



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

2003

Dansk
Medicinhistorisk
Årbog 2003

Dansk Medicinhistorisk Årbog 2003

Udgivet af

Dansk Medicinsk-historisk Selskab

Jysk Medicinhistorisk Selskab

Medicinsk Historisk Selskab på Fyn

Redaktionen:

Christian Brahe Pedersen, Århus (ansvarshavende)
Niels Kristoffer Jensen, Odense
Flemming Brandrup, Faaborg
Albert Gjedde, Århus
Henrik Wulff, København
Henrik Permin, København
Frank Mirz, Århus
Printed in Denmark 2003

ISSN 0084-9588

Årbog 2003-redaktionens adresse:

C. Brahe Pedersen
Dalvangen 34
DK-8270 Højbjerg

Ekspedition:

Niels Kristoffer Jensen
Elmelundsvej 24
5200 Odense V
E-mail: nk.jensen@get2net.dk

Revisor:

Niels Kristoffer Jensen

Trykt hos:

one2one, Odense

Indhold

<i>Forord</i>	7
<i>Introduktionskommentarer</i>	9
<i>Sven Rasmussen</i>	13
Min sindssygdom i året 1783	
<i>Bodil Haarmark</i>	29
Sygehistorier - Journalgangen 1855 Almindelig Hospital i København	
<i>Ib Søgaard</i>	47
Neurokirugi i Nykøbing 1922-1950 Træk af en provinskirugs livsværk	
<i>Bodil Haarmark</i>	79
En time med Venus - et liv med Mercur	
<i>Mogens Norn</i>	103
Irisanalysens historie (og fremtid?)	
<i>Anton Marckmann</i>	119
Glimt fra homøopatiens glanstid. Nordslesvigske (sønderjyske) husapoteker fra 1900-tallets begyndelse	
<i>Andreas Johannsen</i>	139
Tysk uddannede lægers fortsatte virke i Sønderjylland efter genforeningen.	
<i>Henrik Permin</i>	167
Sportsmand eller åndfuld herre - portrætbusterne i Rigshospitalets Auditorieforhal.	

<i>Aja Høy-Nielsen</i>	185
Sagen som "ikke tjente til de deltagende lægers ære"	
<i>Niels Kristoffer Jensen</i>	193
Lidt om kasuistikken historie, betydning og fremtid	
<i>Selskabsberetninger</i>	211
Dansk Medicinsk-historisk Selskab Jysk Medicinhistorisk Selskab Medicinsk Historisk Selskab på Fyn	
<i>Curricula vitarum</i>	222
<i>Boganmeldelser</i>	225
<i>Modtagne bøger</i>	229
<i>Om Poul M. Assens Fond</i>	230

Forord

Emnet eller faget medicinens historie er af et enormt omfang. Alt hvad der er tænkt og skrevet om menneskets sygdomme og sundhed er inkluderet og en forsæt acceleration i undersøgelsesteknik og behandlingstilbud indenfor næsten alle områder gør at ingen mennesker har et overblik over hele emnet.

Hvad skal vi med medicinens historie ? Ved at se tilbage på tidligere tiders opfattelse, undersøgelsesmuligheder og behandlingsresultater inden for hver enkelt læges lille arbejdsområde, tilsat viden om samfundsstruktur, økonomi m.m. får den enkelte læge mulighed for at forstå hvordan vi er kommet til dagens standard. Forståelse af denne udvikling danner baggrund for den kommende udvikling.

Tre organisationer eller selskaber står bag udgivelsen af denne bog. Dansk Medicin-Historisk Selskab, Jysk Medicinhistorisk Selskab og Medicinsk Historisk Selskab for Fyn. De tre selskaber arbejder sammen om at udbrede kendskabet til medicinens historie, og fælles mål må være at faget er på det medicinske studiums læseplan.

Alle tre selskaber har etableret hjemmesider. Jysk Medicinhistorisk Selskab findes på: www.JMHS.dk. Dansk Medicin-historisk Selskab: www.DMHS.suite.dk og Medicinsk Historisk selskab på Fyn: www.mhsf.suite.dk. Her annonceres selskabernes aktiviteter og organisationsforhold er oplyst. Links mellem selskaberne og til udenlandske organisationer kan være gavnlige for medicinsk historisk interesserede. Udbygning i fremtiden med litteratur information, oplysninger om kongresser er nærliggende.

For denne 31. udgave af årbogen har Århus haft den ansvarshavende funktion. De præsenterede emner er indsendt af aktive medicinsk historisk interesserede personer. Vi håber at emnerne vil have læsernes interesse.

Medicinsk Historisk Årbog for 2004 udkommer under Københavns ansvar og ansvarshavende redaktør for 2004 udgaven er Overlæge, dr.med. Henrik Permin, Epidemiklinikken, Rigshospitalet, til hvem manuskripter kan sendes.

Afslutningsvis en særlig tak til Povl M. Assens Fond, som har ydet støtte til udgivelsen af denne bog.

Christian Brabe Pedersen

Introduktionskommentarer

Min sindssygdom i året 1783

Af Sven Rasmussen

Formålet med dette arbejde er dels at forsvare synspunktet om den manio-depressive psykose som en klinisk enhed og dels at foretage et strejftog i psykiatriens historie. Den selvbiografiske sygehistorie ses i tidens spejl gennem 200 år, hvilket giver et spændende indtryk af psykiatriens historie. Patienten får en slutbemærkning som blandt andet siger: Det var muligt at duelige og indsigtfulde Læger af denne min Sygdoms Historie kunde gøre nyttige betragtninger, især over den Forsigtighed og Klogskab, hvormed en Læge bør behandle en saadan patient.

Sygehistorier - Journalgangen 1855 Almindelig Hospital i København

Af Bodil Haarmark

Bodil Haarmarks gennemgang af journalårgangen 1855 fra Almindelig Hospital i København giver et godt indblik i tidens journaliseringspraksis, patienternes sygdomsmønster og deres sociale baggrund. Kønssygdomme og lungetuberkulose (phthisis) florerede. Diagnosen syfilis eller gonoré blev stillet hos en stor del af patienterne ud fra datidens kliniske sygdomsklassifikation. Almindelig Hospital var eneste civile hospital i byen, der modtog patienter med hud- og kønssygdomme, heraf mange prostituerede henvist ved politilægens foranstaltning.

Neurokirurgi i Nykøbing 1922-1950. Træk af en provinskirurgs livsværk

Af Ib Søgaard

Ib Søgaard, f. 1939, speciallæge i neurokirurgi, tidligere overlæge på neurokirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital og formand for Medicinsk Historisk Selskab på Fyn, nu cheflæge på Sygehus Nord i Nykøbing Mors/Thisted, beskriver overlæge Jacob Nordentofts tidlige neurokirurgiske indsats på sygehuset i Nykøbing Mors i perioden 1922-1950. Han, som var en varm tilhænger af den kirurgiske mesterlære, var selv lært på det neuro-

kirurgiske områder, som han opdyrkede med stort held med metoder, der for fleres vedkommende er gangbare i dag, og med en omsorg for omhyggelige for- og efterundersøgelse af patienterne, som var usædvanlig. Forfatteren gennemgår Jacob Nordentofts kirurgiske indgreb ved spinaltumorer, kompression af medulla spinalis, intrakranielle tumorer og myelomeningocele og påviser, at udfaldet af indgrebene hyppigt overgår resultaterne fra specialklinikker.

En time med Venus - et liv med Mercur

Af Bodil Haarmark

Syfilis var udbredt i København i midten af 1800-tallet, og forfatteren skildrer tidens forebyggende foranstaltninger ved regulering og kontrol af prostitutionen, illustreret med sygehistorier fra Almindelig Hospital. Kviksølv var fortsat, som i middelalderen, det foretrukne behandlingsmiddel, dog i reduceret dosis, der imidlertid ofte havde svære bivirkninger og formentlig ingen effekt på spontanforløbet.

Irisanalysens historie (og fremtid?)

Af Mogens Norn

Irisanalyse er en anden form for alternativ behandling, der heller aldrig er gået helt af mode. Den er selvfølgelig ligeså meningsløs som homøopati, men historisk set ganske spændende. Herom beretter Mogens Norn i sit kapitel i Årbogen. Irisanalysen har gamle aner i vestlig medicin, men den har formentlig også rødder i det fjernøstlige. I hvert fald har irisanalyse, zoneterapi og akupunktur det til fælles, at man i overensstemmelse med kinesisk medicinsk tradition tænker sig, at punkter på legemets mere overfladiske strukturer har forbindelse med de indre organer.

Glimt fra homøopatens glanstid. Nordslesvigske (sønderjyske) husapoteker fra 1900-tallets begyndelse

Af Anton Marckmann

Føler man sig ikke veltilpas, er det ikke altid nødvendigt at søge læge. Det mente man i hvert fald ikke altid i Nordslesvig i tiden før Genforeningen. Man kunne i stedet konsultere sin homøopatiske lægebog og så vælge den

rette medicin i sit homøopatiske husapotek, der kunne indeholde op til 100 flasker. Anton Marckmann fortæller om dette afsnit af homøopatens historie. Homøopati, der jo fortsat ikke er gået i glemmebogen, kan karakteriseres som en alternativ form for behandling, der med sikkerhed er helt uskadelig (hvis den da ikke forhindrer en behandlingskrævende syg i at søge læge). De homøopatiske farmaca fortyndes nemlig så meget, at patienten måske ikke engang har indtaget et enkelt molekyle af det "aktive" stof. Man kunne ligeså godt have givet den syge en skefuld postevand.

Tysk uddannede lægers fortsatte virke i Sønderjylland efter genforeningen

Af Andreas Johansson

Andreas Johansson gennemgår detaljeret sagsbehandlingen ved tildeling af autorisation til tysk uddannede læger i Sønderjylland efter genforeningen med Danmark i 1920, der baseredes på en særlov.

Ansøgninger, hvor der blev givet dispensation og navnlig afslag, fik ofte et kompliceret, følelsesladet forløb. Nære familiære relationer, gode forbindelser og lokalbefolkningens nationale holdning til ansøgeren kunne være afgørende. Danske læger som helhed tog godt imod de nye kolleger.

Sportsmand eller åndfuld herre - portrætbusterne i Rigshospitalets Auditorieforhal

Af Henrik Permin

Henrik Permin, f. 1948, speciallæge i intern medicin og infektionsmedicin, overlæge på Rigshospitalets epidemiklinik, gennemgår ni portrætbuster i bronze (en enkelt dog i kalksten) af professorer ved Rigshospitalet i de sidste 100 år. Professorerne var alle mænd og, som det sig hør og bør, store personligheder, som havde betydelig indflydelse på generationer af medicinstuderende og yngre læger, og om hvem der opstod talrige ram-mende anekdoter. Forfatteren fremhæver bustens særlige kvaliteter som klassisk tredimensionel og hyppigt overdimensioneret, tidvis mildt ironisk eller venligt overdrevet fremstilling af denne centrale del af underviserens anatomi, det professorale hoved. Busterne er med deres høje kunstneriske værdi fine repræsentanter for dansk kunst gennem tiderne.

Sagen som "ikke tjente til de deltagende lægers ære"

Af Aja Høy-Nielsen

Aja Høy-Nielsen, beskriver et langvarigt søgsmål, som blev et af resultaterne af den lægelige indsats ved togulykken i Bramming i juli 1913, hvor 15 passagerer omkom og 16 blev alvorligt kvæstet. Sagen, som varede i to år, drejede sig først og fremmest om en enkelt læges ublu krav om betaling for behandling af tre udlændinge. Lægen ragede uklar med sine kolleger og den lokale lægekredsförening ved at overtræde de gældende normer for betaling og ved ikke at overholde aftalerne med erstatningskommissionen, men på den anden side kunne enhver læge fastsætte egne honorarkrav overfor fremmede, udlændinge og udenamtstlige privatpatienter. Aja Høy-Nielsen konstaterer, at sagen fik sit ejendommelige og langvarige forløb, fordi kollegerne trods modviljen ikke ønskede at forholde sig til de overdrevne honorarkrav og føre justits i egne rækker.

Lidt om kasuistikens historie, betydning og fremtid

Af Niels Kristoffer Jensen

Kan etikken reduceres til faste regler, normer eller principper, eller kræver hver enkelt handling vurdering for sig, således som kasuistikken foreskriver. Kasuistikken har siden Pascals angreb på den i midten af 1600-tallet været svært berygtet. Med udgangspunkt i Jonsen & Toulmins bog: "The Abuse of Casuistry" gennemgår Niels Kristoffer Jensen kasuistikens oprindelse og kulmination, Pascals angreb og kasuistikens fremtidige rolle, idet Niels Kristoffer Jensen anser en kasuistisk betragtningsmåde som en ubevist del af alle etiske overvejelser. Han mener, at bevidstgørelse heraf måske ville kunne bedre overvejelserne i den aktuelle etiske debat.

Min sindssygd om i året 1783

af Sven Rasmussen

*gid enhver vilde feie for sin egen dør!
- og være meer opmærksom på egen
end på andres moralitet!
C.S. Andresen, 1801.*

Som indledning til psykiatriske lærebøger, i jubilæumsskrifter eller på mærkedage fremstilles psykiatriens historie omtrent som følger: I en fjern fortid herskede en dæmonisk opfattelse. I det gamle Grækenland joges de sindssyge fra templerne med stenkast, for deres tilstand skyldtes gudernes vrede; men en rationel medicinsk opfattelse vandt frem, med hovedvægten på somatiske behandlingsmetoder og skånsomme psykologiske terapiformer. Derpå hører vi om middelalderens mørke og barbari om end med enkelte humane understrømninger. Så omtales måske medicinske tendenser i renæssancen og herpå det 17. og 18. århundrede, "den store indespærrings tid", i hvilken sindssygd om ikke betragtedes som et lægeligt anliggende: De sindssyge var dårer eller syndere, og sindssygd om var identisk med forkerte forestillinger eller last, og forholdsreglerne var indespærring, indespærring i fængsler, i rådhuskældre, i de almindelige hospitalers dårekister eller hvor som helst, hvor uskadeliggørelse og bevogtning kunne sikres.

Fra tiden omkring år 1800, tidsmæssigt sammenfaldende og måske kausalt forbundet med den franske revolution, skulle humane tendenser atter have gjort sig gældende sideløbende med at sindssygd om nu omfattedes af det almindelige sygdomsbegreb; patienterne behandledes individuelt efter almindelige somatiske principper og som gruppe på de nybyggede anstalter.

Så følger eventuelt en omtale af striden mellem somatikere og psykikere, der gerne karakteriseres som laissez faire contra sadisme i terapeutisk forklædning, og med den egentlige interesse koncentreret om de nyopførte anstalters fysiske indretning: Skulle man have hospitaler for de helbredelige og plejestiftelser for de uhelbredelige principielt adskilte, eller skulle begge patientgrupper være under samme tag, eller skulle man som kompromis have 'relativt forbundne anstalter' med kurhus og plejestiftelse indenfor samme institution.

Herefter opstilles anstaltspsykiatri og universitetspsykiatri som en reel modsætning - de store systemer omtales, især Kraepelins (1856-1926), og endelig nævnes Freud (1856-1939) og hans disciple, de få trofaste som de mange frafaldne.

Onsider når man til distriktspsykiatriens nødvendighed med etablering af overlægestillinger med selvstændig administrativ funktion: Historien har befordret ideologien, dens rolle er ude og den utrolige hypotese, at alle tidligere slægter skulle have været vildfarne og fortabte, og kun den lille nærværende del af slægten retvendt og frelst, kræver hverken verifikation eller formulering af en hypotese, der principielt gør en falsificering mulig.

Dette er ikke psykiatriens historie "wie es eigentlich gewesen", men det er der jo ingen historie, der er. Psykiatriens historie er som al anden historie skrevet for nogen eller til nogen i en given hensigt, og en af de mere respektable hensigter er at minde om, at fejltagelser ikke er undtagelser. Fordybelse i fagets historie legitimeres i det omfang, vejen for tilbageskridt og reaktion spærres, men fordybelsen er mistænkelig, hvis det blot er underholdning for den læsende lediggænger i erkendelsens have og ikke historie for livet.

At skildre fortiden som barbarisk for at retfærdiggøre sin egen fortræffelige samtid, er et misbrug af historien, som historiske studier af historien selv burde afsløre. Ved år 1900 forherligede man vandsenge og strengt sengeleje ved at henvise til dårekisternes grusomhed - og mangel på senge - et århundrede tidligere. Skal historien anvendes redeligt, må man resignere og ikke opfatte historien som viden om, hvordan det engang virkelig forholdt sig, end ikke tilnærmelsesvis - historie er en metode, der kan anvendes didaktisk eller videnskabeligt, og må snart anvendes på noget indkredset og afsluttet - et korpus - snart på tidligere led af den kæde, i hvilken vi selv antages at indgå, historien er både perfektum og imperfektum; vil man tilegne sig Freuds lære, er det hensigtsmæssigt at læse hans egne værker, gerne kronologisk, som han selv anbefalede, og vil man forstå problemstillinger som psykologisk determinisme, endogenitet eller psykogenese, er det hensigtsmæssigt at foretage en dybdeboring, til man når det lag i tiden, hvor begreberne dannedes, og i denne dybde at læse bredt og , for at anvende samme metafor, grave ud til siden som en geolog, en (videns-) arkæolog eller minearbejder: Hvad talte man om dengang - hvilke problemer diskuteredes - hvilke svar havde man mulighed for at give på de spørgsmål, som man havde mulighed for at stille?

I 1925 genudgav medicinalhistorikeren Vilhelm Maar (1871-1940) en lille bog, "Min Sindssygdom i Aaret 1783".

Forfatteren var rektor for Rønne Lærde Skole, Christopher Schroeder Andresen (1760-1832, titulær professor og fra 1805 sognepræst på Fyn), der havde skrevet og offentliggjort sit selvbiografiske skrift 1801, altså en snes år efter sin sygdom; om sit motiv skriver han: "*Den vigtigste årsag, der*

Fig 1.
Edvard Wilhelm Maar
(1871-1940). Læge, professor i
medicinens historie 1916-1930.
Her fotograferet på Medicinsk-
historisk Museum 1919.



bestemmer mig til dette vanskelige, ja, endog dristige foretagende, at beskrive min egen sindssygdoms historie, er: De forskellige, urigtige domme jeg har hørt fælde over samme. Man har - endog selv på mit fødeland (Bornholm) - troet, at det var ungdoms udsvævelser, der havde givet anledning til samme." Efter en kort beskrivelse af sin ukladelige vandel "...min leve-måde var simpel og tarvelig - min drik vand eller mælk..." beskriver han sin sygdom: "...en beftig sindssygdom, forenet med legems svagbed...". Et kort resumé skal her forsøges:

Som 23-årig teologisk student var Andresen maj 1783 på vej hjem fra et besøg i Rørvig og havde om morgenen været glad og vel til mode, men det tegnede til at blive en overmåde varm dag, og rejsen gennem Frederiksværks yndige men sandlige egne, var overmåde kvælende; heden blev til sidst uudholdelig i den umagelige vogn, og Andresen faldt hen i en slummer, lig en søvn, der dog jævnligt afbrødes af det umagelige sæde og vognens stød, og da han steg af vognen, indtrådte det sørgelige øjeblik, da han så sig sin forstand berøvet, denne skaberens herlige gave. I et gæstgiveri løb han i ordlets egentlige forstand op ad væggene, snart i lystighed,

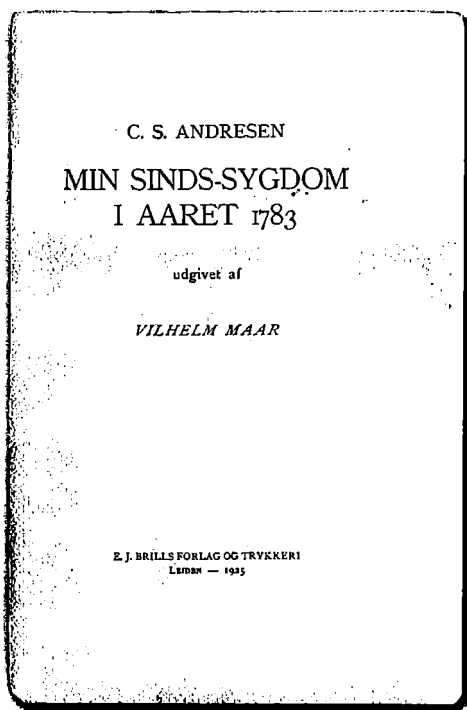


Fig 2.
Forsiden af C.S.
Andresens beretning
"Min Sinds-sygdom i Aaret
1783".. Denne enestående
"patografi" udkom som
selvstændigt værk 1801
kort efter at være bragt i
tidsskriftet "Iris og Hebe".
Figuren viser Vilhelm Maars
genudgivelse 1925 med
personalhistoriske noter -
karakteristisk for Maars er
værket trykt i udlandet -
Det Kongelige Bibliotek fik
således ingen eksemplarer.

snart i bedrøvelse. Da han nåede til København, blev han bragt til sengs, åreladt og senere på dagen bragt til Frederiks Hospital, hvor han traf et par unge medicinere, han kendte, og i deres selskab tilbragte han en munter aften, da han nu var overordentlig glad og lystig; klokken 10 om aftenen gik han til sit kammer for at forfriske sig med en rolig søvn, hvortil han ret følte kald og trang efter at have spist med god appetit. Hans venner, de unge medicinere, frygtede imidlertid et omslag og tilbød ham et tempererende pulver, da munterheden og fyrigheden ingenlunde hovede dem.

Om morgenen vågnede han op, var ganske forvildet, løb omkring i kammeret og fantaserede om jordskælv, ildebrand og forskrækkelse. Hans trofaste ven, Smith, kandidaten, søgte at berolige ham med fornuftige forestillinger, "men jeg ledte ham til vinduet, viste ham horisontens rødme, som et forvarsel om den forestående ødelæggelse, betydede ham, at den samme skæbne forestod København, som Messina, bad ham på øjeblikket følge mig til Geheimeråd Guldberg, for at melde ham denne forestående ødelæggelse, på det at han kunne føje anstalt til at redde kongen og den kongelige familie. Jeg ville med magt slide mig løs, og løb ud af huset, og da ej fornuftige forestillinger kunne gøre indtryk på mig, måtte man skride til vold og bin-

de hænderne på mig, da jeg værgede mig som et fortvivlet menneske. - Og nu forsvinder en lang række af dage, de sørgeligste, de elendigste noget menneske kan tilbringe, af min hukommelse...". Dette tidsrum går omtrent fra 18. maj til slutningen af juli måned. På et tidspunkt ville Andresen tage afsked med en ven, der var på besøg, og bad ham lukke øjnene for ham, "...thi selv løftede jeg min hånd, men fandt, at den ej havde kræfter til selv at bevise mig den tjeneste". Denne depressive og hæmmede tilstand kunne dog undertiden vige: "Min trætte sjæl sværmede hen til lysets blidere og roligere egne..." og en fortryllende harmoni lydede for hans øre, og han følte en forsmag på den glade salighed, hvortil han engang ved døden skulle indgå: "...jeg skulde have raset forfærdeligt, så at næppe tre, fire karle kunne styre mig." Men stemning og tankeindhold var overvejende depressivt og gennemvævet af skyldfølelse: "I min skolegang i Helsingør beder en af mine skolekammerater, navnlig H.G. Dahl, mig, at jeg går over til bageren for at hente en kommenskringle, hvortil han flyede mig en eneste lille skilling. Da jeg kommer tilbage med kringlen, var Dahl hentet ind for at blive eksamineret i Ebraisken; imidlertid lugtede kringlen så appetitlig, at jeg fik lyst til at spise den, og indbildte Dahl, at jeg havde tabt skillingen. - Men sandelig, denne bagatelle blev alvor for mig - Gud bevare ethvert menneske for at lide den angst jeg ved denne lejlighed måtte udstaa! - Jeg kan ikke udtrykke alle de rædselsfulde fantasier, der ængstede mig - snart var jeg i helvede, stundom fængslet, stundom pint med de usigeligste marer, hvortil jeg henregnede de tilstedeværendes uskyldigste handlinger, især om aftenen, når de vågede over mig - foruden den skrækkelige sjæleangst, jeg måtte udstå, led mit legeme også ubeskriveligt. Mit øjekast var mørkt, skummelt, mit udseende blegt, forvildet - jeg skælvede af skræk, da jeg engang betragtede mig selv i et spejl. Mit ansigt var vanskabt og udsuget af igler, hvilke jeg i min fortvivlelse anså for slanger, der pinte mig."

Med taknemmelighed tænker Andresen tilbage på de opmuntrende besøg, han modtog af pårørende og af lægerne især af doktor Bang (1747-1820), der fra 1775 til 1800 var overmedicus på Frederiks Hospital; men han nævner også, at hans oppasser, som han havde forsøgt at kvæle, lod ham "...således føle sin overmagt, at jeg ej i fremtiden skulle vove at angribe ham." Tidligere havde Andresen stået på god fod med sin oppasser, en afskediget rytter, og de havde ofte marcheret op og ned ad gangene, mens de sang viser for hinanden; men umiddelbart før 'attentatet', havde Andresen fået den forestilling, at den gamle soldat var en djævel eller en retstjerner, der skulle hente ham efter en indbildt domfældelse. Hen på sommeren, hvor forventningerne til åreladning, påsætning af igler, kolde bade og afførende medikamenter svandt, foreslog Andresens oplyste og humane velyndere ham, at tage hjem til sin mor og mormor på Bornholm. Den gamle rytter ledsagede ham på sørejsen, og i barndomshjemmet hos de to kvinder, der selv havde haft episodiske sindssygdomme, der "uagtet alle rejser, kure og adspredelser", havde strakt sig over flere år, genvandt han,

efter nogle mindre udsving, hvor han "flød på lyksalighedens hav", sin sjælelige og legemlige sundhed og ligevægt.

Kun psykiaterne - der jo er det medicinske samfunds natmænd - kunne finde på at tage livet af dette charmerende selvbiografiske fragment og reducere det til noget dødt, noget afsluttet - et 'korpus': At gå fra det fænomenologiske til det strukturelle f.eks. ved at oversætte biografien til en nutidig psykiatrisk journal, og i så fald kunne følgende være en mulighed (efter at have konsulteret Hjalmar Helveg (1886-1960, professor i psykiatri 1939-51) omtaler Maar Andresens sygdom som en "efter øjeblikkets terminologi typisk maniodepressiv psykose"):

Første indlæggelse af 23-årig mandlig studerende under diagnosen akut psykose

Dispositioner: Patientens mor og mormor skulle have lidt af langvarige depressioner, men er nu raske.

Socialt: Opvokset som den næstældste af ti søskende på Bornholm, hvor faderen var embedsmand, men døde, da patienten var 17 år gammel. Han har studenter-eksamen, studerer nu teologi - studiet går planmæssigt, bor på kollegium, underviser ti timer om ugen (Andresen gav information). Er ugift og uforlovet. Har ingen børn.

Somatisk: Stort set rask, ingen hovedtraumer eller infektioner i centralnervesystemet, ingen kønssygdomme.

Medicin, stoffer, alkohol: Intet misbrug.

Præmorbidt og tidligere psykiatrisk: Synes velløbet, jævnt, godt humør, gode kontaktevner, har mange venner. Dyrker musik og amatørteater, er ugift og uforlovet, men har kendt flere piger. Har ikke tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling.

Nuværende: Patienten blev tilsyneladende uden ydre foranledning akut dårlig på vej hjem fra et ferieophold hos en af sine tidligere gymnasielærere (en hører fra Helsingør Latinskole, hvor Andresen havde været discipel), der nu er bosat i Rørvig. En kvindelig medpassager sørgede for, at han kom til København hos en familie, han kender. Han var på rejsen snart glad, hurtigt associerende og motorisk urolig, snart ulykkelig og grædende. Da tilstanden ikke var holdbar, indlagdes patienten akut af vagtlæge efter en beroligende indsprøjtning (åreladning). Siden indlæggelsen i formiddags har tilstanden været vekslende som ovenfor beskrevet. Der synes ikke at have været ægte hallucinationer, påvirkningsfølelser eller oplevelse af ufrihed i tankegangen; men patienten har fortolket støj fra gaden som stammende fra rejsningen af et skafot, og ment, at himlen var rød på grund af ildebrand, men ind imellem har han været ganske veltilpas og hele tiden kontaktsøgende.

Objektivt psykisk: Er bevidsthedsklar, ikke sikkert hallucineret; stemningslejet forsenket; undertiden virker patienten psykomotorisk hæmmet,

Fig 3.
Viser Frederik Ludvig
Bang (1747-1820).
Overlæge ved Frederiks
Hospital 1775-1800 som
Andresen mindes så
taknemmeligt fra sin
indlæggelse 1783.
Nederst til højre ses
hans søn og efterfølger
i embedet Oluf Lundt
Bang (1788-1877).
Maleri fra 1793 af
F. Bolten.



undertiden agiteret. Tankeindholdet forekommer depressivt farvet, svarende til den underliggende stemning, og der foreligger givetvis et realitetstab. Han virker direkte og ligetil i sin kontaktforn, meget hjælpsøgende og givetvis meget sygdomsfølede. Man fornemmer et udtalt behov for at blive forstået, men han virker ikke appellerende. Sprogbrugen synes upåfaldende uden ordnydninger eller lignende.

Konklusion: Ud fra den formentlig normale præmorbid psyk, den pludselige sygdomsdebut med den massive symptomatologi, herunder især den udtalte depressive affekt, må man antage, at det drejer sig om en godartet lidelse, formentlig en endogen depression med den noget vekslende og farverige symptomatologi, man kan se hos unge manio-depressive.

Rp: Rutineprover, Klorprotixen 50 mg p.n. gerne 3-4 gange i løbet af natten. Bør ikke forlade afdelingen uden ledsagelse. Samtale med pårørende.

Formålet med denne (triste) reduktion fra levnedbeskrivelse til sygejournal - fra det biografiske til det strukturelle - er den indsigt, man kan opnå, når det psykiatriske sprog anvendes på noget fastlagt, bestemt og i en vis forstand dødt, in casu Andresens journal, som denne meget vel kunne tage sig ud, hvis han var blevet indlagt to hundrede år senere, end han i virkeligheden blev. Terminologien anvendes altså ikke for at beskrive eller forstå mennesket Andresen, men hans "tilfælde".

Vi vil nu gå "journalen" efter for betydningsfulde elementer og opstille disse overfor deres modsætning, således at vi får en række binære oppositioner.

Hjælpsøgende/appellerende

Andresen beskrives som hjælpsøgende - og virker ikke appellerende. Den appellerende kontaktform og symptombeskrivelse, stræben efter sekundærgevinst, opfattes som patognomonisk for neurosen og adskiller sig fænomenologisk og teoretisk fra psykotikerens ønske om hjælp af mere teknisk og emotionelt indifferent karakter. Ved at fremhæve det hjælpsøgende og omtale et fravær af appel, har vores journalskriver argumenteret for at tilstanden bør opfattes som en psykose.

Bevidsthedsklar/plumret, delirøs

Under den rubrik, der mere traditionelt end logisk kaldes 'objektivt' beskrives Andresen som bevidsthedsklar; at det i samme forbindelse nævnes, at han ikke er hallucineret, er ikke overflødig, da en hallucineret patient meget vel kan være klar, hvilket oftest er tilfældet med skizofrene. Konstateringen af, at Andresen er klar, er en svækkelse af den mistanke, der altid bør være til stede om, at der skulle foreligge en organisk lidelse med et delir, som mindre væsentligt ledsagefænomen. 'Bevidsthedsklar' skal altså angive, at psykosen er 'endogen' og ikke 'exogen'.

Akut/snigende

Andresen blev akut syg. Prognostisk og dermed diagnostisk er dette vigtigt - en snigende begyndelse af en psykose hos en ung patient giver mistanke om skizofreni, en langt alvorligere lidelse end den maniodepressive psykose; og selv indenfor skizofrenierne er den snigende begyndelse et dårligere prognostisk tegn end en akut debut.

Men næsten intet, der skrives i journalen, er diagnostisk indifferent, men meget lader sig vanskeligt bringe på formen 'binære oppositioner', men måske på formen +/- eller 0/1; at der under 'dispositioner' nævnes, at der i familien har været tilfælde af depression, der har ramt hans mor og morf, og at depressionerne har været begrænset i tid og ikke har ført til nogen defekttilstand, peger således hen på det endelige diagnoseforslag. At den præmorbid psyke er upåfaldende eller måske endog præget af sunde træk, såsom stor kontaktflade, vil i dansk psykiatri referere til Kretschmers (1888-1964) typologi efter hvilken de syntone mennesker så

at sige er prædisponerede til maniodepressive psykose. At der synes at være god overensstemmelse, kongruens, mellem stemning og tankeindhold anføres indirekte som et argument for, at der er tale om en maniodepressiv psykose og ikke skizofreni.

"Journalen" er blevet til under en udvælgende og syntetiserende proces, der ikke udelukker, at diagnostiseringen kan have været umiddelbar og blottet for alle teoretiske overvejelser og at journalens manifesterede og latente argumenter blot tjener til at legitimere det momentane indtryk. Oversættelsen af biografiens litterære tohundredte år gamle sprog er ikke en simpel udskiftning af nogle ord med andre ord, men er en ordning af et oplevelsesindhold, der tåler overlevering fra aktuel oplevelse i 1783 til litterær fremstilling og udgivelse i 1801 og 1925 og siden til gengivelse i journalform i vore dage - en vandring i tid og rum og fra menneske til menneske.

Som modstykke et tilfælde af skizofreni fra samme historiske epoke og nogenlunde samme sociale miljø: I det selvbiografiske værk "Dichtung und Wahrheit", der blev skrevet og udgivet omkring 1810-1815, altså samtidig med offentliggørelsen af Andresens værk, skriver Goethe (1749-1832) om sin voldsomme litterære produktivitet som 13-14-årig dreng, hvilket vil sige fra 1760'erne: *"En omstændighed lettede mig arbejdet i høj grad, men truede med at gøre dette værk så vel som mit forfatterskab højest omfangsrigt. En ung, talentfuld mand, som på grund af åndelig overanstrengelse i forbindelse med højbedsvanvid var blevet angrebet på sin forstand, boede som min fars myndling i vort hus, han levede i familiens skød og var meget stille og indadvendt og, når man lod ham gå og gøre, som han ville, glad og tjenstvillig. Denne unge mand havde i universitetsårene afskrevet sine kollegiebøger med stor omhu og derved fået en flydende og letlæselig håndskrift. Hans kæreste beskæftigelse var at skrive, og han så gerne, at man gav ham noget at kopiere, men mest kærlighed var det ham dog, når man dikterede ham et eller andet, idet han da følte sig hensat til sine lykkelige studieår"*.

Man fornemmer, at den nu midaldrende Goethe omkring år 1810 ingenlunde er fremmed overfor psykikernes forestilling om sindssygdom som en art mere eller mindre selvforskyldt plage, en art forstokkelse eller vildfarelse, i det aktuelle tilfælde betinget af overdreven boglig flid uden passende modvægt i form af selskabelighed, idræt og aktiv handlen. Goethe roste således selvste Reil, *"zugleich als Praktiker, als denker, wohlgesinnter und ansbauender Mann."* (Johan Christian Reil (1759-1813) var professor i Halle og Berlin - tillægges en del af æren (eller ansvaret) for den psykiske kurmetode).

