drøfte muligheden af ensrettede regler for livsforsikringsselskabernes bedømmelse af personer med "mindre gode liv". Hermed var grundlaget dannet for

Fig. 1.

Springvandet er skænket af Nordisk Livsforsikring til erindring af dr.polit. Jens Pedersen, findes i Assurandørernes Gård, Bag Søndermarken på Frederiksberg, og hvor en af lejlighederne i dag er en mindebolig. Skulpturen viser den arbejdende landbobefolkning symboliseret med kvinden med leen. Jens Johan Pedersen (1873-1934), mag.scient. i matematik, blev i 1897 beregner i Nordisk Livsforsikrings Aktieselskab og samme steds i 1917 direktør. Samme år blev han også direktør i Nordisk Ulykkesforsikrings Aktieselskab af 1898. Jens Pedersen var medlem af mange bestyrelser, udøvede en betydelig forfattervirksomhed og blev i 1915 dr.polit. på afhandlingen "Om et Livsforsikringsselskabs Økonomi", 2. del af dette værk udkom 1922. Han har været formand for Den danske Aktuarforening.



den *Gule* og den *Blå* bog. Hvis en kunde ikke kunne antages efter reglerne i den *Gule* bog, var personforsikringsselskaberne forpligtet til at indsende begæringen til vurdering i *Dana*'s komité for mindre gode liv. Var en forsikring bedømt i komitéen, skulle selskabet efterfølgende genforsikre den helt eller delvis i *Dana*. *Dana*'s virke fortsatte frem til 1985, hvor ejerkredsen besluttede at de øvrige danske livs- og pensionsforsikringsselskaber kunne overføre personale, sagsmateriale m.v. til en af alle selskaber drevet virksomhed. Denne skulle forestå risikovurderingen. Samtidig blev den obligatoriske genforsikringspligt ophævet. Fra 1. januar 1985 blev det *Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsrisiko*, der forestår manualen *Gule* og *Blå* bog, også kaldet *Retningslinier, Risikovurdering, Personforsikring*. I *Gule* og *Blå* bog kan de tilmeldte forsikringsselskaberne finde regler for antagelse af personer med helbredsmæssige risici, og foretage risikovurdering af personer med forringet helbredstilstand.

Det var cand.polit. Jens Johan Pedersen (1873-1934) (Fig. 1), der udviklede dette forsikringsprincip med decrementtabeller - og som bruges den dag i dag - med varierende dødeligheds- og invaliditetsforhøjelse som regel op til 8 trin, for dødelighed gående fra D0 til D8 og for invaliditet fra I0 til I8, hvor D0I0 og D1I1 svarer til tarifmæssig normale præmie. Ikke alle for-

sikrings søgende kan "sættes" ind i en af disse tabeller, hvorfor der må anvendes et skøn. Bedømmelsesforeningen har derfor en komité af speciallæger med forskellige specialer, der kan forestå de helbreds mæssige vurderinger. Tabellerne er udarbejdet ud fra videnskabelige undersøgelser og erfaringer af praktisk og statistisk art fra såvel Danmark som udlandet og opsamlet af *Bedømmelsesforeningen*. De revideres med hyppige intervaller (1,5). Der findes i dag også udenlandske bedømmelsestavler, der anvendes af visse forsikringsselskaber i Danmark. Det mest anvendte af disse systemer er det numeriske metode, hvor enhver faktor, der har betydning for dødelighed eller invaliditet i positiv eller negativ retning får tillagt en vis procentisk værdi. Summen af disse angiver den totale afvigelse i dødelighed eller invaliditet, som den forsikrings søgende antages at udvise.

Oplysninger om personer, hvis sag har været vurderet i Bedømmelsesforeningen registreres i henhold til Registertilsynets vilkår. Ved antagelse af nye forsikringer eller ændringer af bestående forsikringer kan disse oplysninger indhentes. Personer, der er registreret i *Bedømmelsesforeningens* "advarselsregister", har ret til indsigt i de oplysninger, der er registreret om ham eller hende.

Dersom den forsikredes helbred udviser en forhøjet risiko kan forsikringsselskabet antage forsikringen på skærpede vilkår ved at 1) forhøje tariffen, 2) give afslag på tegning af dækningen, 3) indsætte en klausul i forsikringen eller 4) indføje en karenstid for en del af dækningen.

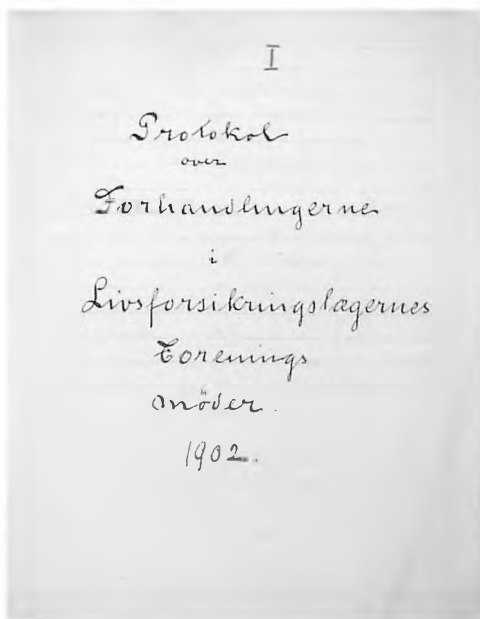
Forsikringslæge

Betegnelsen forsikringslæge dækker læger, som anvender deres faglige ekspertise i f.eks. forsikringsselskaber, pensionskasser eller i Arbejdsstyrelsen. Forsikringslægens basiskvalifikation i forbindelse med livsforsikring er i reglen speciallæge i intern medicin. Ulykkesforsikringslægerne er i reglen speciallæger i kirurgi, specielt ortopædkirurgi, men der findes også neurologer og neurokirurger. I Danmark har stort set alle forsikringslæger hovedbeskæftigelse som hospitalslæger. I de øvrige skandinaviske lande og Storbritannien er forsikringslægerne derimod oftest heltidsansatte i forsikringsselskaberne.

Dannelsen af Forsikringslægenes Forening

På initiativ af Louis W. Salomonsen stiftedes den 8. december 1901 Livsforsikringslægenes Forening, kun omfattende læger fra Livsforsikringsselskaber (13 deltagere, Tabel 1) (Fig. 2) (1,7,8). *"På det tidspunkt var mange medicinske og forsikringstekniske problemer i støbeskeen og ...de forskellige forsikringslæger havde på mange områder særopfattelser, der gjorde*

Fig. 2.
 Første side af Forsikringslægerne Forenings protokol, som oprindeligt hed Livsforsikringslægerne Forening, og hvor der blev skrevet referat af hvert møde fra det indledende møde den 8. december 1901 til og med det 100. møde den 21. marts 1957. 17,5 x 22 cm indbundet i læderskind.



de deres bedømmelser forskellige, hvilket ikke var til gavn for selskaberne" (9). Ideen var en lokal dansk forening, svarende til den, der var dannet ved den 2. internationale kongres i Amsterdam i 1901. Her stiftedes *Association Internationale des Médecins Experts des Compagnies d'Assurances*, der dog ophørte med at eksisterer efter få år. I 1931 stiftedes i Bruxelles *Comité permanent international pour l'étude de la médecine d'assurance-vie*, som siden har forestået verdenskongressen med ca. 3 års interval (1,7).

Foruden rent videnskabelige diskussioner og meddelelser skulle Forsikringslægerne Forening også tage sig af faglige opgaver som honorar-spørgsmål og lignende, et forhold der dog snart blev overtaget af Den almindelige danske Lægeforening i Forsikringsudvalg (oprettet 1901) og et stående Attestudvalg (oprettet 1915). De to udvalg blev sammenlagt i 1924 i Attestudvalget og fik hemmyndigelse til at bestemme attesterne og honorering.

Dengang var det almindeligt, at de her i landet arbejdende 37 udenlandske forsikringsselskaber, heraf 10 engelske, 9 tyske og 4 amerikanske, havde læger tilknyttet rundt om i Danmark - i Tyskland kaldt "*Vertrauensärzte*" - men disse kunne ikke umiddelbart få optagelse i foreningen (9). Livsforsikringsloven af 1904, der bl.a. bestemte, at forsikringsselskaberne skulle deponere 100.000 kr. i Nationalbanken, standsede nytegningen for mange af de udenlandske selskaber. Dermed ophørte deres forsikringsmæssige virksomhed i Danmark (1).



Fig. 3.

Ludvig Kraft (1860-1949) var medstifter af Forsikringslægenes Forening og dens første sekretær fra 1901-03. Kraft har skrevet de første 40 sider af protokollen, der præsenterer sig med en smuk kunstnerisk håndskrift. Kraft evnede at føre pen og kniv med sikkerhed iblandet et kunstnerisk stænk, "hvis fysik svarede til hans navn, og som førte Frederiksberg Hospital ind i en storhedstid" (15). Tegning ca. 1914 af øjenlæge, dr.med. Johannes Kjølbye (15), hvor man ikke er i tvivl om hans arbejde som kirurg.

Til bestyrelsen valgtes Louis Wilhelm Salomonsen som formand (dr.med., alment praktiserende læge og knyttet til forsikringssselskabet *Danmark* i ikke mindre end 40 år (1872-1912)). Salomonsen skrev betydelige arbejder om forsikringsmedicin og blev æresmedlem af foreningen i 1910 (7,8). Johannes Hassing (1855-1922) var viceformand og Carl Ludvig Kraft (1860-1949) sekretær (Tabel 2 og 3) (Fig. 3). Foreningens betydning forøgedes ved, at man på et møde den 9. marts 1902 vedtog at invitere direktionerne for de danske forsikringssselskaber til møderne. Dette gav anledning til, at disse medlemmer i årenes løb hidrog betydeligt til belysning af sagerne. Allerede på det 4. møde - 27. oktober 1902 - blev sammenslutningen med Ulykkesforsikringslægenes Forening (stiftet 30. maj 1901) atter diskuteret og vedtaget med nogle meget kortfattede vedtægter for Forsikringslægenes Forening (Tabel 1) (Fig. 4). Dette er foreningens formelle start, hvor begge selskaber deltog.

Vedtægterne blev vedtaget den 9. november 1903 under foreningens nuværende navn (7,8). Det var en betingelse for optagelse, at pågældende læge var medlem af *Den almindelige danske Lægeforening* og fast ansat ved et livs- eller ulykkesforsikringssselskab (1,7). Livsforsikringslægerne må på dette tidspunkt for sammenlægningen have været de dominerende. Det ses bl.a. af, at livsforsikringslægenes protokol - endog uden ændring af titelbladet (Fig. 2) - fortsatte med at blive anvendt til det 100. møde den 21. marts 1957. Der var da stort set ikke mere plads tilbage i bogen.

Tabel 1.

Den første generalforsamling i Forsikringslægernes Forening fandt sted den 9. november 1903 og vedtægterne blev udformede.

§ 1 Foreningens formål er at beskæftige sig med og forhandle alle videnskabelige og kollegiale spørgsmål, som angår livs- og ulykkesforsikring. Der afholdes i vinterhalvåret, så ofte lejlighed gives, møder med foredrag eller diskussion. Meddelelse herom sker skriftligt til medlemmerne om muligt 14 dage før mødet.

§ 2 Medlem af foreningen kan enhver blive, som er medlem af Den almindelige danske Lægeforening, og som er fast ansat ved et livs- eller ulykkesforsikringselskab.

§ 3 Bestyrelsen består af en formand, en viceformand og en sekretær. Både livs- og ulykkesforsikringslæger skal være repræsenteret i bestyrelsen. Alle 3 vælges på en generalforsamling, deres funktionstid er 2 år. Genvalg er tilladt.