Gennemløber man indholdsregisteret i Fogtmanns (1748-1821) rescriptsamling eller Schous (1745-1840) forordninger, kan man støde på rescript af 15. februar 1793 angående "Afsindliges Antagelse og Forflegning" og fin-

de følgende: "Til de Afsindiges daglige Pleie, Bevogtning og deres høist fornøden Reenholdelse m.v. skal af Stiftamtmanden antages en Oppasser, der bør være en haandfast Karl og nyde en ugentlig Løn af tre Mark".

Andresens oppasser synes at være en sådan håndfast Karl.

I et kancellipromemoria fra 23. marts 1793 anføres: "At enhver Afsindig, som ikke ere i saa høi Grad og saa vedvarende uophørlig gal, at han til Publici Sikkerhed bør indespærres, [bør] forblive hos deres Nærpårørende eller Andre".

Promemoret og Andresens sygehistorie korrigerer antagelsen af, at man i 'den store indespærrings tid' ville indespærre for enhver pris, men det er tydeligt at sikkerhedshensynet vejer tungt, og i promemoret fordres intet lægeligt skøn.

1793. 48 Kongelige Rescripter,

- 15 Febr. Forsamling anmeldes for Stiftamtmanden, som skal være bemyndiget, efter de egnede Omstændigheder, at sone, om den Anmeldtes Tilstand kvalificerer sig til Indspærring, og i dette Tilfælde uden videre at lade føle den fornødne Ansættelse til den Afsindiges Nødværelse.
- §. 2. I Daaretsiden. Forsøgningen ser en Afsindig bestemmes til tre Mark ugentlig; dog gjælder sig Betaling ikkun for saadanne, hvis Forsøgning i Daaretsiden af det Almindelige skal udrødes, men Formuende derimod, som kunne taale at tilføje Mere end de bestemte 26 Rd. aarlig, bør nyde en efter deres Ansættelse betede, og følgende kofostellere Pleie. Enhver Afsindig, som er formuende, og enten af egne Midler, eller ved Daaretsidens Understøttelse kan underholdes, bør betale sin Forsøgning i Daaretsiden; og bør det i ethvert Tilfælde ved medbringende Tingsvoldene gøres; og, om den Afsindige er formuende, og følgelig bør betale, eller uformuende, saa at han af det Almindelige lige skal forsøges. Til de Afsindiges daglige Pleie, Bevogtning og deres høist fornøden Reenholdelse m. v. skal af Stiftamtmanden antages en Oppasser, der bør være en haandfast Karl, og nyde i ugentlig Løn tre Mk. I Hjøsbjerg Hospital paa Falster bør af dets Midler udrødes de fornødne Nøgter, der medgaae til de uformuende Afsindiges Forsøgning (*), til Oppasserens Bøining samt til Anskaffelsen af sex Senge med Tilbehør for medrebelte Daaretside.

16 Febr. Cant. Prout. (til Kæntekammeret), ang. at fattige, som nyde af Colzmand Legat, ikke afføres Qvartprocentstakten.

Et Kæntekammeret har fordrer Cancelliets Berættelse, om de Personer, som ved afg. Kjøbmand Cosmanns Testamente ere tilgætte 4 Rdr. Renten af 1500 Rd., hvilken Cosmann

(*) Cf. Rescr. 31 Decbr. 1790.

Fig 4.
Uddrag af kongeligt rescript af 15. februar 1793. Af § 1 fremgår at det er stiftamtmanden, der træffer bestemmelse om indlæggelse i dårekiste - lægeligt skøn fordres øjensynligt ikke. I § 4 omtales en "håndfast karl", der bringer Andresens oppasser i erindring.

Til gengæld vidner Andresens sygehistorie om, at man har opfattet tilstanden som et tilfælde af egentlig sygdom, Andresen blev åreladt af en kirurg eller barber, senere indlagt på Frederiks Hospital, hvor han blev behandlet med igler, melikamenter og bade som ved så mange andre (somatiske) sygdomme.

Den dr. Bang, som Andresen mindes med så stor taknemmelighed, er Frederik Ludvig Bang, som i 1789 udgav en systematisk lærebog i medicin på latin. To år efter udkom den på tysk: "*Medicinische Praxis systematisch erkläret*". Sygdomsenhederne er efter fransk forbillede og efter Linné's (1707-78) systematik inddelt i klasser, ordner og species. Der er fem klasser; tredje klasse benævnes Neuroses sive Insania og denne klasses tredje

1793. 88 **Sjælelige Rescripter,**

23 Martii. Linnébøger, Mesters og deres Arbejdere kan have frit Valg, om de vil lade sig indskrive i Lauget, og underkaste sig de derhen hørende Formaliteter eller ikke, dog altid under den Betingelse, at de ikke tage Del i den udelukkende Nøttighed til Arbejde for Kjøbenhavn, som er de gamle Mesters, efter Kongens Artiklerne forholdsden. (Foranlediget af en til General-Band-Economis og Cammerats-Collegium indkommen Forsøgning fra Eldermændene for Lauget, hvori denne anholder om, at bemeldte Kong maatte, uantet Nejer. af 1ste Maj 1788, beholde sine gamle Nøttigheder, samt at Ingen maatte erholde Privilegium til at nedlægge sig som Linnébøger uden efter Afsagt fra Lauget om sin befindne Nøttighed, og at deres Evende maatte staae i Forbindelse med Laugets Evende, og deres aaragende Værdreuge ind- og udskrives ved Lauget, som hlellt seer et.) (1)

23 Martii. **Can. Prom. (til Stiftammanden i Viborg), ang. usærlige Afslindiges Forsørgelse.**

Et. Han har i Forsøgning af 2te Novbr. f. A. vortret den Formening, at enhver Afslindig, som ikke er i saa høj Grad og saa vedvarende usørlig gal, at han til Publici Sikkerhed bør indskrives, kunde døjst forblive hos sine Forældre, Bredre, Venner, eller Andre, som dertil ere at forplaae, imed at de, naar den Afslindige var usørlende til selv at underholde sig, eller naar Vennerne enten ikke vilde eller ikke kunde, ved offentlig Hjælp af Amtes Besørgelses Kasse, 12, 14, 16 & 20 Rbd. og i det verste et mere end 24 Rbd. eller saa meget, som en Hospitals-Portion bestod sig til eller Omstændighederne, og den Afslindiges Træng med videre.

Cancelliet finder det meget rigtig; at de Afslindige, som ei ere i en saa høj Grad og saa vedvarende gal, at de til Publici Sikkerhed bør indskrives, forblive hos deres Nærsparterende eller Andre, som vedkommende Sattig-Inspectioner kunne formeaae til at medtage dem, i hvilke Tilfælde de Besørgninger, som vedgaae til Nye Personers Vævgning og Forsørgelse, bør, for saavelde de ikke selv maatte have Formue deraf, udlægges af Sognets SattigKasse, naar den

(1) See Forordn. om Laugets af Aarets 1800.

Fig 5.

Uddrag af cancellinipromemoria af 23. marts 1793.

Det anbefales, at de afsindige passes af familien, hvis de ikke er farlige.

Det svarer til, at Andresen blev udsikret om end ikke som helbredt så dog som ikke farlig til familien på Bornholm.

orden benævnes Paranoia, som omfatter fem species: Melancholie, die Raserei (Mania), die Sinnlosigkeit (Amentia), Fehler des Gedächtnisses (Amnesia) og die Wasserscheu (Hydrophobia).

Om Melancholien læser man, at dens egentlige årsag er ukendt - „*da uns die Natur der Seele und des Gehirns zu sehr verborgen ist, und wahrscheinlich würde sie auch dem practischen Arzte nichts helfen.*“ Bang gør sig dog en del ætiologiske overvejelser og anfører blandt andet: „... *es ist ein erbliches Uebel die Kinder von den Eltern ererbt haben* ...“ (det samme siges om manien). Han mener, at udgangen er tvivlsom men sjældent dødelig og som et prognostisk dårligt tegn nævner han vrede og ærgerrighed. Man bør i sin terapi være opmærksom på somatiske ledsagesymptomer som for eksempel obstipation. Medikamentel behandling synes han ikke at være større tiltro til, men det er vigtigt "dass man der Seele zu Hilfe kommt" for eksempel sender patienterne tilbage til deres fødeegn, hvis de lider af hjemve.

Andresens skrift udkom dels som selvstændig bog dels som artikel i tidskriftet 'Iris og Hebe', hvoraf imidlertid flere årgange er bortkomne, heriblandt en del af årgang 1801, men i de årgange der er bevarede, finder man artikler om moralske, filosofiske og psykopatologiske emner: Umiddelbart efter Andresens artikel, således et skeptisk arbejde om frenologien - i 1799 er der et forslag til de veneriske sygdommes udryddelse (indespærring på en øde ø). Fra 1803 en artikel om selvmord, hvori fænomenet belyses moralsk, religiøs og psykopatologisk. Pastor R. Blicher (digterens far) skriver fra Randlev Præstegård om 'Særdrifter' (perversioner) og foreslår, at man udforsker deres årsager nøjere - i en anden artikel ironiserer han over tidens pædagogiske metoder "Skoleprygleriets Roes".

Min egen fortolkning af Andresens skrift er, at der er tale om et forsvarsskrift - jeg kunne forestille mig, at man i 1783 opfattede en psykose som Andresens som en sygdom hinsides religion og etik, men at der omkring år 1800 opstod en moraliserende og religiøs holdning, som Andresen så sig nødsaget til at værgе sig imod. Jeg har diskuteret dette med den meget lærde psykiater Ib Ostenfeld (1902-95), der udmærket kendte Maar men ikke var bekendt med Andresens skrift. Ostenfeld mente, at en egentlig stilling til de psykiatriske sygdomme først kom årtier senere.

Den retslærde Anders Sandøe Ørsted (1778-1860) - en bror til fysikeren - skriver i sine erindringer, at han som ung entusiastisk Kantianer i 1797 blev angrebet af en "farlig og hårdnakket nervefeber", der gjorde ham ængstelig og svimmel og medførte, at han i lang tid ikke turde gå alene i nærheden af vand, eller hvor der ellers var lejlighed til at styrte sig ned, og medgiver at han kun mangelfuldt blev hjulpet af Kant's "Über die Macht des Gemüths durch den blossen Vorsatz seiner Krankhaften Gefühle Mei-

ster zu werden". Men det synes ikke at være denne personlige erfaring på psykopatologiens område, der senere modificerede Ørsteds daværende Kantiske opfattelse af viljen som absolut fri og alle handlinger derfor tilregnelige; og den unge Ørsted synes at illustrere den opfattelse, der ofte anføres som tidstypisk - at tabet af fri vilje er selvforskyldt og at det er dette tab af viljens frihed, der konstituerer sindssygen.

I øvrigt blev Ørsted heller ikke hellbredt ved en mere somatisk behandling efter Browns principper: At al svækkelse skulle overvindes ved incitamenter, i Ørsteds tilfælde madeira og kinin som ordineredes af "en anset læge". (John Brown (1735-88), engelsk læge - én af tidens store systembyggere)

Ejendommeligt nok lægger Ørsted mange år senere, i 1824, en anskuelse for dagen, der harmonerer med somatikernes, da han i den berømte litterære fejde foranlediget af Howitz's (Franz Gotthard Howitz (1789-1826), professor i farmakologi og retsmedicin) skrift "Om Afsindighed og Tilregnelighed. Et bidrag til Psychologien og Retslæren", anfører, "at det næppe tåler nogen modsigelse, at al sindsforstyrrelse må hidledes af en legemlig sygdom, og at den har sit sæde i hjernen, som det nærmeste organ for sjælens virksomhed;" og allerede i en højesteretsdom fra 1811, konciperet af Ørsted, er der en tendens bort fra den etiske og psykologiserende vurdering af tilregnelighedsbegrebet til fordel for en lægelig eller medicinsk; i hvert fald spores der en vaklen således, at en dødsdom undgås: En 43-årig kvinde havde med knivstik dræbt sin mand, en fisker ved Nibe. Ørsted anfører så mange træk af hendes opførsel, at læseren ikke lades i tvivl om hendes sindssyge, og i sin udvikling bemærkede han, at han ikke troede, at hun havde været i stand til at indse handlingens ulovlighed eller dens følger, men han mener alligevel, at hendes lidenskabelige og spændte sindsforfatning kunne være blevet overvundet, hvis hun havde haft religiøse modforestillinger. Imidlertid tilføjer han, at han ikke vover at gøre praktisk brug af en sådan "psykologisk mening", hvor der er spørgsmål om, at et menneske skal straffes på livet.

Grå er al teori, og Andresen skal have det sidste ord:

Men det er dog kun sielden, at Patienten selv har Kræfter nok til at beskrive sin Sygdoms historie, denne afhandles for det meste af en Læge, som bedømmer den efter udvortes Symptomata, og dog aldrig saa nøie, som Patienten selv, kan kiende hans indvortes Forfatning. Det var muligt, at duelige og indsigtfulde Læger af denne min Sygdoms historie kunde gjøre nyttige betragtninger, især over den Forsigtighed og Klogskab, hvormed en Læge bør behandle en saadan patient - Eller i det mindste bestyrkes i den rigtige Omgangsmåade, som deres Forstand og Erfarenhed allerede for længe siden lærte dem.

Summary

Sven Rasmussen *My insanity in the year 1783*

The aim of this paper is twofold: To defend the validity of the manic-depressive psychosis as a disease entity and to make an incursion into the history of psychiatry. The two intentions meet as far as the recognition of a clinical case straight through space and time supports the ontological status of a disease entity.

An autobiographical work from 1801 "My insanity in the year 1783" written by the Danish vicar C.S. Andresen, who lived from 1760 to 1832 is briefly summed up. Andresen tells that he as a young student of divinity made a journey from the small town Rørvig in Zeeland to his then place in Copenhagen. The weather was intolerably hot, the coach was uncomfortable, the landscape deserted and empty - and just in the hardships the most unhappy and deplorable event happened: He faced the gruesome truth that he was deprived of the most precious gift of his Creator, his reason and faculties. A fellow passenger brought him to an inn where he literally ran up the walls alternately in high spirits and in deep despair.

When he arrived in Copenhagen he was bled, probably by a surgeon, but later that day admitted to King Frederik's Hospital where he was treated with bleeds and leeches and baths. However, as the illness dragged on he was according to his own will accompanied by his custodian to his parental home in the Isle of Bornholm where he recovered while nursed by his mother and mother's mother who themselves had suffered from periodical melancholy when they were young.

He completed his academic studies and became a highly respected scholar and vicar in the isle of Funen - but almost twenty years after his recovery he was made to suffer the humiliation that he - a true representative of the Age of Enlightenment and rationalistic theologian - was suspected to have invoked his insanity by a sinful life in his youth. Thus his work may be regarded as a defensive pamphlet written at a time when a neutral and clinical view of mental diseases had given place to a moralistic and religious concept.

The case serves as a modification of the general assumption that psychotic patients in "the classic age of confinement" under all circumstances were brutally treated and locked up.

Even the fluent and subjective style is charming and reminds the Danes of Johannes Ewald (1743-81) and perhaps - were it to be translated - the English of Lawrence Sterne (1713-68). Maybe the booklet of just 75 pages is worthy of a translation?

Litteratur

Andresen, Christopher Schroeder. Min Sinds-sygdom i Aaret 1783, udgivet af Vilhelm Maar, Leiden: E.J. Brills forlag og trykkeri, 1925.

Ørsted, Anders Sandøe. Af mit livs og min tids historie. København: Arne Frost Hansens forlag, 1951.

Sygehistorier - Journalgangen 1855 Almindelig Hospital i København

af Bodil Haarmark

Hospitalsmonografier beskriver ofte et hospitals bygninger, dets økonomi og ledende personale. Kun yderst sjældent nævnes andre personalegrupper, og patienterne, som hospitalerne egentlig blev bygget for, omtales stort set ikke.

Siden 1980'erne er der dog fokuseret mere på patienternes rolle i medicinhistorien. Udgivelsen af breve, dagbøger og erindringer, hvor hovedpersonen fortæller om sine sygdomsoplevelser og behandlinger er blevet væsentlige kilder, som de beskrives i Roy Porters artikel: "The Patients View, Doing Medical History from Below"¹, men de er skrevet af en begrænset kreds, som ofte stammer fra de bedre sociale lag i samfundet.

Patientinformationer kan også fremdrages i hospitalernes patientprotokoller. Her er deres køn, alder og profession indskrevet sammen med indlæggelses- og udskrivningsdag. Ofte er diagnosen også indskrevet. Sammenstilles disse informationer kan patienternes sociale profil vises samt de mest almindelige sygdomme på et bestemt tidspunkt som det er vist af G.B. Risse i: "Problems and Methods in the History of Hospitals"². Senest har J. Bleker gennemgået et stort patientmateriale fra en medicinsk afdeling i årene 1819-1829³. Begge forfattere påviser også hvilke problemer, der kan være med at anvende historiske diagnoser og deltager i den løbende europæiske debat om hospitalernes "farlighed". Havde patienterne større risiko for at dø af hospitalsinfektioner end af deres egne sygdomme ?

Læger har i mange år anvendt patientjournaler for at finde sjældne sygdomme eller for at se hvornår nye operationsmetoder blev anvendt. Ofte er journalerne af fortidens store kulturpersonligheder blevet undersøgt flere gange for at finde den eksakte nutidige diagnose.

Blandt historikere har der også været en stigende interesse for at anvende journaler som kilder til fortidens medicinske behandlingsmetoder og

sygdomsopfattelser, som vist af G. Risse og J. Warner i deres essay om: "Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History."⁴ Ved at se på patientjournaler fra hospitaler, private institutioner og fra praktiserende læger, har de påvist hvorledes den kliniske praksis har ændret sig over tid. De påviser også hvorledes patientpopulationens demografiske karakter ser ud og viser eksempler på hvilken betydning køn, klasse og race kan have haft for behandlingen. Endelig sammenligner de også de kliniske ideer med den kliniske praksis for at se forholdet mellem teori og praksis.

Ib Søgård skrev i 1993 i *Bibliotek for Læger*⁵ også en overbevisende artikel om, hvorfor patientjournaler burde bevares, og han påpeger vigtigheden af dette, dels af hensyn til det kliniske arbejde og forskningen, dels af medicinsk-historiske grunde.

Formålet med denne artikel er, inspireret af ovenstående forfattere, at vise hvor mange informationer om patienterne, deres sygdomme og behand-

Fig.1.

Almindelig Hospital i København. Tegnet af den franske arkitekt N.-H. Jardin (1720-1799) i 1769. Medicinsk Historisk Museum.



ling, der kan fremdrages fra journalerne. Undersøgelsen tager sit udgangspunkt i journaler fra Almindelig Hospital, som lå i Amaliegade i København. (Fig.1) Journalerne fra 1855, som befinder sig på Medicinsk-Historisk Museum i København, er valgt, fordi de repræsenterer den sidste samlede årgang, før den medicinske og kirurgiske afdeling blev opsplittet i flere nye afdelinger på hospitalet.

Regler for journalskrivning og opbevaring

Patientjournaler har været kendt siden oldtiden, men har kun været sporadisk nedskrevet. Først efter den franske revolution, hvor studenterne ved hospitalerne lærte akkurate observationer og at nedskrive dem, blev journaler ført systematisk. Dette skabte senere basis for både den kliniske medicin og forskningen.

I de fleste hospitalsreglementer eller lægeinstrukser kræves det ofte af lægen, at han skal føre journaler over patienterne. I lægeinstruksen for Kgl. Frederiks Hospital fra 1756, som er den ældste i Danmark, står følgende:

“Han skal holde en ordentlig Dag-Bog over de Syges Tilstand, Sygdommens Beskaffenhed, Af- og Tiltagelse, samt de Medicamenter, som dem foreskrives og med særlig accuratesse der ud i den anmærke og anføre alle de selv samme Tildrageligheder, som forefalder, ...Dagbog skal og naar han forlader Tienesten forblive ved Hospitalet.”⁶

På Almindelig Hospital blev journalerne fra henholdsvis den kirurgiske og medicinske afdeling skrevet på løsslade, som blev samlet månedsvis og indbundne. Bindene blev sat i et værelse ved siden af den medicinske overlæges kontor. I Instruks for Overlæge står følgende: “Overlægerne skal ved enhver Patients Indlæggelse i deres respektive Sygeafdeling, lade optage en nøjagtig Sygehistorie, og paasee, at den tilbørligen fortsættes, indtil Patienten forlader Afdelingen eller dør. I første Tilfælde vil det i Journalen omhyggeligen blive at bemærke, i hvilken Tilstand Patienten er bleven udskreven. Doer derimod den Syge, tilføies der en Beskrivelse af hvad Undersøgelsen af Liget har udviist, saafremt Obduction har fundet sted. Samtlige til Afdelingen hørende afsluttede Sygehistorier maa ved hver Maa-neds Udgang samles og ordnes, hvornæst de afgives til Inspectøren, som besørger dem indbundne og hensatte i Overlægens Værelse. Sygejournalerne er Hospitalets Ejendom.”⁷

Journalerne er i oktavformat med et fortrykt hoved hvorpå står: No, Litt (bogstav på værelse) og Mensis (måned). Herefter skrives patientens navn, alder og profession og de første demografiske data kan indsamles. (Fig.2) Det er af interesse at se kønsfordelingen af de indlagte, deres alder og profession. På Almindelig Hospital var der indlagt mange unge prostituerede

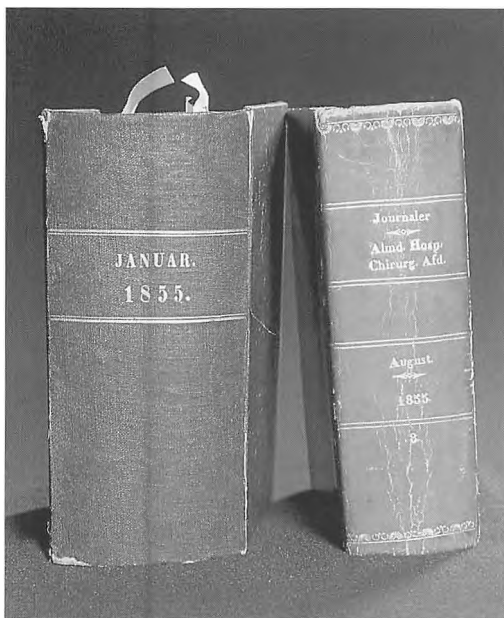


Fig.2.
*Journalbind fra henholdsvis
den medicinske - og kirur-
giske afdeling i 1855.
Medicinsk Historisk Museum.*

kvinder med syfilis, som gav en overvægt af kvinder på den medicinske afdeling. Men patienterne var generelt væsentlig yngre end i vore dage. Ældre syge er måske blevet indlagt på hospitalets fattiglems afdeling med det samme.⁸ Men i modsætning til Kgl. Frederiks Hospital, som ikke modtog børn under 7 år, hudsygdomme eller inkurable syge, skulle Almindelig Hospital optage alle patienter.

Professionerne er nøje indskrevet ved de mandlige patienter, og de kommer typisk fra de lavere sociale klasser. Kun enkelte er fra højere sociale klasser. De fleste er arbejdsmænd, lærlinge eller svende, og næsten alle håndværk er repræsenteret. Ved kvinderne er der få stillingsbetegnelser, derimod optegnes deres civilstand som gift, ugift evt. jomfru. Kun enkelte har stillinger som syersker, tjenestepiger, opvartersker eller fabriksarbejdere. Prostituerede kvinder var indlagt på den medicinske afdeling og betegnes som scortum, der er et latinsk ord for skøge. De skulle også, som den eneste patientgruppe opgive deres adresser. Ud fra disse adresser kan byens forskellige prostitutionskvarterer aftegnes. Kvinderne skulle også angive hvor mange gange, de før havde været indlagt til behandling for syfilis, og det - indtil videre- højeste antal ses ved en 30-årig prostitueret, som indlægges for 21. gang.

Siden 1853 skulle politilægen undersøge de offentlige prostituerede 2 gange om ugen for at se, om de var smittet med kønssygdom. I alt 19.720

undersøgelser blev foretaget af politilægen i 1855. Blot ved de mindste knopper, rifter eller sår skulle kvinderne omgående indlægges på Almindelig Hospital. I de prostitueredes journaler står der også forkortelserne m.s.s. eller v.P., som betyder, at de enten har meldt sig selv eller er indlagt via politilægen.⁹ Ved prostituerede kan forkortelsen virid. også stå, hvilket betyder frisk eller grøn d.v.s. nytilkommen.

I kvindernes journaler kan der også stå R.M., som er regelmæssig menstruation, men i 1850'erne er man ved at gå bort fra denne forkortelse.

Hvilke sygestuer patienterne er indlagt på kan sammenholdes med diagnoserne for at se, om enkelte smitsomme sygdomme har været samlet på specielle stuer, eller de er spredt. Tuberkuløse patienter blev lagt på forskellige stuer, men syfilitiske kvinder blev samlet på tre meget store stuer Æ, Ø og Y med op til 34 kvinder pr. rum, som i øvrigt også var nogle af de ringeste sygestuer. Patienter med epilepsi eller "Morbus Mentalis" blev altid indlagt på DA stuen, måske har der været specielle tvangsmidler som f.eks. spændetrøjer på denne stue.

Diagnosen

Diagnosen blev altid skrevet i journalens øverste højre hjørne og her kunne stå flere, hvis patienten led af flere lidelser på en gang.

Ikke alle datidens sygdomsbetegnelser kendes i dag f.eks. chlorose, morbus mentalis eller senilia, og en del af de diagnoser, der dengang anvendtes, har helt andre ofte mere specialiserede navne i dag. Navne som først senere er blevet påhæftet sygdommene, efter de er blevet udforsket. Den daværende diagnose "Morbus cordis" ville i dag kunne splittes op i mange forskellige hjertesygdomme.

I denne periode havde de store hospitaler adskilte medicinske og kirurgiske afdelinger; hvorimod de små sygehuse havde blandede afdelinger. Specialafdelinger fandtes ikke, derfor er mange specialer blandet på afdelingerne. På Almindelig Hospital var opdelingen følgende: Kvinder med hud- og kønssygdomme og gynækologiske lidelser blev indlagt på den medicinske afdeling; Mænd med hud- og kønssygdomme og urologiske lidelser kom til den kirurgiske afdeling. Sikker for at fordele de voldsomt mange patienter med kønssygdomme mellem sig. Almindelig Hospital var det eneste civile hospital i byen, som modtog patienter med kønssygdomme.

Det er heller ikke muligt ud fra journalerne at se, om patienterne nu virkelig led af de nævnte sygdomme, idet der ikke findes røntgenbilleder, scanningsvar eller afslørende laboratorieprøver. Derfor er det mest korrekt at bevare de historiske diagnoser i stedet for at ændre dem til mere nutidige sygdomsbetegnelser, idet diagnoserne må tolkes ud fra deres opståel-

seskontekst.¹⁰ Først den moderne medicin rader over definitioner af sygdomsbilleder, som ud fra objektive parametre tillader at bestemme om, en diagnose er rigtig eller forkert.¹¹

Men de daværende diagnoser kan bringes ind i kategorier, som også er forståelige i moderne forstand, som den følgende, opstillet af J. Bleker¹²:

1. Akutte almensygdomme
2. Bevægeapparatets sygdomme
3. Kroniske almensygdomme
4. Kvindesygdomme
5. Ånds-, hjerne- og nervesygdomme
6. Hudsygdomme
7. Øre, næse og hals sygdomme, tandsygdomme samt øjensygdomme
8. Respirationssygdomme
9. Hjertesygdomme
10. Kønssygdomme
11. Mavesygdomme
12. Øvrige sygdomme

Opstillingen skal for en kirurgisk afdeling også tilføjes punkterne:

13. Skader eller traumer.

De mest udbredte sygdomme i 1855 for både den medicinske og kirurgiske afdeling er hud- og kønssygdomme. Lungetuberkulose forårsagede de fleste dødsfald på hospitalet.

Men for at se sygdomsmønstrene kan man også blot sammentælle antallet af de datidige diagnoser. Her ses de 5 største indlæggelsesgrunde fra den medicinske- og kirurgiske afdeling og børn mellem 0-15 år er medtaget. De gamle diagnosenavne er anvendt:

Kirurgisk Afdeling		Medicinsk Afdeling	
Scabies	18 %	Syphilis	58 %
Syphilis	16 %	Phthisis - lungetuberkulose	20 %
Gonorrhoea	14 %	Morbus Mentalis	9 %
Ulcus cruris	11 %	Bronchitis	8 %
Prurigo	4 %	Morbus Cordis	5 %

Ved at undersøge en hel årgang journaler kan "sæsonen" for de forskellige sygdomme følges, og der fremkommer et mønster over de forskellige sygdommes hyppighed sommer som vinter. I sommermånederne er febersygdomme fl. Gastrica og fl. Typhoidea mere fremherskende end om vinteren, hvor lungesygdommene er mest fremtrædende.

Teksten

Efter diagnosen følger selve sygehistorien, med patientens subjektive klager og lægens objektive undersøgelse, der ofte skrives med et meget neutralt ordvalg.

Alkoholikere omtales ofte kun som "hengivne til Nydelsen af Spiritus" eller "Potator", mandlige patienter med kønssygdomme har "oftere celebreret coitus", det vil sige har oftere haft samleje. Kun i få tilfælde skinner fordomme igennem som "Pt, der udskreves herfra Hospitalet, hvor han i de sidste 3 Måneder har ligget 3 Gange for samme Sygdom for omtrent 14 Dage siden er meget hengiven til Nydelsen af Spirituosa."¹³ Eller ved en 15-årig kvinde, som indlægges med syfilis: "Hun tilstaar en Gang at have celebreret Coitus med en ubekjendt Mandsperson".¹⁴

Ved de små børns journaler gøres der rede for, hvorfor sygdommens opståen ikke kan nedskrives som f.eks. ved en 7-årig dreng: "Pt der kun meget dårligt kan give nogen Oplysning om sin tidligere Tilstand".¹⁵

Ved en gennemgang af journalerne ses det, at de er meget stereotype i deres sprogbrug og der har ligget en næsten fast ældre skabelon, som lægerne har skrevet efter.

De ældste journaler er skrevet på latin, dog ikke altid fra de kirurgiske afdelinger, men fra 1830'erne og 1850'erne bliver de efterhånden også her skrevet på latin. På Almindelig Hospital går lægerne i det travle koleraår 1853 over til at skrive på dansk. Den kirurgiske afdelings journaler bliver i 1820'erne og 1840'erne hovedsagelig skrevet på dansk, kun meget korte journaler blev skrevet på latin. I 1842 ændrer dette sig, og de skrives alle på latin. Journalerne strammes op, og alle starter med en kort indledning: Constitutio, Mrb prægr, Causa mbr, Duratio morbi adhib, Medicamina.¹⁶ Dette kan måske hænge sammen med at de medicinske læger blev uddannet på Universitetet og de kirurgiske på Kirurgisk Akademi. Al undervisning blev sidstnævnte sted givet på tysk og dansk. Eleverne var ofte barbersvende uden længere skoleuddannelse,¹⁷ og først i 1842 blev de to uddannelser slået sammen. Dette kan måske have givet en højnelse af den kirurgiske stand, så journalerne nu også kunne skrives på latin. Men lægerne på den kirurgiske afdeling begynder også i 1850'erne at skrive på dansk igen. Den kirurgiske afdeling havde ikke så mange indlæggelser som den medicinske, og gennemgående er journalerne mere ordknappe end på den medicinske afdeling.

Undersøgelsesteknikker

Medicinsk afdeling- undersøgelse og behandling

På den medicinske afdeling var Mads Christensen overlæge i 1855. (Fig.3) I journalerne fra denne afdeling udspringer patienten om sin tidligere hel-



*Fig.3.
Overlæge Mads Christensen
(1805-1864).
Medicinsk Historisk Museum.*

bredstilstand, sygdommes tidligere forløb og eventuelle medicinering samt de nuværende klager. Den medicinering patienterne måske før har fået eller behandlet sig selv med kan også være af interesse. Hvorledes behandlede patienter sig selv før de kom til hospitalet? Det er sjældent at disse informationer ellers findes. Desværre bliver det ikke nævnt så hyppigt.

Herefter undersøges patienten og eventuelle lægemidler udskrives.

Et eksempel på en typisk medicinsk journal er denne. Patienten er en 19-årig kvinde: "Pt, der første Gang var menstrueret da hun var 18 Aar, og derefter kun to Gange, hver Gang med flere måneders Mellemrum, sidste gang for 6 Uger siden, har som lille Barn været meget scropuløs er af phthisisk Herkomst og har siden sit 9de Aar været plaget af en hæftig Hoste hvortil i de sidste 2-3 Aar har sluttet sig Kortaandedhed og Hjertebanken, der især

fremkaldes ved at stige op ad Trapper. Hun har i det sidste 1/2 Aar oftere lidt af temmeligt stærkt Næseblod. Hun har ei havt Kulde eller Hede over sig, heller ingen Nattesved, men hun mener at være magret noget af siden hun for 5 uger siden blev udskreven her fra Hospitalet, hvor hun oftere har ligget for samme Sygdom. Hosten fremkalder Smerte udi høire Bryst og Ryggen og ledsages af et slimet klattet Opspyt. Leie paa venstre Side taales ei. Søvn en Nat urolig, hun klager over Hovedpine af og til i Isse-regionen. App (appetitten) ringe, ingen Tørst, bitter Smag, Qualme af og til, suurt bittert smagende Opstød ofte en fornemmelse af en Kugle steg hende op i Fauces. Smerte i Cardia, der er ømt ved tryk. Tungen belagt bagtil, bleg, Aabning træg god idag, P naturlig- Hun angiver bestandigt at føle kulde i Fødderne og at være mat.

Stetoskopien af Hjertet og Halskarrene afgiver neppe noget Abnormt. Percussionen af forfladen af Brystet er klar; bagpaa er den mat i reg supraspinales. Man hører forlænget Udånding i reg infraclav. Og i begge regg. supraspin."

Patienten behandles med salmiakmikstur og udskrives 35 dage senere "i bedret tilstand."¹⁸

De fleste patienter kommer igennem denne ovenstående undersøgelse på den medicinske afdeling med den nøje beskrivelse og undersøgelse. Perkussion og auskultation anvendes hyppigt. Tungen undersøges nøje, da den er det eneste indre organ, der kan ses, derfor bliver det væsentligt at observere, om den er belagt, bleg, eller tør. Pulsens undersøges på samme omhyggelige måde. Er den svag, lille eller fuld og stærk og pulsslagene tælles. Patienternes madlyst og smag i munden undersøges også nøje. Der forhøres også om patientens afføringsmønster, som er et af de få områder, der meget effektivt kunne behandles.

Hud- og kønssygdomme blev delt mellem den medicinske og kirurgiske afdeling, således at kvinderne blev indlagt på den medicinske afdeling og mændene på den kirurgiske afdeling.

Journalerne for disse sygdomme adskiller sig væsentligt fra de andre. Her er der ingen interesse for patienternes tidligere lidelser som f.eks. ved denne 20-årige prostituerede kvinde, der 8. gang er indlagt under diagnosen "Syphilis", som kunne dække over flere kønssygdomme. Mænd med tilsvarende kønssygdomme skulle ikke opgive deres adresse. Samtidig notes det, om de er blevet indlagt af politiet eller har meldt sig selv.

I journalen står blot følgende: "Midt paa den indv. Flade af høire Lab. maj. sees en lille Gruppe ulcererede Punkter af en Ærts Størrelse."¹⁹

Målene på sårene svinger fra et hampfrøs størrelse og op til en mønts størrelse.

Behandlingen bestod af lapistouchering og omslag med blyvand. Hvis kvinderne alligevel havde store hududslæt, behandledes de med kviksølv-piller.

Kun i de tilfælde hvor kvinderne led af "skøgekolik" eller andre medicinske lidelser, blev de undersøgt på samme måde som de øvrige patienter.

Baggrunden for disse journaler skal ses i den eksplosive stigning af antallet af syfilispatienter, som fandt sted i løbet af 1800-tallet. Myndighederne og lægerne ønskede at bekæmpe sygdommen ved at undersøge de prostituerede kvinder, som man mente var årsagen til sygdommens udbredelse, og allerede fra begyndelsen begyndte man at tvinge de prostituerede kvinder til at blive indskrevet hos politiet som "offentlige fruentimmere" og samtidig tvinge dem til gynækologiske undersøgelser. Der fandtes ingen love, der berettigede til dette skridt før 1874, hvor "Loven om Foranstaltninger til at modarbejde den veneriske Smittes Udbredelse" blev vedtaget.²⁰

I undersøgelsen af journalerne ses det, at de kvinder, der blev indlagt efter visitationerne ikke var så medtagne, som de kvinder, der længe havde skjult deres sygdom, før de meldte sig selv og som ofte måtte have den

Fig.4.
Hospitalets medicinstue. Optagelse fra en senere periode.
Medicinsk Historisk Museum.



skrappe kviksølvkur. Undersøgelsen viser samtidig, at det er kvinder, som ikke for øjeblikket havde arbejde, der kom ind. Ofte står der blot, at de har tjent indtil en bestemt dato og nu "ligger ledig". Derefter har de måttet klare sig selv og er havnet i prostitution.

Efter hovedteksten beskrives selve behandlingen af patienterne, som stadig i 1855 var præget af humoralpatologien, hvor de syge stoffer skulle udrenses af patientens krop, men dog ikke i en rendyrket form som tidligere. Derfor anvendtes afførende midler, brækmidler, svedekure, hudblærelærende midler, salivationskure, diuretica, og endelig slimløsende midler.²¹ Ved siden af de indre midler blev også anvendt fysiske metoder såsom venesektion, blodkopper, igler og vesikatorier. (Fig.4)

I 1855 var det mest anvendte lægemiddel på hospitalet amerikansk olie (ricinus olie), næsten hver patient behandles med dette middel. Brækmidler anvendes kun sjældent f.eks. i forbindelse med lungebetændelse, hvor de dårligste patienter også udsættes for en venesektion. Men på dette tidspunkt diskuteres det, om det hjælper, eller om patienterne ikke belastes unødigt med denne behandling.²² Der har været tale om glidende overgange. Måske er venesektioner mere anvendt for en sikkerheds skyld. De gamle traditioner har været vanskelige at forlade, når der ikke har været mere effektive midler at anvende.

De forskellige sygdomme behandles med specifikke lægemidler. Således behandles hjertesygdomme med ødemer med diuretika og digitalis. Hostesaft, specielt salmiakmikstur, bruges til alle typer af både hjerte og lungesygdomme.

Som lindrende midler anvendes ofte blodkopper og igler. Blodkopper, som var opvarmede glaskopper i hvilke, der efter en lille opskæring i huden, blev opsamlet blod, blev anvendt i forbindelse med smerter i bevægeapparatet og igler blev ligeledes anvendt når bylder eller svulster trykkede eller spændte. Næste dag noteres det i journalerne, om der var lindring efter anvendelsen eller ej.

Når patienterne var svært forpinte eller urolige, som det ofte var tilfældet med de tuberkuløse patienter, blev der anvendt opiumsdråber, der har haft en smertelindrende - og søvndyssende effekt.

Patienter, der kom ind med diagnosen "morbus mentalis", fik som oftest ingen behandling. Hvis de led af hovedpine, fik de et koldt omslag om hovedet men som andre urolige patienter, fik de ikke opiumsdråber. Enten blev de rolige af sig selv, eller de blev i løbet af få dage udskrevet til Sankt Hans Hospital i Roskilde som blev oprettet i 1809. Enkelte patienter blev dog også sendt hjem til deres familie igen.

Ved at sammenholde diagnoserne med den ordinerede medicin kan det afsløres, om der blev behandlet mest med indvortes eller udvortes midler, og der kan sættes skemaer op for de enkelte sygdomme og deres behandling.



Fig.5.
Overlæge Søren Eskildsen Larsen
(1802-1890). Medicinsk Historisk
Museum.

S. E. Larsen

Kirurgisk afdeling

Undersøgelse og behandling

På den kirurgiske afdeling var Søren Eskildsen Larsen (1802-1890) overlæge på dette tidspunkt. (Fig. 5) Journalerne herfra adskiller sig væsentligt fra journalerne på den medicinske afdeling. Der fandtes ingen skadestue på hospitalet, så patienter, der kom til skade i byen, blev indlagt.

En barber kunne have set på patienten først som følgende journal viser. Patienten er en 60-årig arbejdsmand: "For et Par Timer siden faldt Patienten ned ad en Trappe fra anden Sal og slog Panden mod Væggen, hvorved han paadrog sig et Saar, der blødte meget stærkt; han gik derpaa til en Barber, der standseede Hæmorrhagien og forbandt ham løseligen, hvorefter han kom herind. Ved Undersøgelsen sees nu på venstre side af Panden et Saar, der begynder tæt udenfor radix nasi og derfra strækker sig i Retningen indenfra uclad og lidt ovenfra nedad, omtrent følgende med supercili- et og har en længde af omtrent 3". Paa sin underste Deel er Saaret meget dlybt og gabende, men ingen denudation af Benet kan opdages, i sin ydre Deel bliver det mere overfladisk. Saavel palpebra sup. som inf. have et

ecchymotisk Udseende, men selve Øjet feiler intet. Saaret forenedes ved 2 Suturer og 3 Serres-fenes (sårklemmer).” Patienten får herefter lagt et koldt omslag.²³

I dag ville patienten med stor sandsynlighed være blevet sendt hjem, men denne patient skulle blive liggende på afdelingen i 12 dage indtil såret var helt lægt.

Traumebehandling var en del af afdelingens opgaver, og operationer for bl.a. mammacancer blev også foretaget men ikke særskilt hyppigt. Ved operationerne blev der i denne periode anvendt kloroformanæstesi til tider med svære eftervirkninger.

Størstedelen af indlæggelserne på denne afdeling skyldes igen hud- og kønssygdomme. Største indlæggelsesårsag var fnat herefter var det syfilis. Gonoré var en diagnose der kun blev anvendt ved mænd, i denne periode led kvinder tilsyneladende ikke af sygdommen ifølge journalerne. Behandlingen af skinnelbenssår optog også mange sengepladser. Behandlingen var konservativ med omslagsbehandling.

Erling Dahl Iversen har undersøgt den kirurgiske diagnostik og behandling på det nærliggende Kgl. Frederiks Hospital for perioden 1795-1800 og fandt det samme konservative behandlingsmønster, som her i 1855, selv om flere operationer var mulige i 1855.²⁴

Undersøgelsen af patienterne var anderledes på den kirurgiske afdeling end på den medicinske, her undersøgte kun det specifikke syge sted, der blev ikke foretaget en generel undersøgelse af patienten.

Behandlingen var stadig præget af humoralpatologien som på den medicinske afdeling.

Ved en gennemgang af journaler kan de forskellige sygdomme og deres behandling ses. Ofte har det ligget fast, hvad de specifikke sygdomme skulle behandles med.

Patienterne lå på begge afdelinger, indtil de var raske. Der var ingen ambulatorier eller nogen form for efterbehandling. De patienter, som ikke blev helbredt i løbet af 6 måneder eller døde inden for denne tidsfrist, blev overlagt i Lemmeafdelingen. Når en håbløst syg patient blev indlagt, blev vedkommende også overført, inden tidsfristen var overskredet.

Stuegang og liggetider

Patienterne fik ikke altid medicin eller behandling efter den første undersøgelse, der kunne godt gå en dag eller to, før en egentlig behandling blev iværksat. (Fig.6)

I journalerne kan antallet af lægernes stuegange optælles for at se, om der var inspektion hver dag eller kun engang imellem, eller om en af afdelingerne har været mere ihærdig med stuegangen. Men her i 1855 var der ikke stor forskel. Stuegangene har været "behovsrelaterede". Stuegang skal



Fig.6.
Sygestue på hospitalet. Optagelse fra en senere periode.
Medicinsk Historisk Museum.

også sammenholdes med liggetiderne, som i denne periode er meget lange. Her kan liggelængden optegnes for de to køn, eller for de enkelte sygdomme på afdelingerne. Kure for fnat og syfilis kunne hurtigt gennemføres, hvorimod behandlingen af hjerte- lungesygdomme og skinnbenssår kunne tage måneder.

Status

I alle journaler er det omhyggeligt optegnet i hvilken tilstand, patienterne er udskrevet. Som oftest "helbredt", men i tilfælde af mere kroniske sygdomme bliver der noteret "i bedret tilstand". Enkelte patienter har heller ikke været tilfredse med behandlingen og har udskrevet sig "efter eget ønske" eller "på forlangende". I disse tilfælde er det vanskeligt at afgøre, om patienterne har fundet behandlingen for ubehagelig, eller de har indset, at der ikke har været nogen effekt af behandlingen og derfor ikke har ønsket at bruge mere tid på hospitalet. De kan måske også have være bekymrede over deres arbejdssituation. Betegnelsen "inkurabel" anvendes ikke, der skrives kun "Overlagt i Lemmeafdelingen".

De helbredte patienter var måske heller ikke lige helbredte. Ofte genindlægges patienter med hjerte eller lungesygdomme. De prostituerede er

de eneste, der får optegnet i journalerne hvor mange gange, de har været indlagt før og de udskrives altid helbrede, men indlægges ofte under den samme diagnose få måneder efter. Så hvor mange, der egentlig blev rigtigt helbredt, vides ikke. Der har været en vis prestige i at have mange helbrede patienter; Kgl. Frederiks Hospital og Almindelig Hospital lå tæt på hinanden, og der kan have været sammenligninger mellem helbredelsesprocenten på afdelingerne. Almindelig Hospital havde mange syfilitiske kvinder indlagt, som hurtigt blev udskrevne som helbrede, men på den anden side modtog hospitalet også alle de gamle og meget syge patienter, som Kgl. Frederiks Hospital ikke ville indlægge, så en sammenligning er vanskelig.

En svensk undersøgelse af helbrede patienter mellem 1845-1890 har undersøgt om de helbrede virkelig var helbrede, og her viser det sig, at de fleste helbrede kunne se frem til en relativt langt liv efter udskrivelsen, men det har været afhængigt af hvilken sygdom, de led af.²⁵ Endelig var de fleste patienter stadig yngre mennesker, som grundlæggende er stærkere end de ældre. Kriterierne for helbredelse har været mangelfulde, f.eks. kunne syfilispatienter overgå i et latent stadie uden synlige sygdomstegn eller blive spontant helbrede.

De døde patienter blev alle obduceret, kun i få tilfælde nedlægges de pårørende forbud mod dette. Rapporterne er hæftet sammen med journalerne i slutningen af journalbindene. Obduktionsrapporterne er altid skrevet på dansk.

En gennemgang af journaler kan også være med til at af- eller bekræfte om datidens hospitaler var "hotbeds of disease " eller fungerede som "gateways to death".²⁶ Nyere europæiske undersøgelser tyder på, at forholdene på hospitalerne ikke var så dårlige som tidligere antaget.²⁷ Men der er forskelle på hvilke sygdomme eller operationer, der er tale om. Dødsprocenten på Almindelig Hospital var i 1855 på 9,7 %, så tages tidens manglende formåen til at behandle effektivt i betragtning, var det ikke et døds hospital. Anderledes så det naturligvis ud under koleraepidemien i 1853, hvor hospitalets forhold blev stærkt kritiseret. De fleste dødsfald forekom på den medicinske afdeling.

Plejen af de svækkede patienter har været afgørende for den senere helbredelse. Plejedelen af journalerne mangler i forhold til i dag, kun den ordinerede medicin nævnes. Så den nærmere pleje af patienterne kan ikke undersøges ud fra dette materiale.

Lærdom og lærebøger

En komparativ analyse af journaler fra flere hospitaler kan også være væsentlig for at se, om sygdommene er blevet behandlet ens på et givent tids-

punkt eller behandlingen afviger markant. Store hospitaler har også fungeret som undervisningshospitaler. I 1855 foregår undervisningen af de kommende læger på Almindelig Hospital og på Kgl. Frederiks Hospital, og hvis patientbehandlingen er omtrent ens begge steder, viser det også, hvad de unge læger har lært på et givent tidspunkt, og dette kan have betydning for den senere patientbehandling andre steder i landet.

Det er også nyttigt at foretage en komparativ analyse af journaler og lærebøger for at se om der er nogen overensstemmelse mellem en teoretisk sygdomsbehandling i lærebogen og den praktiske behandling på hospitalet. En af hospitalets senere overlæger L. J. Brandes, skrev en lærebog om de indvortes sygdomme i 1859, der giver et andet billede af sygdomsbehandlingen end det fremgår i journalerne. Forfatteren er som oftest optimistisk og sætter pris på at vise, at han selv er velorienteret om handlingerne af de forskellige medicinske sygdomme og nævner derfor mange forskellige behandlingsforsøg, som læger har udført både herhjemme og i udlandet. Dette gør bogen meget værdifuld i sig selv, men i journalerne er der en fast måde at medicinere på, og der blev ikke eksperimenteret på samme måde med forskellige behandlinger som angivet i lærebogen.

Konklusion

Hospitalsmonografier beskriver ofte et hospitals bygninger og ledende personale men kun yderst sjældent nævnes patienterne. Siden 1980'erne er der dog blevet fokuseret mere på patienternes rolle i medicinhistorien. Denne artikel undersøger hvor mange informationer, der kan indhentes ved en systematisk analyse af patientjournaler, i dette tilfælde journaler fra Almindelig Hospital i København årgang 1855. Her afsløres patienternes sociale profil, deres sygdomme og den datidige behandling af dem. På hvilket stadium den praktiske medicin stod, kan ses, og undersøgelser af journaler kan også være med til at af- eller bekræfte, om hospitalerne var dødsfælder eller ej. En sammenligning med andre hospitalers journaler kan vise i hvor stor udstrækning behandlingen var ens på hospitalerne og ved at sammenligne med den datidige faglitteratur kan forskelle mellem teori og terapi afsløres. Men væsentligst er næsten patienthistorierne, som giver et indblik i patienternes dagligdag for næsten 150 år siden. Patienterne var yngre mennesker, som oftest kom fra de lavere sociale klasser. På grund af dårlig hygiejne, ringe boligforhold og underernæring blev de ofte lette ofre for datidens "storby sygdomme" såsom hud- og kønssygdomme og lungesygdomme. Tuberkulosen var den sygdom, som de fleste patienter døde af på hospitalet.

Summary

Bodil Haarmark
Patient Records from the
Copenhagen General Hospital in 1855

Hospital monographs frequently describe the buildings and the leading staff but rarely the patients. However, the 1980s and 1990s called attention to the importance of the perspective of patients of the past. The chapter reports an examination of the quality and extent of information retrieved through a systematic search of patient records from the Copenhagen General Hospital, extending back to 1855. The charts illuminated the social conditions of the patients in addition to their illnesses and the treatments characteristic of the day. Analyzing the state of medical practice revealed in the records, the author tested whether hospitals in reality were no more than gateways to the afterlife. Comparisons among hospitals showed the extent to which treatments varied across institutions. Correlations between the evidence of the patient charts and the ideals of the professional literature at the time revealed the differences between theory and practice. The records yielded important insights into the daily lives of patients admitted 150 years ago. They generally were younger and of lower social class. For reasons of poor hygiene, poor housing, and poor nutrition, they fell victim to the classical diseases of the crowded urban environment, including lung, skin and venereal diseases. Of these, tuberculosis killed most patients admitted to hospital.

Litteratur

1. Porter R. The Patients View, Doing Medical History from Below. Theory and Society 1985 marts;14(2):175. London.
2. Risse GB. Hospital History: New Sources and Methods. I: Porter R, Wear A, red. Problems and Methods in the History of Medicine. London; 1987. s. 175 ff.
3. Bleker J. Die medizinische Funktionen des frühmodernen Krankenhauses. I: Lapish A, Warner J, red. Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett - Zur sozialgesichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt; 1996. s. 124 ff.
4. Risse GB, Warner J. Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History. Social History of Medicine. 1992; s. 5.
5. Søgaard I. Bør patientjournaler bevares? Bibliotek for Læger 1993;1.
6. Tryde G. Det kongelige Frederiks Hospitals Oprettelse. Kjøbenhavn; 1945. s. 105.
7. Instruks for Overlægerne ved almindeligt hospital 1866. Stadsarkivet, Arkiv for Almindelig Hospital.
8. Om patienters aldersfordeling før og nu se: Vallgård S. Har der altid været mange gamle patienter på sygehusene? Bibl for Læger 1995;3:254 ff.
9. Haarmark B. Patient og fattiglem på Almindelig Hospital i 1850'erne. Set & Sket i Medicinsk Historisk Museum 1996;6:11.
10. Risse GB. Hospital History. op.cit. s. 183.
11. Bleker J. op.cit. s. 124 ff.
12. Bleker J. op. cit. s. 129.
13. Medicinsk afdeling, marts No. 142.
14. Medicinsk afdeling, marts No 48.
15. Medicinsk afdeling, august No161.
16. Patientens konstitution, tidligere sygdomme, sygdomsårsagen, hvor længe den nuværende sygdom har været og medikamenter.
17. Koch J. I: Academia Chirurgorum regia 1787-1987. København; 1988. s. 48.
18. Medicinsk Afdeling, maj No 20.
19. Medicinsk Afdeling, februar No 17.
20. Hartmann G. Boliger og Bordeller. København; 1967. s. 64.
21. Risse GB. Hospital life in Enlightenment Scotland. Cambridge; 1986. s. 187 ff.
22. Brandes L.J. Haandbog i Læren om de indvortes Sygdomme. Kjøbenhavn; 1859. s. 79.
23. Kirurgisk afdeling, august No 151.
24. Dahl-Iversen E. Den Kirurgiske Diagnostik og Behandling på Det Kongelige Frederiks Hospital i Årene 1795-1800. København; 1966.
25. Brändström A. A Life after Dismissal ? Patients' Life Histories at a Swedish County Hospital, 1845-1890. I: Woodward EJ, Jütte R. Coping with Sickness- Historical Aspects of Health Care in a European Perspective. Sheffield; 1995.
26. Mckeown T, Brown RG. Medical Evidence Related to English Population Changes in the Eighteenth Century. Population studies; 1955-1956.
27. Som vist i undersøgelser af Riese og Bleker , op.cit. , Risse & Harley, op. cit. samt Sigsworth EM. I: Mathias P., red. Gateways to Death ? Medicine, Hospitals and Mortality, 1700-1850, Science and Society 1600-1900. Cambridge; 1972.

Neurokirurgi i Nykøbing 1922-1950

- træk af en provinskirurgs livsværk

Af Ib Søgaard

I december 1939 var der i Ugeskrift for Læger en artikelserie om kirurgi-ens udspecialisering i Danmark. Det var et emne, som dengang såvel som i dag hyppigt blev omtalt, både i fag- og i dagspressen.

Chefen for en af provinsens store kirurgiske afdelinger, overlæge *Thorvald Eiken*, Aalborg Amtssygehus, indledte med at slå fast, at kravet om en yderligere udspecialisering af kirurgien hang sammen med "den enestående udvikling, vort hospitals- og sygehusvæsen har gennemgået de sidste år. Herved er vort land blevet forsynet med et stort antal større og mindre, men gennemgående ret små hospitals- og sygehusafdelinger, der alle er veludstyrede og velindrettede. Ikke alene de kirurgiske afdelinger ledes af kirurger, men også de blandede sygehuse har som chefer læger, der i det mindste er fortrinvis og ofte fortrinligt kirurgisk uddannede, og den jævne kirurgi har ganske sikkert gode kår her i Danmark. Hvert sygehusafdeling er et rige for sig, der er indrettet og virker i hovedsagen ganske som naborigerne, men i øvrigt fører sin tilværelse i splendid isolation i samarbejdet mellem de forskellige kirurgisk arbejdende afdelinger der, også indenfor fællesområder, som bekendt i reglen er minimal. Denne ordning og ensretning må nødvendigvis medføre en stærk udstykning af patientmaterialet, hvilket igen vil bevirke, at ved alle sjældnere, vanskelige lidelser vil kun få eller ingen danske kirurger kunne erhverve sig sådan erfaring og teknik, at de bliver i stand til at mestre behandlingen af disse sygdomme".

Eiken sluttede med at konkludere, at spørgsmålet om kirurgien burde udspecialiseres, måtte efter hans mening ubetinget besvares med et ja¹.

Overlæge *Johannes Fabricius-Møller*, leder af kirurgisk afdeling på Aarhus Amtssygehus, var i princippet enig med Eiken, men fandt dog, at sagen på

daværende tidspunkt ikke kunne føres igennem i provinsen, hvor både følelsesbetonede og økonomiske grunde talte imod. Men så kunne det vel gennemføres i hovedstadsområdet.²

Den tredie debattør, *Jacob Nordentoft*, var overlæge på et middelstort blandet sygehus i Nykøbing Mors.

Nordentoft var jævnaldrende med Eiken - de var begge født i 1881, de var begge speciallæger både i radiologi og kirurgi, og de var begge blevet overlæger i 1922. Men så hørte ligheden op. Jacob Nordentoft var aldeles uenig i de tidligere anførte bemærkninger om kirurgiens udspecialisering; "jeg kunne fristes til at sige, at vi i Danmark har - og i et par menneskealdrer har haft - den ideale og frivillige ordning på dette område. Det har altid her været således, at når en kirurg på et enkelt område havde særligt gode resultater, bedre end hans kollegers, så meddelte han disse resultater i faglige tidsskrifter eller selskaber, godtgjorde overfor sine kolleger, at han på dette område var i besiddelse af særlige tekniske evner og en særlig kunnen, erhvervet gennem studier i indland eller udland med særlig interesse

Fig. 1

Nykøbing Mors Sygehus 1871-1962. Bygningerne er nu revet ned. Nordentofts hus ses nederst i højre side af billedet.



før dette felt, ofte et nyopdukkende felt, et nyt virkeområde for kirurgien. Når dette var sket, sendte hans kolleger gerne patienter med sygdomme på dette område til ham, hvorved hans erfaring og teknik yderligere kunne øges. Kun et område - hjærnekirurgien - er hidtil blevet en undtagelse fra denne regel, formentlig en nødvendig undtagelse, men dog en beklagelig undtagelse, der efter mit skøn nødtigt skal multipliceres.

Det, der her har nødvendiggjort udspecialiseringen, er slet ikke særlige vanskeligheder ved den kirurgiske teknik, men kun det nødvendige samarbejde med neurologien eller en selvstændig beherskelse af neurologien fra kirurgiens side".³

Når man kommer med en så markant udmelding, må man acceptere at blive kigget i kortene. Det kan lade sig gøre, fordi samtlige patientjournaler fra Nordentofts funktionsperiode i Nykøbing er bevaret.⁴

I det følgende vil der blive redegjort for:

1. Blev neurokirurgiske patienter undersøgt og behandlet på en tilfredsstillende måde i Nykøbing?
2. Var resultaterne sammenlignelige med behandlingsresultaterne af lignende patienter på mere specialiserede afdelinger?

Nykøbing Mors Sygehus

I 1871 åbnedes Thisted Amts og Nykjøbing Kjøbstads Sygehus i Nykøbing på Mors. Det fremgår af det gamle sygehusreglement, at sygehuset var bestemt til afbenyttelse for Nykjøbing Kjøbstad og Morsø Herreds lægedistrikt og skulle altså fortrinsvis "optage syge fra dette lægedistrikt, hvis helbredelse ifølge lovgivningen bekostes af kærmerkassen, Nykjøbing Kjøbstads fattigkasse, amtspræparationsfonden eller af landkommunernes fattigvæsen, og som udfordrer dagligt lægetilsyn. Hovedhensigten med sygehuset er at skaffe de syge i distriktet, som behøve det, et sundt og godt lokale i nærheden af lægen, hvor deres behandling i fornødent fald kan kontrolleres, og hvor syge tjenesteyende kunne erholde kur og pleje, når huusbonden dertil savner plads og lejlighed" (fig. 1).

Alle distriktets læger kunne indlægge og behandle egne patienter, mens distriktslægen havde det overordnede ansvar og desuden pligt til at behandle veneriske patienter.

Først i 1918 fik sygehuset en læge, som havde en egentlig kirurgisk uddannelse, *Carl McDougal*, som var ansat som sygehuslæge indtil 01.07.1922, hvor han tiltrådte som overlæge på Nakskov Sygehus.

03.09.1922 blev Jacob Nordentoft ansat som sygehuslæge. Han var til gengæld ansat i 29 år indtil 1951, hvor han som 70-årig nødtvungen måtte gå af.



Fig. 2
Jacob Nordentoft med
jagtuglen Anders.

Jacob Nordentoft

Jacob Thomsen Nordentoft (JN) (fig. 2) blev født i Brabrand 28.02.1881 som barn nr. 12 ud af en børneflokk på 13. Forældrene var sognepræsten *Peder Nordentoft Thomsen* og *Vincentia Christiane Michelsen*. Alle børnene tog senere navneforandring til Nordentoft.

JN blev student fra Aarhus Katedralskole 1899 og blev cand. med. januar 1906 med første karakter. Efter embedseksamen var han reservelæge i Aalborg i et år, efterfulgt af to års ansættelse på flere københavnske hospitaler (Sundby Hospital, Frederiksberg Hospital og Kommunehospitalet). I 1909 skibslæge på et ØK-skib, der sejlede russiske emigranter til USA.

1910-1913 var han 1. assistent på kirurgisk afdeling, Sct. Josef Hospital i Aarhus, hvor hans 15 år ældre storebror, *Severin Nordentoft*, var chef (fig.3). Samtidig drev de to brødre en privat røntgenklinik i Aarhus. JN havde ved flere længerevarende studieophold på røntgenafdelinger i Hamburg og i Paris uddannet sig til røntgenspecialist.

1913-1918 var han ansat som reservelæge hos den navnkundige *Tage Tage-Hansen* ved Aarhus Amtssygehus.

I 1918 fik han specialistanerkendelse i kirurgi og radiologi. Fra 1919 til august 1922 var han praktiserende læge og sygehuslæge på Samsø, og



Fig. 3
Severin Nordentoft opererer på Sct. Josephs Hospital i Århus omkring 1912. Jacob N. assisterer.

03.09.1922 tiltrådte han sin slutstilling som overlæge på Nykøbing Mors Sygehus.

Under sit studieophold i Paris, som varede i et par måneder, besøgte han nobelpristageren Marie Curie, som havde påvist radiumstrålingen. I hele sin tid som overlæge i Nykøbing behandlede Nordentoft patienter, både med røntgenstråler og med radium. Dette havde han i begyndelsen kunnet få fra Radiumstationen i København, men med stigende besvær, idet de tre Radiumstationer i landet efterhånden insisterede på, at behandlingerne kun kunne foregå der.

JN fortsatte imidlertid, takket være en indsamling på Mors, hvor beboerne skaffede et beløb på kr. 28.000 til indkøb af 120 mg radium som en 60-års fødselsdagsgave til JN.

JN deltog i sin overlægetid af og til i udenlandske kongresser, men fulgte meget flittigt med i litteraturen, hvilket også bekræftes af hans bevarede meget store samling af litteratur kartotekskort. Han var meget nationalistisk indstillet og meldte sig under krigen som kandidat til partiet Dansk Samling. Han var ikke modstandsmand i egentlig forstand, men skjulte dog lejlighedsvis modstandsfolk indlagt som patienter på sygehuset. I september 1943 blev han arresteret af tyskerne og var kortvarigt interneret i hhv. Nykøbing, Thisted og Viborg. Hans beskrivelse af opholdet i et utryk maskinskrevet 23 sider langt manuskript i folioformat giver en meget

levende beskrivelse af dette ophold, der på nogle punkter overgår grisehandlerens arrestation af tyskerne i tv-serien Matador⁵.

Han var i privatlivet meget gæstfri. Besøgende specialister og andre gæster til sygehuset blev næsten altid inviteret til frokost i privathjemmet, og det morede hver gang JN's børn at se gæsternes forbløffelse over frokostbordet, hvor første ret altid var havregrød! JN fandt, at det sparede på pålægget.

Han var en ivrig jæger, der indimellem pressede indlagte patienter til at overlade ham deres jord som jagtterræn. Han yndede at gå på kragejagt med sin store hornugle, Anders, som lokkefugl. Han holdt adskillige videnskabelige foredrag og var en hyppig gæst i Jysk medicinsk Selskab og Dansk kirurgisk Selskab.

Han måtte forlade sin sygehusgerning som 70-årig med megen beklagelse, idet han følte sig helt kapabel til at fortsætte. Han tilbød at fortsætte som røntgenkonsulent, idet efterfølgeren ikke havde radiologisk uddannelse. Som konsulent i røntgen optrådte han da også de næste par år i hospitalets årsberetninger, men tilkaldt blev han ikke.

Umiddelbart efter pensioneringen tog han på en 4½ måned lang rejse som skibslæge til Østen.

JN fik seks børn - fem piger og en dreng. Sidstnævnte og en af pigerne blev læger, og tre af døtrene blev gift med læger. Den danske Lægestand kan afsløre, at alle lægerne havde været kandidater eller reservelæger på Nykøbing Sygehus i tiden op til deres forlovelser. Fader Jacob kan således have set dem an, inden de modtog en invitation til frokost mv.

JN var en habil fotograf, hvilken en lang række fine fotografier i journalerne vidner om.

Desuden var han en flittig skribent. Han havde i 1916 samlet et materiale over væksthæmninger hos mus og hunde efter røntgenbestråling, men han fik aldrig skrevet det sammen til en disputats. En oversigt over hans videnskabelige produktion af tidsskriftartikler og foredragsabstracts fremgår af årsberetningen for 1950 og omfatter 97 numre. Han fortsatte efter pensioneringen med at skrive om medicinske emner. Hans sidste artikel stod i Ugeskriftet ½ år efter hans død⁶. Hertil kom rejsebeskrivelser fra hans tid som skibslæge samt i forbindelse med en 2½ måned varende kombineret ferie- og studierejse til Fjernøsten, hvor han sendte rejsebrev hjem til den lokale avis.

Rygoperationerne

Tre måneder efter hans indsættelse kom JN's første neurokirurgiske udfordring i form af en 34-årig kvinde, som blev indlagt akut under diagnosen *paresis extremitatis inferioris*.

K.R.J., 34 år gammel kvinde. (journalnr. 30/142) indlagt 02.12.1922, tre naturlige fødsler, sidst for tre år siden. Alle børn er raske. Siden sidste barns fødsel har patienten af og til haft lidt stikkende smerter under venstre skulderblad, og disse er jævnt tiltaget uafbrudt siden. Smerterne forværres anfallsvis et par gange hvert døgn, og fuldstændig fri for dem har hun ikke været det sidste halve år; har altid om natten været vågen adskillige gange på grund af disse smerter.

For ca. fem måneder siden kunne patienten en morgen pludselig ikke komme ud af sengen på grund af voldsomme smerter i ryggen af samme art; smerterne forværredes ved enhver berøring, navnlig er smerterne, siden de begyndte, altid forværret ved bevægelser i halsbvirvelsøjlen med bøjning af hovedet både forover og bagover.

For tre uger siden gik smerterne også over i højre side og har siden haft tendens til at stråle frem under begge mammae og givet en sammenknugende fornemmelse; har ikke kunnet respirere frit, og hun kunne hverken hoste, nyse eller tale frit. Gangen har i længere tid været besværlig og slæbende, men for ca. tre uger siden begyndte der at udvikle sig en jævn fremadskridende lammelse af begge underekstremiteter, og for en halv snes dage siden begyndte hun at få en følelse af, at knæene ikke kunne bære hende og en fornemmelse af, at de sov. De sidste 4-5 dage har hun slet ikke kunnet støtte på benene; de sidste dage har der udviklet sig en følelse af, at hele underlivet sov. Indtil de sidste 14 dage har der været daglig spontan afføring, men siden da har afføringen været meget besværlig og har kun fundet sted efter håndknytte. I samme tidsrum har vandladning været besværlig; hun har måttet stå op og presse på, og på indlæggelsesdagen har hun måtte kateteriseres, da hun ikke havde ladet vandet de sidste 24 timer.

Ved den objektive undersøgelse fandtes en svær spastisk parese af begge underekstremiteter. Patientten kunne kun foretage ubetydelige fleksionsbevægelser i knæene og ubetydelige bevægelser med fødder og tær. Ingen bevægelse over hofterne. Der var stærkt forøgede senereflekser på begge sider med fodklonus og positiv Babinski.

Distalt for et plan gennem papilærlinien fandtes nedsættelse af alle føle-kvaliteter og ophævet smertesans samt ophævet varmesans, bortset fra på forsiden af venstre underekstremitet.

07.12 foretages:

[novocain-adrenalin-lokalanæstesi]

i N.A.L

laminectomia.

Man lægger longitudinal incision over proc. spinosi af 6. cervicalvirvel - 4. dorsalvirvel. Med Luers hulmejseltang afskides efter at - med bred mejsel - musklerne er rouginerede til side, processus spinosi og derefter laminae.

Dura er nu blottet fra 1. til 3. vertebra dorsalis. Idet man med fingrene stryger ned over den, føler man en tydelig prominens midt på det blottede parti. Dura åbnes, og man ser nu en blågrå og oval tumor midt i såret, ca. 2 1/2 cm lang og form eller udseende som en dadel eller en oliven. Ovenfor

tumor kan man påvise den hvide intakte medulla, og herpå pulserer spinalvæsken. Nedenfor tumor ses lidt blødning i vistnok arachnoidea. Med knopsonde spalter man en tynd hinde over tumor, arachnoidea, og herefter kan den med største lethed luxeres, således at den kun hænger fast med en trådformet stilk, som overskæres mellem to fingre af den gummibeklædte hånd. Forud herfor havde man standset udstrømningen af spinalvæske fra den øvre del af spinalkanalen ved at indlægge en lille strimmelformet gazeserviet. Tumor har ligget i en lille oval fordybning i medulla, lige midt på dennes dorsalside. Dura sutureres omhyggeligt med en fortløbende Catgutsutur, hvorefter musklerne sutureres med solid Catgut og huden med Fishgut.