§ 4 På generalforsamlingen, som afholdes på det første møde i hver sæson, meddeler formanden beretning om virksomheden i det forløbne år samt eventuelt om andre forhold, som kan have interesse for medlemmerne. Sekretæren aflægger regnskab, der forud er revideret af formanden. Kontingentet fastlægges.

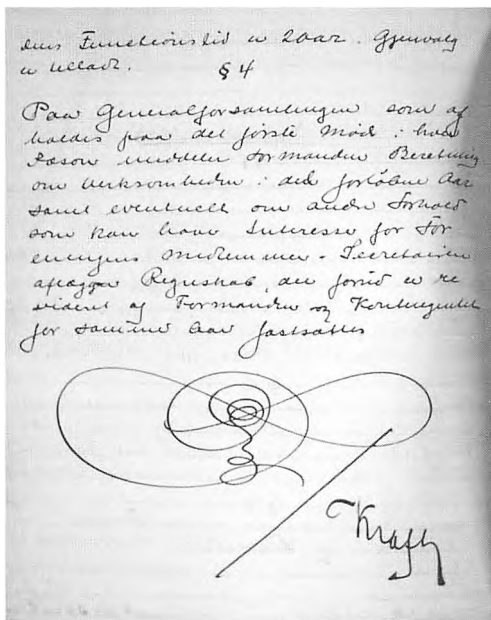
Lovene er siden ændret lidt i 21.1.46 og 29.4.1982, hvor der er indføjet mulighed for æresmedlemmer, valg til bestyrelsen ændret fra 2 til 3 år, og genvalg kun kan finde sted for én periode.

Ved det 1. møde den 17. februar 1902 var emnet "*Albuminuri og Livsforsikring*" med foredrag af formanden L.W. Salomonsen (7,8). Albuminuri udløste dengang helt afslag på livsforsikring. Dette omfattede også den intermitterende albuminuri. Først i 1920'erne begyndte man at antage patienter med albuminuri som "mindre gode liv". Årsagen var, at man kun havde få parakliniske undersøgelser, der kunne udføres for nærmere at karakterisere en nyresygdom.

Allerede på foreningens 2. møde marts 1902 rejste Hassing og Kraft (Fig. 3) spørgsmålet om en dansk "fællesattest" for de forskellige forsikringselskaber. Dette skete utvivlsomt under påvirkning af den internationale forsikringskongres i Amsterdam året før, der viste vigtigheden af nationale og internationale møder. Der blev optaget forhandling med selskaberne og nedsat et udvalg bestående af lægerne Sophus Meyer (1846-1936), Johannes Hassing, Louis Salomonsen, livmedicus, professor Vilhelm Benzon

Fig. 4.

Siden af Forsikringslægernes Forenings protokol med love vedtaget på generalforsamlingen den 9. november 1903, ses med underskrift af foreningens formand Louis Wilhelm Salomsonen og kontrasignatur af overkirurg, dr.med. Ludvig Kraft, medstifter af foreningen, med Kraft fine og tydelige skrift.



(1852-1929) og direktør Vilhelm Hansen (Hafnia) samt beregner A.C.V. Petersen (Statsanstalten) (1,7). Attesten var karakteriseret ved en række anamnesticke spørgsmål, der skulle udfyldes af lægen og underskrives af denne og den forsikrings søgende. Derefter fulgte så lægens undersøgelse. Ved denne var for første gang optaget spørgsmålet om højde og vægt (den sidste kunne dog angives efter skøn). Både tommer, cm, og kg kunne bruges. Denne fællesattest blev med mindre ændringer anvendt gennem mange år.

Forsikringslægernes Forenings protokol for de første 100 møder

Protokollen (Fig. 2,4,5), som opbevares hos foreningens sekretær eller formand, indeholder et referat af de første 100 møder, frem til den 21.marts 1957 (8). Foreningens skiftende sekretærer har hver især sat sit præg på bogen, såvel med hensyn til indholdet som til stilen. Nogle håndskrifter er smukke og tydelige, andre vidner om at være produceret af travlt optagne mænd, og enkelte bekræfter det postulat, at læger kan skrive så utydeligt, at det nærmer sig det ulæselige. For de fleste møders velkommende findes enten et resume af forhandlinger, foredrag og diskussionsindlæg eller

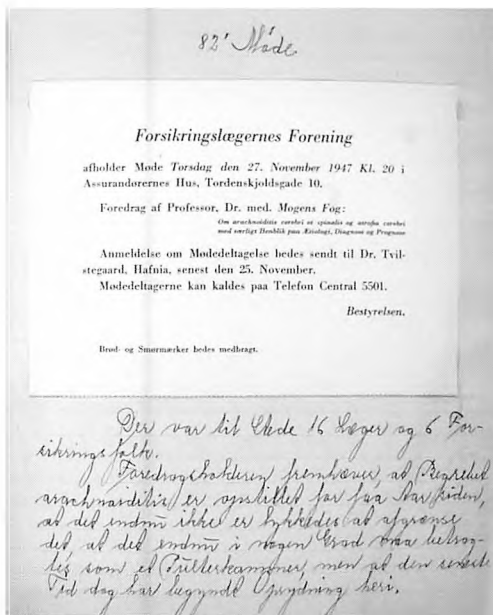


Fig. 5. En side af Forsikringslægerne Forenings protokol for det 82. møde den 27. november 1947, hvor mødeindkaldelsen er indklæbet med professor, dr.med. Mogens Fogs (1904-90) foredrag om "Arachnoiditis cerebri et spinalis og atrofia cerebri et spinalis med særligt henblik på ætiologi, diagnose og prognose". Man bemærker også vigtigheden af at have brød- og smørmærker med, og at man kunne tilkaldes på telefon. Herefter følger protokollen på de næste hele 8 sider udførligt referat af mødet skrevet med sirligt håndskrift. I mødet deltog 16 læger og 6 forsikringsfolk. Referatet af mødet skrevet af den daværende sekretær, overlæge, dr.med. Vagn Mortensen.

en henvisning til et tidsskrift, hvor de forskellige emner er refereret eller trykt in extenso. Nogle resumeer er lange, andre ganske korte. Det er muligt at referenterne ikke altid har fået det relevante frem, men refereret det, der havde deres egen interesse. Fra 1937 er der indklæbet trykte indbydelser til møderne (Fig. 5). Mødernes dagsorden indeholder dels forsikringstekniske, dels medicinske punkter. Siden Anden Verdenskrig er der stort set holdt et forårs- og et efterårsmøde. Fra 1957 foreligger referater, korrespondancer og indkaldelser af møderne - dog i visse perioder ganske fragmentarisk - i ringbind.

Omkring 1920 blev foreningens møder sjældnere, og det var, som interessen blandt medlemmerne mindskedes (8). Der indfandt sig til møderne kun 5-6 personer, nærmere betegnet bestyrelsen, foredragsholderen samt et par unge. En sådan mangel på deltagelse virkede naturligvis ikke inspirerende hverken på foredragsholderen eller diskussionsdeltagerne. Det var en skuffelse for de unge forsikringslæger, som havde ventet at kunne høste viden ved at træffe ældre og erfarne læger. Der blev således i perioden 1920-25, kun afholdt et enkelt møde i 1922 og i 24, hvor det første kun var generalforsamlingen (8). Dette medførte færre medlemmer i foreningen (Tabel 2).

Også i forsikringsselskaberne var der skuffelse over foreningens hensygnen. Under en kongres i 1925 henvendte den flittige direktør for *Nordisk*

Tabel 2.

Forsikringslægenes Forenings formænds tidsperiode. I () den øvrige tid i bestyrelsen og s. den tidsperiode de har været sekretær.

- Louis Wilhelm Salomonsen (1832-1914), dr.med., alm.prakt. læge 1902-12.
- Johannes Hassing (1858-1922), alm.prakt. læge (1902-) 1912-16.
- Eilert Adam Tscherning (1851-1919) professor, overkirurg, dr.med. 1916-19 (Fig. 11).
- Anton Fløystrup (1851-1922) professor, overlæge, dr.med., medicin 1919-22.
- Carl Christian Jessen (1856-1937) professor, overlæge ved Statsanstalten for Livsforsikring 1922-26.
- Erik Sophus Adam Hauch (1871-1945), professor, overlæge, dr.med., gynækolog 1926-45 (Fig. 7).
- Carl Anton Tvilstegaard (1890-1981) alm.prakt. læge (s.1926-) 1946-53 (Fig. 6).
- Karl Lehmann (1897-1976) overkirurg, dr.med., og gynækolog 1953-69.
- Flemming Quaade (1923-) professor, dr.med., medicin, endokrinolog, gastroenterolog 1969-75.
- Kay Hyllested (1918-98) overlæge, dr.med., neurolog (s.1972-) 1975-83 (-86).
- Einar Krag (1937-2002) medicinaldirektør, overlæge, dr.med. medicin, gastroenterolog, (s.1979-) 1983-86.
- Ole Hart Hansen (1938-) overlæge, dr.med., kirurg, gastrokirurg (s.1983-) 1986-89.
- Karsten Jensen (1934-) overlæge, dr.med., medicin, klin.kemi (s.1975-79) 1989-95.
- Niels Stephensen (1932-) overlæge, ortopædkirurg 1995-2001.
- Henrik Permin (1948-) overlæge, dr.med., medicin, infektionsmedicin (1998-) 2001-

Livs- og Ulykkesforsikringsselskab, dr.polit. Jens Johan Pedersen (Fig. 1), sig til en af de yngre læger - Carl Anton Tvilstegaard (1890-1981) (Fig. 6) - og sagde, at han havde noget alvorligt at drøfte med ham. Pedersen foreslog, at lægerne skulle forsøge at puste nyt liv og foretagsomhed i foreningen. Det kunne påregnes, at selskaberne med glæde ville yde foreningen øko-



Fig. 6.

Carl Anton Tvilstegaard (1890-1981) praktiserende læge, og læge i bl.a. forsikringsselskaberne Utrecht og Zürich og Fjerde Søforsikrings Selskab. Han er den næstlængstsidende medlem af bestyrelsen af Forsikringslægenes Forening fra 1926-53, og dens formand fra 1946-53. Tvilstegaard har holdt 9 foredrag i foreningen og bl.a. skrevet "Forsikringslægenes forening 1902-1952" (2), og blev æresmedlem af foreningen i 1963.

Foto ca. 1935 (Medicinsk-Historisk Museum).



Fig. 7.

Erik Hauch (1871-1945) professor, overlæge, dr.med., Rigshospitalet fødeafdeling B. Hauch var den længstsiddende formand fra 1926 til 45, i hvilket år der fandt en tiltrængt reorganisation af foreningen sted. Der kom atter aktivitet i den dengang hensygnende forening. Han var en god formand, aktiv og interesseret i opgaven og havde med sin personlighed og naturlige veltalenhed evnerne til at få et frugtbart samarbejde med alle han kom i berøring med.