Postoperativt var der jævn og hurtig fremgang. 14 dage efter operationen kunne patienten løfte begge ben og en måned efter operationen kunne hun gå med støtte og kunne udskrives til hjemmet den 18.01.1923.

Mikroskopi af den fjernede tumor viste, at det drejede sig om et neurinom. Tre år efter operationen blev patienten genundersøgt af neurologen, dr. Haagen-Jessen (29.12.1925). Patienten var da rask og arbejdsdygtig, og afføring og vandladning var i orden. Hun klagede over periodiske rygsmerter, men kraften i begge ben var normal; reflekserne ligeledes. Diagnosen blev *myalgia (statica)*.

Godartet rygmærsvulst er en relativ sjælden lidelse. Ovennævnte patient, der blev opereret med en bemærkelsesværdig god teknik, var først patient nr. fem i Danmark, der bedredes efter en operation.

Man ville således forvente, at der ville gå meget lang tid, inden lignende tilfælde ville blive indlagt.

Imidlertid var patient nr. to allerede blevet indlagt i Nykøbing, inden første patient var udskrevet: *A.M.C., 55-årig kvinde, indlagt 06.01.1923, (journalnr. 113 (6,3)). For ca. tre måneder siden angav patienten, at hun begyndte at mærke en kuldefornemmelse på innsiden af begge lår. Der var samtidig bælteformede smerter i ryggen, strålende frem under umbilicus. Patienten har ikke fået noget traume af columna. For ca. en måned siden begyndte gangen at blive usikker, men hun har dog kunnet gå indtil for godt 14 dage siden, hvor hun slet ikke kunne styre benene, som slæbte efter hende, og hun var helt magtesløs. Omtalte kuldefornemmelse begyndte først i højre ben, men tog så stærkest fat i venstre, således patienten nu har mest herredømme over højre ben. Afføring og vandladning nat.*

Ved den objektive undersøgelse fandtes begge underekstremiteter fuldstændig paretiske, bortset fra småbevægelser over tærerne. Patellareflekserne meget livlige med højresidig overvægt, og udtalt fodklonus på begge sider. Dobbeltsidig Babinski, sensibiliteten (undersøgt med nål og pensel) var meget stærkt nedsat på begge underekstremiteter til en linie lige over umbilicus, i samme område var sensibiliteten fuldstændig ophævet for varme og kulde. På ryggen var sensibiliteten stærkt nedsat nedenfor en tværlin-

nie gennem 7. til 8. cervicalhvirvel. Ovenover dette var sensibiliteten naturlig.

Da patienten klager over smertefulde spasmer i begge ben, indledes behandling med Luminal 10 cg x 3.

Efter tre ugers observation skriver JN i journalen: *Patientens tilstand er væsentlig uforandret. Som regel lader hun vandet selv. af og til må hun kateteriseres. Får siden 11. ds. Luminal mod spasmerne i underekstremiteterne, som lindres godt hermed. Mindsker man for Luminale, bliver spasmerne straks værre. Nogen som helst progression af tilfældet synes man ikke at kunne spore, hvad der formentlig taler imod tumor, for diagnosen myelitis.*

03.03 foretoges lumbalpunktur med fjernelse af 15 ml vandklar væske. Ingen forhøjelse af celletallene. Protein: Nonne-Appelt 5-50 (normalværdier mindre end 2 - mindre end 20).

21.02 dikterer JN til journalen: *Patientens tilstand er væsentlig uforandret lige siden indlæggelsen. Man havde egentlig været af den opfattelse, at man med ret stor sikkerhed kunne udelukke en tumor. men dr. Borberg (specialneurolog). der så på patienten, mente, at muligheden for tumor kunne ikke udelukkes med sikkerhed, navnlig ikke hvis der fandtes en æggehvideforhøjelse i spinalvæsken, og man burde i så tilfælde forsøge at lave en ek-tomi.*

Det var første gang, JN søgte råd hos en neurolog.

Det var i 1923 ganske besværligt, idet der ikke fandtes uddannede neurologer udenfor København. Det blev dog hurtigt bedre, idet dr. Haagen-Jessen nedsatte sig i Aarhus i 1925, og i 1927 blev dr. Askgaard ansat på Sindsygeanstalten i Viborg.

I det aktuelle tilfælde må man antage, at dr. Borberg rejste til Nykøbing, da der på observationsskemaerne ikke findes et eneste spring, der kunne forklare en Københavns-rejse.

Efter dr. Borbergs anbefaling blev patienten opereret den 21.02. Ved operationen, der også denne gang blev foretaget i lokalanæstesi, fandtes ingen tumor hverken intra- eller ekstraduralt.

Postoperativt rettede patienten sig langsomt. I løbet af få dage ophørte spasmerne, og langsomt vendte kræfterne i benene tilbage. Der kom ligeledes fuld kontrol over afføring og vandladning. Ved udskrivelsen fem måneder senere kunne patienten gå med støtte af to personer. Egen læge oplyste fire år senere, at patienten ikke havde søgt læge i den forløbne tid. Hun kunne i hjemmet gå rundt i stuerne, men hun kunne ikke gå udenfor huset.

JN offentliggjorde de to tilfælde på fransk i Acta Chirurgica Scandinavica 1924⁷. Der var hidtil i Danmark kun opereret fire spinaltumorer, hvor patienten overlevede operationen. Den første operation blev foretaget i Fakse i 1909. De andre tre på københavnske hospitaler.⁸

Kyfoscolioseoperation

I perioden 1972-74 assisterede denne artikels forfatter, der dengang var 1. reservelege på neurokirurgisk afdeling G i Aarhus, sin chef, professor *Richard Malmros*, til fire operationer hos yngre mennesker med rygmarvs-kompression på grund af svære kyfoskolioser.

Formålet med operationerne var således at bedre funktionen af benene og ikke et forsøg på udretning af skoliosen. Resultatet af behandlingen var som ønsket, og patienterne blev filmet både før og efter operationen med professorens søn, *Nils Malmros*, bag 16 mm kameraet. Resultaterne blev anset for så opsigtsvækkende, at de blev fremvist ved en international medicinsk kongres.

Det er på denne baggrund, at følgende sygehistorie skal bedømmes.

O.D.R., født 16.12.1916, indlagt Nykøbing Mors Sygehus 01.04-16.11.1935 (journalnr. 887/35). Ove var 18 år gammel og landbrugsmedhjælper, da han blev indlagt 01.04.1935. Han havde to ældre søstre, der havde samme lidelse som han. Den ene af dem var siden sit 17. år behandlet på Hjemmet for Vanføre med gips - og derefter læderkorset.

Selv begyndte han omkring syv år før indlæggelsen at blive skæv i ryggen, og skævheden var tiltaget jævnt siden. To måneder før indlæggelsen begyndte han at blive stiv i benene, og stivheden var tiltaget ret betragteligt siden.

Ved den objektive undersøgelse fandt man i thorakaldelen en meget stor dextro-conveks kyfoscoliose (fig.4). Der fandtes en meget svær spastisk



Fig. 4

O.R. 18-årig mand med svær kyfoscoliose.

Fig. 5
O.D.R. Myelografi med Lipiodol,
suboccipital injektion. Kontra-
sten stopper ud for kyfosens
toppunkt.



parese af begge ben med spidsfødsstilling af begge fødder, hyperaktive reflekser med patellar- og fodclonus samt udtalt Babinski på begge sider.

Sensibiliteten var normal og smertesansen bevaret. Efter en måneds observation, hvor tilstanden var forblevet uændret, blev der 01.05 foretaget myelografi gennem suboccipital punktur. Billederne viste et totalt kontraststop (fig.5) omkring 6. - 7. thorakalvirvel, ud for kyfosens toppunkt.

JN sendte røntgenbilledet til dr. Haagen-Jessen og bad om et godt råd: "Kender De noget til saadant. Que faire?"

Svaret kom først en måned senere: "Bør behandles med progressivt redressement i reklinationationsleje. Hjælper det ikke, må spørgsmålet om laminektomi tages op til overvejelse".

Da tilstanden i ventetiden på svaret havde været ganske uændret, besluttede JN sig for operation.

Den 13.06 blev der i lokalanæstesi foretaget *laminektomia dorsalis*.

Opforløber fuldkomment smertefrit, undtagen da man et par gange kommer til at manipulere med de bagre nerverødder; der udløses en momentan voldsom smerte, og han faar nogle ganske faa draaber æter under de sidste manipulationer med medulla.

På grund af den voldsomme torsion er det ret svært at finde ind i spinalkanalen, men det lykkes, og man åbner denne under fjernelse af 6., 7., 8., 9 bue. Duralsækken er ganske overordentlig lille. Op ad under 5. bue og delvis under 6. er der kraftig pulsation, men nedenfor er der slet ingen pul-

sation, og duralsækken er ikke stort mere end blyantstykk. Duralsækken åbnes skridt for skridt i hele den blotlagte udstrækning, og først da man kommer helt ned under 9. - 10., kommer der spinalvæske, og dura synes meget adhærent til medullas overflade. Medulla er i hele midterpartiet ud fra 6., 7., 8. bue ikke meget mere end griffeltykk. Man fjerner meget af hjerne, især på venstre side, for at prøve at formindske den åbenbart ret store udstrømning og forlængelse af medulla. Om sutur af dura er der absolut ikke tale. Såret lukkes med silke under så stor en invagination af muskulaturen som mulig. Efter operationen ser han flink ud.

I de første to postoperative dage var der nogle kaffegrums-lignende opkastninger. Herudover var tilstanden tilfredsstillende, men JN bad alligevel om ekspertbistand, idet han skriftligt henvendte sig til lederen af Danmarks første neurokirurgiske sengeafsnit, *Eduard Busch*. Svaret er ikke dateret, men indledes med en undskyldning for den sene besvarelse, idet brevet var blevet forlagt. Busch bemærkede, at ventrikelblødning ikke var ukendt ved laminektomi, men dog mest ved cervicale laminektomier. Busch beroligede med, at tilstanden som regel gik i ro af sig selv, og Ove kastede da også kun op i to dage efter operationen.

Fire dage efter operationen mærkede man den første bedring, idet der nu ikke fandtes Babinski, og kort efter svandt også patellarclonus.

Såret helede fint, og efter en måned begyndte patienten at komme op og kunne efterhånden gå uden støtte, dog med en noget spjættende gang. 31.08 blev der anlagt et suspensionsgipskorset, og endelig kunne patienten den 16.11 udskrives med korsettet. Fire måneder senere blev han genindlagt til skiftning af korsettet, og han angav da, at han siden udskrivelsen havde befundet sig fuldstændig vel, kunne gå oppe, men kunne endnu ikke bestille noget. Blev i september 1936 genindlagt til gipsfjernelse og tilvirkning af et læderkorset, som han skulle bruge fremover. Han var nu begyndt at hjælpe forældrene med landbruget. Gangen fandtes sikker og naturlig; der var stadig forøgede reflekser, men ingen spasmer. Det var sidste gang, JN vurderede Ove, men tilstanden holdt sig uændret god.

Da Ove sidste gang blev vurderet under en indlæggelse på et andet sygehus kort før sin død som 70-årig i 1986, fandtes normale neurologiske forhold på underekstremiteterne.

Rygmarvsbrokoperationerne

Der fødes ca. 30 børn om året i Danmark med rygmarvsbrok (*myelomeningocele*). Det er en tilstand, hvor det selv i vore dage er svært at nå et helt godt resultat af behandlingen. Omkring 80% af børnene udvikler vand i hovedet (*hydrocephalus*), og denne komplikation har man siden midten af 50-erne kunnet behandle med indlæggelse af en ventil. Selve lidelsen medfører ofte en lang række ortopædkirurgiske og urologiske komplikati-

oner og gentagne ventilrevisjoner. Før ventilæraen døde hovedparten af børnene af hydrocephalus.

Der er tidligere berettet om et heldigt forløb med rygmarsbrokoperati-on på Nyborg Sygehus i 1929. I denne artikel fortælles det, at den tids resultater fremgik af en undersøgelse på Odense Sygehus, hvor der fra 1913-33 havde været indlagt 16 patienter med rygmarsbrok. Alle døde efter operativ behandling. Bedre gik det ikke den specialiserede behan-dling, idet der i perioden 1934-45 på neurokirurgisk afdeling på Rigshospi-talet blev opereret 17 patienter med rygmarsbrok. Af disse døde ni, og syv var på observationstidspunktet (0-11 år efter operationen) endnu i live. Heraf fandtes dårligt resultat af operationen hos seks, og en var efter 3½ måneds forløb stadig levende med en svær væskeansamling i kraniet og totalsvigt af endetarmslukkemusklen.⁹

JN fik i sine 29 år som overlæge i Nykøbing indlagt otte børn med rygmarsbrok. En blev ikke opereret. De resterende syv overlevede alle operationen, men fem døde tre uger til tre måneder efter operationen af infektion og/eller hydrocephalus. To børn overlevede imidlertid helt uden neurologiske udfald; den ene med et lumbalt, den anden med et højt thoracalt myelomeningocele.

De er endda begge to stadig i live, 56 og 76 år efter operationen.

L.H., født 22.05.1927, (journalnr. 131/600). Barnet blev indlagt fire timer gammelt efter en ukompliceret fødsel i hjemmet (fødselsvægten 3.900 g). Bortset fra affektionen i lændedelen fandtes et sundt, veludviklet, velskabt barn uden tegn på andre misdannelser. I lumbo-sacralregionen med den store tværfure her som midterlinie, delende affektionen i en øvre og ned-re halvdel, fandtes et parti af oval form, ca. 5x3 cm stort, hvor huden var angiomatøst forandret. Midt på dette angiomatøse parti fandtes et ca. to-øre stort parti, hvor huden var stærkt pigmenteret af en intensiv blåsort far-ve. Dette parti var let ophøjet, mest på midten, og på toppen fandtes en godt ærtestor bulla-lignende prominens, hvis bedækning var ganske tynd, hindelignende. Denne prominens var hårløs, men ellers udgik fra hele det pigmenterede parti en lille manke af lange sorte hår.

Dagen efter indlæggelsen blev der i lokal anæstesi foretaget *operatio spi-nae bifidae - man circumciderer hele affektionen, medtagende hele det angiomatøse parti; man dissekerer det forsigtigt løs, isolerende en ganske tynd stilk, der trænger gennem et lille hul, kun få mm i dm, gennem fascia lumbo-dorsalis i dybden; stilkens ender udvendigt i en lille pladedannelse, ca. fire mm i dm, og et par mm tyk. Denne plade løsnes let fri fra den over-dækkende hud og reponeres sammen med stilkens let i dybden, hvorefter bullet i fascien lukkes med fine Catgutsuturer i to etager.*

Suturerne blev fjernet en uge senere, men såret sprang op og måtte hele fra dybden. En måneds tid efter operationen var såret næsten helet, bort-



Fig. 6
L.H.'s røntgenbillede ved kontrollen i 1935. 4'de lumbale processus spinosus mangler og 4'de lamina er meget tynd. Bifid lamina på 1'ste sacralsegment.

set fra en lille fistellignende halvært-stor åbning uden sekretion. Barnet blev da udskrevet til hjemmet, mest af hensyn til moderen, der hver dag havde måttet gå ud på sygehuset for at amme barnet. Neurologisk blev barnet tre uger efter operationen bedømt af dr. Haagen-Jessen, som fandt normale neurologiske forhold uden tegn på ledningsafbrydelse. L.H. udviklede sig helt normalt. Otte år senere blev hun set igen på begæring af *Svend Hindse-Nielsen*, som var i gang med et arbejde om spinae bifidae operationer og i den anledning havde været i Nykøbing for at undersøge barnet. I Nykøbing-journalen ligger et brev fra dr. Hindse-Nielsen, hvor denne udbeder sig et røntgenbillede af barnets ryg, idet "hun er den bedste spina bifida, jeg hidtil har mødt."¹¹

Røntgenbilledet (fig. 6) viser en spaltet lamina på 5. lændehvirvel, men også en udtynding af 4. lamina og en manglende processus spinosus på 4. lumbalhvirvel.

JN benyttede lejligheden til at fotografere patienten, og man kan heraf se, at såret trods den forbigående infektion er helet med et næsten usynligt ar.

Hvordan gik det så siden?

Med hjælp fra det lokale folkeregister kunne det oplyses, at L.H. var udvandret til Canada i 1957. På min forespørgsel til immigrationsmyndighederne i Canada blev der ikke svaret. Imidlertid stod der i brevet fra dr. Hindse-Nielsen til JN, at L.H.'s mor desværre ikke kunne ledsage barnet til

røntgenundersøgelse, idet hun (moderen) havde født ni dage tidligere. Folkeregisteret kunne nu hjælpe en gang til med at finde frem til dette barn, som i dag bor i København. En telefonopringning hertil klargjorde, at L.H. inden udrejsen til Canada var blevet gift med sin gartner fra Nykøbing, og at de nu boede i en lille by i South Carolina i USA. En efterfølgende samtale med den nu 76-årige Lis Jensen kundgjorde, at hun stadig havde det fuldstændig godt uden nogen følger efter den første operation. Hun havde i mellemtiden gennemgået to hjerteklapoperationer, som var gået fint.

O.B.N., født 18.04.1947 (journalnr. 684/47 og 1033/48).

Ole B.N. blev født i hjemmet ved naturlig fødsel, fødselsvægt 2410 g og blev samme dag indlagt på Nykøbing Sygehus, hvor man ved indlæggelsen fandt et meget magert barn uden neurologiske udfald. *På balsen ses i midtlinien bagtil omtrent på højde med vertebra prominens en tumor af facon som en kasse - grundfladen er ca. 5 cm fra side til side og 1-2 cm oppefra og nedefter. Højden ca. 10 cm. Konsistensen er vekslende blød og hård - bist og her brusket - overfladen meget bukket, huden i den yderste del af tumor er blåligt misfarvet (fig. 7).*

Tre dage efter fødslen blev der i lokalanæstesi foretaget *exciscio rad. myelomeningocelis*.

Man circumciderer ved basis, herefter er det let at skrælle huden af meningialsækken. Denne er i sin ydre del noget drueklaselignende, og den smaller ind til en ganske tynd stilk 4-5 mm i dm. Alle manipulationer udløser ingen reaktioner fra ekstremiteternes side, heller ikke, da man til sidst

Fig. 7

O.B.N få timer efter fødslen. Højt thoracalt ses en 5 x 10 cm stor tumor.



sætter en pean på stilken. Man klipper derfor hele sækken af, ligerer stilken med fin Catgut og lukker huden. Postoperativt ingen komplikationer, specielt ingen neurologiske udfald fra ekstremiteterne. Såret helede, så barnet kunne 14 dage efter operationen udskrives til hjemmet. 15 måneder senere blev han imidlertid genindlagt. Han havde udviklet sig pænt, kunne gå med støtte og kunne sige enkelte ord, men han havde udviklet hydrocephalus. Hovedomfanget var 53½ cm. Der var fortsat normale neurologiske forhold.

Det afklippede væv blev sendt til mikroskopi hos prosektor *Axel Søeborg Ohlsen* i Gentofte. Mikroskopidiagnosen var myelomeningocele. Nærlæser man imidlertid mikroskopibeskrivelsen, viser der sig et lidt andet billede, idet der i et af præparaterne fandtes en kapsellignende struktur, beklædt med en tynd epidermis. Centralt i det andet vævsstykke fandtes en lidet differentieret medulla spinalis med en endothelbeklædt centralkanal til siderne for medulla, små spinalganglier og nervetråde.

Det har altså drejet sig om et teratom.

11.08 blev barnet set af neurologen *Alf Yde* (siden 1938 på Sindssygeanstalten i Viborg). Neurologen foreslog henvendelse til neurokirurg *Richard Malmros* i Aarhus. Der blev samme dag sendt en henvisning til neurokirurgisk afdeling, og en uge efter svarede Malmros:

Kære overlæge Nordentoft! Vi skal gerne modtage barnet her. Hvis han ikke kan opereres, vil han hurtigst blive udskrevet igen. Han kan komme den 30. august.

Ole blev ikke opereret. Man opfattede åbenbart tilstanden som en standset hydrocephalus. At dette var en rigtig antagelse, kan ses af en ct-scanning, foretaget 2002, hvor man ser en intern kommuniserende hydrocephalus uden trykpræg. Ole er nemlig stadig i live. Hans psyke blev ikke helt udviklet, som man havde troet, og han har haft en række problemer med et basalcelle carcinom i nakken, hvor der efter røntgenbehandling gik infektion i et sår, der nu ikke vil hele.

Det kan måske undre, at en dristig operatør som JN ikke selv forsøgte at behandle hydrocephalus.

Det gjorde han også - en enkelt gang:

Bramann's bjælkestik

J.J., født 06.04.1920, indlagt Nykøbing Sygehus 07.07.1923 (journalnr. 197/538).

J.J., som JN havde set i sin privatkonsultation, havde umiddelbart efter fødslen haft en meget intensiv gulsot, hvor han nærmest var moribund i tre dage. Først en måned efter fødslen så man ham bevæge benene. Først efter

1 1/2 år kunne han sidde, og som tre-årig kunne han kun gå ved støtte. Han kunne udstøde enkelte lyde, men havde intet sprog. Hørelsen var meget nedsat.

JN foranledigede en neurologisk undersøgelse, og 06.06 blev barnet set af dr. Borberg, der fandt barnet svært retarderet, samt at der nok også var hydrocephalus. JN må i sit brev til Borberg have spurgt direkte om specifik behandlingsmulighed, idet brevet fortsætter:

Fraraade et evt. hjælkestik eller lignende vil jeg ikke, men jeg tror ikke paa virkningen i dette tilfælde. Til forældrene har jeg intet sagt, der kunne foregribe evt. kirurgisk indgreb. Kunne indgrebet føres ud i de livsvigtige centre, ville det være en stor lykke.

Man kan forestille sig, at forældrene har presset JN til et behandlingsforsøg, for den 31.08.1923 blev der, efter at en forudgående lumbalpunktur havde vist normale forhold, foretaget Bramann's bjælkestik i lokalanæstesi. *Med et lille bor er der boret hul i kraniet på locus electus. Man har tydelig følelse af at gå gennem corpus callosum og komme ind i ventriklen. Der udtømmes kun en ringe mængde væske, og der synes ikke at være noget videre tryk. Postoperativt et ukompliceret forløb.*

Bjælkestik var foreslået i 1908 af Anton og Bramann som en intern drænegemulighed fra 3. ventrikel gennem corpus callosum og ud i subarachnoidalrummet.¹⁰ Teoretisk var det en bedre metode end de senere drænagebehandlinger med indlæggelse af et fremmedlegeme, men metoden mistede popularitet, da det viste sig, at stomatet lukkede sig igen i de fleste tilfælde.

Om det nu skete i J.J.'s tilfælde, eller om indgrebet i det hele var indiceret, kan ikke eftervises, men han levede indtil 1986. Først i mange år hos forældrene, og efter deres død på et plejehjem.

Ischiasoperationerne

I september 1934 kom Mixter og Barr's berømte arbejde om symptomatologi og behandling af den lumbale diskusprolaps.¹¹ Indtil da blev ischias betragtet enten som tegn på en lokal lidelse i nervus ischiadicus, hvor behandlingen så måtte være et indgreb indirekte på nerven, eller et symptom, betinget af en lidelse i rygmærskanalen, en spinaltumor eller en betændelsestilstand. I flere år blev ischias desuden behandlet med røntgenbestråling af rygsøjlen.

JN fik prøvet alle de nævnte behandlingsmetoder. Han havde gennem flere år en række patienter indlagt til røntgenbehandling.

I 1930 blev to patienter, en 40-årig mand og en 45-årig kvinde, behandlet for ischias med traktion af nervus ischiadicus med godt resultat i begge tilfælde.

I 1932 blev en 19-årig tjenestdreng indlagt med diagnosen ischias. *H.G.J. (journalnr. 223/32)*. Patienten havde et års tid før indlæggelsen haft

tilfælde med smerteudstråling til bagsiden af hele venstre ben. Smerterne holdt sig mere eller mindre gennem $\frac{1}{2}$ år. Herefter svandt smerterne for at blive afløst af lignende smerter i højre ben. Smerterne var kun til stede, når han gik, eller når han arbejdede. Udover den positive Laseguè ved 50-60° på højre side fandtes normale forhold. Det var imidlertid ikke en ægte Laseguè, idet der ikke udløstes udstrålende smerter, men kun lændesmerter. Dr. Haagen-Jessen så patienten og foretog, som han ofte gjorde ved lidt mere specielle tilfælde, en dobbelt spinalpunktur med både suboccipital og lumbalpunktur, og resultatet var et normalt proteinindhold i den første punktur og forhøjet i den sidste.

Konklusionen var, at der måtte være tale om en kompression af rygmarven, formentlig ud for cauda equina. Myelografien viste, at kontrasten samlede sig i en ganske tynd stribe, kun 3-5 mm bred, ud for nederste lumbalvirvler. Efter myelografien begyndte patienten at få smerter også i venstre ben, og man bad derfor om et nyt neurologisk tilsyn. Undersøgelsen blev denne gang foretaget af overlæge Vagn Askgaard, Sindssygehuset i Viborg, men der kom ikke noget nyt frem.

Tre dage efter sidste undersøgelse blev der i spinalanæstesi foretaget laminectomi, hvor dura blev frilagt ud for de nederste fire lændevirvler, og efter frilægningen pulserede dura frit. Dura blev åbnet; der fandtes lidt fortykket arachnoidea ud for L5-rodten på venstre side, men mikroskopi af en lille vævsprøve viste intet særligt.

Postoperativt svandt smerterne imidlertid, og tilstanden holdt sig. Patienten blev kontrolleret i 1933 og 1941, hvor han var helt rask, i 1942, hvor der forbigående havde været lette smerter i venstre ben samt i 1949, hvor der kun var klage over gigtsmerter i ryggen.

I 1939 blev en 32-årig kvinde indlagt med en lignende sygehistorie. *S.C., indlagt 06.02.1939, (journalnr. ikke anført)*. Sagen var dog lidt mere indviklet, idet der dels var tale om en forsikringssag (patienten var fem måneder før indlæggelsen blevet sparket i lænden af en ko), dels om en gynækologisk lidelse med en bagudbøjet livmoder og en ovariecyste. En operation med opretning af livmoderen og fjernelse af ovariecysten hjalp dog ikke på patientens ischias.

Myelografi viste et komplet kontraststop ud for underkanten af 4. lumbalvirvel.

Dr. Haagen-Jessen, som efterså patienten, mente, at det kunne dreje sig om en tumor eller en art arachnoideacyste og tilrådede operation, som han i øvrigt selv overværede.

Ved den efterfølgende operation fandt man efter laminectomi udtalt forsnævring af dura, svarende til kontraststoffet med udspilning af dura ovenfor. Efter åbning af dura fandtes moderat sammenklustring af rødderne ud for det snævre parti. Rødderne blev løsnet og dura lukket med fine silkeknodesuturer. Der var ingen tegn på tumor. Postoperativt svandt patienten

tens smerter fuldstændigt. Ved efterfølgende ambulans kontrol i 1940, 1941 og 1943 var hun fortsat symptomfri.

Symptomerne ved de to sidste sygehistorier er, kombineret med de gode behandlingsresultater, typisk for syndromet spinalstenose. Symptomerne er betingede af den forsnævrede spinalkanal. Dette sygdomskompleks blev først beskrevet i 1948.¹²

Discusprolapsoperation

To gange var JN udsat for at operere en patient med lumbal discusprolaps. Første gang uden at vide det, men med godt resultat. Patienten blev helbredt.

I det andet tilfælde var diagnosen stillet inden operationen, og operationsfundet bekræftede diagnosen, men forløbet blev fatalt.

L.B., indlagt 23.11.1934 (journal 113/35).

Patienten var en 35-årig gårdejer, som gennem flere år havde haft recidiverende lumbagotilfælde. I et års tid havde han haft intermitterende smerter fra lænd, strålende bag på højre ben til anklen, og disse smerter var stærkt forværret indenfor de sidste tre uger før indlæggelsen. Ved den objektive undersøgelse fandtes Lasequè positiv på højre sider ved 30° og krydset positiv på venstre side ved 90°. Lumbalpunktur viste normal trykforhold, og spinalvæsken var normal. Der blev givet røntgenbehandling af ryggen initialt med god effekt, men siden recidiverede smerterne. Fornyet spinalvæskeundersøgelse viste nu forhøjet albumintal, og neurologisk undersøgelse (overlæge Askgaard) mundede ud i, at myelografi blev tilrådt på mistanke om tumor i spinalkanalen. Myelografien blev imidlertid opfattet som normal, idet kontrasten hurtigt samledes i bunden af dural-sækken uden stop noget steds. Da patientens gener imidlertid fortsatte, blev han nu vurderet af dr. Haagen-Jessen, som fandt typisk ischias med Lasequè 30° på højre side og krydset Lasequè 45° på venstre side, atrofi af crus på højre side og svækket højre akillesrefleks. Konklusion var radikulær ischias, og operation tilrådedes efterfølgende. Der blev 18.03.1935 i spinalanæstesi + lokalanæstesi foretaget laminectomi af 4. og 5. lumbalhvirel. Det epidurale væv var stærkt udviklet og ret fibrøst, muligvis fortykket, og et stykke af vævet blev sendt til mikroskopi. Dette lille vævsstykke viste at indeholde bruskvæv med forkalkning i den ene side. Dura blev åbnet, og man fandt intet særligt intraduralt, hvorefter man lukkede. Postoperativt var patienten stærkt forpint af lændesmerter, men de radikulære smerter var fuldstændig væk, og det holdt sig, bortset fra et kortvarigt smertetilfælde i højre ben. Patienten kunne udskrives i velbefindende og var ved kontrol ni måneder senere smertefri og arbejdsdygtig.

Det lille fibrøse vævsstykke kunne have været en lille fri discusprolaps, og ved fornyet gennemgang af myelografien ser man da også på de indb-

lændede billeder ud for 5. intervertebrallrum, at der er kontrast i S1-roden og lidt af S-2 på venstre side, mens der er et hak i kontrasten i højre side. Billedet er helt foreneligt med en diskusprolaps for 5. discus i højre side i overensstemmelse med den aktuelle klinik.

At JN ikke registrerede det som en egentlig discusprolaps er forståeligt. Discusprolapskirurgien var først lige ved at komme i gang. Eduard Busch opererede sin første discusprolaps på Rigshospitalets neurokirurgiske afsnit i januar 1935 og nr. to i maj 1935. Den første discusprolaps i Danmark blev imidlertid opereret i februar 1934 af overlæge *Sølling* i Horsens, men heller ikke han vidste, hvad han fjernede.¹⁵

K.A. (journalnr. 446/50)

Patienten var en 33-årig kvinde, der i foråret 1950 blev indlagt af egen læge under diagnosen discusprolaps obs pro. Hun havde i et halvt års tid haft smerter i ryggen, udstrålende til bagsiden af venstre ben til hælen og ud i de tre laterale tæer, hvor der også var parese. Lasequè var positiv ved 45° på venstre side og ved 60° på højre side. Venstre akillesenerrefleks manglede, højre var normal.

Man startede med diathermi og gav fire røntgenbehandlinger, men indstillede samtidig patienten til neurokirurgisk afdeling i Aarhus.

10 dage senere kom svaret med en oplysning om, at der ville gå 4-5 måneder, inden patienten kunne modtages. Tre dage senere opererede JN, idet der i spinalanæsesi, suppleret med æter, blev foretaget en venstresidig partiel hemilaminectomi. Der fandtes en blød discusprotrusion under første sakralrod. Discus åbnedes skarpt, og en del degeneret discusvæv fjernedes. Der var en del besvær med blødning fra epidurale vener, der *nok er fremkaldt, fordi man sugede lovlig kraftigt*, men man fik hæmostase med et lille stykke muskelvæv. Postoperativt var patienten noget chokeret, og der blev derfor givet en blodtransfusion og samtidig penicillin 200.000 i.e., efterfulgt af 100.000 i.e. x 3 de næste to uger. Postoperativt var der smerter i ryggen, men ingen radikulære smerter. Der kom temperaturstigning til 40°, og temperaturen holdt sig oppe i 4-5 dage. På mistanke om sårinfektion spaltede man såret i ryggen, men fandt ingen infektion, men den lille muskellap, der var indlagt som hæmostase, blev dog fjernet.

Efter operationen havde der desuden været en udtalt peronæusparese på venstre side. Da temperaturen efter et forbigående fald atter begyndte at stige tre uger efter operationen, og da peronæusparesen var uændret, blev der aftalt overflytning til neurokirurgisk afdeling i Aarhus.

I Aarhus blev patienten reopereret to gange indenfor den første uge. Ved første operation fjernede man yderligere degenereret discusvæv fra 5. discus, men man fandt ingen pusansamlinger. Ved anden operation fjernede man en prolaps fra 4. lumbal discus. Forud for sidste operation havde man ved røntgen fundet ostit i processus transversus på 4. lumbalhvirvel. Postoperativt lå patienten efterhånden med septisk temperatur trods penicillin-

og sulfabehandling. Hun overflyttedes til Marselisborg Hospital, hvor hun lå en måneds tid med konstant forhøjet temperatur, som opfattedes som sepsis trods bloddyrkninger og i øvrigt også urindyrkninger og knoglemarvsdyrkninger, der alle var negative. Efter en måneds indlæggelse på Marselisborg overflyttedes hun til Nykøbing Sygehus, hvor hun døde en måned senere. Trods korrekt diagnose og behandling, blev slutresultatet alligevel højest utilfredsstillende.

Formentlig var patientens postoperative besvær forårsaget af en discitis, som ikke er en betændelse i discus, men egentlig en spondylitis af knoglelevet omkring operationsstedet. Det kunne hverken JN eller neurokirurgerne i Aarhus vide, idet denne komplikation til operation for discusprolaps, der indtræder i omkring 3% af tilfældene, første gang blev beskrevet i litteraturen i 1951. Man kunne således ikke vide, at disse patienter skal behandles med immobilisering, og at reoperationer bør undgås.¹⁴

JN behandlede to patienter med cervical fraktur med medullær læsion. Den første var en 32-årig tjenestekarl, *V.S. (journalnr. 491/523, 1924)*, som på cykel var blevet trukket af en lastbil. Han bemærkede ikke en grusbunke på vejen, og blev derfor med stor fart slynget ud over cyklen og på hovedet ned i en grøft, hvor han slog nakken. I lastbilen blev han kørt ind til sygehuset, hvor han var vågen og orienteret, men med ømhed i nakken. Der var meget svær parese, grænsende til paralyse af begge arme. Normal funktion i benene og normal sensibilitet. Røntgen af halshvirvelsøjlen viste afsprængning af processus articularis mellem 5. og 6. hvirvel på venstre side. Der var i øvrigt ingen luxationer. Patienten blev behandlet med traction - 6 kg træk på Glisson slynge. I løbet af nogle dage begyndte der at komme bevægelse i armene, og ved udskrivelsen 1½ måned senere var kræfterne næsten normale.