Foto ca. 1935 (Medicinsk-Historisk Museum).

nomisk støtte under hensyn til, at dens virksomhed var til gavn for disse (7). På generalforsamlingen i maj 1926 blev en reorganisation foreslået (7,8). Der valgtes en ny bestyrelse med Erik Hauch (1871-1945) (Fig. 7). Han var en god formand, aktiv og interesseret i opgaven og havde med sin personlighed og naturlige veltalenhed evnerne til at få et frugtbart samarbejde med alle han kom i berøring med. Samtidig blev bestyrelsen udvidet til at omfatte 4 medlemmer, hvilket skyldtes Hauchs ønske om at sikre sig den værdifulde støtte som Aage Kock (1877-1946, overkirurg, dr.med. i militæret) kunne yde på grund af sin stilling som overlæge i *Direktoratet for Ulykkesforsikring*, samt den yngre lovende Tvilstegaard (Fig. 6). I 1926 tilbød Selskabernes Forening et årligt beløb til hjælp for arbejdet, hvilket har været til stor hjælp for Forsikringslægernes Forening. Dette tilskud er også et udtryk for det gode forhold, der altid har hersket mellem selskaberne og deres læger. Fra 1926 og de næstfølgende år blev der afholdt 2-3 møder årligt, heraf flere med op til 3 foredragsholdere.

Der havde længe været et ønske om en vejledning for læger ved udfyldelse af helbredsattesten. I 1937 udkom med økonomisk støtte fra forsikringsselskaberne en dansk "*Håndbog i Livsforsikringsmedicin*" (3) og i 1940 en engelsk udgave deraf (10). Der er senere med få års interval udkommet danske bøger om forsikringsmedicin (ex. 5).

Selv om man efter reglerne kun kan genvælges én gang (Tabel 1) (Fig. 4) og således maksimalt sidde i bestyrelsen 4-6 år har flere været bestyrelsesmedlemmer i betydelig længere perioder (Tabel 2 og 3). Det har været læger, der var meget engageret i de forsikringsmedicinske aspekter, der har "omgæet" de gældende regler. De længstsiddende bestyrelsesmedlemmer

Tabel 3.

Øvrige medlemmer af Forsikringslægernes Forenings bestyrelse. Den tidsperiode de har været medlem af bestyrelsen. s. været sekretær.

- Carl Ludvig Kraft (1860-1949). overkirurg, dr.med. s.1901-03 (Fig. 3).
- Johan Ludvig Ammentorp(1860-1931) generallæge, dr.med., kirurg s.1903-12.
- Peder Nielsen Hansen (1867-1946) professor, overkirurg, dr.med., kirurg, gynækolog 1912-17 (Fig. 11).
- Einar Salomonsen (1871-1931) alm.prakt. læge s.1912-26.
- Knud Malling (1879-1941) overlæge, dr.med., neurolog 1917-26.
- Aage Kock (1877-1946) overkirurg, dr.med., militærlæge 1926-34.
- Johan Laurents Ulrich (1865-1934) overkirurg, dr.med. 1926-32.
- Sven Kiær (1894-1955). overlæge, dr.med., kirurg, gynækolog, ortopædkirurg 1932-55.
- Torben Grut Knudtzon (1900-74). professor. overkirurg, dr.med. 1934-53 (Fig. 10).
- Vagn Mortensen (1909-98), overlæge, dr.med., medicin, kardiolog s.1946-55.
- Aksel Harrestrup Andersen (1911-88) overlæge, dr.med., medicin, gastroenterolog 1953-55.
- Vagn Dyssel (1911-2001) alm.prakt. læge s.1953-69 og 1969-1983.
- Erik Garde (1887-1972) dr.med., dermatovenerolog 1955-58.
- Mogens Bjørneboe (1910-) professor, dr.med., medicin, gastroenterolog 1955-77.
- Richard Olsen (1905-87) alm.prakt. læge 1958-69 og s.1969-72.
- Erik Hjalmar Larsen (1913-) overlæge, dr.med., ortopædkirurg 1977-83.
- Poul Jørgen Ranløv (1933-) overlæge, dr.med., medicin, gastroenterol 1983-86 og s.1986-89.
- Erik Juhl (1939-) direktør. overlæge, dr.med., medicin, hepatolog 1986-92.
- Jens Kramhøft (1941-) overlæge, ortopædkirurg s.1986-92.
- Flemming Gjerris (1936-) professor, overlæge, dr.med., neurokirurg 1989-95.
- Kjeld Skou Andersen (1936-) overlæge, dr.med., ortopædkirurg 1992-95.
- Jens Faber (1950-) overlæge, dr.med., medicin, endokrinolog s.1992-95.
- Gunnar Schwartz Lausten (1947-) overlæge, ortopædkirurg 1995-98.
- Ole Haagen Nielsen (1953-) overlæge, dr.med., medicin, gastroenterolog s.1995-98.
- Kaj Viskum (1938-) overlæge, dr.med., medicin, lungemedicin 1995-2001.
- Tim Toftgaard Jensen (1955-) overlæge, ortopædkirurg s.1998-
- Niels Tvede (1952-) overlæge, medicin, reumatolog 2001-
- Vagn Eskesen (1951-) overlæge, neurokirurg, 2001-

har været Vagn Dyssel (30 år), Carl Anton Tvilstegaard (27 år), Sven Kiær (23 år) og Mogens Bjørneboe (22 år). Som formand har Erik Hauch (19 år) været den længstsiddende, efterfulgt af Karl Lehmann (16 år) og Louis Salomonsen (10 år). Som længstsiddende sekretær har været Carl Anton Tvilstegaard (20 år) efterfulgt af Vagn Dyssel (16 år) og Einar Salomonsen (14 år).

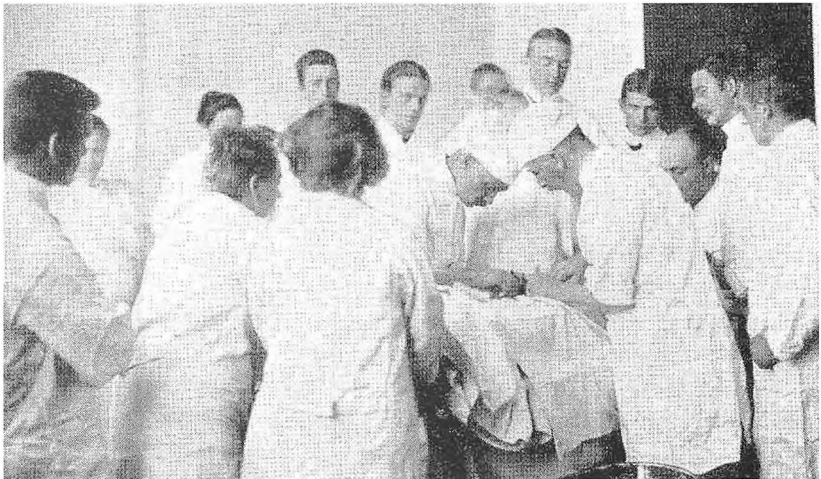


Fig. 10.

Torben Grut Knudtson (1900-82) var medlem af Forsikringslægerne Forening siden 1932, blev foreningens yngste bestyrelsesmedlem og en af de længst siddende i bestyrelsen 1934 til 1953. Han forsvarede sin disputats om forsikringsmedicinsk emne "Trafikdødsfald i retsmedicinsk belysning, baseret på 380 legale obduktioner". Blev allerede som 36 årig overkirurg på Kommunehospitalet, 5. afdeling. Knudtson blev professor for den kliniske praktikantundervisning 1957-1970. Var en elegant og kultiveret operatør. Foto ca. 1935 (Medicinsk-Historisk Museum).

Fig. 11.

Fotografi fra Kommunehospitalets operationsgang, ca. 1904. Professor, dr.med. Eilert Adam Tscherning (1851-1919) overkirurg ved Kommunehospitalet 5. afdeling fra 1893 og fra 1899-1919 på 1. afdeling, medstifter af Dansk kirurgisk Selskab (1908) og Radiumfondet, og formand for Forsikringslægerne forening 1916-19. Den assisterende læge var dengang reservelæge, dr.med. og senere overkirurg og professor ved Kommunehospitalets 5. afdeling (1911-36) Peder Nielsen Hansen (1867-1946) var medlem af bestyrelsen 1912-17. Begge var aktive i foreningen, ikke mindst i diskussionerne. P.N. Hansens barnebarn, overlæge, dr.med. Ole Hart Hansen (1938-) var formand for foreningen 1986-89. Dengang opererede man uden handsker og maske. P.N. Hansen indførte senere, som den første handsker og maske ved operationer. (Medicinsk-Historisk Museum).



Møder i forsikringslægerens Forening

De første år var mødeemnerne bl.a. albuminuri (8). Det var nu muligt at undersøge urinen for albumen og sukker, om end med omstændelige undersøgelser. Mange møder omhandlede forsikringstekniske detaljer som udformning af en attest. Man var også interesseret i om den forsikrings-søgende havde disposition til sygdomme som tuberkulose, syfilis og psykiske sygdomme, som man mente var arvelige. Årsagen til denne interesse kan bl.a. ses i den dengang meget ansete forsikringsmedicinske bog skrevet af englænderne Pollock og Chrisholm: *"Medical Handbook of Life Assurance, for the use of medical and other Officers of Companies"* (11). I bogen står der bl.a. *"A man as he stands is probably the representative of many generations; nor would it be possible to say how far back he might trace certain peculiarities in his person or character"*. I kapitlet *"Modes of Inheritance"* omtales, at syfilis, phthisis (tuberkulose) og psykiske sygdomme kan blive overført af begge forældre. Den første generation kan udvise en overvægt af nervøse symptomer, anden generation epilepsi eller hysteri, og tredje generation vil udvise "voldsomme handlinger og psykiske symptomer".

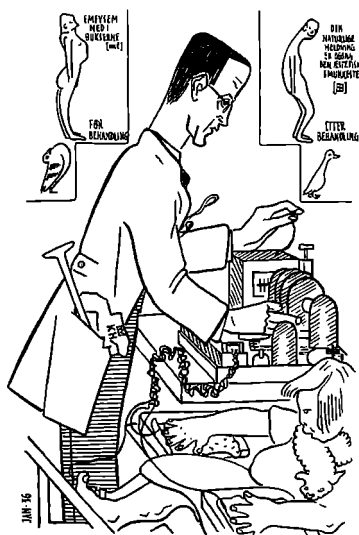


Fig. 8.
Hans Heckscher (1893-1979)
dr.med., professor og overlæge
ved 2. medicinske afdeling, Kom-
munehospital. Heckschers syn-
drom er opkaldt efter ham, og er
de nervøse hjerte- og åndedræts-
symptomer, der er forbundet
med emfysem/astma og hold-
ningsanomalier. Han oplærte pati-
enterne at gå lidt foroverbøjet og
trække vejret også med mellem-
gulvet. Tegninger ca. 1935 af
dr.med. Grethe Hartmann. Heck-
scher var også en habil tegner.

"Allebedst som man hur ganet og troet, at det var
sundt at tænke ryggen, kommer Dr. med. Hans Heckscher
og sædler, at det faar man Emfysem af."

HANS HECKSCHER (1893)
Professor, Dr. med.



OVERLÆGE KNUD SECHER

Fig. 9.

Knud Secher (1883-1956) dr.med., professor og overlæge ved Bispebjerg Hospitals medicinske afdeling C, læge ved Statsanstalten for Livsforsikring fra 1920-53, medlem af komiteen for mindre gode liv 1926-53. Han har deltaget i mange internationale forsikringsmedicinske kongresser og siden 1932 været medlem af den internationale komité til invaliditets- og livsforsikringsmedicin. Secher har holdt 9 foredrag i Forsikringslægernes Forening. Han har skrevet talrige artikler om forsikringsmedicinske emner (1-3,9). Fra "Lægekarakterer" (1933) af øjenlæge, dr.med. Gustav Østerberg, hvor man ser Secher med en lille ekstra skygge i øjenkrogen, der fremhæver falkeblibket, den høje pande (klogskab?) og det faste drag om munden og hans viljestærke hage.

I 1933 blev problemerne om "Blodtryk og blodtryksmåling" diskuteret af Hans Heckscher (1893-1979) (Fig. 8). Blodtrykket var afhængig af mange forhold som tidspunktet på dagen, relation til måltider, personens stilling og psykiske tilstand (angst, vrede), samt af hvilket blodtryksapparatet, der blev anvendt. Året efter talte Knud Secher (1883-1956) (Fig. 9) "Om vurderingen af blodtryk": ikke kun det systoliske men også det diastoliske blodtryk har betydning for dødelighed. Emnet er senere taget op ved flere møder.

I 1929 blev der ved et møde "Om den moderne opfattelse af syfilis og dens betydning for personforsikring" diskuteret den væsentlige overdødelighed på 168%. Gustav Fløystrup (1884-1975, afdelingslæge dr.med. medicinsk afdeling, Frederiksberg Hospital) foreslog, at personer der begærede store forsikringssummer, burde undersøges af speciallæge (intern mediciner?) og at en Wassermanns blodprøve burde indgå som et naturligt led (7,8). De fleste diskussionsdeltagere var dog af den opfattelse, at krav om blodtapning fra vene ville støde på betydelig modstand hos de fleste forsikringsøgende. Men man støttede forslaget om undersøgelse hos speciallæge. I dag kræver man ved store forsikringssummer, at der tages blodprøve bl.a. for HIV.

Ved det 52. møde (30. april 1930) forelagde den meget aktive og forsikringskyndige Sven Kier (1894-1955, overlæge, dr.med., speciallæge i kirurgi og gynækologi) "Et tvivlsomt ulykkestilfælde". I protokollen står der "En folketingsmand deltog i et møde, som han ifølge sit mandat var nødt til

at overvære. I diskussionens bøde (han blev stærkt angrebet) faldt han sammen og blev bragt hjem. Dagen efter døde han. Obduktionen viste et bristet aortaaneurisme (legemspulsåren). Rådet erklærede, at der i øvrigt ikke var sket noget, der kunne betegnes som ulykkestilfælde eller dermed lignet. En anden politiker optog sagen og hævdede, at diskussionen ved det pågældende møde havde været særlig kraftig og krævet en betydelig anspændelse fra afdødes side. Tilfældet burde henføres til §1, 2. stk: Skadelig påvirkning af højst nogle dages varighed. Rådet tog på ny stilling til sagen og erklærede nu, at tilstanden kunne henføres under paragraffen. Selskabet, der skulle betale, protesterede. Retslægerådet, som fik sagen til udtalelse, erklærede: "den mulighed kan ikke afvises, at ophidselsen og anstrengelse i nogen grad har været medvirkende årsag til karrets bristning". Selskabet fremhævede, at man vidste meget lidt om sindsstemningens indflydelse på legemlig sygdom, og at man ville haave i virvar, hvis sindsbevægelser som glæde, sorg, forbitrelse o.s.v. skulle anerkendes som lejlighedsårsag til lovpligtig U.T. Ministeriet afviste tilfældet" (8).

Ved det 54. møde den 23. februar 1931 talte Hans Christian Hagedorn (1888-1971) dr.med. medstifter og leder af Nordisk Insulinlaboratorium. Han fremstillede nogle år senere i 1936 et langsomt resorberbart insulinpræparat. Hagedorn holdt foredrag om sukkersyge og forsikring. I referatet pointeres, at "det store vendepunkt som opdagelsen af insulin betød at insulin-brugen krævede stor forståelse og intelligens såvel fra patient som fra lægen"! (8).

Også urigtige oplysninger - "forsikringsvindel" - er emne for flere møder. I 1937, ved 67. møde fortalte Emil Winsløw (1891-1964, leder og senere overlæge i Danske Dampskibsrederiforening) og fuldmægtig Benthien: "En købmand, der havde en ulykkesforsikring, pådrog sig i 1929 et ankelbrud. Dette gav anledning til dagpengeerstatning i 365 dage samt en mindre invaliditetserstatning. Kort tid herefter tegnede han ulykkesforsikring i 3 selskaber med fortielse af, at han tidligere var kommet til skade og havde modtaget erstatning, samt at han var forsikret i andre selskaber. Efter nogle måneders forløb søgte han en ny læge og oplyste for denne, at han for en måneds tid siden var kommet til skade med den ene fod, at der stadig holdt sig betydelige gener, og at han derfor ville anmelde det til selskaberne. Hverken disse eller lægen anede uråd. Han modtog dagpenge og en mindre invaliditetserstatning fra alle selskaberne, hvilket indbragte ham 18.000 kr. Noget senere ville han gentage spøgen over for et nyt selskab og benvedte sig til en ny læge. Denne lod straks foretage en røntgenundersøgelse, hvorved påvises, at det drejede sig om et gammelt, helet brud. Nu fattede selskabet mistanke og rundspurgte i samtlige selskaber, hvorved svindlen blev afsløret og politianmeldelse indgivet" (7,8).

Hvis den forsikrede ved tegningen har afgivet urigtige oplysninger, kan dette få konsekvenser som ophævelse af forsikringen eller en ny vurdering med konsekvenser fra tegningstidspunktet. Allerede i 1850'erne omtaler

Horneman ansøgenes tendens til at give usandfærdige og upålidelige svar og oplysninger - dengang manglende oplysning om specielt syfilis - nu kan, om end sjældent, ses glemsel bl.a. om ryggener.

Knud Secher har samlet forskellige pudsig udtryk og stavemåder. I 1940 holdt han foredrag under titlen: *"Livsforsikrings-attestens smil"*, der senere blev udgivet i et lille hæfte kaldet *"Attesthumor"* (12). Som eksempler kan nævnes: *"Hvoraf min moder døde af, ved jeg ikke, men af den sidste sygdom kom hun sig fuldstændigt"*. *"Da min broder var ganske lille, døde han som barn"*. *"Min fader døde pludseligt, men det var ikke noget alvorligt"*. Desuden anføres 26 forskellige stavemåder af ordet infanterist (ex. arbejds-soldat, intefantrist, enfanterist) 27 af apopleksi (ex. abloci, epopleksi, appenbligsig) og 14 af tuberkulose (ex. tobekolosi, tubertle). En virkelig optimistisk mand skriver til forsikringsselskabet: *"Begrundet på min bustrus sygdom og blindhed som har varet nu i ca. 3 1/2 år vil jeg gerne anmode det ærede selskab om det ikke var muligt at kunne få min bustrus forsikringssum sat op, da der med henblik på en eventuel begravelse ikke er andre midler end den i policen nu fastsatte sum"*. Desværre fik han afslag! Også i dag kan man opleve specielle sentenser og stavemåder ("journal-brækker") i attesterne såvel som i journalerne.

Flemming Quaade (1923-, professor, dr.med., intern medicin, læge i *Statsanstalten for Livsforsikring*) var foreningens formand 1969-75. Flere år før - ved mødet den 24. oktober 1963 - holdt han foredrag *"Fedme og forsikring"* (13). Nu omstunder er "fedme-epidemiens" trusler kendt af os alle. I 1963 var man mindre opmærksom på overvægtens konsekvenser og dermed dens helbreds- og forsikringsmæssige betydning. Quaade publicerede i 1980 et statistisk/psykologisk bidrag til vurdering af forsikringsøgendes troværdighed i et materiale på 158 kvinder og 594 mænd sammenlignede han den forsikringsøgendes oplysninger om egen højde og vægt i helbredsreklæringen med en læges samtidige data for vedkommende i helbredsattesten (14). Analysen viste, at begge køn har en subjektiv præference for en "ønskehøjde" og en "ønskevægt", der for kvinder var 159,6cm og vægt 45,2kg og for mænd 176,7cm og 68,9kg. Dersom de forsikringsøgende føler sig for langt fra disse, fejloplyser de med en signifikant regelbundethed: for mænd med samme højde vil de tunge, jo mere de vejer, angive sig højere end deres helbredsattest viser. Omvendt af mænd med samme vægt, vil de små, jo mindre de er, angive sig mindre overvægtige end vist i attesten.

Quaade var i mange år lægelig konsulent i *Pensionskassernes Administrations Kontor* (for sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale, PKA). Han har ofte fortalt om forskelle i holdninger mellem *Statsanstalten* og PKA. I *Statsanstalten* var man nøjeregnende og på vagt mod fortid og fremtidig helbredsforringelser. PKA derimod fungerede stort set som et "socialkontor": man gav medlemmerne alle chancer, men anstrengte sig samtidig for at opnå lægekonsulentens billigelse heraf.

Ved *Statsanstaltens* store årlige fest, hvor landets bedste agenter blev kåret og præmieret, holdt Quaade engang tale om den opmuntring, det er for en hospitalslæge for en stund at vende sig fra klager og lidelser - og køre til forsikrings-selskabet for i stedet at læse de sorgløse hellbredserklæringer (ex. *"ansats til mavesår"*) oplyst af en flere gange ventrikelreseceret og vagotomeret forsikringsansøger). Men hurtigt fortrød Quaade at han havde røbet sin funktion. For under den efterfølgende banket blev han ved bordet hårdt behjædet af agenter. *"Nå så det er dig, der er lægen? Nu skal jeg edermanemig sig dig noget: du har ødelagt en stor tegning for mig! Det er nok muligt, at Jens Pæsen har noget med sukkersyge og blodtryk, men jeg går på jagt med ham hvert år, og han er sågu ligeså frisk som du og jeg!"*

Det er et hævdvundet princip i dansk forsikringsmedicin, at der ikke består noget personligt patient-læge-forhold mellem den forsikrings-søgende og den bedømmende person (13).

Ved mødet i Assurandørernes Hus den 17. april 1997, hvor direktør Kjeld Devantier, *Bedømmelsesforeningen*, talte om *"Bedømmelsesforeningen, berunder klausuler og tavler/præmieforhøjelser"* var der i det tilstødende lokale generalforsamling for Restaurations- og Bryggeriarbejder Forbundet med det stemmeniveau, som svarede til en gammeldags fodboldkamp, hvorfor det til tider kunne knibe for medlemmerne at holde opmærksomheden for emnet denne aften.

Ved aktuelle emner er der mange tilhørere. Ved mødet den 13. november 2001 om *"Den nye erstatningsansvarsløvs"* deltog 130 personer, hvilket er det største antal ved et møde i foreningens historie.

Mødeaktivitet

Til møderne var omkring 10-20 læger og et lignende antal forsikringsfolk til stede. De første mange år var ikke-lægerne, direktører og andre højst-tående personer i selskaberne. I 1995 indførte den daværende formand Niels Stephensen (1932-, overlæge på Hvidovre Hospital, ortopædkirurg), at alle interesserede i forsikrings-selskaberne var velkomne til møderne, hvor nu sagsbehandlere møder flittigt op til møderne og udgør godt halvdelen af deltagerne. Dette tværfaglige forum har givet ny kraft til møderne. I alle 100 år har det været et mandsdomineret forening, endnu er der ingen kvindelige medlemmer. Det har overvejende været hospitalslæger med doktorgrad - de første år dog også enkelte almen praktiserende læger - der har været ansat, og specielt tidligere med overvægt af professorer. Udadtill har foreningen *"ført en ret stilfærdig tilværelse, hvilket jo ikke har kunnet være anderledes med det formål, som en så eksklusiv forening må have, men den har ingenlunde ligget på den lade side"* (9).

Ved generalforsamlinger er det ikke altid der mødte så mange op, f.eks. i 1936 kun to medlemmer foruden bestyrelsens 4 medlemmer, hvorimod

ved det efterfølgende møde deltog 20 læger foruden 14 forsikringsfolk (8).