I 1947 behandlede en 71-årig mand, der var blevet sparket i hovedet af en hest, for en luxationsfraktur mellem 5. og 6. cervicallhvirvel. Der var klinisk medullær tværslæsningslæsion ud for frakturstedet. Man behandlede med extension og reposition i lokal anæstesi, men patienten døde dagen efter. Sektionen viste medullær tværslæsningslæsion, som blev bekræftet af mikroskopi.

Intracranielle lidelser

I alt otte patienter blev behandlet for hypofysetumorer med røntgenbestråling, syv af dem med diagnosen akromegali.

Som et typisk eksempel kan anføres *M.K.P., indlagt 04.11.1924 (journalnr. 438/844)*.

31-årig kvinde, som efter en fødsel tre år tidligere havde haft komplet menostasi, desuden langsomt tiltagende vækst af hænder og fødder samt tiltagende snurrende, sovende fornemmelse i begge hænder.



Fig. 8
M.K.P. med akromegali.

Ved den objektive undersøgelse fandtes et typisk akromegalt udseende (fig. 8), og røntgen af kraniet viste en tydelig udvidet sella turcica med uregelmæssig bagerste begrænsning.

Umiddelbart efter gives *røntgenerapi*. To felter på højre side, over og under arcus zygomaticus umiddelbart foran øret, begge konvergerende ind mod sella. Knap erythem-dosis på hvert felt, 25 minutter, gennem $\frac{1}{2}$ mm Zn + tre mm Al på øverste felt, på nederste felt 20 minutter.

Senere blev der givet fornyet røntgenbehandling, således at patienten inden udskrivelsen i alt havde fået røntgenbestråling på fire felter på hver side af hovedet. Der havde været en del kvalme umiddelbart efter røntgenbestrålingerne, men ved udskrivelsen var der fuldstændig velbefindende.

Ambulant kontrol $\frac{1}{2}$ år og igen et år efter første indlæggelse viste helt tilfredsstillende forhold, ingen yderligere vækst af hænder og fødder, ingen paræstesier længere.

Et år efter behandlingen begyndte menstruationerne igen og var nu regelmæssige indtil et svangerskab og en normal fødsel i august 1927.

En måneds tid efter fødslen begyndte hun at få symptomer igen med paræstesier i hænder og fødder og smerter i nakken. Der blev ambulantly givet to røntgenbehandlinger, hvorefter symptomerne svandt. Menstruationerne var så denne gang regelmæssige indtil en abort i foråret 1932. Herefter reciderede symptomerne, og der blev givet gentagne røntgenbehandlinger, i alt syv. Efter dette er patienten ikke længere kontrolleret.

Den 8. hypofysepatient var et helt specielt tilfælde. Det drejede sig om en ung pige, E.L. (*journalnr.* 273/115, 1925).

Patienten var 15 år, da hun blev indlagt første gang i Nykøbing 15.01.1925. Symptomerne begyndte i september året før med hovedpine. Efter råd fra kredslæge *Vogel*, rejste patienten med sine forældre til København, hvor hun blev undersøgt hos øjenlægen, dr. *K.K. Lundsgaard* og efterfølgende indlagt på Rigshospitalets medicinske afdeling B, hvor hun lå fra midten af oktober til 13.12.1924. Sygdommen var langsomt progredieret. I midten af november var hun helt blind på venstre øje, og synet på højre øje begyndte at aftage, indtil hun også kort før jul mistede synet her. Ved indlæggelsen på Rigshospitalet var der stærk exophthalmus af venstre øje. Afdelingens diagnose var tumor regio sella turcica, idet røntgen havde vist en destruktion af sella med udslettet forreste og nederste begrænsning. Der blev givet røntgenbehandling, i alt otte røntgenbestrålinger af sella. Nederst på meddelelsen fra Rigshospitalet er anført: *operativ behandling formentlig ~~umulig~~ hensigtsløs. Prognosis: Pessima.*

Til forældrene oplyste Rigshospitalet, at døden måtte forventes i løbet af meget kort tid.

Da pigen imidlertid stadig var i live i januar, blev hun indlagt på Nykøbing Sygehus. Hun oplyste, at hun anfaldsvis med dages intervaller kunne have kortvarig voldsom hovedpine. Hun var regelmæssigt menstrueret, også efter røntgenbehandling.

Hun var ved indlæggelsen vågen og kvik med naturlig psyke. Der var stærk exophthalmus på venstre øje. Begge pupiller var stærkt dilaterede, runde og lige store. Ingen af dem reagerede, hverken for lys eller akkomodation. Hun var blind på venstre øje med svag lyssans på højre side. Den øvrige undersøgelse viste normale forhold. Røntgen viste fortsat en forstørret sella med destruktion, og JN konkluderede, at det måtte være forårsaget af en tumor, som enten var udgået fra hypofysen og havde gennembrudt sella turcicas bund og brudt ind i sinus sphenoidalis eller komprimerende denne til en flad rende, eller også var tumor udgået fra sinus sphenoidalis, havde gennemboret sellas bund, og brudt ind i kraniet.

Fra 22.01 til 24.01 blev der givet røntgenbehandling på i alt seks felter, alle rettede mod sella. På hvert felt katode - hudafstand 30 cm gennem $\frac{1}{2}$ mm Zn + tre mm Al og 35 minutter, idet man havde prøvet at undgå de felter, som tidligere var blevet bestrålet på Rigshospitalet.

07.02 blev der suppleret med røntgenbehandling på venstre øje.

Såvel hovedpinen som den venstresidige exophthalmus svandt betydeligt efter behandlingerne. I slutningen af april kunne patienten udskrives i velbefindende til hjemmet. Der var dagen før givet en sidste røntgenbehandling mod højre orbita. Knap halvandet år senere, i august 1926, ambulant vurdering, hvor patienten angav, at hun efterhånden havde kunnet genoptage et normalt liv med lange spadsereture, aldrig hovedpine. Hun var i januar 1926 optaget på blindeinstituttet, efter at man $\frac{1}{2}$ år tidligere havde sagt nej, idet man ikke troede på bedringen.

Den 29.07.1927 angav patienten fortsat velbefindende; der var dog atter kommet lidt exophthalmus på venstre side. Men der var imidlertid pupilreaktion, og lyssans på begge sider; hun kunne skimte håndbevægelser foran øjnene. Ved ophtalmoskopi fandtes blege papiller på begge sider. Der blev givet supplerende fire røntgenbehandlinger.

JN var med rette stolt, da han ved Dansk Kirurgisk Selskabs 119. møde den 08.01.1927 på Rigshospitalet kunne holde foredrag om tilfælde af tumor hypofyseos røntgenbehandlet med god virkning. Ved samme lejlighed demonstrerede han patienten.¹⁵

Men det var ikke slutningen på historien. Patienten blev genindlagt i Nykøbing i marts 1928. Hun havde da befundet sig godt indtil tre måneder før indlæggelsen, hvor hun havde følt sig tiltagende træt og sløj. Trods fornyet røntgenbehandling og radiumindlæggelse i tumorvæv i kæbehulen døde hun den 16.03. Ved sektion af kraniet (fig. 9) fandt man, efter at cerebrum var fjernet, en stor tumor, dækkende begge sibenplader, sella, hele partiet herom, strækkende bagtil langs begge sider af clivus, og lateralt i venstre fossa cranii media. Tumor bestod af knudrede brunrøde masser. Midt på tumor sås den overskårne infundibulum. Cerebrum var fuldstændig normal, bortset fra tumor impressioner.

Mikroskopi viste osteo-chondro-angio-endothelioma med nekroser og subakut inflammation - det vi i dag ville kalde et angio-nekrotisk meningeom.

JN kunne således ikke helbrede sin patient, men hun opnåede dog ca. tre år mere, end man først troede, endda med en ret god livskvalitet.



Fig. 9
E.L. Autopsi. Hjernen er fjernet. Fortil ses rester af det basale meningeom.

JN behandlede endnu et stort meningeom.

K.M.O., 48-årig kvinde, indlagt Nykøbing Mors Sygehus, 1927(journalnr. 567/27).

Patienten havde gennem et halvt års tid været plaget af følelseløshed og paræstesier i fødderne og tiltagende gangbesvær. Det hele var tiltaget, således at hun de sidste to måneder før indlæggelsen overhovedet ikke havde kunnet gå. Ved undersøgelsen fandt man gangen bredsporet og vaklende samt manglende dybe reflekser på benene, men herudover faktisk ikke noget.

Dr. Haagen-Jessen, som så patienten på indlæggelsesdagen, mente, at der kunne være tale om en polyneuritis. Lumbalpunktur viste normale forhold, og man forsøgte behandling med massage, suppleret med Mangan. Behandlingen hjalp ikke, og fem uger efter indlæggelsen gjorde man status. Anamnesen blev også forbedret; patienten oplyste nu, at hun gennem en tre måneder også havde haft hovedpine, lokaliseret til venstre parietal region, hvor hun også selv havde konstateret "et blødt sted". Da man nu palperede kraniet, fandt man også, svarende til venstre tuber parietale, en uregelmæssig formet defekt i kraniet, 4 x 2 1/2 cm og svarende til vertex en lille smule til venstre for midtlinien følte en lignende stort defekt. I begge defekter følte bløde, lidt puklede partier.

Samtidig fandt man kraftnedsættelse af begge fødder og lidt over knæled. Røntgen af kraniet bekræftede de meget store destruktive forandringer (fig. 10).

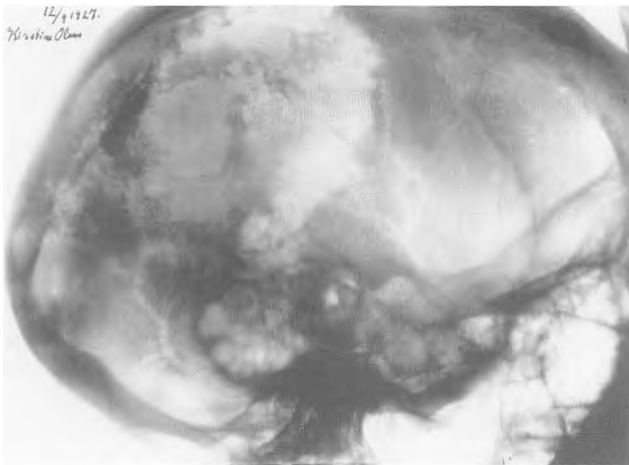


Fig. 10
K.O. Indlæggelsen i 1927. Der er store destruktions i kraniet og meget kraftig kartegning med dilaterede meningeale arterier til området.

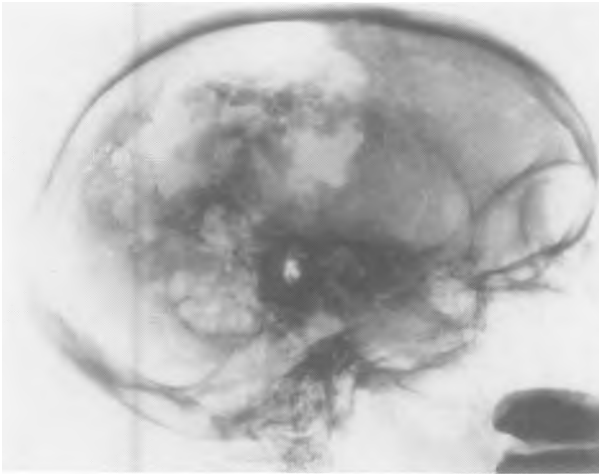


Fig. 11
K.O. Kontrolrøntgen ved genindlæggelsen 4 år senere. Kraniodefekterne er mindre og a. meningea media er "emboliseret".

Efterfølgende lagde JN i lokalnæstese en incision over den største af defekterne og afslørede en under huden liggende stor blød, rødlig tumor. Mikroskopisk undersøgelse af to store biopsier gav svaret endotheliom.

Herefter blev der givet tre røntgenbehandlinger med nogle dages mellemrum. Først et kvadratisk felt over venstre parietal region ind mod tumor. Epilationsdosis 60 minutter A.H. 40 cm, filter $\frac{1}{2}$ mm Zn + 1 mm Al, senere et lignende felt over højre parietal region. Samme teknik på et tredje felt blev givet på tværs foran de to tidligere på øverste sektor af kraniet ved tumor.

Efter bestrålingen bedredes tilstanden, og der kom bedre kraft i benene, dog ikke over fødderne. Patienten blev udskrevet til jul.

Genindlagt tre måneder senere. Der var sket en fortsat bedring af kraften i u.e., dog stadig ikke i fødderne. Defekterne i kraniet følte nu mere faste.

Patienten blev genindlagt i september 1931, dvs. fire år efter første indlæggelse. Hun havde en måneds tid haft hovedpine og var derfor bange for recidiv. Hun havde ellers haft det godt, eneste klage var, at hun ikke kunne gå. Hun havde taget godt 20 kg på i vægt; begge fødder stod i spidsfødsstilling og kunne ikke aktivt bevæges, men der var god kraft over knæ- og hoftelid.

Defekterne på kraniet sås nu som små indtrækninger, der kun kunne tage en fingerpulpa, og defekterne var faste i bunden. Kranierøntgen viste stadig store defekter, men mindre, og tegn på knoglenyddannelse, karsporrene, svarende til arteria meningea media var nu ikke så markante som tidligere (fig. 11).¹⁶

Der blev igen givet røntgenbehandling, svarende til de tre tidligere felter, men mindre dosis. Varighed denne gang kun 35 minutter/gang.

Udskrevet efter tre måneders forløb i velbefindende. Ingen senere indlæggelser. Han døde i juni 1936, ifølge dødsattesten af en hjerneblødning.

JN kom til at behandle flere intrakranielle tumorer.

I september 1928 blev en 59-årig gårdejer indlagt under diagnosen Trigemini Neuralgi.

N.A.J. (journalnr. 294/1928).

Patienten havde gennem ni måneder haft neuralgiforme smerter i venstre side af ansigtet. Neurologisk undersøgelse (overlæge Askgaard) viste følehedsnedsættelse og nedsat smertesans i hele venstre side af ansigtet samt muskelatrofi, mest svarende til musculus masseter. Normale øjenbevægelser, normale pupilforhold. Røntgen af kraniet og kæbehulerne viste normale forhold.

Der blev givet i alt fire røntgenbehandlinger, heraf de to ambulantly efter udskrivelsen, på et stort felt over hele venstre kind og øre.

Patienten blev udskrevet efter tre ugers indlæggelse, men blev genindlagt i januar 1929. Der havde ikke været nogen effekt af behandlingen på ansigtssmerterne, og der var nu tilkommet en komplet venstresidig opthalmoplegi, desuden nedsat hørelse på venstre side.

Der blev givet fornyet røntgenbehandling på i alt fem felter, svarende til venstre side af ansigtet og panden. Hvert felt i 30 minutter med hudafstand på 30 cm, svarende til en huderythemdosis. Fornyet neurologisk undersøgelse ved dr. Askgaard, som fandt parese af kranienerven 3, 4, 5, 6, 7 og 8 på venstre side, konkluderede, at der var tale om en proces på basis cranii, formentlig en tumor. Efter røntgenbehandling kom der forbigående bedring i ansigtssmerterne. JN besluttede sig derfor til operation.

Den osteoplastiske craniotomi blev foretaget 05.03.1939. Operationsbeskrivelsen er omhyggelig og detaljeret som i en moderne neurokirurgisk journal. JN fik et glimt af en tumor langt inde under temporellappen, men havde ingen mulighed for at fjerne den. Patienten overlevede operationen, men døde i hypertermi fem dage senere. Sektionen afslørede en stor central tumor på basis cranii. Mikroskopidiagnosen var fibrosarcom.

Senere i 1929 modtog Nykøbing Sygehus en 58-årig kvinde med diagnosen *tumor cerebri*.

J.K.B. (journal 57/29)

Sygehistorien var ikke helt entydig, men pegede på en tumor i/omkring motorisk region på højre side, og neurologen tilrådede craniotomi. Ved operationen, som også denne gang blev udført med næsten moderne teknik, fandt JN dog ikke tumor. Der blev efterfølgende givet røntgenbehandling, og 1/2 år senere forsøgte JN atter at finde tumor uden held. I forbindelse med dette indgreb udvikledes et cerebralt ødem. Patienten døde dagen efter.

Ved obduktionen fandtes ingen tumorproces. Mikroskopi af væv, fjernet fra motorisk region, viste kun små spredte degenerative områder.

Ansigtssmerter

Ud over patienten med den basale tumor behandlede JN i alt 28 patienter med trigeminus neuralgi. De fleste med alkoholinjektioner i nervens perifere grene, men også fire gange med injektion af alkohol direkte i ganglion Gasseri. I 1932 blev der udført en større operation i form af en temporal trigeminotomi. I dette tilfælde var det dog ikke JN selv, der opererede, men overlæge Sølling fra Horsens, der var blevet tilkaldt. Sølling var specialist i operativ behandling af trigeminus neuralgi.¹⁷ I dette tilfælde var resultatet dog ikke så godt. Patienten blev smertefri efter operationen, men døde nogle dage senere af en nekrotiserende parotitis.

Øvrig aktivitet

JN udmærkede sig på andre områder end på det neurokirurgiske.

Han var den første i Danmark, der opererede en lungecancer; dette har ikke tidligere vakt nogen opmærksomhed. I litteraturen anføres *Erik Husfeldt* som den første, der foretog en lobektomi for lungecancer i 1939.^{18,19}

20.07.1935 blev en 63-årig kvinde indlagt i Nykøbing - *J.K.A.H. (journalnr. 191/35)*.

Hun havde gennem nogle måneder haft hoste og ekspektoration, smerter i venstre side af thorax, tiltagende træthed og vægttab. Røntgen af thorax viste en stor tumorproces, svarende til venstre nedre lungelap (fig. 12). Der anlagdes først en lille venstresidig pneumothorax i diagnostisk og terapeutisk øjemed, og den 03.09 foretoges i lokalanæstesi, suppleret med æter på åben maske, lobektomia subtotalis med fjernelse af en Jaffa-appelsin stor tumor, der med elektrokoagulationskniv løsnedes fra pleura. Patienten overlevede operationen, men døde 1½ måned senere af multiple metastaser i lever, milt og columna. Mikroskopi af den fjernede lungetumor: carcinoma primarius pulmonis cum necrose.

JN var den første i Danmark, der genoplivede en patient med hjertestop ved direkte adrenalininjektion i hjertet.

Det drejer sig om en 81-årig mand - *N.P.J. (journalnr. 21127/26)*, som i forbindelse med en operation for urinretention skulle have foretaget cystostomia suprapubica i lumbal anæstesi. Under operationen fik patienten hjerte- og respirationsstop, hvorefter JN med en lumbalkanyle gennem intercostalrum C4/C5 injicerede 1 cm³ adrenalin direkte i hjertemusklens. Sekunder efter kom der kraftig hjerteaktion. Patienten vågnede op og var

de følgende dage fuldstændig klar og velbefindende, men 15 dage senere findes han liggende død i sengen. Sektion blev ikke foretaget. Tilfældet blev senere offentliggjort i Ugeskrift for Læger.²⁰

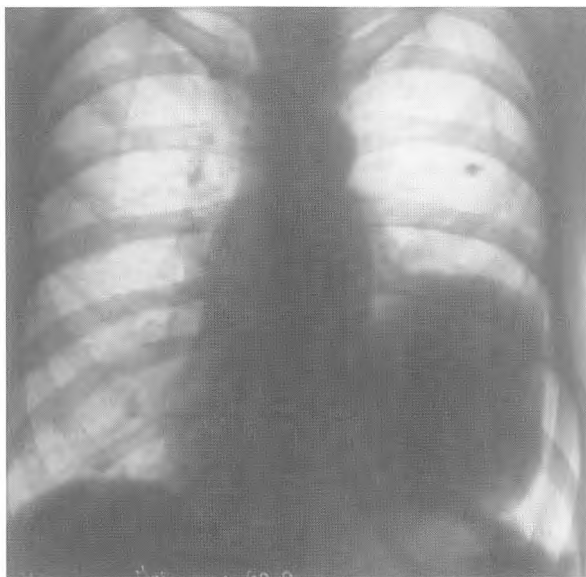
JN var pioner for indføring af direkte pyelografi samt i behandlingen af børn med invagination, som man i flere tilfælde med held behandlede med indhældninger. En behandling, hvor mortaliteten var langt lavere end ved den traditionelle kirurgiske behandling.

Han behandlede en række tetanuspatienter med intraspinal injektion af mangansulfat.

En tidligere reservelæge i Nykøbing gennemgik JN's første 20 års appendicitpatienter. Der var opereret 818 patienter for akut appendicit med en mortalitetsprocent på 2,3, hvilket, sammenlignet med både danske og udenlandske materialer, var et meget lavt tal. Artiklens forfatter foreslog selv, at årsagen til dette måske var, at morsingboerne havde en særlig kraftig konstitution.²¹

Afslutning

JN var en god kirurg. Han var en dygtig tekniker, og han vidste, hvornår han skulle søge hjælp hos andre specialister. Således blev hans patienter



*Fig. 12
J.H. 1'ste patient
opereret for lunge-
cancer i Danmark
1935. Der findes en
jaffaappelsinstor
tumor i venstre ned-
re lungelap. Billedet
er taget efter en
intentionel pneu-
mothoraks.*

altid vurderet af neurologer, når han mistænkte dem for en neurokirurgisk lidelse, og han havde fire neurologiske eksperter, som han vekslede imellem. Han udtalte selv i 1939, at teknisk var hjernekirurgien ikke så vanskelig, og man må lade ham, at den teknik mestrede han ganske godt. Flere af operationsbeskrivelserne er så nøjagtige, at de med enkelte ændringer af instrumentnavne, kunne glide ind i en neurokirurgisk journal i dag. Hans resultater var på højde med og og somme tider bedre end på de store specialiserede afdelinger.⁹

Hans konsekvente opfølgning og efterundersøgelse af patienterne var forud for tiden, og man må beundre de meget omhyggeligt førte journaler.

Han var meget aktiv fortaler for mesterlæren. Som gammel kirurg må man give ham ret. Så kan det godt være, at der er noget rigtigt i det, som den afgædede formand for FAYL for nylig har udtalt; at man ved mesterlæren blot lærer mesterens unoder.²²

JN havde også indset, at han manglede ekspertise i behandlingen af medicinske patienter. Han forsøgte allerede i 1936 at overbevise amtmanden om, at der burde indrettes en ren medicinsk afdeling i Nykøbing, og han gentog dette så ofte, det kunne lade sig gøre ved fødselslagsinterviews i pressen samt ved møder i Lægekredsföreningen. I 1944 fik han en medicinsk konsulent, idet *Holger Nielsen* var blevet ansat som overlæge ved den nyoprettede medicinske afdeling i Thisted. Først i 1960, ni år efter JN's afgang, seks år efter hans død, blev der oprettet en medicinsk afdeling på Nykøbing Mors Sygehus.

Addendum:

JN's søn, øjenlæge Vagn Nordentoft, takkes for en lang række personlige oplysninger om faderen.

Summary

Ib Søgaard

Neurosurgery in a Small Danish County Hospital 1922-50

Jacob Nordentoft (1881-1954), head of a remote small county hospital in Denmark 1922-50 (88 beds) was a very skilled surgeon strongly in favour of master class education.

He did not at all like subspecialisation in surgery, but admitted that neurosurgery might be an exception. However, he found the neurosurgical technique pretty simple.

Meticulous analysis of all his neurosurgical procedures, including spinal cord tumors, cord compression, brain tumors, and myelomeningoceles in the preserved medical records from his time reveal results just as good and often better than in much more specialized clinics.

Litteratur

1. Eiken, Th. Om udspecialisering af kirurgien. Ugeskr Læger 1939; 101: 1482-89
2. Fabricius-Møller, J. Om udspecialisering af kirurgien. Ugeskr Læger 1939; 101: 1489-90
3. Nordentoft, J. Om udspecialisering af kirurgien. Ugeskr Læger. 1939; 101: 1490-92
4. Operations- og indlæggelsesprotokoller + patientjournaler fra Nykøbing Mors Sygehus 1922-51
5. Nordentoft, J. Beretning om min arrestation som gidsel 2-12. september 1943. Manuskript uden årstal, 23 sider
6. Nordentoft, J. tilfælde af traumatisk hudkræft: Sarcom. Ugeskr Læger 1954; 116: 1561-63
7. Nordentoft, J. Un cas de Tumeur de la moelle épinière, enlevée par laminectomie. Acta Chir. Scandinav. 1924; 57: 537-41
8. Søgaard I. Den første spinaltumorooperation i Danmark. Bibl. læger 1984; 2: 251-61
9. Søgaard, I. En vellykket operation for rygmarvsbrøk. Med. Forum 1987; 40,5: 156-60
10. Anton, Bramann Balkenstich bei Hydrocephalien, Tumoren und bei Epilepsie. Münch Med. Wochenschr. 1908; 32: 1673-77
11. Mixer, W.J., Barr, J.S. Rupture of the Intervertebral Disc with the Involvement of the Spinal Canal. New England J. Med. 1934; 211: 210-14
12. Søgaard, I., Madsen, F.F. Neurogenic intermittent claudication. Acta Neurochir. 1983; 69 (3-4): 195-203
13. Søgaard, I. Da børstenbinderens Villy fik fjernet sin discusprolaps. Med hist Årbog 1992: 146-60
14. Giesecking, H. Lokaliserte Spondylitis nach operierten Bandscheibenvorfällen. Zentralbl. Chirurgie 1951; 76: 1470-77
15. Nordentoft, J. Et tilfælde af tumor hypofyseos røntgenbehandlet med god virkning. Dansk kirurgisk Selskabs forhandl. 1927: 15-20
16. Nordentoft, J. Tumor cerebri med gennembrud af kraniet (endothelioma meningum) svundet efter røntgenbehandling. 4 års observation. Hospitalstidende 1932: 863-70
17. Søgaard, I. H.A. Sølling - en neurokirurg i Horsens. Med hist Årbog 1993: 47-80
18. Husfeldt, E. Træk af thoraxkirurgi-ens historie i Danmark. Med hist Årbog 1982: 9-21
19. Sørensen, H.R. Dansk lungecancerkirurgi i de første årtier som jeg oplevede den. Med hist Årbog 2002: 51-74
20. Nordentoft, J. Om genoplivning ved adrenalininjektion i Hjertet. Ugeskr Læger 1928; 90: 741-45
21. Tulinius, E. 20 Aars Appendicitis-Mortalitet. Hospitalstidende 1943: 1469-71
22. Winkel, J.S. Lægeformand: Læger blokerer for fornyelse på sygehuse- ne. Mandagmorgen 20. januar 2003: 23-26

En time med Venus - et liv med Mercur

af Bodil Haarmark

På Landsarkivet for Sjælland ligger der blandt den københavnske politilæge F.F. Hecquets (1811-1876) arkivalier dette brev fra 1857 (Fig.1):

"Højtærede Hr Doctor!

Det er nu engang en bekjendt Sag, at Menneskene her i Kjøbenhavn ikke ere saa gode som de burde være og det kendes derfor ikke saa sjeldent, at Mandfolkene gaa til de af Politiet autoriserede offentlige Fruentimmer.

Uagtet disse to Gange om Ugen omhyggeligt eftersees af Hr. Doctoren, hender det dog undertiden, at man hos dem kan hente sig en Syphilis.

At være befængt med en saadan Sygdom ere for Mange paa Grund af private Forhold en stor Ubehagelighed og dog ser man ofte, at saadanne Mennesker i længere Tid gaa med denne Sygdom uden at henvende dem til en Læge, da de dels genere sig derfor, dels haabe at de ved diæt kan faa Sygdommen betydeligt forbedret hvorved Sygdommen betydeligt forværres.

Min Anmodning til Dem er derfor at De, som ifølge Deres Praxis maa have en rig Erfaring i denne Sag, vilde udgive en populær Afhandling om hvorledes man ved omgang med Fruentimmer kan vogte sig for Syphilis, om hvorledes man, naar man endelig har været saa uheldig at faa den, har at forholde sig og om hvad man skal gjøre naar man sprænger Baandet, der forbinder Hovedet med Overbuden, kort sagt en nøjagtig og fuldstændig Beskrivelse af sligt.

Men populær maa Bogen være, det vil sige enhver Ting maa nævnes med det Navn, som er mest bekjendt blandt Ikke-Læger; skal man ikke hellere gjøre det, end af overdreven Penhed og Anstændighedsfølelse benevne visse ildelugtende Ting med et latinsk Navn som de Fleste ikke kjende.

Bogen vil som sagt være en Velgjerning mod Kjøbenhavnerne og De løber ingen Risiko ved at udgive den, da den vist vil faa rigelig Afsætning. De vil maaske svare: Ja der gives jo mange populære Lægebøger, der omhandler dette. Men Fejlen er, at disse saakaldte populære Bøger slet ikke ere populære; de er kortfattede og med latinske Navne, men her maa netop Udførlighed og Omstændelighed og danske Navne til, ellers kan de gjerne være uskrævne.

Ærbødigst

De bedes at undskyldte, at jeg har klippet et Stykke ud men jeg kom ubelidigvis til at skrive mit virkelige Navn under, og det vilde jeg dog nødtigt; man vil jo gjerne holde lidt paa sit Rygte." ¹



Fig.1
Politilægen i København F.F.
Hecquet (1811-1876)
(Medicinsk Historisk Museum)

I 1857 foretog politilægen 22262 undersøgelser og heraf viste det sig, at 1162 personer var blevet smittet med syfilis.

Med udgangspunkt i dette brev, skal der i denne artikel undersøges, hvorledes myndighederne forsøgte at standse sygdommen i 1850'erne, og at se hvilken behandling, der på dette tidspunkt kunne tilbydes de veneriske patienter både ud fra den daværende faglige litteratur og ud fra patientjournaler fra Almindelig Hospital i København, årgang 1855.

Sygdommens historiske forløb

Sygdommen stammer måske fra Amerika, hvor Christopher Columbus i 1493 bragte den med til Europa, men det er også muligt at sygdommen altid har været her. Under alle omstændigheder spredte den sig pandemisk i 1490'erne som en steppebrand i Europa, Lues Venerea, den veneriske farsot, også kaldet Pestilentia Scorti, skøgepesten. Betingelserne for spredningen var optimal, p.g.a. mange krige ført af landsknægte fra forskellige lande, og en fri seksualmoral, som havde afløst en lang puritansk periode efter Den sorte Døds hærger.² Det blev hurtigt kendt, at sygdommen var

karakteriseret ved en sår sygdom, som senere skulle følges af forskellige eksantemer. Sygdommen havde et voldsommere forløb dengang end i 1800-tallet med dybe væskende papler og pustler.³

Til Danmark og Sverige kom sygdommen mod slutningen af 1400-tallet. Navne på sygdommen i Danmark var enten pokker eller fransoser. Navnet syfilis optræder først i 1530. Smittemåden blev man hurtigt klar over og sygdommen angreb bredt alle samfundslag.⁴

Sygdommen voksede i 1700-tallet til epidemiske proportioner i hele Europa, men det var alligevel en hemmelig sygdom, som man ønskede at holde skjult for egne seksualpartnere, familie og samfundet. I slutningen af 1700-tallet ses sygdommen som en reel trussel til den politiske, økonomiske og åndelige velfærd i både England og Frankrig, og tvang begge lande til at skabe både medicinske og ikke medicinske institutioner, som kunne bekæmpe sygdommen. I 1748 åbnede det første hospital for kønssygdomme i London, Lock Hospital and Asylum for Women⁵ og et tilsvarende i Paris for børn.⁶ De prostituerede blev set som de rene pariaer, dem der smittede, og det betød, at man i starten af 1800-tallet indførte både moralske og lovgivningsmæssige tiltag.

I København fandtes ikke tilsvarende hospitaler. Indtil 1809 var de veneriske patienter blevet behandlet på St. Hans Hospital, men de blev nu overflyttet til Almindelig Hospital, hvor alle veneriske syge, skulle behandles. Derfor delte man de veneriske mellem sig, således at kvinderne kom til at ligge på den medicinske afdeling og mændene på den kirurgiske.

Først i 1886 blev Vestre Hospital oprettet udelukkende for at kurere kønssygdomme hos kvinder. Men der var god grund til bekymring hos lægerne både på hospitalet og i byen.⁷

En af Almindelig Hospitals læger S. Engelsted (1823 - 1914) (Fig.2) skrev i sin bog⁸: Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme: "Naar en syfilitisk smittet kvinde er eller bliver svanger, bliver fosteret inficeret og gaar ofte til grunde inden Fødetiden, og den ulykkelige Moder føder Aborter, undertiden det ene Aar efter det andet, hvorved hendes Helbred i høj Grad svækkes. Naar syfilitiske Mødre føde levende Børn i rette tid, bliver deres Sorg og Bekymring og Skuffelse ofte ikke mindre. Af de levende fødte Børn overlever den mindste Del første Aars Udgang. Nogle af Børnene have ved Fødselen iøjensynlige Symptomer paa Sygdommen; andre kunne fødes tilsyneladende sunde og kraftige, men efter nogen Tids Forløb hentæres de."

Foranstaltninger mod sygdommen

Der er ikke noget så afslørende om et samfund som historien om dets sygdomme, specielt de sociale sygdomme såsom alkoholisme, tuberkulose og syfilis. Sygdommen dræbte færre mennesker end tuberkulose, eller selv



Fig.2
S. Engelsted (1823-1914)
(Medicinsk Historisk Museum)

alkoholisme. Men det er den sygdom der er skrevet mest om gennem tiderne.⁹

De foranstaltninger der er blevet truffet af lovgivningen har haft to formål: helbredelse eller isolation, og hindring af smittens spredning så længe smittefaren var tilstede. Disse formål har været præget af de vekslende tiders samfundssyn.