Foredragsholderne er stort set alle medlemmer af foreningen og har indsiget i de forsikringsmedicinske aspekter. Mange af foredragene blev tidligere publiceret i f.eks. Ugeskrift for Læger eller Nordisk Forsikringstidsskrift eller efterfølgende refereret i disse tidsskrifter (7,8).

Foredragsholderen honoreres som regel med en vingave. I takkekortet af 11. november 1973 fra Ole Horwitz (1922-80, direktør for Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, dr.med.) der havde holdt foredrag om "*Sygdom, død og helbredelse*", skriver han "*Hjertelig tak for de tilsendte flasker - det var, bik, blot alt for meget*".

Knud Secher og Carl Anton Tvilstegaard har begge holdt flest foredrag (9) i foreningen, efterfulgt af Sven Kiær (7) og Einar Salomonsen (1871-1946) (6).

Mødernes afholdelse

De to årlige møder blev holdt i Assurandørernes Hus, Tordenskjoldsgade. Fra 1960 da Assurandørernes Hus blev flyttet til Amaliegade 10 - der nu hedder Forsikringens Hus - er møderne afholdt her, dog fra 1983 kun forårets møde med generalforsamlingen. Siden 1983 er efterårets møde afholdt i de forskellige forsikringsselskabers ofte ganske smukke lokaler prydet med fin kunst.

Fra 1926 blev der indført efter foredragene - med økonomisk hjælp af forsikringsselskaberne - "selskabeligt samvær" med smørrebrød, øl, snaps, kaffe samt - men ikke i perioden under og lige efter Anden Verdenskrig - cigarer. Sådanne blev igen indført ved den 79. møde 3. maj 1946, hvor der står, at cigarerne var "*oversea*". Selv den dag i dag afsluttes mødet med smørrebrød og øl, desværre eller heldigvis er snaps og cigarer afskaffet. Under krigen 1941-46 måtte man dog medbringe brød- (80g) og smør- mærker (20g) (8). Møderne med generalforsamling afholdes stadig i Forsikringens Hus med start omkring kl. 19.00 eller 20.00 med som regel en eventuelt to foredragsholder

Enkelte møder har ligget andre steder end i selskabernes lokaler eller Assurandørernes hus, som f.eks. mødet i 1942, hvor professor, dr.med. og direktør for Universitetets arvebiologiske Institut Tage Kemp (1896-1964) talte om "*Arvelighedbedslærens betydning for personalforsikringen*". Mødet foregik på instituttet med rundvisning inklusiv til dyrestalden (8).

50 års jubilæet den 27. oktober 1952 blev afholdt i Domus Medica med middag for forsikringslæger og direktører for de forskellige selskaber og indledt med foredrag af Torben Geill (1896-1989, overlæge, dr.med., De Gamles By, København, og medforfatter til flere bøger livsforsikringsmedicin) om "*Gerontologiske problemer og de muligheder der består for dels at*

forlænge livet, dels - hvad der er mere vigtigt - mildne alderdommens virkninger på organismen". Efterfølgende 4 retters "eksotisk" middag, som det fremgår måtte blive en succes med "*CENA: Corona Thymi, Psalliotae Frigidae, Cammari, Asparagi, Ius Mahonis, Anaticula Tosta, Caulis Ruber, Baccae Vaccinii vitis idaeae, Lactuca, Tubera Solani Tuberosi Tosta. Crustulae Caseosae, Apium Graveolens. Placenta Citrii Aurantii Sinensis. Cof- fea Arabica*" og ledsaget af fine vine (8). Ved samme anledning blev den daværende formand Anton Tvilstegaards bog "*Forsikringslægernes Forenings Historie*" udgivet (7).

Ved 75 års jubilæet - det 141. møde - der blev afholdt lørdag den 29. oktober 1977 i Assurandørernes hus i Amaliegade, var ægtefæller også inviteret. Kammerkoncert med Kontra-kvartetten indledte den festlige dag. Hver person betalte "*250 kr. til dækning af alle fornødne udgifter med undtagelse af tobak*".

Kurser

Foreningen har været medvirkende til forskellige kurser specielt fordi attersterne ikke altid var udfyldt så omhyggeligt, som selskaberne kunne ønske. Hassing foreslog derfor i 1908 at foreningen skulle udgive en vejledning for de attestudstedende læger (1,7). Denne blev udlarbejdet som et 20 sideres lille hæfte, hvor det anføres "*Hensigten med denne vejledning er at henlede d' herrer lægers opmærksomhed på momenter, der ofte i daglig praksis spiller en mere underordnet rolle, men som har en fremtrædende betydning ved undersøgelsen til livsforsikring*". Der er lige siden med års interval udkommet reviderede vejledninger og lærebøger inden for dette område, og foreningen har været medvirkende ved afholdelse af kurser i forsikringsmedicin for læger og forsikringsfolk.

Foreningen har været repræsenteret i en lang række arbejdsgrupper, som f.eks. skulle søge at vurdere mulighederne for i større udstrækning end hidtil at tegne ulykkesforsikringer for handicappede (1984-85). Endvidere har foreningen frem til midten af 1990'erne af Foreningen af Speciallæger fået forelagt stillingsannoncer, hvori man søger forsikringslæger, til godkendelse. Formelle drøftelser af fagforeningsspørgsmål har kun i mindre grad fundet sted, idet bestyrelsen har fundet, at spørgsmål om ansættelsesvilkår og honorering af forsikringslæger i private selskaber bedre forhandles direkte med forsikringselskabet.

Fra 13.-15. september måned 2001 var foreningen medarrangør af *Nordisk Workshop i Forsikringsmedicin*. Det var et internatkursus på øen Sandhamn i Stockholms skærgård, og gav rige muligheder for supplerende diskussioner i pauser, ved måltiderne og om aftenene. Hovedemnerne var type-2 diabetes og den eksplosive stigning i hyppigheden af denne sygdom i befolkningen, ikke kun i de industrialiserede lande men også i

udviklingslandene. Emnet blev også taget op af den samme foredragsholder - professor, overlæge, dr.med. Knut Borch-Johnsen (1954-) - ved foreningens 100 års jubilæumsmøde den 16. april 2002 (møde nr.190). Deltagerne ved det nordiske workshop var dels forsikringslæger og dels forsikringsfolk på beslutningsniveau.

Emnet lavtsiddende rygsmerter ved professor emeritus Alf Nachemson, Sverige, der gennem en menneskealder har arbejdet med dette spørgsmål, blev også diskuteret. Almindelig fysisk træning har hos nogen en dokumenteret effekt på smerter og arbejdskapacitet. Derimod er der ikke vist nogen effekt af rygskoler, støttekorsetter eller ergonomiske modifikationer. Ved forsikringslægenes møde godt 70 år tidligere, den 30. april 1930 holdt Sven Kiær foredraget "*Ubetydeligt traume - fysiurgisk behandling - traumatisk neurose*". I følge referatet i protokollen ankede han "*over at selv lette ulykkesfølger ofte behandlede med massage gennem lang tid, og at dette ikke alene var uden nytte, men direkte skadeligt, idet det fixerede forsikringsøgende's sygdomsforestilling og eventuelt fremkaldte traumatisk neurose. Mente at forsikringslægen her måtte være påpasselig og i tide gribe ind*" (8). Endelig blev diskuteret forskelle og ligheder mellem de nordiske lande med hensyn til førtidspension og sygelighed. Det viser sig at sygeligheden er markant lavere i Danmark end i de øvrige nordiske lande.

Æresmedlemmer af Forsikringslægenes Forening

Foreningen har haft 8 æresmedlemmer, der som tak for deres indsats i forsikringsmedicinen og for samarbejdet på nordisk plan.

1903: Harald Westergaard (1832-1914), professor (1886-1924), cand.mag. (matematik) et cand.polit. et dr.polit. h.c. ved København Universitet og dr.jur. h.c. ved Kristiania Universitet. Var universitets rektor 1914-15, fremhævede forsikringsvæsenets sociale side og blev en drivkraft i arbejdet for at give dansk forsikringsvæsen et rationelt grundlag at bygge på (1,7,8).

1910: Louis Wilhelm Salomonsen (1853-1936), dr.med. virkede som almen praktiserende læge. Var knyttet til et forsikringsselskab *Danmark* i 40 år (1872-1914) og prægede livsforsikringsmedicinens udvikling her i landet gennem en betydelig litterær virksomhed. Medstifter af Forsikringslægenes Forening (1,7,8).

1943: Einar Salomonsen (1871-1946), søn af ovenstående. Var almen praktiserende læge, men ophørte hermed allerede i 1919 for udelukkende at beskæftige sig med forsikringsvirksomhed. Straks efter embedseksamen i 1896 knyttet til forsikringsselskaberne *Danmark* og *Norden*. Virkede endog som direktør i Norden i årene 1917-28. Var læge i komiteen for "mindre gode liv" fra dens oprettelse i 1916 til 1943, da han måtte flygte til Sverige. Medlem af Forsikringslægenes Forenings bestyrelsen 1912-26. Skrevet talrige artikler om forsikringsmedicin (1,7,8).

1952: (50 års jubilæet) Bjørn Drachmann (1890-1956), cand.mag.1918 aktuar ved *Livs- og Genforsikringssselskabet DANA* 1918 og direktør sammensteds fra 1922. Forfatter af matematiske, astronomiske og forsikrings-tekniske artikler. I indstillingen til æresmedlem står der, at han var "*formand for komiteen for mindre gode liv og har haft et intimt samarbejde med mange forsikringslæger gennem en menneskealder.. har været både en myndig og elskværdig leder af møderne...og som primus motor i udformningen af den såkaldte gule bog og som redaktør sammen med professor Knud Secher af den udmærkede håndbog i livsforsikringsmedicin, (3,8), og "Life Insurance Medicine" (10).*

1952: (50 års jubilæet) Knud Secher (1883-1956) (Fig. 9), professor, dr.med., intern mediciner, Læge ved *Statsanstalten for Livsforsikring* fra 1920-53, medlem af komiteen for "mindre gode liv" 1926-53. Han har deltaget i mange internationale forsikringsmedicinske kongresser og siden 1932 været medlem af den internationale komité for invaliditet og livsforsikringsmedicin. Han var vicepræsident ved kongressen i Rom i 1949 (4) Secher har skrevet talrige artikler om forsikringsmedicinske emner som "*Livsforsikringsmedicin*" fra 1930 (2) og "*Vejledning i Livsforsikringsmedicin*" fra 1944 (4), og "*Livsforsikringsmedicinens historie i Danmark gennem 100 år*" (1) i anledning af Statsanstaltens 100 års jubilæum.

1963: (60 års jubilæet) Carl Anton Tvilstegaard (1890-1981) (Fig. 6) almen praktiserende læge, læge i forsikringssselskaberne bl.a. *Utrecht og Zürich* og *Fjerde Søforsikrings Selskab*, den næstlængstsiddende medlem af bestyrelsen af Forsikringslægernes Forening fra 1926-53, og dens formand fra 1946-53, har bl.a. skrevet "*Forsikringslægernes forening 1902-1952*" (7).

1977: (75 års jubilæet) Jens Dedichen (1906-85), Oslo, professor og overlæge, dr.med.. intern mediciner ved Rikshospitalet, Oslo. Dedichen overværede som den første nordiske repræsentant foreningens møder den 24. oktober 1968 ; og Lars Ström (1906-), Sverige, bankdirektør, ansat ved forskellige svenske banker, specielt i arbitrageafdelingerne.

Fremtiden

Man må forvente i de næstkommende år en øget aktivitet inden for sygdoms- og sundhedsområdet, specielt helbredsforsikringer Det er vigtigere end nogensinde, at attesterne er korrekt udfyldt, og det som forsikringspolicen omfatter, er så entydigt beskrevet, at den forsikringsøgende ikke senere får problemer med en eventuel forsikringsydelse. Forsikringslægens arbejde var tidligere hvem der kunne forsikres, til nu hvem der ikke kan forsikres. Endvidere går forsikringslægen tidligere og mere aktivt ind i ulykkesfaldene, hvor man her kan hjælpe patienterne på en hel anden måde end senere i forløbet. Blandt andet i Sverige uddanner man nu forsikringslæger på specialistniveau for at højne lægers viden og kompetence

på området. Herved har man opnået en kortere sagsbehandlingstid og fået patienten (tidligere) i arbejde til glæde for både patienten og forsikrings-selskabet. Der er i flere lande privatsygehuse, som har specialiseret sig i vurdering af erhvervsnedsættelsen med fysisk og psykisk testning og støtte, med henblik på at få den syge i arbejde igen. Forsikringslægens arbejde vil fremover blive bredere og kræve en stor viden inden for diagnostik, prognose og medicinsk samt psykosociale behandlingsmåder.

Summary

Henrik Permin

100 Years with Certificates:

Danish Society of Insurance Medicine 1902-2002

Danish Society of Insurance Medicine was formed in 1902 as an association between the Danish Society of Accident Insurance and the Danish Society of Life Insurance Medicine, both founded a year before. The purpose of the society is to apply and to further the scientific basis of insurance medicine. The meetings also play a role as a forum for discussions. The members of the society are all working part-time in an insurance company in Denmark (in contrast to many other countries where it is a full-time job). The members are mainly specialists in medicine and surgery. During the first half life of the society nearly all members were high-qualified doctors, i.e. professors and consultants at a university hospital in Copenhagen usually with a doctoral degree. These prominent doctors had a significant influence on insurance medicine in Denmark. The managing directors of the Insurance Companies were invited to the meetings. Many scientific works and textbooks were written on the subject. The society arranges two meetings yearly - one concerning with life insurance and one with accident-insurance medicine. Previously, the question put to the medical adviser was always "Which impairments can still be insured?", but today the question is the opposite "Which impairments are not insurable?" The members have increased to currently 112, still only men, but today the members are younger, comprise fewer professors and fewer with a doctoral degree. During the last 6 years, all interested members in the insurance companies have been invited to the meetings, providing a broader input for the discussions. The topic of the meeting is of current interest: new laws or a new treatment of a disease (medication, surgery) which has been introduced. One to three speakers open the meeting, followed by a discussion. The meetings are always concluded with a light meal and a glass of wine, in earlier days also with cigars and Danish schnaps. 190 meetings have been held during the last 100 years. Often the speakers are members of the society. In future the Danish Society of Insurance Medicine will face new challenges as regards the communication of knowledge about new diseases and new treatments in the light of with biostatistics and new insurance products.

Litteratur

1. Secher K. Livsforsikringsmedicinens historie i Danmark gennem 100 år. København, Andr. Fred. Høst & Søn, København, 1942.
2. Secher K. Livsforsikringsmedicin. En fremstilling til brug for selskabernes personaler og akvisitører. Levin & Munksgaards Forlag, København, 1930.
3. Drachmann B, Secher K. Haandbog i livsforsikringsmedicin. København 1937.
4. Secher K. Vejledning i Livsforsikringsmedicin. Andr.Fred. Høst & Søn, København 1944.
5. Brabrand I, Jørgensen K. Livs- og pensionsforsikring. Forsikringshøjskolens Forlag, 1992.
6. Singer RB. The first mortality follow-up study: The 1841 report of William Farr (physician) on the mortality of lunatics. *J Insurance Med.* 2001;33: 298-309.
7. Tvilstegaard A: Forsikringslægenes Forenings historie 1902 – 27. oktober 1952. København, Paritas Bogtrykkeri, 1952.
8. Protokol over Forhandlingerne i Livsforsikringslægenes Forening 1902. Tilhører Forsikringslægenes Forening.
9. Thomsen A. Forsikringslægenes Forening 1902-1952. Assurandøren. Ugeskrift for Forsikringsvæsen. 1952; 57, 611-2.
10. Drachmann B, Secher K. Manual of Life Insurance Medicine, Andr. Fred. Høst & Søn København, 1940.
11. Pollock JE, Chrisholm J. Medical handbook of life assurance, for the use of medical and other officers of companies. Cassell and Company, Ltd. London, Paris, New York, Melbourne, 1889.
12. Secher K. Attesthumor. Andr. Fred. Høst & Søn, København, 1941.
13. Quaade F. Fedme og forsikring. *Nord Forsikringstidsskrift* 1964;37-46.
14. Høilund-Carlsen PF, Schlichting P, Quaade F. Subjektiv og objektiv højde- og vægtangivelse i et mands/kvindemateriale. *Ugeskr Læg* 1980;142: 2611-3.
15. Andreasen M. Dansk Kirurgisk Selskab. Et portræt. 1908-1958. Costers Bogtrykkeri, København, 1958.

Dansk Medicinsk-historisk Selskab

Beretning 2001

Ved den ordinære generalforsamling i Medicinsk-Historisk Museum d. 28. februar 2001 blev følgende valgt til bestyrelsen:

Professor, dr.med Henrik R. Wulff,
Gladsaxevej 16, 2860 Søborg
(formand).

Institutbestyrer, lektor, dr.pharm.
Poul R. Kruse, Løkketoften 39,
2625 Vallensbæk (næstformand).

Forskningsadjunkt, ph.d. Bodil
Haarmark, Medicinsk-Historisk
Museum (sekretær).

Cand.med. Camilla Høegh-Guldborg,
Præstø Landevej 47 B, 4700
Næstved (kasserer).

Lektor, dr.odont. et med. Inger
Kjær, Rolighedsvej 27, 3460 Birkerød.

Overlæge, dr.med Henrik Permin,
Hasselvej 37, Virum.

Lektor, cand.scient. Peter Wagner,
Margrethevej 5 A, 2900 Hellerup.

Kontingentet er fortsat kr. 200,- for ordinære medlemmer, og kr. 100,- for studerende.

Medlemstallet var ved udgangen af år 2000: 275.

Følgende foredrag er afholdt i selskabet i beretningsperioden:

28. februar: Efter den årlige generalforsamling var der i anledning af 100 års jubilæet for oprettelsen af Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse, nu Danmarks Lungeforening, fællesmøde med Dansk Lungemedicinsk Selskab og Medicinsk-Historisk Museums venner om *Tuberculose*. Efter en introduktion ved overlæge, dr.med. Henrik Permin fortalte forskningsadjunkt, ph.d. Bodil Haarmark om *Tuberkulosen i København*. Herefter holdt overlæge, dr.med. Kaj Viskum et foredrag om *Tuberculosen i dag og i morgen*. Professor, dr.med. Mogens Norn sluttede af med et foredrag om *Tuberculose i øjet, specielt i Danmark*.

21. marts: Eftermiddagsmøde i Medicinsk-Historisk Museum om *Vaccination: I anledning af 200 års dagen for Jenners kokoppevaccines indførelse i Danmark*, som var et fællesmøde med Dansk Selskab for Infektionsmedicin. Efter en introduktion ved overlæge, dr.med. Henrik Permin fortalte lektor, cand.scient. Peter Wagner om *Kokoppeinoculation i Danmark-Norge ca. 1750-1770. Inoculationsbuset og de første spæde forsøg på en statistik*. Dernæst fortalte 1. reservelæge

Niels Nørskov-Lauritsen, Statens Serum Institut, om *Kokoppevaccinationens indførelse i Danmark og dens anvendelse frem til år 2000*. Overlæge Tove Rønne, Statens Serum Institut fortalte om *Vaccinationsprogrammet i dag og i morgen*. Til sidst holdt overlæge, dr.med. Anders Fomsgaard, Statens Serum Institut foredrag om *Fremtidige vacciners sammensætning*. De 5 bidrag gav tilsammen et levende, nuanceret indtryk af vaccinationens kolossale betydning for folkesundheden, men også af befolkningens mere eller mindre velbegrundede frygt for komplikationerne.

I anledning af *Den XVIII nordiske medicinhistoriske kongres* 13.-16. juni 2001 (se Dansk medicinhistorisk årbog 2001), der blev arrangeret af selskabet, blev forårsudflugten lagt sammen med kongressen 15. juni med først officiel modtagelse og rundvisning på Københavns Rådhus med servering af bl.a. rådhuspandekager. Herefter med bus til Christiania med kyndig guidet rundvisning i mindre grupper af christianitter i den fascinerende "by". Det var en skyfri dag med dejlig bagende sol, der gjorde, at det kunne foregå udendørs. Efter en kort gåtur til medicinalfirmaet Pharmacia, Ovengaden neden Vandet 7, holdt overlæge, dr.med. Henrik Permin et foredrag om *Fra serumterapi til antibiotika* og institutleder, lektor, dr.pharm. Poul R. Kruse foretog *Fra apoteks fremstilling til industriel produktion af lægemidler*.

Mødet blev afsluttet med et flot traktement i den smukke bygning

med udsigt ud over kanalen, hvorefter man kunne gå ind til byen.

13. september: fællesmøde med Medicinsk-Historisk Museum. Efter en introduktion ved Professor, dr.med. Henrik R. Wulff holdt Roger Cooter et spændende og tankevækkende foredrag *Redefining the Inevitable. The Dead Body in Twentieth Century Medicine*. Roger Cooter er professor i socialhistorie og leder af The Welcome Unit for History of Medicine ved University of East Anglia. Han har for nylig sammen med John Pickstone redigeret den meget omtalte *Medicine in the Twentieth Century* (Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000), og har forsket i medicin og kirurgi i rammerne af moderne krigsførelse. Grænsen mellem liv og død er ligesom grænsen mellem liv og før-liv blevet spændt og destabiliseret. Iklædt nye medicinske diskurser og praksisser og underlagt nye definitioner og kriterier er døden på én gang blevet mere privat og mere offentlig, mere kommerciel og mere psykologisk, mere medicinsk og mere resistent overfor medicinen. Roger Cooter diskuterede karakteren af disse ændringer. Den døde krop kan ses som en kamplads for modstridende opfattelser af liv og ikke-liv

26. september: Efter en introduktion ved lektor, dr.pharm. Poul A. Kruse holdt cand.pharm. Mette Stengaard et interessant foredrag *Lægemiddelterapien ved pestepidemierne i Danmark 1619-1711*, hvor hun beskrev den medicin, der

blev givet som behandling af pesten, og analyserede den ud fra den humoral-patologiske tankegang.

25. oktober: I samarbejde med Medicinsk-Historisk Museum introducerede professor, dr.med. Henrik R. Wulff foredragsholderen Martin Porter, der derefter holdt foredraget *A Dialogue Between the Past and the Present: The Art of Physiognomy and the Human Genome Project*. Martin Porter er tilknyttet The Wellcome Institute for the History of Medicine i London. Han er uddannet som historiker og har forsvaret en Ph.d.-afhandling om ovenstående emne. Porter fortalte om den gamle kunst at fortolke fysiognomier, idet han særligt interesserede sig for den periode, som fagfolk kalder "early modern", dvs. tiden fra 1550 til 1750. Hvad mente man, at man kunne sige om en person ud fra analyse af dennes fysiognomi? Porter drog en parallel til vor tids genomprojekt, der også handler om selvets byggestene.