Problemet blev aktuelt i slutningen af det 15. århundrede og den siden da forløbne tid kan inddeles i 3 perioder: Den første indtil slutningen af det 18. århundrede, hvor man indskrænkede sig til spredte foranstaltninger, sigtende til at kontrollere og bekæmpe prostitutionen. Den anden periode fra slutningen af det 18. århundrede til 1906, hvor man optog opgavens anden side, foranstaltninger til at få patienterne under kur, og samtidig energisk videreudviklede og rationaliserede kontrollen og reguleringen af prostitutionen. Endelig perioden efter 1906, hvor man opgav kontrollen.¹⁰ Tre kongelige reskripter fra henholdsvis 1773, 1788 og 1790 i hvilke Danmark, som det første europæiske land indførte fri behandling for veneriske sygdomme uanset patienternes formueforhold og yderligere fuld forplejning under kuren for fattige patienter, at disse ikke "Dels af Undseelse, dels for at spare Udgifter paa deres Helbredelse, enten skjule Svagheden

eller betjene sig af Kvaksalvere, indtil de paa det haardeste trykkes af Sygdommen og imidlertid besmitte andre....” Yderligere indførtes der behandlingspligt, idet syge, der var genstridige, kunne straffes med fængsel på vand og brød efter behandlingens tvungne gennemførelse.¹¹

Endelig var der en politiplakat fra 1809, i hvilken “Fruentimere under Københavns Juridiktion” blev opfordret til, når de var angrebne af veneriske tilfælde, at melde sig hos politiet inden 14 dage; de der efterkom denne opfordring fik løfte om at få fri kur og pleje og fortielse af deres navne for udvedkommende samt de blev befriet for tiltale og straf, om end deres forhold havde været af den beskaffenhed, at de, i overensstemmelse med politianordningerne, kunne underkastes tiltale for losagtighed og ledigang.¹²

Lægernes syn på foranstaltningerne mod sygdommen

Den danske lægelige debat om den reglementerede prostitution begyndte i 1839, hvor lægerne H. Selmer (1814-1879) og G. Melchior (1811-1872) i Ugeskrift for Læger skrev om hvilke midler, sundhedspolitiet burde anvende for at mindske udbredelsen af syfilis.¹³ Forfatterne skrev: “Da de veneriske Sygdomme i det store Fleertal af Tilfælde have deres Oprindelse fra Usædelighed og Mangel paa Selvbeherskelse, kunde det synes at være den simpleste Vej til at hæmme deres Udbredelse, ved Opdragelsen at bibringe Folk til en saadan Udvikling, at deres Erkjendelse af at være fornuftige Væsner altid beherskede deres dyriske Drifter.” Men sådan var virkeligheden ikke; moralister og præster havde prædikeret i flere århundreder, uden at det havde hjulpet. Forfatterne ønskede derfor helt andre former for restriktioner: “naar man betænker, at det ikke altid er den Skyldige, som straffes; men at Sygdommen ofte kan bringes til en ulykkelig Kone eller et spædt Barn, og at den i Regelen angriber en Alder, af hvilken Samfundet kunne love sig megen Nytte.” Derfor skulle der holdes en strengere kontrol med de prostituerede, som både fik sygdommen og gav den videre til mange andre. Derfor burde kvinderne have hyppige og nøjagtige undersøgelser helst hver anden eller tredie dag. At mænd også kunne udbrede smitten var jo kendt, men forfatterne ønskede ikke, at disse skulle undersøges og fandt det uretfærdigt, når soldater, som de eneste mænd blev undersøgt. De anså det ikke for at være et indgreb mod de prostitueredes personlige rettigheder, idet en sådan undersøgelse ikke var så afskrækkende for dem, som for andre mennesker, og de i den grad havde sat sig ud over det gode samfunds regler, at staten havde ret til at kontrollere en hver næringsdrift, som kunne være farlig for den eller en stor del af dens borgere. Det var også en bekostelig sygdom, idet de fleste ikke var i stand til at betale for behandlingen, og det blev anslået at byen på dette tidspunkt havde 500 prostituerede.

Selmer og Melchior skrev i 1850 en lidt mere nuanceret afhandling.¹⁴ Forfatterne undersøgte igen prostitutionen i København. De undersøgte hvor mange, der blev indlagt på Almindelig Hospital og fandt frem til, at det i perioden 1836 til 1845 drejede sig om ca. 750 patienter pr. år. Når dette tal blev sammenholdt med de patienter, der behandlede på de militære hospitaler eller lod sig behandle hjemme, mente de at sundhedspolitiet måtte holde øje med sygdommen, som undergravede befolkningen både i fysisk som i moralsk henseende. Da størstedelen af de behandlede patienter var prostituerede var det derfor dem, der igen skulle holdes øje med. Så det var grundlæggende de samme ideer som i 1839.

Politiet accepterede på det tidspunkt prostitution inden for visse grænser. Kvinderne skulle indskrives som offentlige fruentimmere, når de havde lidt af veneriske sygdomme flere gange, men der fandtes ingen egentlig lovgivning på området, og den hemmelige prostitution kunne derfor foregå ved siden af den reglementerede. De indskrevne kvinder skulle dog være over 18 år. En del af kvinderne blev udskrevet igen enten for tjeneste i andet erhverv eller giftemål. De kunne også blive afleveret til fattigvæsenet, når de ikke længere kunne klare arbejdet. Endelig begik enkelte selvmord eller døde. Kun mellem 250 og 300 var indskrevne, og det mente, forfatterne var alt for lidt. Kvinderne var normalt fra almuen og stammede enten fra København eller fra provinserne. Når de blev udskrevne igen var det oftest til fabriksarbejde og ca. 30% af de indskrevne blev gift.



Fig. 3
Politiilægens gynækologiske leje.
(Medicinsk Historisk Museum)

I Danmark begyndte indskrivningen af de offentlige fruentimmere allerede i 1805, hvilket var meget tidligt i forhold til det øvrige Europa. På Almindelig Hospital blev en kvinde undersøgt gynækologisk med et spekkulum sammen med at arme, lår, lænder og svælg også blev undersøgt (Fig.3) Fra 1810 blev de undersøgt hver anden eller tredje måned, og fra 1844 blev der strammet væsentligt op, og kvinderne skulle nu undersøges en gang om ugen. I følge Selmer og Melchior var det dog et problem, at der var kommet en form for rangdeling blandt de prostituerede, således at de mere velhavende fandt det upassende at blive undersøgt på Almindelig Hospital, de ville hellere undersøges af politilægen i hans eget hus, hvilket var muligt mod en vis betaling til lægen. Led de af sygdommen, blev de dog alle behandlet på Almindelig Hospital. Når kvinderne var helbredte, kom de igen under politiets myndighed.

Forfatterne ønskede en hyppigere visitation hvilket også kom til at ske i 1853, hvor undersøgelserne skulle foregå 2 gange ugentligt. De ønskede at kvinderne skulle indskrives i et langt større omfang end det tidligere var sket.¹⁵

I 1861 skrev den tidligere omtalte læge S. Engelsted også om foranstaltningerne mod udbredelsen af veneriske sygdomme. Han var noget mere nuanceret i sin beskrivelse af sygdommen og prostitutionen i København, men havde grundlæggende de samme anskuelser, som de tidligere forfattere. Bogen er et langt forsvar for den reglementerede offentlige prostitution.

Han frygtede sygdommen, fordi symptomerne kunne forsvinde for så at opdukke flere år efter igen, og ved hvert recidiv fik patienten det værre og værre og kunne ikke passe sit arbejde. Men den ramte de børn hårdest, som blev ofre for den: "Dersom man paa Dødelisterne kunde optælle alle de børn, hvoraf mange ere anførte som "pludselig døde", døde af "Krampe" af Atrophi o.s.v. og dertil vilde lægge de ikke faa Voxne, som i en Række af Aar have lidt af Syphilis og ere anførte som døde af "Lamhed", Apoplexi", "Hjerneblødhed" o.s.v. - da vilde man sikkert finde at Syphilis ogsaa i vor Tid er en temmelig hyppig Dødsarsag." Derfor var sygdommen en af de mest ondartede, fordi den ikke alene angreb det enkelte individ, men også dennes afkom, og det gjorde sygdommen lige så farlig som tuberkulose.¹⁶

Han påviste, at sygdommen var i stigning fra 1082 smittede personer i 1850 til 2249 i 1859. Stigningen efter 1853 kunne skyldes koleraen, hvor mange kvinder havde mistet deres forsørgere, og derfor måtte ernære sig ved prostitution. Men han ønskede at flere blev indskrevne og derved underkastede sig politiets og politilægens kontrol.

Engelsted anså mænd for lige så medvirkende til sygdommen som kvinderne, og han skrev også om årsagen til disse kvinders erhverv: "Mangel paa Dannelse, Lyst til Pynt, utilstrækkeligt Erhverv, Nød og Elendighed".



Fig.4
Hos Politilægen. Maleri af Christian Krogh. (Medicinsk Historisk Museum)

Han vidste at det ofte drejede sig om social nød, der tvang kvinderne, men de kunne til gengæld kontrolleres, det kunne mændene ikke.¹⁷ Forfatteren mente, at det sundhedsmæssigt var bedre for kvinderne, at de blev indskrevne. På dette tidspunkt skulle de møde til visitation to gange om ugen. De skulle være fyldt 18 år og vise i hvilket kontrolleret hus, de kunne bo.

Den almene prostitution var forbudt, men blev i denne periode tolereret, hvis kvinderne lod sig indskrive som "offentlige Fruentimmere" og overholdt alle ordenskravene. Kontrollen af dem førtes af en officiant på Politikammeret og 3 assistenter førte tilsynet. (Fig. 4)

Der findes en række protokoller med fortegnelser om de offentlige kvinder samt fortegnelse over dem, der var mistænkte for prostitution og endelig en protokol over de udlejere, hvor de prostituerede boede.

Engelsted skrev om de ordensregler, de prostituerede indskrevne var underkastet:

1. Regelmæssig visitation hos lægen (I 1855 to gange om ugen)
2. Hvis angreben af venerisk sygdom omgående melde sig selv til politilæge eller hospital
3. Kun bo i de tolererede huse medmindre de har en speciel autorisation
4. Anmelde bopælsændring til politi.
5. Ikke indtage de første pladser i teatre eller andre offentlige steder
6. Ikke holde forsamlinger på gaderne eller antaste de forbipasserende med ord eller på anden måde
7. Må ikke opholde sig i gaderne eller ved indgang til deres boliger efter kl 11 om aftenen

8. Må aldrig vise sig i vinduerne
9. De må uden for huset undlade alt, hvad der kan støde anstændighedsfølelsen
10. Må ikke modtage panter som sikkerhed for betaling
11. Må ikke give deres elskere logi om natten
12. Må ikke have børn og unge piger hos sig

Det var alvorlige indgreb i deres frihed. Samtidig kunne politiet til hver en tid ransage deres boliger. Engelsted begrundede disse indgreb med, at det var for ordenens og sundhedens skyld. Herefter beskrev han hvor nidkært, politiet holdt øje med de prostituerede og hospitalet havde åbenbart ikke haft nogen tavshedspligt: For at fuldstændiggøre kontrollen blev der hver uge fra hospitalets bestyrelse afsendt til Politikammeret en liste over alle de fruentimere, som havde været behandlet for venerisk sygdom. Disse lister blev sammenlignede med dem, som politiet allerede var i besiddelse af, for at opdage de kvinder, som måtte have unddraget sig kontrol. Desuden tjente denne foranstaltning til at opdage og kontrollere de fruentimere, som drev løsgættighed.¹⁸

Herefter gennemgik han selve indskrivningen til at være en offentlig kvinde, som enten kunne foregå frivilligt eller ved tvang, hvor hver enkelt blev udspurgt om deres familiære og sociale forhold. I 1855 var der indskrevet 184 kvinder. Af disse bliver 42 indskrevet første gang, 33 fritages på grund af andet erhverv og 10 afleveres til fattigvæsenet. 1 blev idømt straffeanstalt og 7 blev gift. Kun 1 indskreven døde dette år. (Fig.5)



Fig. 5
Et kikk ud fra de regulerede
bordeller. Fra en senere periode.
(Medicinsk Historisk Museum)

Fra 1855 så tallene således ud for de mistænkte ikke indskrevne fruentimere:

Visiterede og fundne veneriske	119
visiterede og ikke fundet veneriske	78
meldt sig selv	57
indskrevne	14

Engelsted mente, at der måtte holdes en stærkere kontrol med prostitutionen fordi flere og flere blev smittede. Derfor var det berettiget: "Ved disse Indgreb i den personlige Frihed tilsigtes en formindskelse af de Onder, som ere forbundne med Prostitutionen, og navnlig: Indskrænkningen i Udbredelsen af de veneriske sygdomme, Forhindring af de Uordner og offentlige Skandaler, som Prostitutionen uundgaelig medfører, når den ikke holdes i Ave og endelig Forebyggelse af en Del Forbrydelser, som den let giver Anledning til (især Forførelse af Ungdommen, Prostitution af Børn o.s.v)"

De prostituerede overholdt ikke altid de regler der er opstillet:" i flere Gader træffer man dem i Grupper, spærrende Fortouget og hindrende Passagen, selv Hovedgader f.Ex. Dronningens Tvergade, ere ikke engang undtagne herfra. I de mest befærdede Gader f.Ex. Østergade kan man om Aftenen, paa den Tid Færdslen er stærk, træffe offentlige Fruentimere, ikke enkeltvis og rolige, men sædvanlig kun i meget indskrænket Forstand at man kan paastaae, at de med Prostitutionen forbundne offentlige Skandaler og Uordner holdes i Tømme." Derfor når disse kvinder én gang havde sat sig selv udenfor samfundets regler og moral, kunne man ikke tage nogen former for hensyn til dem.

Som sidste trumf i argumentationen for en mere voldsom kontrol af de prostituerede, viste han hvor bekosteligt det var for kommunen, at have alle disse mænd og kvinder indlagte, dels var de gennemsnitligt indlagt mellem 26-29 dage, dels at hvor betalingen for veneriske patienter i 1850 var 13824 rigsdaler, steg udgiften i 1859 til 26834 rigsdaler, altså næsten en fordobling på disse år.

Derfor ønskede han en væsentligt stærkere kontrol med prostitutionen. Engelsteds forslag kom til at træde i kraft i 1866, hvor den reglementerede prostitution endelig blev vedtaget med lov, selvom systemet havde været anvendt mange år før.

De danske læger havde samme indstilling til prostitution som deres udenlandske kollegaer. Et af hovedværkerne som Engelsted også ofte citerede var et fransk værk: "De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration" fra 1836. Værket var skrevet af lægen Parant-Duchatelet, han var medlem af det medicinske Akademi og også medlem af Sundhedsrådet i Paris. Værket gav en teoretisk støtte til den regulerede kontrol og som for-

bandt de moralske overvejelser med sanitære og administrative, og her kan man se hvor Engelsted har fået sine ideer fra.¹⁹ Parent-Duchatelets bog fik en voldsom indflydelse på hele den europæiske prostitutionspolitik.

I Danmark har det dog været tvivlsomt hvor meget bugt man fik med sygdommen, når der i København kun var 184 indskrevne kvinder og 119 mistænkte kvinder. Dette har kun været en brøkdel af den samlede prostitution. Der var desuden holdte kvinder og den lejlighedsvis prostitution, som ikke kunne efterspores. Engelsted nævnte selv, at ved folketællingen i 1855 var byen befolket med 69,511 mænd og 74,000 kvinder. Derfor må den hemmelige prostitution have haft et stort omfang med mange kvinder som ikke var indskrevne.

Prostitution i København

De syfilitiske kvinder var den gruppe på Almindelig hospital, der blev indlagt flest af på den medicinske afdeling. I alt 38% af samtlige indlagte, mere end en tredjedel af samtlige indlagte. Den amerikanske læge W.W. Sanger, indsamlede informationer om prostitution og kønssygdomme i Europa i 1850'erne, dels i landene, dels i de forskellige storbyer. Han beskrev den historiske udvikling og forsøgte samtidig at vise de seneste opgørelser over kønssygdommens hærgen. De forskellige lande og byer kan ikke umiddelbart sammenlignes, fordi det indsamlede materiale ikke altid stammer fra samme periode. I 1859 udkom hans bog: *History of Prostitution*.²⁰ I den gav han også en karakteristik af prostitutionen i 1850'ernes København, og han skrev følgende: "Prostitutes are very numerous in Copenhagen. This might be expected from the mixed character of the city, at once a capital, military station, and sea-port." Forfatteren mente også at den danske prostitutionspolitik var særdeles restriktiv: "The rules for detection and suppression of syphilis in Copenhagen are very stringent. All persons under arrest are required to declare if they are then, or have been lately diseased, and are liable to punishment if they conceal or misstate the facts."

Dette var rigtigt, at der ikke fandtes nogen egentlig lovgivning om prostitution i byen. Selv efter grundloven i 1848, som gav frihed til alle borgere, var der alligevel en gruppe kvinder, som hvis de blev mistænkt som værende prostituerede, skulle indskrives hos politiet og her gå til kontrol og samtidig udsættes for en lang række restriktioner.

Almindelig Hospital var i denne periode det eneste civile hospital i byen for de almindelige borgere som led af syfilis. Soldater blev behandlet på Garnisonshospitalet eller på Søetatens Hospital og endelig blev klientellet fra byens fattiggård - Ladegården undersøgt en gang om året. At byen både var en havneby og residensby har sikkert givet mere prostitution, men den gennemsnitlige giftealder for mænd og kvinder i 1855 var henholdsvis 31

og 29 år, hvilket var en relativt sen giftealder, dette kan også have været med til at øge prostitutionen.²¹

Lægen Grete Hartmann (1910-1976) har indgående beskæftiget sig med prostitutionen i København i 1850 ud fra Sundhedspolitiets journal. I 1850 var der indskrevet 236 kvinder med angivelse af deres skiftende adresser og hun har her ud fra tegnet et kort over hvilke områder i byen de prostituerede hørte til.²² De prostituerede måtte kun bo i bestemte gader, ligesom de offentlige huse blev henlagt til særlige bordelgader. De lå godt spredt over hele den indre by. Socialt var der dog stor forskel på de enkelte kvarterer. De yngste piger holdt til i Dybensegade og Hummergade, de mere modne i Farvergade, Gåsegade og Magstræde samt ude i Adelgade, Borgergade og Prinsensgade, mens veteranerne samledes i Helsingørsgade, Diderik Badskærs Gang og Lille Brøndstræde.²³ (Fig.6)

Hospitalsjournalerne 1855

Ud fra journalerne på den medicinske afdeling kan kvindernes alder findes, og undersøgelsen viser at det primært er de unge 20 og 21-årige, der

Fig. 6

*Prostituerede på et af byens talrige værtshuse. Fra en senere tid.
(Medicinsk Historisk Museum)*



blev indlagt flest af. Undersøgelsen viser også, at der kun findes 6 prostituerede i aldersgruppen 40- 43 år. Fra 30 år falder antallet drastisk, hvilket kan betyde at kvinderne er så syge eller så nedslidte, at de er havnet på fattiggården eller på en lemmestiftelse. Dette viser også, at det har været en barsk branche hvor kun få har overlevet. Kun få fik en anden levevej eller blev gift. Den yngste prostituerede er 17 år. Der står i journalen at hun er scortum virid d.v.s. er en nybegynder. Hendes adresse er barakkerne, så den sociale nød har nok været årsag til hendes tidlige indskrivning.²⁴ Aldersfordelingen er følgende:

40-43 år	6
30-39 år	80
20-29 år	450
17-19 år	117
10-år	1

Den yngste pige, der er indlagt på hospitalet via politiet er et barn på 10 3/4. I hendes journal står der følgende: "Tilstaar 1 Gang at have haft omgang med et Mandfolk; men er senere antruffen paa Gaden at antaste Mandspersoner. Hun findes nu lidende af enkelte Condylomer siddende i Perinæum ved Sidedelene af Anus. Vestibulum sund. Condylomerne afklippes og hun udskrives hellbrecht 8 dage efter.²⁵ Pigen boede i bagstuen i en ejendom i Lavendelstrædet. Sult har sandsynligvis tvunget hende til sit forehavende.

De yngste havde kun været indlagt få gange, men mellem 20 -30 år stiger antallet af indlæggelser med nye infektioner, i denne alderskategori er det op til 10 gange. En 30-årig har været indlagt ialt 21 gange med syfilis. Hun bor i det røde distrikt i Holmensgade og hun er indlagt via politiklægen og er endnu en gang smittet med syfilis: "Midt paa den frie Rand af venstre lab. Maj. findes en overfl. Ulceration, neppe saa stor som en Ært". Hun behandles med touchering og blyvand i forbindingen. Hun udskrives efter 8 dage.²⁶ Der opregnes i hver journal hvor mange gange, kvinderne før har været indlagt, dog i et enkelt tilfælde står der blot: "Mange Gange".

I journalerne er det også anført om de meldte sig selv eller blev visiteret ind på hospitalet via politiet. Ved at undersøge hvor mange, der er af hver type, viser dette: VP 583, Mss 249

Dette er en typisk journal på en 24 årig kvinde, som har meldt sig selv. Hun bor i Barakkerne, der var noget af det dårligste byggeri i byen, og hun er ikke rigtig prostitueret men særdeles syg, da hun endelig melder sig selv: "Pt. der er frugtsommelig i 4de Maaned har idag efter Smerter over Lænderne og over os pubis, havt Blodafgang fra Vagina, og som det synes aborteret. Paa Blødningen nær befinder hun sig ellers ret vel." Næste dag står der: "Pt er desuden i høj grad syphilitisk. Labia vulvæ findes betydelig

svulne og hævede, Overhuden ujævn rynket. Paa disses Overflade findes flere Hytrophier indtil Nødders Størrelse, der bagtil flydde sammen i større Partier. Enkelte syphelider sees paa venstre Deel af Underlivet og nedad Laarerne. Tonicillerne og Uvula findes betydelig svulne og besat med flere sammenflydende Saar. Nedsynkningen er ikke besværet." Hun påbegynder straks en kur med mercurpiller, og udskrives 25 dage senere som "helbredt".

Kvinderne måtte arbejde som prostituerede, nøden tvang dem til enten helt eller i perioder at søge denne beskæftigelse. I journalerne ses det også hvilke erhverv, de har haft, hvis de ikke var indskrevne prostituerede:

Tjent indtil for nylig, ligget ledig, sypige, skræddersyning, ugift fra Fødselsstiftelsen, tjenestepige, enke, opvarter, linnedsyning, skilt fra mand, har tjent, fra Ladegaarden, fabriksarbejderske, skuespillerinde, politiarrestant, syr handsker, sælger frugt, går på steder, kræmmerarbejde og endelig gift.

Det var alle kvinder fra de dårligste sociale lag som var tvunget til at ernære sig med dette erhverv. Der fandtes ingen sociale sikkerhedsnet. Tjenestepiger, der blev afskediget, havde meget svært ved at komme i arbejde igen. Sypigerne tjente ikke penge nok til at kunne ernære sig selv, og derfor var prostitution nødvendig. Enkerne skulle måske forsørge en række børn, og derfor var prostitution en mulighed. Enkerne skiller sig netop lidt ud fra de andre grupper ved at være ældre og ved ikke at have været indlagt så mange gange som de andre. Kvinderne fra Ladegaarden blev undersøgt en gang om året og her blev deres sygdom opdaget. En række kvinder har måske også været for svage til at arbejde, dette kan ses ud fra politiprotokollerne. F.eks: Forældre døde under Koleraen, hun er halt men meget liderlig eller har været antaget af Foreningen for ulykkelige Pigers Frelse, men ville ikke gøre godt eller opdraget af Fattigvæsenet.²⁷ Politiet vogtede nidkært over disse kvinder, som regel fik hver person sin side i protokollerne, hvor der blev indledt med en kort levnedsbetegnelse, adresseændringer, læge og hospitalsbehandling. I slutningen af protokollen er der en fortegnelse over de adresser de holdt til på og adresser på de kvinder, som boede for sig selv. Der fandtes også en fortegnelse over de indskrevne som havde øgenavne: Splitternøgen, Den lille Benidder, Bandle-Lise, Frøkenen, Bonderosen, Amalia Halvkusse, Grevinden, Bonden Søde Liv, Røde Marie Sluepik, Stine Sødvhil, Gaasepiggen, Rødbeen, Storkusse, Skorstensfeieren, Søde Mine. Disse navne viser helt klart, hvorledes omverdenen så på dem. Den absolut laveste sociale klasse i samfundet.²⁸ Der er skrevet meget litteratur om denne periode og om de prostituerede,²⁹ men undersøgelserne viser de samme træk som i 1855. Det var som oftest fattige piger fra de laveste sociale klasser, som efter en periode med mangel på arbejde, var nødt til at beskæftige sig med denne næringsvej.

På hospitalet var der en skarp afgrænsning mellem de prostituerede og de andre kvinder, som led af syfilis. Det ses i tydeligt i journalerne. De prostituerede lå altid på de store stuer Æ og Ø, hvorimod de andre, det være

sig enkerne, de unge syersker, de gifte og tjenestepigerne var placeret på Y og Z stuerne, således at de ikke blev blandet med de andre og kunne lede dem i fördærv. Dette viser også, at der har været en moralsk holdning på hospitalet, om man var scortum eller ej.

Behandlingen

Syfilis er en infektionssygdom, som oftest erhverves sygdommen ved samleje med en smittet person, men bakterien (*treponema pallidum*) kan også overføres ved kys, berøring med smittede fingre osv. Ved den erhvervede syfilis opstår der efter 3-7 ugers forløb en lille hård blegne eller knude på det smittede sted, hyppigst på kønsdelene. Snart udvikler der sig et rundt sår, og efter kort tids forløb opstår der svulst af lymfekirtlerne, først i lyskehøjningen, senere andre steder. Herved er sygdommen fra sin lokale begyndelse gået over til at være en generel infektion. Der udbryder på huden et karakteristisk udslæt (syfilider) og på slimhinderne frembryder slimpabler, ligesom der ofte finder sår dannelse sted f.eks. i mund eller næsehule. Den tertiære syfilis hvorved knoglerne og legemets organer angribes optræder senere, ofte først efter mange års forløb.

Det var afgørende hvilket stadie man var i ved indlæggelsen. Sår blev toucheret med lapis og herefter med et omslag med blyvand, hvorimod hvis det var syfilis i andet stadie eller konstitutionel syfilis var det mercur/kviksølvpillerne, der skulle indtages, og det var ofte mange. Dette betød også at patienten kunne se frem til et langt sygeleje. Ved en gennemgang af journalerne, kan man se, at behandlingen bestod af en pille (Pill. Mercur cum Opii) morgen og aften. Doseringen af midlet skrives ikke. Bivirkningerne har man kendt til og forgiftningerne også.

Lægen L. J. Brandes (1821-1894) skrev i sin bog om terapeutiske studier fra 1855 hvorledes en forgiftning kunne forløbe: "en Sammensnærende bidende metallisk Smag, Følelse af Sæmsnøring og brændende Hede i Halsen, Betændelse af Spytkirtlerne, Salivation, opsvulmen af Tungen og Tandkjødet: Tænderne bliver sorte, vaklende og falder ud tillige med Stykker af Kjæbebenet. Angst skjærende Smertes i Munden, Svælget, Spiserøret og især i Maven og Tarmkanalen; Kvalme, Opkastning af seigt Slim, ofte blandet med Blodstriber eller større Qvantiteter Blod; Diarrhoe, undertiden Dysenterie. Udtømmelserne ere ofte meget hyppige. Disse Symptomer danne den første Periode, herefter følger den anden, hvorunder, medens de samme Symptomer vedblive, Patienterne blive stærkt deprimerede. Hjerteslagene blive langsomme, svagere og svagere, Pulsen lille, traadformig, sammentrukken, Aandedrættet langsomt, Huden kold og bedækket med Sved, Extremiteterne slappe. Ovenpaa denne Periode følger en tredje, i hvilken Patientten aldeles collaberer og sædvanligen hurtigt ender med Døden."³⁰ På dette tidspunkt har læger vidst hvor giftigt stoffet var. Men var

overbeviste om, at det var det eneste middel, der effektivt kunne helbrede sygdommen.

Kviksølv har været kendt siden oldtiden som lægemiddel og anvendt mod syfilis, næsten lige så tidligt, som sygdommen selv. De spanske læger Juan Almenar (1502) og Diaz de Isla (1539) samt den italienske læge Giovanni de Vigo (1514) var blandt de første, som indførte midlet i behandlingen af sygdommen; men midlet havde længe været anvendt af araberne over for fnat, psoriasis, spedalskhed og andre hudsygdomme. Kviksølvet blev mest anvendt som salve og anvendtes også sammen med svedekure, opkastninger og åreladning. Men mod slutningen af det 18. århundrede gik man gradvist over til at tage det oralt, hvad man eller før havde ment var for farligt.³¹

Brandes omtalte behandlingen i afsnittet om "Qviksølvmidlernes Anvendelse mod syphilis"³² og mente at patienter med konstitutionel syfilis bedst behandlede med sublimat, calomel protojoduretum hydrargyri eller unguentum neapolitanum (salven). I alle midlerne var kviksølv hovedbestandelen. Salven bestod af kviksølv blandet sammen med fåretalg og svinefedt.³³ Men før kuren skulle starte, var det væsentligt at finde ud af hvorledes patientens konstitution var, dennes alder, køn og livsforhold. Hvis patienten også led af f.eks. tuberkulose, måtte denne ikke behandles med stoffet.

Brandes gav også en væsentlig oplysning ved at skrive, at man i 1855 ikke længere anvendte en lang sultediæt eller svedemidler, og at kviksølv blev givet i en langt svagere dosis nu, således at salivationerne kunne undgås.

Journalerne er forskellige henholdsvis fra den medicinske afdeling og fra den kirurgiske. I den medicinske afdeling opdeles sygdommen i syphilis primær, secundaria, tertiaria og infantilis, hvorimod den kirurgiske kun opdeler i syphilis prim og syphilis constitut.

Brandes angav indikationerne for hvornår, der skulle behandles med kviksølv: "Saalenge Syphilis er lokal enten som Chanker, Vegetation eller Slimtuberkel skal Mercur ikke anvendes. Men naar Exemerne og Halslidelserne kommer sammen med Forandring i Ansigtstrækkene, Mathed, Svimmel, og flere reumatiske Smerter i Leddene og Svulst af Kjerterne", så måtte der behandles.

Jo mere overfladisk hudlidelsen var jo virksommere var kuren og kviksølv var et godt middel til at blege huden.

En af de første symptomer på den konstituelle syfilis var affektioner i halssens og i mundens slimhinder. Værst var det i næsens slimhinder, hvor sygdommen også kunne gå i bruske og knogler således at næsen kunne mistes, og ansigtet kunne vansires.

Gennem hele bogen kan det fornemmes, at der har været en solid tiltro til midlet, selv om forfatteren har kendt til de voldsomme bivirkninger. Lægemidlet har vist sig effektivt mod hududslettet og har i humoralpatolo-

giens ænd været et godt kraftigt middel, der har kunnet tvinge det veneriske giftstof ud af kroppen. Men i 1855 anvendte man ikke så kraftige behandlingsmetoder som før. Ingen venesektioner, svede- eller sultekur, men man mente stadig at lægemidlet var virksomt. Det blev anvendt indtil begyndelsen af 1920'erne.

I det følgende vises opgørelsen over de syfilitiske kvinder og børn i 1855 på den medicinske afdeling på Almindelig Hospital, og eksempler på, hvorledes lægerne selv har inddelt sygdommen i de tre stadier.

	INDLACHT	SYFILIS I*	SYFILIS II*	SYFILIS III*	SYFILIS BØRN	DØDE
JANUAR	184	62	10	2		
FEBRUAR	213	50	13	5		
MARTS	266	66	11	2	2	1 (barn)
APRIL	231	62	9	1	3	1 (barn)
MAJ	260	91	11	1	1	
JUNI	250	90	5	4		
JULI	252	78	13	1	3	
AUGUST	220	84	14	4		1
SEPTEMBER	183	92	3	4	1	
OKTOBER	237	87	9			
NOVEMBER	224	88	6	2	1	
DECEMBER	170	32	3	3		

* Syfilis I, II og III; Primær, sekundær og tertiær syfilis.

Primær Syfilis

Ved den primære syfilis forstås sygdommens første stadium. Patienterne lider oftest af sår på kønsdelene og denne type journaler, findes der flest af. Lægen har ikke, som i de andre journaler skrevet hvorledes sygdommen er begyndt eller hvorledes patienten har det. Oftest står der blot, hvor sårene sidder, og af hvilken størrelse de har. Alt fra et hamprø, ærter og endog mønters størrelse. Derefter behandlingen, som består af touchering med lapis og derefter et omslag med blyvand. Kvinderne skal opgive hvor i byen de bor, hvor mange gange de har været indlagt før med sygdommen. Det bliver også opgivet, om de har meldt sig selv eller de er indkommet via politiet.

Typiske journaler af denne type er følgende fra en 24 årig kvinde, som indlægges 7. gang med sygdommen: "Paa bagerste Extremitet af den indvendige Flade af höire Lap. Maj. findes en noget dybere rundagtig Ulcera-

tion neppe saa stor som et Hampefrö". Tg. Lap infern. Aq. Saturn pro Forment. Udskr. helbredt. Hun var indlagt i 8 dage.³⁴

En anden 40 årig prostitueret lader sig indlægge for 10 gang: "Midt på frie Rand af venstre store Læbe sees en Svulst af en lille Nöds Størrelse og paa denne en overfladisk uregelmæssig uren Ulceration noget større end en Ært. Tg. Lap. Inf. Aqua satun pro forment." Patienten er indlagt i 13 dage og udskrives helbredt.³⁵

Sekundær Syfilis

Med den sekundære syfilis ses det ud fra journalerne at en 19-årig tjenestepige indlægges 1. juni: " I løbet af flere Maaneder har Pt. lidt af et Udslet, som hun angiver at være opstået paa Hænderne, hvor hun iforvejen havde haft Frostknuder, og at det derfra senere har udbredt sig til de Steder, hvor det nu findes. Paa extemoverfladen af den nedre halvdel af begge Underarme og paa Hænderne findes nu flere smaa Ophøjninger af en mørkeröd Farve af hvilke nogle paa Toppen have en lille med Pus fyldt Blegne, andre en lille udtömt Crusta: Paa Overarmene og paa Underekstremiteterne findes lignende, men meget spredte, hvorimod de paa Underarmene ere meget tætsiddende. Paa Truncus, især over Lænderne, findes flere tætsiddende Grupper af en mere rundagtig Form. Hist og her findes en enkelt Ophøjning uden Blegne eller Skorpe, men alene röd med afskallet Overhud. Udslattet kløer ikke. Menstruationen er normal. Hun angiver i øvrigt at befinde sig vel. Kjønslidene sunde."³⁶

Fire dage senere skriver lægen: "Dette Hududslet frembryder Karakteren af Syphilis. Paa begge Tonsiller sees ogsaa Excoriationer. Pill merc m. opii - I mane og vespere." Patienten må tage 60 piller inden de seponeres, og hun udskrives "helbredt" 5 uger efter indlæggelsen.

Tertiær Syfilis

Ved den sidste syfilistype begynder patienterne at få dybere sår med åbning ind til underliggende knogle. Behandlingen i disse tilfælde er altid kviksølv, som denne journal fra en 34-årig kvinde gift med en murersvend viser: " Pt, som fra sit 17de til 20de Aar var Scortum og dengang har ligget i Hospitalet for Syphilis og dengang blev behandlet for samme og ikke heller senere har faaet samme, fødte i sit 18de Aar et Barn, der døde 2 1/2 Aar gl. efter Angivelse af Krampe. Senere har hun født 2 Börn, hvoraf det ene døde, som det synes ikke af Syphilis. Pt. lider nu af et Saar, der strækker sig langs Midtlinien af Palet durum fra de midterske deates nacisium næsten 1 1/2 " (Tomme) Det er 3 af 4 " dybt, 6 af 8" bredt meget urent, med ujævn Bund, der løber spidst sammen fra begge Saarets randle, der er

meget uregelmæssige. Hun klager over Smerter i begge Tindinger, der er lige stærke Dag og Nat, forbundet med Svimmelhed. Kjønsclelene sunde.”³⁷ Patienten behandles med kviksølv (Sol. Kali Hydrag) og såret toucheres med lapis. Senere borttages benstumper fra såret, men 32 dage senere udskrives hun som helbredt.