5. december: Julemøde med emnet *Sundhedsvæsenet gennem tiderne - belyst ved malerier, tegninger, litografier og fotografier*. Forskningsadjunkt, ph.d. Bodil Haarmark, professor, dr.med. Mogens Norn, lektor, dr.pharm. Poul R Kruse og overlæge dr.med. Henrik Permin gennemgik og tolkede forskellige malerier og fotografier af læger, apotekere og kunstværker gennem de sidste 300 år, såvel fra Danmark som fra udlandet. Fællesmøde med Dansk

Farmacihistorisk Selskab og Medicinsk-Historisk Museums Venner.

I foråret 2001 har der på Medicinsk-Historisk Museum om søndagene været en foredragsrække med emnerne: 4. februar: *Lokal øjenbehandling i 3000 år*, ved professor, dr.med Mogens Norn. 11. februar: *Fremstilling af humane præparater gennem tiderne*, ved konservator Ion Meyer. 18. februar: *Glimt af nogle kræftsygdommes historie*, ved professor, dr.med. Torben Schiødt. 25. februar: *Barselsfeberens historie*, ved professor, dr. med. Mogens Osler. 4. marts: *Tuberculosen - den hvide død*, ved forskningsadjunkt, ph.d. Bodil Haarmark.

Foruden *Dansk Medicinhistorisk Årbog 2000* blev Poul R. Kruse og Niels Møllers smukke bog *Apotekervæsenets historie i Danmark* (143 sider, rigt illustreret) og *Set og Sket i Medicinsk-Historisk Museum 2001* (75 sider) i løbet af året udsendt til medlemmerne.

Henrik Permin
Bodil Haarmark

Jysk Medicinhistorisk Selskab

Beretning 2001

Bestyrelsen efter generalforsamlingen 8 maj 2001:

Professor, dr. med. Christian Brahe Pedersen, Dalvangen 34, 8270 Højbjerg (formand)

Professor, dr. med. Markil Gregersen, Rouloen 24, 8250 Egå (kasserer)

Registrator, ekstern lektor, mag. art. Hanne Tegllhus, Skolevangsalle 54, 8240 Risskov (sekretær)

Læge, Ph.d. Lene Warner Boel, Skæring Sandlager 129, 8250 Egå

Fhv. forstander, sygeplejerske Aja Høy-Nielsen, Havnegade 69, 2. sal, 6700 Esbjerg

Praktiserende læge, Ph.d. Nick Nyland, Skjoldsgade 37, 6700 Esbjerg

Tandlæge, cand. phil. Bendt Toft Olsen, Højagervej 5, 8240 Risskov

Overlæge, dr. med. Bjarne Møller Madsen, Sejs Søvej 59, 8600 Silkeborg

Professor, dr. med. Albert Gjedde, Silkeborgvej 673, 8220 Brabrand

Medlemstal ved udgangen af 2001: 154. Medlemskontingent kr. 200.

Følgende møder og aktiviteter er afholdt i Selskabet i 2001

20. februar: *Den første danske ørelæge Wilhelm Meyer, polyppernes oplager.* Foredrag ved professor, dr. med. Christian Brahe Pedersen. *Allergologiens historie.* Foredrag ved overlæge dr. med. Niels Mygind.

27. marts: *Sygdomme og diagnoser på indlagte i lazaretter og sygehuse i 1864.* Generallæge Svend Trier. *Kyholm, kolera og karantæne.* Foredrag ved hudlæge Erik Foged.

8. maj: Generalforsamling. *Nyretransplantationens historie.* Foredrag ved overlæge Ole Fjeldborg.

8. september: *Udflugt til Apoteker-samlingen i Jens Bangs Stenhus og Gråbrødre Kloster i Ålborg og til Lindholm Høje Museet i Nørresundby.* Alle lokaliteters kvaliteter blev fremhævet ved gode guider.

23. oktober: *Besøg i Årbus Domkirke.* Domkirkens historie blev belyst ved historiker Hans Bjørn og to bestyrelsesmedlemmer Markil Gregersen og Lene Warner Boel fortalte om fundet af Laurits Ebbesens kapel og undersøgelsen af hans mumie. Efter rundgangen i domkirken var menighedsrådet vært ved en kop kaffe med kage i domkirkens mødelokale.

4. december: *Julemøde og 30 års jubilæumsmøde.* Selskabet blev stiftet 25. november 1971. Jubilæet blev markeret ved udnævnelse af tre æresmedlemmer, som vedtaget ved generalforsamlingen. De tre æresmedlemmer er fhv. overlæge ved røntgenafdelingen Århus Amtssygehus, dr. med. Bent Langfeldt, fhv. apoteker Erik Bové Christensen tidligere Aarhus Løveapotek og fhv. embedslæge i Aabenraa, Tage Grodum. De tre æresmedlemmer har alle udmærket sig ved at have været meget aktive i Selskabets bestyrelse fra oprettelsen og indtil for få år siden.

I anledning af jubilæet blev Selskabets historie belyst ved Bent Langfeldt. I pausen serveredes glögg og æbleskiver.

Aftenen sluttede af med foredrag: *Hvad tænder kan fortælle. Tænder som historisk informationsarkiv for biologiske og kulturelle processer,* ved tandlæge lic.odont. Dorthe Arenholdt Bindslev.

Hanne Teglhus

Medicinsk Historisk Selskab på Fyn

Beretning 2001

Bestyrelsen efter generalforsamlingen den 12. februar 2001:

Afdelingsleder, dr.med. Bent Collatz Christensen, Svalevænget 4, 5210 Odense NV (formand)

Professor, dr.med. Bent Harvald, Langelinie 163, 5230 Odense (næstformand)

Tandlæge Marianne Gjerløv Lauritzen, Holger Bisgaardsvej 1, 5620 Glamsbjerg (sekretær)

Overlæge Ejvind Honoré, Vejrmose gårds Allé 51, 7000 Fredericia

Overlæge dr.med. Svend Arvid Birkeland, Goldschmidtsvænget 9C, 5230 Odense M

Overlæge, dr.med. Bent Lyager Nielsen, Niels Erlings Allé 24, 5250 Odense SV

Professor, dr.med. Jens Zimmer Rasmussen, Olaf Ryesgade 5, 5000 Odense C

Overlæge, dr.med. Frank Børgesen Gaarskjær, Vesterbakken 7, Sandager Næs, 5610 Assens

Tilforordnede medlemmer:

Overlæge Niels Kristoffer Jensen, Elmelundsvej 24, 5200 Odense V (kasserer)

Overlæge, dr.med. Flemming Brandrup, Vestergade 30, Faaborg

Overlæge Frank Vous Kristiansen,

Skovgyden 47, Ørritslev Skov, 5450 Otterup

Læge Morten Quist, Linde Allé 9, 5230 Odense M

Korresponderende bestyrelsesmedlem:

Cheflæge Ib Søgaard, Vinkelvej 24, 7900 Nykøbing Mors

Æresmedlem:

Apoteker Nis Clausen, Rugvang 33, 5210 Odense NV

Medlemstal ved udgangen af 2001: 67. Medlemskontingent kr. 200.

Selskabet har i 2001 afholdt følgende møder/arrangementer:

12. februar: Medlemsmøde nr. 112 med foredrag af Bent Lyager Nielsen: "*Hvad fejlede Herman Bang.*" Herefter ordinær generalforsamling. Selskabets fremtid drøftes efter bestyrelsens orientering om økonomi, regnskaber, ubesat kassererfunktion og faldende medlemstal. Generalforsamlingen gav enstemmig tilslutning til, at selskabet skulle fortsætte med at bestå.

Valg til bestyrelsen. På ubesat plads efter Kjartan Seyer-Hansens overgang til gerning i "tredie verden" vælges Frank Børgesen

Gårdskjær. Tre tilforordnede medlemmer stiller sig til rådighed med tilsagn om synliggørelse af selskabets aktiviteter, herunder PR: Niels Kristoffer Jensen, Flemming Brandrup og Frank Vous Kristiansen. Niels Kristoffer Jensen påtager sig uopsætteligt kassererfunktionen og lover på længere sigt planlægning af selskabets økonomi og bestyrelsens funktioner.

Torsten Revisen er villig til genvalg som revisor forudsat et fremtidigt mere overskueligt regnskab.

5. marts: Revisions- og krisemøde ved Bent Collatz Christensen, Bent Harvald og Niels Kristoffer Jensen, den sidste overtager kassererfunktionen og overdrages bankkonti og regnskaber med bilag.

12. marts: Medlemsmøde nr. 113 med foredrag af Anton Marckmann: *"Et kraniegennemskud med mirakuløs overlevelse af en veteran i 1. verdenskrig,"* og Bent Harvald: *"Humoralpatologien fra oldtiden til i dag."* Ved et efterfølgende konstituerende bestyrelsesmøde vælges: formand Bent Collatz Christensen, næstformand Bent Harvald, kasserer Niels Kristoffer Jensen og sekretær Marianne Gjerløv Lauritzen.

29. maj: Bestyrelsesmøde. Efter kassererens lidt beroligende orientering om økonomien berammer Jens Zimmer møde på Campus, Syddansk Universitet for registrering af selskabets indsamlede genstande og inventar. Endvidere lægges der planer for kontakter til fynske museer, lokalhistoriske arkiver og kulturcentre.

9. juni: Fællesudflugt i Odense med Helsingborgs Medicinhistoriska Förening. Efter foredrag og

omvisning på H.C.Andersenmuseet ved museumsinspektør Ejnar Askgaard om formiddagen afsluttes eftermiddagens program med forelæsning ved professor, lic.phil. Jesper Boldsen *"Antropologisk Forskning ved Syddansk Universitet,"* efterfulgt af en demonstration af de antropologiske samlinger. Carl Felding, Helsingborg Medicinhistoriska Förening, mødte med 32 deltagere. Arrangementet var en ubetinget succes.

14. juni: I tilslutning til XIII Nordiske Medicinhistoriske Kongres i København 13. - 16. juni 2001 afholdtes samtidig redaktionsmøde for *Dansk medicinhistorisk årbog 2001* med deltagelse af Henrik Permin (ansvarshavende), Poul R. Kruse, Bent Harvald, Niels Kristoffer Jensen, Nick Nyland og Chr. Brahe Pedersen. Som ansvarshavende for årgang 2002 udpegedes Niels Kristoffer Jensen, Medicinsk Historisk Selskab på Fyn.

11. september: Møde på Campus, Syddansk Universitet om registrering af deponerede genstande og inventar, tilhørende selskabet, med deltagelse af Jens Zimmer Rasmussen (mødeleder), Bent Harvald, Niels Kristoffer Jensen, Flemming Brandrup, Marianne Gjerløv Lauritzen, Frank Vous Kristiansen, Svend Arvid Birkeland og indforskrevne studentermedhjælpere. En liste over genstande, færdiggjort den 22. september talte 84 numre, idet det enkelte nummer kunne omfatte enkelte eller flere genstande.

4. oktober: Inventar fra nedlagt beredskabslager under Fyns Amt, tilbydes af overlæge Torsten Lang-

Jensen til den medicinhistoriske samling. Niels Kristoffer Jensen og Bent Collatz Christensen hjembringer to komplette anæstesiudstyr og tager med forbehold i adgang til egnede faciliteter for opbevaring imod et komplet røntgenudstyr.