Engelsted havde ganske givet ret, når han var bekymret for, hvorledes sygdommen spredte sig i familierne, hvilket den næste journal også vidner om. Det er i dette tilfælde en 34 årig enke. Journalen giver denne triste historie: For 12 Aar siden led Pt. af ulcera syphilitica, for hvilke hun behandledes her i et helt Aar og gjemgik da en Salvationskur. Derpaa befandt hun sig vel og har født 9 gange; men Børnene være enten dødfødte eller saa svage at de kun levede en kort Tid. For tre Maaneder siden viste sig et tykt, hvidligt, blodblandet, særdeles ildelugtende Udflod af Næsen, hvis indvendige Flade er bedækket af Skorper. Efter Opsugning af infusium Kamomille og K. Myrrhæ standsede Udflodet; men derefter har der indfundet sig heftige Smerter, der især holde sig til Næsebenets og derfra strække sig op i Hovedet og ud til Siderne. De ere bestandigt tilstede og synes ikke at blive værre til bestemte Tider. Ogsaa klager hun over Smerter i Fodleddene, der skulle svulme naar hun gaar oppe.”³⁸ Denne patient behandles ogsaa med sol kali hydrag og udskrives helbredt 60 dage senere. Patienter med syfilis i tredje stadie behandles mest med dette præparat og ikke med mercurpiller, som patienter med sekundær syfilis.

Syfilis Infantilis

I 1855 indlægges der i alt 11 med denne diagnose. Det er ikke mange, de fleste er med sandsynlighed blevet passet i hjemmet eller de angrebne børn har været dødfødte eller kun levet i få dage. I denne journal er pigens mor prostitueret, og barnet indlægges 8 dage gammel: ” Ved Indlæggelsen er Barnet rask; dog skriger det en del og tager ikke gjerne Brystet. I de sidste Dage har vist sig et Udslet der dannende de røde Hypertrophier, med nogen afskallede Epidermis er tilstede, over hele Truncus og paa Extremiteterne, dog i rigeligt mængde paa Nates og Laarenes Bagflade. Mercur sublimat Hahnen gr. 1/8 mane et vespere. Efter at barnet har taget 36 Pulvere er udslettet forsvundet og det udskrives med moderen.”³⁹

Den sidste journal viser ogsaa hvorledes en 2^{1/2}- årig pige er blevet smittet af sin mor: ”Pt., der efter Moderens Angivelse, der selv lider af lignende Affection, har lidt af sin Sygdom i omtrent 1 Maaned, findes nu angreben af Hypertrofier om Anus, der mest synes at være Hudfolderne, der ere hypotroferede til Nødders Størrelse og ulcererede. Midt paa hoire Lab major sees en ulcereret Slimtuberkel af en flad Ærts Størrelse.”⁴⁰ Barnet får 40 kviksølvpulvere, inden hun udskrives. Igen er liggetiden meget lang.

Hun indlægge 12 maj og udskrives 5 september. Der gives ikke noget besked om hun på dette tidspunkt er helbredt, der står blot, at hun udskrives.

Tre personer dør af syfilis og de to er børn på henholdsvis 3 uger og 1 1/2 år. Lægernes bekymring for at næste generation blev svækket af sygdommen, som spredte sig mere og mere år for år, var reel.

Konklusion

Politolægen fik aldrig skrevet en populær og forståelig bog om sygdommen. Men han har alligevel været interesseret i brevet, siden det endnu ligger i hans protokol.

Fra slutningen af 1700- tallet blev syfilis ved med at sprede sig, primært i de europæiske hovedstæder og derfor deltog en række danske læger i diskussionen om hvorledes sygdommen kunne forhindres. De ønskede alle, at prostitutionen skulle reguleres, og at kvinderne skulle indskrives som offentlige fruentimmere, således at man kunne holde kontrol med dem og konstant undersøge dem for sygdommen. De mente også, at disse kvinder selv havde sat sig uden for al lov og orden og at det derfor var berettiget, at de blev fritaget deres personlige frihed. Hvad myndighederne og lægerne ikke kunne tage højde for, var den lejlighedsvis prostitution eller de holdte kvinder, men når der i 1855 kun var 184 indskrevne kvinder, har det selvsagt ikke hjulpet meget som foranstaltning mod sygdommen. Fattige fra Ladegården og soldater blev også lejlighedsvist undersøgt, og det har sandsynligvis hjulpet lidt, at alle i en vis periode var isoleret, men bremse sygdommen kunne det ikke trods alle foranstaltningerne. Lægerne tog heller ikke hensyn til den store sociale nød blandt de fattige kvinder eller foreslog hjælp til denne hårdt ramte gruppe, selv om de så dem på Almindelig Hospital. Generelt var lægerne mere bekymrede for, hvorledes den kommende generation ville blive inficerede eller svækkede af sygdommen.

På Almindelig Hospital i København blev alle syfilispatienterne behandlet. Grundliggende var der i denne periode ingen nye lægemidler mod sygdommen. De tidlige tilfælde blev behandlet med lapistoucheringer og de svære tilfælde fik en kviksølvkur - en behandling, der havde været kendt siden middelalderen, men nu i en lidt anden form, med knap så store mængder af midlet. Lægerne registrerede at midlet godt kunne blege eksantemer, men de vidste også at sygdommen kunne vende tilbage mange år senere og igen smitte kvinder og børn. Derfor var deres bekymring reel nok, men der burde have været foretaget helt andre foranstaltninger mod sygdommen. Fattigdom, sult, lediggang, handicaps, sygdom eller tab af forsørger; en generel social nød tvang kvinderne ud i den enten lejlighedsvis eller fulde prostitution.

Diagnosen var desuden usikker på det tidspunkt, og nogle patienter med ikke-syfilitiske sår - og hududslæt blev utvivlsomt behandlet unødigt. Sygdommens spontane forløb, hvor såret heler og udslættet forsvinder, har givet et falsk indtryk af behandlingens effekt.

En usund levevis, generelt usunde høliger i en by hvor tuberkulosen også florerede og de gentagne veneriske infektioner har givetvis sørget for, at de ikke har levet længe. Kun få slap ud af prostitutionen ved at tage andet arbejde eller ved at blive gift.

Indlæggelsen af de mange syfilitiske kvinder på den medicinske afdeling og alle kønssygdommene på den kirurgiske afdeling betød, at der i december 1855 blev oprettet en specialafdeling for hud - og kønssygdomme på Almindelig Hospital, som blev den første i landet. Den offentlige prostitution blev derimod først ophævet i 1906.

Summary

Bodil Haarmark

An hour with Venus - a life with Mercur

In 1857 the police doctor in Copenhagen received an anonymous letter from a gentleman. He wants the physician to write a popular book about syphilis and describe how men, who were infected could treat themselves. Regarding to the letter this paper examines how the authorities and the danish physicians tried to stop the disease in the 1850's and to see how the physicians were arguing for the regular prostitution in the city. The disease was spreadening very rapidly in these years and the physicians were very concerned about the new growing up population - the children, who also were suffering from the disease. No proper treatment was available in the 1850's. The severe cases were still treated with mercury like in the Middle Ages.

Litteratur

1. Politilægens Protokoller 1849-1863.
2. From E. Dermatologiens historie. I Veien NK et al. Dansk Dermatologisk Selskab; 1898-1998. København 1998: p. 265-91.
3. Weismann K. Gastriske kriser, tabes og tungmetaller. Bibliotek for Læger; 1993;4:356.
4. From. op. cit. s. 269.
5. Merians LE. The Secret Malady. Kentucky; 1996. s. 128 f.
6. Merians, op. cit. s. 4.
7. Landsarkivet for Sjælland, Lolland - Falster og Bornholm. Politilægens protokoller 1849-1863. København. 1896. s. 6.
9. Quétel C. History of Syphilis. London; 1992. s. 2
10. Lett G. Dansk Forening til Kønssygdommes Bekæmpelse. København; 1927. s. 49.
11. Hartmann G. Boliger og Bordeller, oversigt over prostitutionens former og tilholdssteder i København til forskellige tider. København; 1967. s. 37.
12. Engelsted, op. cit. s. 35 f.
13. Ugeskrift for Læger 1839;7:97 ff.
14. Melchior NG, Selmer H. Lovgivningens og Sundhedspolitiets Forhold til Prostitutionen i Kjøbenhavn. Bibliotek for Læger 1850;7:161.
15. Ibid. s. 201.
16. Engelsted. s. 8f.
17. Engelsted E. Om Foranstaltningerne mod Udbredelsen af veneriske Sygdomme i Kjøbenhavn. Kjøbenhavn: 1861.
18. Ibid. s. 45.
19. Quételet, op.cit. s. 211.
20. New York. 1859.
21. Dansk socialhistorie. s. 60.
22. Hartmann, op. cit. s. 45, 52.
23. Eriksen J. Det sociale København s. 17
24. Almindelig Hospital, medicinsk Afdeling 1855 juni. Patient nr. 203.
25. Almindelig Hospital, medicinsk Afdeling 1855 januar. Patient nr. 47.
26. Almindelig Hospital, medicinsk Afdeling august. Patient nr. 155.
27. Landsarkivet for Sjælland, Protokol over mistænkelige Fruentimmere.
28. Eriksen. op. cit. s. 18.
29. Som vist i: Vammen T. Rent og urent, København; 1986. Haugaard Jensen J, Hansen E, Voss E. Sociale studier: Kriminalitet, prostitution og fattigdom i Århus ca. 1870-1906. Århus; 1975. Petersen MB. Den reglementerede prostitution i København 1874-1906. København; 2000.
30. Brandes LI. Therapeutiske Studier. Kjøbenhavn; 1855. s. 15f.
31. Quétel C. History of Syphilis. London; 1992.
32. Brandes. 1855. op. cit. s. 61 ff.
33. Panum, op. cit. s. 418.
34. Medicinsk Afdeling 1855 januar. Patient nr. 131.
35. Medicinsk Afdeling 1855 august. Patient nr. 7.
36. Medicinsk Afdeling 1855 juli. Patient nr. 4.
37. Medicinsk Afdeling 1855 august. Patient nr. 103.
38. Medicinsk Afdeling 1855 august. Patient nr. 125.
39. Medicinsk Afdeling 1855 april. Patient nr. 152.
40. Medicinsk Afdeling 1855 september. Patient nr. 101.

Irisanalysens historie (og fremtid?)

af Mogens Norn

Irisanalyse benævnes også iridoskopi, irisdiagnose og på svensk ögondiag-nos. Iris er den anatomiske betegnelse for øjets regnbuehinde, og den, der udøver irisanalyse kaldes iridolog. Irisanalysen består i at finde tegn (pletter, spalter, tåger) i regnbuehinden, der af iridologen inddeles i felter. Hvert felt antages at svare til et bestemt organ i kroppen, og iridologen dia-gnosticerer sygdom og konstitution ud fra tegnene og deres beliggenhed. Irisanalyse hører til alternativ medicin i modsætning til den etablerede medicin.

Formålet med dette arbejde er at undersøge irisanalysens historie for at vurdere dens forudsætninger, udvikling og mulige sandhedsværdi i vor tid, hvor alternativ medicin er værdsat af befolkningen. I dag anvendes mange økonomiske ressourcer på alternativ medicin, og irisanalyse trives i højeste grad i dag.¹ Kan lægevidenskaben lære noget af iridologen?

Irisanalyse i udvidet forstand

Hvis begrebet irisanalyse tages i allerbredeste forstand som analyse af sel-ve iris, pupillen og iris omgivelser, kan det føres langt tilbage i tiden, såle-des som visse iridologer ynder at gøre det.

Allerede i de hippokratiske skrifter² nævnes øjensymptomer som tegn på almenlidelse: Hvis et mørkt øje klarer op, tyder det på krise (§ 213); åbne øjne under søvn og ophørt lysfølsomhed, så pupillen ikke kan udvides, er dårlige tegn; rødt øje under feber tyder på mavelidelse; øjenbetændelse uden feber viser, at der er fare for blindhed eller død (§222). Desuden gen-kendes menneskets karakter i øjnene.^{4,5}

Irisanalysens historie kan måske føres endnu længere tilbage, mindst 3000 år³, da de påviste punkter i regnbuehinden har astrologiske forbille-der.⁶ I Indien forekom øjendiagnostik i Brava prakasa og i Kina inddeles iris i fem koncentriske zoner, der hver svarer til en kropsdel.⁶ Irisanalyse forekom også tidligt i Sydamerika.⁷

I Middelalderen betragtes øjet som sjælens spejl. Djævelen kunne udspy onde stråler gennem pupillen, og begrebet onde øjne findes fortsat i Mid-delhavsegnene, hvor amuletter herimod dog i dag mest bruges som turist-souvenirs.

Den idé, at øjet er sjælens spejl, udvikler sig så til, at øjet også er legemets spejl.⁶ I Det ny Testamente skriver den græske læge Lukas: "Dit øje er legemets lys. Når dit øje er klart, er også hele dit legeme lyst; men er det mat, er også dit legeme mørkt"⁸, og i Matthæus-evangeliet findes næsten samme formulering.⁹

Den egentlige irisanalyses historie

Irisanalyse i snæver forstand synes først beskrevet i 1670 af Philippi Meyers (eventuelt fejlstavet Meyens) fra Dresden i skriftet *Chiromantia (Chiromantia medica, mit einem Anhang von den Zeichen auf den Nägeln der Finger, nebenst einem Tractätlein von der Physiognomia medica)*. Meyers bog¹⁰ handler om håndlinie-tydning, men omfatter også tydning af physiognomi (ansigt, øjne, næse, mund), negle og øjenbryn.

Bogen har som den tids lærde værker en indledning med hyldest til herskeren, i dette tilfælde den magtfulde Frederich Vilhelm (1640-88), Markgreve af Brandenburg, kurfyrste af Preussen, Pommern osv. I endnu et forord i samme bog bebrejdes boghandler Simon Fiecke von Hall, at udgivelsen af værket blev forsinket otte år, hvilket nok skyldtes den engelsk-hollandske Søkrig, der fulgte efter Trediveårskrigen (1618 til 1648). Bogen indledes med henvisninger til Aristoteles, Hippokrates og Galen, der tages til indtægt for forudsigelser ved studiet af linier i hånden.

Tyve sider af værket omhandler øjnene (kapitel 5): For store øjne tydes som tegn på hjertemathed; udvidede øjne viser en svag natur; tykke øjenbryn viser et sundt menneske, tynde en sart natur. Hvis øjenbrynene falder ud, har man morbus Gallicus (den franske syge, dvs. syfilis). Meyers fraråder kvinder at skære øjenbrynene.

Øjnene viser daglig, om man er sund eller syg, har et lystigt eller traurigt gemyt, og den sunde har lyse øjne uden kar eller pletter. Mere specifikt anføres, at man skal inddele øjet, såvel det højre som det venstre, i fire regioner, idet nummer 1 er den øverste fjerdedel af iris, der afslører sygdomme i hoved og mave. Nummer 2 er højre side af øjet, der svarer til højresidige organer som leveren og højre lunge, højre bryst, samt højresidige rygmuskler og blodårer. Den tredje region er venstre fjerdedel af iris, som viser lidelser i venstre bryst, venstre lunge, milt og hjerte, små kar, samt sitrende lemmer (epilepsi). Meyer's oplyser, at sidstnævnte er set hos en "højere stands-person", nemlig Anna af Oldenburg i 1665. Den fjerde region af iris (nedadtil) viser sygdomme i nyre, tarm, galde og genitalia (kønssygdomme).

Ved analysen bør man se, om der er "slemme tegn" (streger, pletter) og om de ligger centralt eller perifert. En rød stribe fra neden til midterste del af øjet betyder dårlig milt, mat hjerte og måske melankoli. Efter 2-3 dages excesser i form af druk, forældelse, sex og vrede kan man i øjet se hvilket organ, der er blevet fordærvet heraf.

Meyers nøjes ikke med irisanalyse i snæver forstand, men studerer også det hvide af øjet (sclera). Hvide pletter og streger afslører et usundt menneske og vandigt blod. Røde pletter viser hidsighed. Et øje, der overalt er blåt, viser, at kvinden er gravid, medens en lokaliseret blå iris viser kønssygdom i det organ, hvor den blå plet er lokaliseret. Man kan ifølge Meyers iagttage sygdommens vekslen, og at solskin ændrer øje og hjerte.

Femogtyve år senere blev Meyers' værk efterfulgt af et værk af Siegmund Elzholtz i Nürnberg og en disputats af Christianus Wilhelmus Haertel i Göttingen: "De oculo ut signo" i 1786.¹¹

Ignaz von Péczely (1822 – 1911)

De fleste anser Péczely¹⁶ for grundlæggeren af den egentlige irisanalyse.³^{13, 14, 15, 16} I 1881 publicerede han afhandlingen "Anleitung zum Studium der Diagnose aus den Augen" med hovedtitlen "Entdeckungen auf dem Gebiete der Natur- und der Heilkunde".¹² Værket, der omfattede 82 sider og tre tavler, blev udgivet af Tetthey & Co. i Budapest, og angaves at være 2. oplag af 1. hæfte. Et første oplag af hæftet fra 1880 nævnes i litteraturlisten¹⁰, men findes ikke¹⁵, hvorfor der muligvis er tale om falsk reklame. De næste planlagte seks hæfter er aldrig udkommet.¹³ I 1876 startede Peczely udgivelsen af tidsskriftet "Iris", men der udkom dog kun to numre.¹³

Som 11-årig opdagede Peczely en ugle, der sad fast i et buskads i deres have. Han befriede uglen, hvorved uglen brækkede et ben, og han så, at uglen i samme øjeblik fik en sort streg nedadtil i iris. I følge én af versionerne blev uglen hos ham i flere år, og han observerede, at den sorte streg i iris fik en lys stribe i den sorte som tegn på benets opheling.¹⁵ En anden version fortæller, at uglen satte sine kløer fast i hans hånd, så han var nødt til at brække benet på den for at frigøre sig. Uglen fløj bort, men kom igen næste år, hvor irispletten var uforandret.¹⁴

Den rimeligste forklaring på ugle-begivenheden er nok, at uglen har haft en normal pigmentplet nedadtil i iris, som drengen først lægger mærke til, i det øjeblik, uglebenet brækker, og at pletten har været tilstede før benbruddet. En anden mulighed er forveksling mellem en aflang irisplet og uglens aflange pupil.³ Dette betvivles dog af Berggren¹⁶, som fastslår, at ugler har rund pupil, bortset fra en enkelt art (sort saksnæb, *Rynchops niger*). Den transparente blinkhinde (membrana nictitans) hos tamuglen har en tynd sort kant, der ved delvis lukning af det ene øje kan simulere en vertikal stribe hen over den gule iris¹⁶, og uglen kan have lukket det ene øje halvt i, mens Peczely brækkede dens ene ben.

Peczely blev født i Egérvár i Syd-Ungarn i 1822 (eller måske i 1826¹³), hvor hans far var godsforvalter.¹⁵ Han blev student, læste til tekniker og dyrkede homøopati. Endelig studerede han til læge i Budapest og fik medicinsk eksamen i Wien i 1867. Som læge fortsatte han sine irisanalyser i for-

bindelse med operationsforløb og på lig. Peczely holdt 90 år gammel et foredrag for en lille privat kreds i London ved en kongres. Præsidenten forbød dog dette indlæg protokolleret. Peczely vendte nedbøjet hjem.¹³

Nils Liljequist (1851-1936)

Liljequist blev født i Hälsingborg, hvor han blev student i 1874. Han studerede teologi i Lund, blev præsteviet i 1890 og virkede hovedsageligt som præst i Norrland uden at få de ønskede embeder.¹⁴ Han blev anklaget for kvaksalveri, men blev frikendt.

Liljequist blev vaccineret for anden gang i 13- 14 års alderen, hvorefter han var sygelig i flere år med kirtelsvulst, hoste, snue. Han antog, at denne sygdom (tuberkulose?) skyldtes giftstoffer i vaccinen eller lægernes behandling (jod, kinin), og han fulgte forandringerne i egen iris i løbet af denne sygdomsperiode.¹⁴ Irisfarven ændredes fra blå til grøn med røde pletter.

Han publicerede sin irisanalyse på svensk i 1890¹⁶ og på tysk i 1897¹³. En schweizisk medicinsk professor blev så imponeret, at han foreslog Liljequist indstillet til Nobelprisen, men den fik han dog ikke.¹⁴ Iriisanalysen blev et anerkendt universitetsemne i Paris 1911¹⁴, men den blev ikke doceret i Sverige trods forslag herom i 1954¹⁴. Liljequist besøgte USA i 1916.¹⁴

Liljequist påstod, at han selv havde opdaget irisanalysen uafhængigt af Peczely.⁶ Han hånede konkurrenter, virkede diktatorisk¹³, brugte elektrohomøopati a. m. grev Mattei, blandede flere hemmelige midler og overtrådte herved den "ægte" homøopatis principper a.m. Hahnemann.¹³ Han udgav yderligere irisanalyseværker med kasuistikker og flotte illustrationer.¹⁷⁻¹⁹ Han hævdede blandt andet, at et mådeligt forbrug af cigarer, kaffe, té, ægte vin og brændevin ikke er skadeligt.¹⁴

Geografisk udbredelse

Iriisanalysen bredte sig i Tyskland med navne som pastor Felke i 1907, fru pastor Magdalene Madaus i Bonn am Rhein i 1916¹³ og hendes datter Eva Flink¹¹, lægen Frederik Vida og Josef Deck.^{3,4,15} Den norske H.W. Anderschou virkede i London 1916^{6,13,14} og udgav en norsk lærebog "Øiendiagnosen" i 1908. Homøopaten L. Vannier i Paris udgav værket "Irisopie et irisgraphie" på 88 sider i 1886²⁰, fra USA kan nævnes kiropraktor i Californien Bernhard Jensen¹¹ og H.E. Lahn²⁰ og fra Australien Dorothy Hall, der udgav en lærebog i 1980.²¹ Dette er blot nogle eksempler på den omfattende litteratur, hvortil kommer den nyeste litteratur, for eksempel på dansk.¹⁵

Iriisanalysen har mange udløvere spredt over hele verden. Den kombineres i praksis med alternativ terapi, såsom homøopati, naturlægemidler, for-

bud mod medicin, der betragtes som giftstoffer og mod vaccination.¹⁷⁻¹⁹ Iridologer giver råd om tobak : Iflg. O Wirz¹³ giver cigarer ikke iristegn, medens cigaretter forårsager en gulbrun farve af hjertefeltet.

Undersøgelsesteknik

De tidligste irisanalyser er udført i godt dagslys, bedst i tidsrummet klokken 11-13¹⁴, senere indførtes lupforstørrelse 3-4 x, samt stærkt lys, der giver lille pupil.^{11,15} Vannier konstruerede et iridoskop med elektrisk lys og forstørrelse²⁰, og senere anbefaledes irisfotos. De mest detaljerede undersøgelser er udført med spaltelampe, der blev demonstreret og angivelig lært ved den første internationale Kongress für Irisdiagnose i Dresden 1932.⁶ Spaltelampe med fotoudstyr anbefales som en eventuel senere investering.¹⁵

Et væld af tegninger og fotos illustrerer de enkelte iristilfælde¹⁷⁻¹⁹, endda nogle fra forskellige sygdomsstadier hos samme patient. Tegninger er typiske eller unikke, mens fotos måske er mere objektive. Der kan dog "snydes" med fotos på mange måder.²² Således viser sammenlignende fotos ofte forskellig forstørrelse, pupilstørrelse, belysningsretning og fokusering, hvilket umuliggør sammenligning. Irisrelieffet fremhæves ved skrå belysning, mønsteret ændres meget ved stor eller lille pupil, og intet af dette er standardiseret eller defineret ved irisanalysefotos.

Organtegn

De tegn, man leder efter i regnbuehinden, er af forskellig art og tolkes som forskellige processer i det organ, som det pågældende irisonråde antages at repræsentere: Hvide tegn er udtryk for betændelse⁵ eller overstimulation¹¹; mørke tegn viser reduceret funktion^{5,11}; sorte prikker, linier og ringe viser substansstab eller kræft; en sort kile i hjerteregionen er dødstegn¹¹; røde linier eller pletter viser varmt blod, hvide betyder vandigt blod¹¹; en gul eller brunlig plet viser kronisk betændelse^{11,21}, og gulgrå pletter ses ved urinsyrediatese.¹ En åben lakune (krypt) viser et degenerativt organ, hvilket er et alvorligere tegn end en lukket lakune, der tolkes som en afsluttet sygdomsproces.^{4,15}

Iris farve tillægges stor betydning som tegn på klientens konstitution: Blå iris viser lymfatisk konstitution med tilbøjelighed til asteni¹, tuberkulose¹¹, eksem og allergi¹⁵; brune øjne viser hæmatogen konstitution med tilbøjelighed til lever-galde-fedtsygdom¹ eller kræft¹¹, og en grå iris tyder på akne og katarrh.¹¹ Normalfarven for alle af den kaukasiske race er azur eller himmelblå, og farveændring er tegn på sygdom, traume eller forgiftning. Måske nærmere visse iridologer sig datidens racelæere, der anså farvede, spe-

cielt negre, for mindreværdige, jf. digteren Johann Wolfgang Goethe (1749-1832);²⁵ Liljequist advarer i 1903 mod, at den stærke blåøjede race gifter sig med brunøjede: "Däraf kan intet godt komma. Se blott på mulatterne, som hafva de hvites alla laster men inga af deres dyder" (17, p. 19).

Irisstrukturen kan være fint vævet som silke, hvilket viser en god konstitution¹⁵, eller som lærred, hessian eller allerværst som et groft netværk.²¹

Irisnøgle, irigrafi

Den første irisanalytiker Philippi Meyers betragtede i 1670 højre og venstre øje som ligeværdige, da begge repræsenterer de samme indre organer. Det svarer til at lægge to identiske mønter ved siden af hinanden med øverste kant opad på begge. Symboler på den højre mønts højre side genfindes på venstre mønts højre side. På et kort over iris vil hovedet være opad, højre lunge til højre på højre øje (udad mod tindingen, temporalt) og højre lunge ligeledes til højre på venstre øje (indad mod næsen, nasalt).

Fra Peczelys tid (1880) indføres en helt ny tolkning: Højre iris repræsenterer organer i den højre legemshalvdel og venstre iris venstre kropshalvdel. De to øjne er spejlvendte i forhold til hinanden, hvilket medfører, at højre lunge findes udadtil og kun i højre iris, medens venstre lunge findes udadtil i venstre iris.

Iris inddeles topografisk i en indre cirkel omkring pupillen (circulus pupillaris) og en ydre, nogenlunde dobbelt så bred cirkel (circulus ciliaris). Grænsen udgøres af iriskransen (den lille høj, colliculus, eller the iris wreath¹¹).

Den indre cirkel inddeles igen i en indre og en ydre del uden anatomisk grænse, og den ydre cirkel deles i tre, fire eller fem koncentriske cirkler.^{11,24} På tværs af dette cirkelsystem findes en kileformet sektorinddeling, der benævnes gradinddelingen, hvor opad er 360 grader, nedad 180 grader.²⁵ Alternativt anvendes en inddeling som på urskiven med klokken 12 opad og klokken 6 nedad. Parrede organer vil grundet spejlvendingen for eksempel være beliggende kl. 5 på højre øje og kl. 7 på venstre øje. Andre anvender en anden lokalisation af gradinddelingen²⁴, en rotation mod uret eller en 1-60 minutters inddeling.^{11,18}

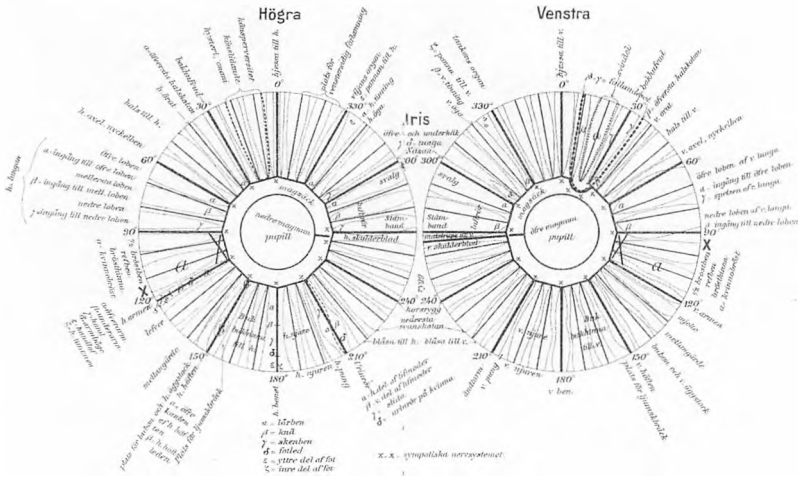
Fig. 1-3 viser forskellige eksempler og nedenfor følger en simplificeret oversigt: Først omtales den indre cirkel (inkl. selve iriskransen og pigmentsømmen i pupilkanten) og dernæst den store ydre cirkel.

Den indre cirkel (circulus pupillaris)

Den allerinderste del af denne antages at repræsentere mavesækken (ventriklen). Den bagerste del af mavesækken findes opad, og forreste del af

Fig. 1.

Gradinddelt irisskema (orienteringsfigur 1 udarbejdet af Nils Liljequist i 1906.¹⁸ Den centrale figur rummer mavesæk og tarme, der er afbildet på en orienteringsfigur 2.



sækken nedadtil.¹¹ Mavemunden (cardia) placeres af én forfatter til højre i begge øjne, altså ikke symmetrisk¹³, andre placerer den i højre indre eller i højre ydre del af iris, og Anderschou i venstre indre¹³. Maveporten (pylorus) er placeret helt forskelligt, lige fra klokken 3½ eller 4 nasalt til klokken 7½ eller 8 temporalt på højre iris.⁶

Hvide pletter viser gastritis, (for meget mavesyre¹⁵), en sort plet viser mavesår, medens sorte eller grå pletter viser mavekræft. Ved gastroptose er iriskransen tilsvarende deformeret.

Den yderste del af den inderste iriscirkel på højre iris inden for kransen (eller lige udenfor¹⁸), rummer udad den opstigende tyktarm, opadtil den tværgående tyktarm og indad (nasalt) tyndtarmene. Venstre iris har tyndtarmen indad, (resten af) den tværgående tyktarm opad og den nedadstigende (colon descendens) udad, idet denne logisk fortsætter i den S-formede tarm (colon sigmoideum) og endetarmen (rectum), der ender i tarmåbningen (anus) klokken 7, i stedet for anatomisk korrekt i midtlinien klokken 6. Blindtarmen vises nedad-udadtil på højre iris tæt ved tolvfingertarmen (duodenum), galdeblære og bugspytkirtel (pancreas, sukkersyge), alt sammen anatomisk korrekt.

Det anses også for vigtigt at observere selve iriskransen (colliculus)²¹, da den kan være deplaceret opad som tegn på svulst i livmoderen, og mod

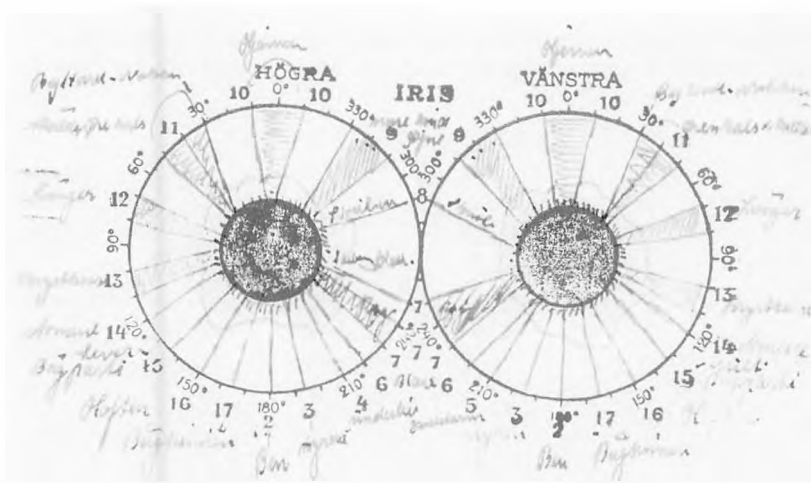


Fig. 2.
 Gradinddelt irisskema. Et violet stempel udfyldt af Johan Gutenberg Dahlquist,
 Los Angeles, California og Ørnevej 2, 1. sal, København 1916.

pupillen ved discusprolaps¹¹, asthma eller manglende nedstigning af testiklen.

Pigmentsømmen i pupilkanten repræsenterer det centrale nervesystem¹¹, mens det autonome nervesystem findes i iriskransen.¹¹

Tuberkulose, i hvert fald hos forfædrene, viser sig angiveligt ved netagtige strøg fra iriskransen, der forløber ind mod pupillen.¹¹ Den svarer til anatomiens membrana pupillaris, der er en hyppig udviklingsstandsning uden klinisk betydning.

Den store ydre iriscirkel (circulus ciliaris)

I højre iris er højre hjernehalvdel repræsenteret i området klokken 11 til 1, og klokken 12 findes vitalkraften (livskvaliteten). Lidt til højre herfor vises hypofysen nær iriskransen²¹ eller længere perifert.¹⁶ Så følger koglekirtlen (corpus pineale, epifysen, "det tredje øje"). En hvid plet på dette sted tillægges clairvoyante egenskaber, mens en sort plet tyder på streng videnskabelig skoling.²¹ Perifert herfor vises selvopfattelse, blodtryk, tale, intelligens, intuition²¹, lammelse i venstre kropshalvdel og vilje.¹⁸

Hjernens pandelap vises klokken 1 på højre iris, fulgt af lokaliteterne for øje, overkæbe, tænder, næse, tårekirtel, underkæbe og tunge. Fra klokken

2-3 har vi øvre svælg, mandler, gane, nedre svælg og helt perifert skjoldbruskkirtlen (thyreoidea).

Klokken 3-4 findes luntrør, spiserør, nøgleben, skulderblad, ryggrad med rygmuskler og mest perifert, haleben og urinblære.²¹

Øjenzonen i højre iris viser organskader i højre eller venstre øje. Det tilsvarende område på venstre iris (kl. 11) viser det åndelige øje. En hvid flamme her viser clairvoyante egenskaber, mens en mørk plet tyder på behov for briller eller kontaktlinser. I værste fald viser pletten et abnormt syn eller en mental blokering.²¹

Klokken 4-5 på højre iris vises urinblære, prostata og yderst penis. Hos kvinden er det området for livmoder og yderst for skeden (vagina).²¹ Dog peger skeden centralt hos Liljequist^{13,18}, hvilket forekommer ulogisk. Til gengæld peger det kvindelige urinrør perifert.¹⁸

Klokken 5-6 findes binyren centralt og nyren med nyrebækken perifert. Omkring klokken 6 findes som ventet ifølge uglelegenden i alle irisnøgler højre ben i højre iris, med låret centralt mod iriskransen. Så følger knæ og endelig foden helt perifert. Klokken 6-7 kommer iriszoner for lyske (ingvinalhernie), bugvæg, bughinde, bækken, hofte, ovarie og testikel. Dog findes sidstnævnte i Grönwalls skema klokken 4-5.^{11, 20}

Klokken 7-8 findes mellemgulv (diaphragma), lever, galdeblære og bugspytkirtel uden for iriskransen.²¹ Klokken 8 på højre iris vises højre arm med fingrene helt perifert. Klokken 8-9 er området for brystkassen, højre bryst (mamma), lungehinde og bronkier, mens højre luntrør (hovedbronchus) findes diagonalt på den anden side af pupillen i samme storcirkel.²¹ Klokken 9-10 findes i højre iris højre lungezone med øverste lungelap opadtil.