8. oktober: Medlemsmøde nr. 114 med foredrag af Hans Rahbek Sørensen: *"Dansk Lungecancerkirurgi i de første årtier. Udvikling, filosofi og resultater,"* og Palle Petersen: *"Kopper i København 1970."*

10. oktober: Chefbibliotekar Aase Lindahl, Odense Universitetsbibliotek, stiller Bent Harvald og Bent Collatz Christensen i udsigt, når grovsortering har fundet sted, at ville overtage bøger og skrifter fra selskabets samling,

22. oktober: Bestyrelsesmøde. Provisorisk sortering af skrift- og bogsamlingen besluttet. Flemming Brandrup beretter om kontakt indledt med fynske museer og museumsrådet for Fyns Amt for fremme af udstillings-, informations- og forskningssamarbejde. Niels Kristoffer Jensen har skrevet i Lægekredsforeningsbladet *"Fynske læger"* om selskabet og indledt en serie *"Fynske medicinhistoriske skatte."*

17. december: Medlemsmøde nr. 115, julemødet. Professor i Medicinens Historie ved Københavns Universitet dr.phil Thomas Söderquist bydes velkommen i Odense og holder foredraget: *"Niels Kaj Jerne, en medicinsk nobelpristager."* Dansk medicinhistorisk årbog 2001 uddeles til selskabets medlemmer. Et tilbud til medlemmerne om at kunne købe enkelte overskydende eksemplarer til favørpris med henblik på

julehilsen til potentielle nye medlemmer af selskabet blev ikke nogen succes.

Samarbejdet med ADBOU, Antropologisk Database ved Odense Universitet, kulminerede med foredrag om antropologisk forskning ved professor, lic.phil. Jesper Boldsen for vore svenske gæster den 9. juni. Udstillingsvirksomheden på Odense Universitetshospital er varslet pause på grund af ombygninger i hospitalets forhal. I fortsættelse af tradition indledt i 1999 har selskabet inviteret medlemmer af H.C. Andersen Samfundet i Odense ved medlemsmøder om litterære emner. På Ivan Katićs initiativ har selskabet modtaget boggaver fra Veterinærhistorisk Samfund og ser frem til gensidigt styrkede informations- og mødeaktiviteter.

I selskabets regi organiseret af Bent Collatz Christensen tilbydes et velbesøgt tilvalgskursus til de medicinstuderende i 10x3 timer ved medlemmer af selskabet om forskellige aspekter af medicinens historie.

Med udbyggede regionale kontakter til museer, kulturinstitutioner og Syddansk Universitet forventer selskabet fremgang for tilslutning til møder og styrkelse af undervisning og forskning i Medicinens Historie. En styrkelse af samarbejdet med Dansk Medicin-historisk Selskab og Medicinsk Historisk Museum i København bestyrker selskabets forventninger om udveksling af foredragsholdere, fælles udflugter og koordineret udstillingsvirksomhed.

Bent Harvald

Bent Collatz Christensen

Curricula Vitaram

Chakravarty, Dorthé. Født 1971. Studerer historie ved Københavns Universitet. Har sidefag i dansk og er ved at afslutte speciale om "Børnebe-grænsningsdebatten i Danmark fra 1900-1930." Bidrog i 2000 til bogen "Glimt af kvindeliv i Danmark gennem 1000 år." Var fra 1994 - 1996 pressechef for pladeselskabet Universal. Adr. Halmtorvet 5, 2.th., 1700 København V.

Christensen, Jeanne Grætrup. Født 1964. Cand. mag. i etnologi og arkæologi. Museumsmedarbejder på Arbejdermuseet 1990-1996, Blindehistorisk Museum 1990-1995 samt Møns Museum 1982-1990 med udstillinger og genstandsregistrering som primære arbejdsområder. Har især forsket i Kommunehospitalets historie samt handicaphistorie. Speciale i blindes forhold i landbosamfundet 1645-1800. 1996-2000 ansat som museums-registrator på Hospitalsmuseet på Kommunehospitalet. Nu ansat som forskningsassistent på Kommunehospitalet. Adr. Hybenvej 6, DK-4735 Mern.

Dauw-Pedersen, Erik. Født 1930. Begyndte farmaceutstudiet som discipel på Delfinapoteket i København 1951. Exam.pharm. 1954. Cand.pharm. 1956. Herefter ansat på Bispebjerg Hospitals Apotek frem til 1975. 1975-90 sygehusapoteker ved Københavns Kommunehospital. Fik herefter muligheden for at etablere et museum på Kommunehospitalet, som fik navnet Hospitalsmuseet, og jeg kom til at fungere som leder frem til museets nedlæggelse i 2000. Adr. Lindevangen 85, DK-2830 Virum.

Harvald, Bent, f.1924. Cand. med 1947, dr.med. 1954, assisterende overlæge medicinsk afd. C, Bispebjerg Hospital 1961-68, lektor i klinisk genetik ved Københavns Universitet 1961-69, professor i intern medicin Odense Universitet 1969-94. Videnskabelige artikler om arvebiologi, klinisk farmakologi, medicinsk historie.

Hauge, Gudrun, f. 1931, datter af professor i medicinsk historie Edv. Gotfredsen, (1899-1963). Gift 1958 med professor, dr.med. Mogens Hauge, (1922-1988). 1954 knyttet til Det Danske Tvillingeregister som sekretær og arkivar. Efter Tvillingeregistrets overflytning til Odense Universitet fortsat i denne stilling. Desuden medarbejder ved projektet: Jeune B, og Vaupel JW: Validation of exceptional longevity. Odense Universitetsforlag 1999.

Hauge, Thomas. f. 1981, søn af Gudrun og Mogens Hauge. Mat/fys. student fra Odense Katedralskole 1981. Filosofistudier Odense Universitet 1983-85. Reklametegner og illustratør, bl. a. illustrationer til flere af Lars Lindbergs historiske værker. I dag mainframe systemprogrammør hos MDdata A/S samt computergrafiker.

Jensen, Olaf Myhre. Født 1931. Medicinsk embedseksamen fra Aarhus Universitet i januar 1959. Dr.med. sammesteds i 1969. Speciallæge i patologisk anatomi og histologi i 1970. Overlæge ved Patologisk Institut, Aarhus Amtssygehus 1971-2001 og professor i patologisk anatomi ved Aarhus Universitet siden 1972 til 2001. Formand for Jysk Medicinhistorisk Selskab 1997-2001. Forfatter af disputatsafhandling "Diagnosis of Uraemia Post Mortem" og af videnskabelige artikler særligt om svulster og andre sygdomme i bevægelsesapparatet. Adresse: Rylevej 20, DK-8240 Risskov.

Kristiansen, Jette Elisabeth. Født 1943. Cand.med 1971, dr.med. 1990 (Antimicrobial Activity of psychotrophic compounds and their stereoisomeric analogs). Speciallæge i klinisk mikrobiologi 1985. Diplomeksamineret i Tropesygdomme ved Bernhard-Nocht Institut i Hamburg, Tyskland 1999. Fra 1994 overlæge på Klinisk mikrobiologisk afdeling, Sønderborg Sygehus. Fra 1990 generalsekretær for International Society of Non-antibiotics; medlem af Cost B16, en europæisk videnskabelig gruppe, der samarbejder omkring Reversal of Resistance; Board medlem i FESCI og ISN repræsentant i International Society of Chemotherapy. Deltaget og planlagt en lang række videnskabelige sessioner/kongresser ved især The International Society og Chemotherapy's arrangementer verden over. Har skrevet artikler om især antimikrobiel aktivitet af non-antibiotika. Adr. Klinisk mikrobiologisk afdeling, Sønderborg Sygehus, DK-6400 Sønderborg. E-mail: malthe@dadlnet.dk

Norn, Mogens Stig. Født 1925. Professor, dr.med. Tidligere overlæge på øjenafdelingen, Københavns Kommunes Hvidovre Hospital. Formand for Dansk Medicinsk-Historisk Selskab 1994-2001. Konsulent ved Medicinsk-historisk Museum, Københavns Universitet fra 1989. Forfatter af Oftalmologiens historie i Grønland, Glaucomets historie, specielt i Danmark, Eskimo snow goggles, Farvernes Kulturhistorie samt videnskabelige artikler om øjensygdomme, vitalfarvning, cytologi oftalmogeografi of medicinalhistorie. Adr. Bomhoffs Have 13.3, DK-1872 Frederiksberg.

Permin, Henrik. Født 1948. Cand.med. 1974, dr.med. 1984 (A study of autoimmune allergic Type I reactions in rheumatoid arthritis), speciallæge i intern medicin 1985 og i infektionsmedicin 1987. Siden 1989 overlæge på Epidemiklinikken M, Rigshospitalet. Lektor/klinisk lærer, ved Københavns Universitet fra 1987. Fra 1991 bestyrelsesmedlem i Dansk Medicinsk-histo-

risk Selskab og sekretær 1991-2001; fra 1998 bestyrelsesmedlem af Forsikringslægerne Forening og fra 2001 formand. Medredaktør af Dansk Medicinhistorisk Årbog fra 1998. Har skrevet artikler om infektionssygdomme, immunologi samt medicinhistoriske og medicinlitterære emner. Adr. Epidemiklinikken M5132, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: henrikpermin@hotmail.com

Pétursdóttir, Sigrídur Svana. Født 1952. MA i historie fra Islands Universitet 2001. De sidste år beskæftiget med sundhedshistorie og skrevet MA-Thesis "Patienter synes, at det er lige meget, hvor helbredelsen kommer fra." om folkemedicin i Island frem til år 1920. Adr.: Granaskjól 27, 107 Reykjavík, Island.

Rasmussen, Folke. Født 1930. Veterinæruddannelse afsluttet og autorisation som dyrlæge 1955. Dr.med.vet. 1966 på afhandlingen "Studies on the mammary excretion and absorption of drugs." Fra 1955 til 1966 ansat ved Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole's afdeling for farmakologi og toksikologi i forskellige stillinger. 1966 lektor i farmakologi og toksikologi og fra 1968 til 1987 afdelingsleder. Under orlov fra denne stilling 1981 til 1987 rektor for Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole. Fra 1987 til 1995 professor i veterinær farmakologi, toksikologi og almindelig terapi sammesteds. Mere end 160 publikationer om især farmakologiske/toksikologiske emner, men også (ca. 25) om uddannelse, forskning og administration m.m. Adr. Katrinedalsvej 27, DK-2720 Vanløse.

Søgaard, Ib. Født 1939. Cand. med. fra Aarhus 1967. Speciallæge i neurokirurgi 1977. Overlæge på neurokirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital 1982-1998. Consultant neurosurgeon ved King Faisal Specialist Hospital, Saudi Arabien 1998-2000. Siden 2000 Cheflæge ved Sygehus Nord- Nykøbing/Thisted. Formand for Medicinsk Historisk Selskab på Fyn 1988-1998. Artikler og foredrag om neurokirurgiske og medicinhistoriske emner. Adresse: Vinkelvej 24, 7900 Nykøbing Mors.

Sørensen, Hans Rabbek. Født 1918. Cand.med. 1945, dr.med 1953, speciallæge 1958 i kirurgi og thoraxkirurgi, 1962 overkirurg Thoraxkirurgisk Afdeling Odense Amts og Bys Sygehus, 1969 professor i kirurgi Odense Universitet, 1976-1988 overlæge thoraxkirurgisk afdeling Rigshospitalet og professor i thoraxkirurgi Københavns Universitet. Forfatter af disputats 1953: Hypospadias. With special reference to etiology, lærebogsafsnit om lungekirurgi og en erindringsbog: Dreng i Vestjylland efter 1. verdenskrig. Mine tidligste erindringer. Tarm Bogtryk 1999 samt talrige artikler om kirurgiske og lungekirurgiske emner. Adr. Chr. Winthers vej 11, st., 1860 Frederiksberg C.