I området fra klokken 10-11 vises skulderled, nøgleben (clavicula), hals-hvirvler og øre, samt i nogle skemaer desuden den forlængede rygmarv (medulla oblongata). Ifølge Frau Flink skal tegn på ørelidelse på højre iris vise arvelig sygdom og tilsvarende på venstre iris erhvervet sygdom.⁶ Klokken 11-12 er vi nået tilbage til højre hjernehalvdel med rækkefølgen: baghoved, hysteri, onani, kønssygdom, kønsperversitet¹⁸, seksualdrift (kun i højre iris⁵), drømme, angst, koordination.²¹

Nerveringe i circulus ciliaris er betegnelsen på hvide koncentriske ringe, svarende til de viljestyrede nerver. En perifer cirkeldel svarer til blod eller lymfe, og en mørk ring helt perifert repræsenterer hud angrebet af fræt, eller resultat af tidligere fræt¹⁶ eller eksem.²⁰

"Lymfe-rosetter", dvs. hvide klatter der ligner vattotter og findes langs irisranden helt perifert siges at være tegn på forurening af lymfekirtelsystemet¹⁵, men de kan også repræsentere "mongol-pletter", der findes ved nedsat intelligens (men også hos mange normale).

En hvidlig ring ret perifert benævnes af iridologerne natrium- eller calciumringen. Den antages at vise saltubalance, eventuelt forkalkning (eller i dag navnlig hyperkolesterolem¹⁵) i det eller de organer, den zonomæssigt

dækker over. Ringen antages at ligge i selve iris, selvom beskrivelserne er identiske med arcus senilis, altså aflejringer perifert i cornea. Bedømmelsen synes ikke at tage hensyn til klientens alder, selvom arcus senilis i hornhinden er et normalt fund hos ældre helt uden klinisk betydning.

Kristus tornekrone (radii solares) er irisfurer, som næsten kan strække sig helt fra pupil til periferi, altså tværs gennem de fleste cirkler. Den antages at afsløre udtømmelser fra tarmsystemet.

Venstre iris viser foruden spejlbilledet af parrede organer og tværgående organer tillige venstresidige organer: Hjertet, findes nær iriskransen omkring klokken 3, dog har nogle iriskort også en lille del af hjertet symmetrisk beliggende i højre iris.^{11, 13, 16} Epilepsi, kramper og hysteri er kun repræsenteret i venstre iris.^{5, 13, 18} Milten lokaliseres klokken godt 4.

Solar plexus, det folkelige udtryk for regionen mellem navlen og brystbenet (epigastriet), der opfattes som ligevægtscentret for hele kroppen, findes i iris klokken 4 lige uden for venstre iriskrans, altså ikke svarende til iris centrum.²¹ Selve navlen (umbilicus) lokaliserer Peczey under brystbenet, andre derimod i indre irisring.²⁰

Endelig skal nævnes, at pupillen kan være deformeret, tydende på psykose.¹⁵ En afladet pupil viser hysteri, en skræoval pupil tolkes som depression¹¹, og pupil-sømmen (en brunlig tandhjulslignende cirkel på pupil-kanten) viser neurastheni.²¹

Forbindelse mellem iris og organerne

Forbindelsen forklares ved en psykofysiologisk eller vasomotorisk refleks, idet nerver i iris påvirkes af nervøse baner fra alle kropsdele, på samme måde som kamæleonen skifter farve.²⁰ Man tænker sig, at en mørk irisplet stimulerer det pågældende organ, mens en lys irisplet tilbagekaster lyset og dermed hindrer det inflammerede organs lysstimulation, hvorved betændelsen bringes til hvile.⁴

Men der er aldrig påvist fotoreceptorer i iris, og hvis der ikke findes nerveforbindelser (eventuelt via hjernen) mellem pågældende irislokalitet og tilsvarende organ må man tænke sig en anden form for forbindelse i retning af en slags trådløs telegraf eller Mesmers magnetisme.⁶

Anatomi

Nogle af iridologernes fund er selvfølgelig anatomisk korrekte. Det gælder fx iriskransen, der deler iris i en indre og en ydre cirkel, henholdsvis circulus pupillaris og circulus ciliaris. Sidstnævnte er forreste irisblad, der mangler centralt, hvor man derfor kun ser bagerste irisblad. I virkeligheden er iris som en tangskov²⁵, hvor kammervandet kan passere gennem

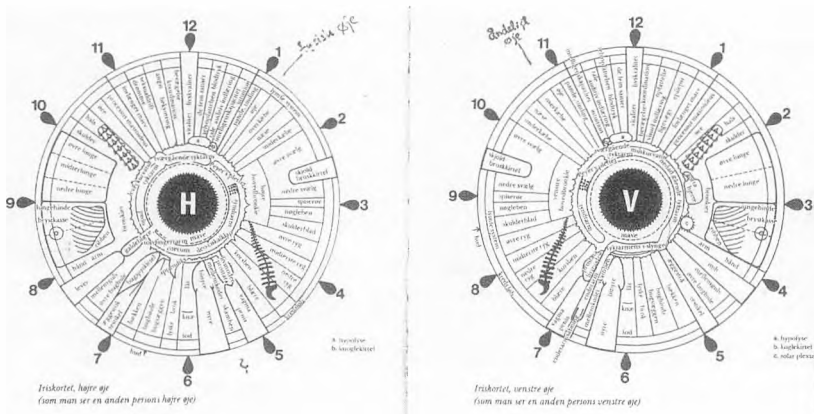


Fig. 3.
Klokkeslætinddelt irisskema, publiceret af Dorothy Hall i 1980.²¹

dybere huller gennem det forreste blad ind i den dybe kløft mellem de to blade, den såkaldte Fuchs kanal, der udmunder ved kanten af forreste blad, hvor iriskransen findes. E. Fuchs beskrev denne kanal allerede i 1885. Iridologens beskrivelse er dog ikke tre-dimensional, hvilket blandt andet forklarer, at arcus senilis opfattes som beliggende i irisplanet, selvom den faktisk findes i hornhinden.

Videnskabelig metaanalyse

Berggren¹⁶ har i 1985 samlet resultaterne af flere videnskabelige undersøgelser:

Tre forskellige undersøgelser på 130 iridologisk undersøgte, hospitalsindlagte patienter viste falsk positiv diagnose hos 72-96%. En undersøgelse af 1181 tilfælde i 1956 viste ingen signifikant forskel mellem gruppen af syge (tuberkulose, hjerte- lever- og nyresygdom, kræft og operationer) sammenlignet med raske. De påståede sygdomstegn i patientgrupperne fandtes ligeså hyppigt hos raske.

Ved en undersøgelse af 150 syge fandt Jancke korrekt diagnose hos 34%. Hvis han drejede iriskortet 90 grader, fandt han alligevel korrekt diagnose hos 33% og ved at dreje 180 grader og 270 grader fandt han tilsvarende tal (30-31%)

Tre iridologer undersøgte 48 patienter med nyresygdom og 95 normale. Resultatet blev en specificitet på 57% og en sensitivitet på ligeledes 57%,

hvorfor man kan slutte, at det ikke er muligt at afsløre sygdom i nyrerne ved irisanalyse.¹⁶

Man har ikke kunnet påvise pletter i iris fremkaldt ved dyreeksperimentelle forsøg.

Diskussion

Irisnøglerne afviger meget fra hinanden, og diagnosen afhænger af det skema, pågældende iridolog anvender. Det gælder iridologien (ligesom den etablerede lægevidenskab), at "de lærde skændes". Dog er der den forskel, at jeg ikke har kunnet se nogen kronologisk udvikling i irisnøglerne. Det er historisk interessant, at iridologien opererer med en række ældre diagnoser, dvs. betegnelser på sygdomme, der nu er sjældne eller sygdomsbetegnelser, der slet ikke benyttes mere (fnat, eller følger af tidligere fraktur, tuberkulose, også tidligere i slægten, hysteri, onani, gastroptose). Aktuelle diagnoser som fx AIDS savnes.

Den videnskabelige metaanalyse dokumenterer, at iris analysen ikke kan påvise sygdomme, og at man lige så godt kan spå i kaffegrums. Dette har man faktisk vidst i mange år, hvilket rejser spørgsmålet, hvorfor irisanalysen fortsat trives med mange udøvere, også i Danmark (Se blot under alternativ behandling i telefonbogen!). Det må skyldes, at der er behov for omsorg og behov for at diskutere vor tids vigtigste emne for den enkelte, nemlig sygdom og død. Iridologen anvender sit skema, hvilket ikke er så vanskeligt, hvis man placerer skemaet bag det øje, man netop undersøger. Det vanskelige består i at kommunikere med klienten på en overbevisende måde, men iridologerne formår åbenbart at bruge deres indfølelse og at forklare deres fund og anvisninger. Hvis en diagnose ikke passer, så kan det angiveligt skyldes, at iris-pletten har bredt sig ud over nabozonen, eller at patienten ganske vist ikke har den påståede sygdom, men er i fare for at kunne få den, hvis den ikke "behandles". Det kan angiveligt også skyldes, at sygdommen fandtes i slægten og har sat sit mærke i iris, eller at der er tale om skader, opstået efter lægebehandling, der måske blev udført måske for lang tid side. Er der da slet ikke noget sandt i irisanalysen? Svaret må være nej.

Ikke desto mindre undersøger øjenlægen jo også iris i spaltelampen, men her er formålet først og fremmest at afsløre irissygdomme, der kan være alvorlige, fx iritis (betændelse i iris), pigmentpletter, der kan udvikle sig til melanom (kræft), samt forskellige former for grøn stær (pigmentglaukom, der ses ved gennemlysning, og pseudoexfoliation, der ses som fnug inden for pupilkanten).

Men øjenlægen kan også få mistanke om almensygdomme ved undersøgelse af iris, hvilket medfører henvisning til den almenpraktiserende læge, der måske henviser videre til andre specialister. Det gælder karnøg-

ler i iris (der giver mistanke om diabetes), iritis (i forbindelse med særlige gigtformer, specielt hos børn, og spondylarthritis), Recklinghausens sygdom, albinisme osv.

Dog skal det bemærkes, at øjenlægen samtidig undersøger øjengrunden ved hjælp af oftalmoskopi og dermed supplerer irisundersøgelsen på meget afgørende måde (fx ved mistanke om diabetes, forhøjet blodtryk, hjernesvulst og uveitis) og at øjen undersøgelsen også kan udvides på en lang række andre afgørende punkter.

Kan irisanalysen gøre skade? Svaret er ja. Irisdiagnosen kan give unødige bekymringer, og det kan være svært ved medicinsk undersøgelse, billeddiagnostik og laboratorieprøver at overbevise klienten om, at iridologen har taget fejl og afgivet en falsk diagnose. Iridologen kan have virket mere overbevisende end en læge, der kommer med indviklede forklaringer og fortæller om hyppigheden af bivirkninger ved en eventuel behandling. Hertil kommer, at iridologen i nogle tilfælde fraråder øjenlægens indgreb (laserbehandling i visse irisregioner) eller tilskynder til uberettiget indgreb på mindre skavanker.²⁶

Summary

Mogens Norn

Analysis of Iris: History and Future

Analysis of the iris has ancient roots, but iridology in its present sense was established by Philippi Meyers in 1670. The discipline was further developed by Ignaz Péczeley in 1881 and by Nils Liljequist in 1890. Other studies have been published in Germany, Sweden, Norway, England, France, USA, Australia and elsewhere, and iridology is practiced worldwide. The techniques used are described and the sources of error are mentioned when several photos from the same patient are compared (e.g. the influences of differences in pupil size, magnification and the effect of oblique light). The iris key (irigraphy) and the interpretation of different signs are discussed in some detail; there is little agreement among iridologists. Some iris diagnoses are of little interest to day and some modern diseases are missing in the diagnostic system. Controlled studies reveal that iridology is of no use whatsoever for the detection of cancer and other diseases in the stomach, intestines, kidney, lungs and heart. The reason for the continued popularity of iridology is discussed, and it is concluded that this type of alternative medicine is not harmless.

Litteratur

1. Mellemgaard L. Irisdiagnostik findes, lever og har det godt. *Oftalmolog* 1987; 7 (hefte 4); 28.
2. Löwegren MK De hippokratiske skrifterna. Lund. 1909: vol. I.:497-98 og II: 27, 445, 564, 599.
3. Schreck E. Wissenschaftliche Medizin und Irisdiagnostik zur Erkennung von Krankheiten des Körpers am Auge. Stuttgart: Bücherei des Augenarztes. Enke. 1955: Heft 22; 51-90.
4. Heino R. Nya Naturläkarboken. Stockholm: Rabén Prisma. 1997: 94-270.
5. Forbes A et al. (red.) Alternativ lægekunst. Gyldendal: København. 1979.
6. Jaensch PA. Zur Geschichte der Augendiagnose. I: Irisdiagnostik, Eine Augenärztliche Kritik. Bücherei des Augenarztes. Enke, Stuttgart. 1955. Heft 22; 1-35.
7. Hove J. Personlig meddelelse. 2002.
8. Det ny Testamente. Lukas 11, 34.
9. Det ny Testamente. Matthæus 6, 22.
10. Meyers P. *Chiromantia Medica*. Dresden: Löfflers. 1670: 1-215 (Haves på DNLB).
11. Kriege T. *Fundamental basis of iris diagnosis* (2. ed.). Fowler Co. 1986.
12. Heinsius W. *Alg. Bücher – Lexikon 1700- 1884* (2. del). Leipzig. 1887: 294
13. Schlegel E. *Die Augendiagnose des Dr. Ignaz v. Péczely* (4. udg.). Leipzig 1924.
14. Granström KO. Ögondiagnosen och dens apostel i Sverige Nils Liljequist. *Nordisk Oftalmologisk Litteraturredning* nr. 1401. I *Nordisk medicin* 1968; 79: 301-307.
15. Jørgensen E. *Terapeutens ABC*. Forlaget Sund og Rask. 1990.
16. Berggren L. Iridology, a critical review. *Acta Ophthalmol.* 1985; 63: 1-8.
17. Liljequist N. *Ögondiagnosen*. 2. oplag. Stockholm: Centraltrykkeriet 1903.
18. Liljequist N. *Ögondiagnoser I*. Text til en samling. Stockholm: Centraltrykkeriet. 1906: 1-44 (og tavler).
19. Liljequist N. *Ögondiagnoser II*. Text til en samling. Centraltrykkeriet. 1908: 1-57 (og tavler).
20. Schnabel R. *Symptome des Auges und seiner Annexe*. Leipzig: Krüger. 1921.
21. Hall D. *Irisdiagnose*. København: Borgen. 1984.
22. Hansen CE. *Videnskabens sande øje, 7 historiske tableauer*. Speciale. Roskilde: Roskilde Universitetscenter. 2000.
23. Norn M. *Farvernes Kulturhistorie*. Leo Temabog. 1997.
24. Lane HE. *Diagnosis from the eye*. London: Kosmos Publ. 1904.
25. Gregersen E (1960) *Studies on the spongy structure of the human iris and its imbibition with the aqueous humour* (Thesis) København: Munksgaard. 1960.
26. Norn M. Iridologi for oftalmologer. *Oftalmolog* 2003; 23 (hefte 2): 22-28.

Glimt fra homøopatens glanstid

Nordslesvigske (sønderjyske) husapoteker fra 1900-tallets begyndelse

af Anton Marckmann

I forbindelse med opsporingen af en række homøopatiske husapoteker fra den tyske tid i Sønderjylland (Nordslesvig) blev forf.s interesse vakt for ikke alene at afdække historien bag disse, der alle havde været i lægmænds besiddelse og i brug også efter grænseflytningen i 1920, men også for at belyse homøopatens baggrund og stade på et tidspunkt, hvor de revolutionerende lægevidenskabelige opdagelser og terapeutiske fremskridt lå forude. Artiklen tilsigter hermed ud fra datidens vilkår at belyse en facet af den sønderjyske befolknings holdning til sygdomme og deres behandling.

Homøopatens oprindelse og udvikling

Da den tyske læge *Samuel Hahnemann* (1755 - 1843) i 1812 ved universitetet i Leipzig docerede læren om homøopati (græsk: lignende sygdom), gav det stødet til en mangeårig strid med den etablerede lægevidenskab (af homøopaterne benævnet *allopati*, græsk: anden sygdom).¹ *Hahnemann's* lære skal ses i lyset af, at han ikke alene var stærkt kritisk over for datidens lægers sygdomsopfattelse, men også over for deres behandlinger, der bl.a. omfattede traumatiserende og mange gange direkte patientskadelige indgreb som åreladning, klystér, bræk- og afføringsmidler (purgativa), svedeture, kopsætning m.m.²

Hahnemann var i 1790'erne blevet opmærksom på, at kinabark (kinin) hos sunde mennesker udløste reaktioner, der lignede de symptomer, der var typiske for "koldfeber" (malaria). Han fik nu den idé, at man kunne kurere (fordrive) sygdomme ved at indgive det stof, der i stærk koncentration hos raske fremkaldte de for sygdommen karakteristiske symptomer, i så svag en dosis, at stoffet ikke virkede toksisk eller gav andre bivirkninger. "Similia similia curantur", d.v.s. "med lignende skal lignende kureres" blev det dogme, som hans lære byggede på. Han forestillede sig, at sygdomme og disses symptomer skyldtes en svækkelse af legemets "livskraft", og at det specifikke stof (middel) i svage koncentrationer stimulerede eller

fremmede "livskraften" og førte til helbredelse, medens det i stærke koncentrationer havde den modsatte virkning.^{2,3} For de kroniske sygdommes oprindelse og væsen måtte han på et senere tidspunkt gøre en særlig opfattelse gældende.⁴

Med sig selv som "testperson" registrerede han de symptomer, som kinabark udløste - og de var mange: andre homøopater opregnede senere i alt 1143 symptomer efter indgift af denne drøge !!^{1b} Han indgav en lang række midler og stoffer til sunde mennesker, eksaminerede dem og noterede omhyggeligt ethvert symptom, som forsøgspersonerne angav i en observationsperiode på op til 28 dage . For svovls vedkommende registrerede han således 1040 og for fosfors 1025 symptomer.⁴ Herefter var det helt i tråd med hans teori at behandle patienter med et enkelt middel eller en kombination af flere midler, der "matchede" patientens symptomer. Dog indgivet i så lave koncentrationer, at der ikke kunne opstå bivirkninger. Han systematiserede og standardiserede udvindingen og fremstillingen af de homøopatiske midler og angav de fortyndinger, der skulle anvendes i behandlingsøjemed. Disse regler skulle overholdes konsekvent, hvis midlet skulle virke effektivt, ligesom der under behandlingen skulle respekteres en diæt, der undgik alle stærke, krydrede, saltede, røgede og fede fødeemner, og rygetobak, skrå og snus var strengt forbudt. *Hahnemann* nedlod sig ikke til videnskabelige diskussioner med sine skeptisk indstillede modstandere, for ham var "erfaringens dom" i form af de overbevisende resultater af den homøopatiske praksis det endegyldige bevis på hans læres rigtighed, hvilken han opfordrede sine "resencenter" til at efterprøve.^{2,4}

Ikke alene i homøopatiens hjemland, Tyskland, vandt *Hahnemann's* lære stigende udbredelse, også i de øvrige europæiske lande fandt anvendelsen af homøopatiske midler grobund trods sønderlømmende kritik fra lægeside. I Østrig var homøopatisk virksomhed endog forbudt i årene 1819 - 37.^{1a, 5a, 6} U.S.A., der modtog et stort kontingent af europæiske indvandre-re i det 19.århundrede, blev et modtageligt marked, her kunne tilhængere af homøopati omkring 1900 mønstre 15.000 læger, 20 universiteter og 100 hospitaler med i alt 8.000 senge.^{6,7} I Danmark indviedes i 1913 et homøopatisk hospital på Frederiksberg med 52 senge. Da driften ikke kunne svare sig, ophørte det allerede i 1916, hvorefter bygningen blev anvendt som kommunalt børnehospital under navnet Fuglebakken.⁷

Kommerciel storproduktion af homøopatiske midler

I 1866 oprettede Leipzig-apotekeren, dr. Willmar S. Schwabe (1839 - 1917) et firma "Homöopatische Zentral-Officin" til fremstilling og salg af homøopatiske midler. I 1878 grundlagde han "Homöopatische Central-Apotheke", i et bygningkompleks vis-a-vis Thomaskirken, og Leipzig blev et centrum

for den hastigt voksende homøopatmidelfabrikation.^{5b, 8} Schwabes firma udviklede sig til en storindustri af den mest betydende af sin art i verden og med en kundekreds, der bredte sig langt ud over Europas grænser.⁹

I 1872 forfattede han den hidtil bedst opdaterede og mest fyldestgørende "*Pharmacopoea homoeopathica polyglotta*", der udkom i 2. forbedrede og udvidede udgave i 1880, teksten på tysk, engelsk, fransk, spansk og italiensk (Fig. 1). Det 402 sider store værk byggede til punkt og prikke på *Hahnemann's* regler og forskrifter og henvendte sig primært til farmaceuter.

Bogen redegør indledende for de råmaterialer fra plante-, dyre- og mineralriget, der danner grundlag for præparationen af de homøopatiske midler. Det drejer sig om

- 1) friske og vildtvoksende planter, indsamlet kort før, under eller lige efter blomstring. Efter rensning og findeling udpresses saften, som blandes med alkohol i forholdet 2:3, 1:1 eller 1:2.
- 2) friske plantedele og droger (incl. animalske): frugter, nødder, frø, rødder, grenspidser, "spansk flue", bier etc. Indholdet i de tørrede og pulveriserede dele udtrækkes med alkohol og filtreres. Udtrækket af disse vegetabiliske og animalske råmaterialer betegnes som *urtinkturer*.
- 3) metaller, mineraler, mineraloider: findeles eller præcipiteres. Kemikalier forefindes i udfældet pulverform. Disse produkter betegnes som *urstof-fer*.

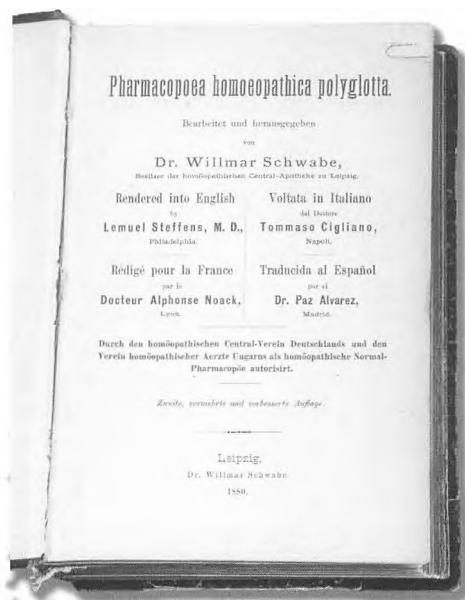


Fig. 1
Titelbladet til Willmar Schwabes Pharmacopoea 1880.

Efterfølgende fortyndes/udtyndes ("potenseres") med indifferente stoffer i form af alkohol i styrker fra 90 til 45%, destilleret vand, rørsukker eller tørret mælkesukker.

"Potenseringen" foregår efter to principper: decimal - (D) og centesimalfortynding (C), således som det fremgår af følgende skema:

DECIMALFORTYNDING	INDHOLD AF URTINKTUR/-STOF	CENTESIMALFORTYNDING
D1	1/10 ¹	
D2	1/10 ²	C1
D3	1/10 ³	
D4	1/10 ⁴	C2
D5	1/10 ⁵	
D6	1/10 ⁶	C3
D7	1/10 ⁷	
D8	1/10 ⁸	C4
D9	1/10 ⁹	
D10	1/10 ¹⁰	C5
etc.	etc.	etc.

(*Hahnemann* anbefalede og anvendte fortyndinger helt op til 30 potens!).⁴

Det færdige produkt blev udbudt i flydende form, som pulvere (udrivninger, triturationer) eller i form af strøkugler (globuli)

"Potenseringen" udføres skridt for skridt for hver fortyndingsgrad. For de *flydende emners* vedkommende fortyndes dræbevis med alkohol eller destilleret vand i de rette forhold under kraftig omrystning. Fremstillingen af *udrivninger* i tørret mælkesukker var oprindeligt en besværlig og tidkrævende proces, særlig når der skulle gennemføres adskillige udtyndinger, dog gik man senere over til maskinel behandling. Udrivninger blev også slået til tabletter. For *strøkuglernes* vedkommende blev det potenserede, flydende middel i løbet af 9-12 timer opsuget i tørre rørsukkerkugler af fastlagte størrelser, hvorefter kuglerne indtørredes.

Farmakopeen indeholder endelig på de fem hovedsprog en alfabetisk ordnet oversigt over samtlige gennemprøvede homøopatiske midler, det drejede sig i 1880 om et antal på knapt 1.000, samt anvisning på deres fremstilling ud fra råmaterialerne. Det enkelte apotek og den enkelte farmaceut havde således med bogen i hånden en vejledning i den komplicerede proces, der går forud for det endelige homøopatiske produkt. At mange apotekere/farmaceuter i realiteten gjorde arbejdet lettere for sig selv og deres medarbejdere ved at indkøbe enten urtinkturen/-stoffet eller det definitive produkt fra *Schwabe's* eller andres firmaer, forekommer forståeligt.

Husapoteker

Det homøopatiske centralapotek i Leipzig udviklede sig under *Schwabe's* ledelse til en betydelig virksomhed, der havde til huse i en tre-etagers bygning med maskiner og automatiske apparater til forarbejdning af råmaterialer og fremstilling og potensering af de mange præparater. Produkternes indhold af alkohol, ekstraktionsmidler, sukker og fedt, deres renhed og kvalitet blev efterprøvet i laboratoriet. Bygningen rummede endvidere en forlagsvirksomhed, der udgav og forhandlede tidsskrifter og håndbøger om homøopatiske emner.⁹

Præparaterne, herunder urtinkurer, blev udbudt i gul-brune flasker af 5, 10, 15, 25 helt op til 90 ml's indhold; de kunne erhverves enkelvis (Fig.2) eller indeholdt i de såkaldte "husapoteker". Husapotekerne forhandlede i op til 30 udformninger: de billigste med få midler i simple papkasser, de større i smukt polerede skrin af nøddetræsfiner, de største i form af skabe indeholdende adskillige hundrede præparater. Til rejsebrug anvendtes praktiske rejseetui'er. Såkaldte "forbedrede husapoteker" med et indhold på omkring 100 præparater eller flere var beregnet til store familier eller til behandlere i områder, hvor disse midler ikke var tilgængelige, fx missionsnærer i fjerne lande, ligesom de også anbefalede til godsejere ("gutsbesitzer"), der behandlede sygdomme blandt deres "større kvægbestande" med homøopatiske midler.⁹

Hvem som helst kunne bestille husapotekerne som postordre gennem firmaet. Dagsprisen i 1910 varierede fra 4 mark for de billigste i pap med kun 8 midler, til 25 mark for skrin med 60 midler og 34 mark for skrin med 84 midler. Priserne skal ses i relation til, at en faglært arbejders ugeløn dengang beløb sig til ca. 32 mark (godt 28 danske kroner). "Forbedrede" husa-



Fig. 2
To homøopatiske midler:
aconitum (flydende),
china (strøkugler) (fra (9)).

poteker med 108 midler kostede 56 mark (kurs 1910: 1 mark = 89,9 øre). I Tyskland måtte midler, der var fremstillet ud fra stærkt virkende eller giftige råstoffer i potenserne D4 eller derunder dengang kun udleveres mod recept fra en "approberet" læge, det gjaldt fx for arsenik-, belladonna- og kviksølvpræparater.⁹

Da mange af firmaets arkiver og dokumenter gik tabt under og efter anden verdenskrig, har det ikke været muligt at opspore og angive det totale antal husapoteker, der blev produceret og solgt, og specielt ikke, hvor mange der blev afsat i Nordslesvig (Sønderjylland) før 1920.¹⁰ Men man får et indtryk af virksomhedens omfang, når man læser, at fabrikkens 200 kvm. store flaskedeponi i 1910 indeholdt en million flasker - nok til at udstyre ca. 20.000 velassorterede husapoteker.⁹

Firmaet eksisterer fortsat, nu med sæde i Karlsruhe, men har specialiseret sig i produktion af phyto(plante)medicin, medens den homøopatiske produktion i 1961 blev udskilt i et datterfirma, der stadig fremstiller homøopatiske husapoteker, dog kun i fire modifikationer.¹⁰

Det oprindelige centralapotek ved Thomaskirken huser i dag det saksiske apoteksmuseum, hvor et særligt afsnit belyser *Hahnemann's* og *Schwabe's* homøopatiske virke.⁸

Hus-lægebøger:

Med hvad kan hvad behandles og i hvilke doser ?

Schwabe's husapotek fandt plads i mange hjem hos lægfolk, og indgik utvivlsomt også i konsultationsudstyret hos homøopater og læger, der udføede homøopatisk praksis. Da brugen af husapoteket foruden kendskab til filosofien bag den homøopatiske lære også måtte forudsætte viden om dosering og virkning af de mange frit tilgængelige midler, og da dette især var nødvendig for lægmænd, før de begyndte at behandle sig selv eller andre, var der hjælp at hente i en række håndbøger, hvorfra læseren ved selvstudium kunne erhverve et tilstrækkeligt grundlag for at føre *Hahnemann's* og hans disciples anvisninger ud i livet.

Således udkom i Leipzig som et tillæg til *Willmar Schwabe's Illustriertes Preisverzeichnis* en af *dr. Gustav Publmann* udarbejdet *Kleiner Homöopathischer Hausarzt als Einführung in die praktische Homöopathie*.⁹ Forfatterne henvender sig i forordet til den læge person, der vil gøre sig bekendt med og udføre den homøopatiske praksis og herved erfare, at ikke alene kan lettere, men også sværere sygdomme kureres og forebygges, men også at en sådan behandling vil være betydelig billigere end den, der ydes af "allopatiske" læger. Ydermere har de anvendte midler den fordel, at de smager godt og derfor er velegnede også til børn, at de ikke har skadelige bivirkninger og at de kan bevare deres helende kraft selv under ugunstige opbevaringsforhold. Selvom der ikke anføres statistiske opgørel-

ser eller undersøgelser over virkningen ved de enkelte sygdomme - eller rettere symptomer eller symptomkomplekser-, støtter forf. sig til enkeltstående begejstrede udtalelser og anprisninger i breve fra fx missionærer i Kina og Sydafrika, der "har opnået Helbredelser, der forekommer utrolige" ved hjælp af midler fra firmaets husapoteker (uden dog at angive arten af sygdomme eller de anvendte midler).

Udover den autoriserede lægestand havde homøopatien også andre konkurrenter i kampen om patienternes gunst, således pastor *Kneipp's* dengang meget udbredte og populære naturkure, der udnyttede vandets, luftens og lysets helende kraft og forkastede enhver form for behandling med lægemidler.¹⁶ Selvom *Schwabe* ikke vil udelukke, at nogle kan have gavn af disse kure, anfører han, at der er mange, som bliver skuffede, og nogle tager direkte skade af de foreskrevne koldtvandskure, medens homøopatisk behandling derimod virker effektivt og er uskadelig!

Publmann understreger i sin hus-lægebog vigtigheden af en indledende grundlig mundtlig eksamination af den syge, hvor der især koncentrerer sig om det eller de organer, der er lidende, og om hvorvidt der er tale om akut eller kronisk lidelse. Da homøopatien retter sig mod symptomer, er det eksaminandens opgave at redegøre herfor, ofte ledet af eksaminators supplerende (vejledende?) spørgsmål. Drejer det sig om hovedpine, forsøges denne indkredset med henblik på lokalisation og styrke, kvalitet (borende, trykkende, sprængende, pulserende), udstråling, ledsagefænomener (kvalme, opkastning, synsforstyrrelser), relation til ydre påvirkninger, klima, tidspunkt på døgnet. Drejer det sig om hoste, skal denne beskrives detaljeret: om den er tør, løs, smertefuld (sting), nervøs, ligeledes skal opspytets udseende, farve (evt. blodigt), lugt, tykkelse og sejghed noteres såvel som vejrtrækningens beskaffenhed (åndenød -astma). Er der tale om mave-tarmsymptomer udspørges grundligt om ændringer i appetitten, smagsforstyrrelser, kvalme, opkastning, smerter i bughulen og om afføringens udseende, lugt, hyppighed og konsistens. Diarré relateres til ti forskellige mulige udløsningsmekanismer lige fra ærgrelser og tobak til forkølelse, og der skelnes mellem otte forskellige former og udseende af det kvitterede, ligesom tidspunkterne i døgnet, hvor afføringstrangen melder sig, noteres. Desuden skal man være opmærksom på bisymptomer, fx irritabilitet, døsighed, uro, søvnløshed og mathed. Jo flere detaljer, der indgår i symptombeskrivelsen, des større er chancerne for at finde frem til det eller de virksomme midler.

Herudover må behandleren indskrænke sine undersøgelser til temperaturmåling, pulstælling og til at iagttage urin og afføring. Stetoscopi, palpation og eksploration af den undersøgte er forbeholdt den lægelige profession.

Fra bogens *homøopatiske "farmakologiske" afsnit (materia medica)* skal her omtales nogle af de opførte medicamina med deres latinske og danske benævnelser samt nogle af de de symptomer (og lidelser), de kan anvendes imod:

- Aconitum* (stormhat, venusvogn): ved febrilia med tør, varm hud, ved hjerteuro.
- Antimonum crudum* (antimon): virker på slimhinder i fordøjelseskanaal og luftveje samt på huden.
- Arnica montana* (volverlej): til alle ydre traumer, forhindrer udtræden af hvide blodlegemer.
- Apis mellificia* (bigift): til febrile betændelsestilstande i hud og slimhinder.
- Arsenicum album* (D 4-6) (arsenik): med et så udbredt virkeområde, at det næppe lader sig beskrive! Styrkende. Til blod- og nervesygdomme, kræft og brandsår, astma, nyre- og hjertesygdomme, typhus, nyttig ved tuberkulose. Også til syge dyr : hovlamme heste, ved miltbrand, til kvæg med mund- og klovsyge.
- Aurum* (C5 -6) (guld) til kroniske sygdomme, hysteri, hypochondri, religiøst tungsind, sjælekvaler, dødsangst, selvmordstanker.
- Calcareæ carbonica* (kulsur kalk) til en række kroniske lidelser.
- Cannabis sativa* (D3-4) (hash) bl.a. til hysteriske individer med fremtrædende erotiske fantasier og ophidset kønsdrift.
- Cantharis* (D3-4) (spansk flue) : til diverse nyre- og blæresygdomme.
- China* (kinabark): til svækkelse og kraftesløshed.
- Coffea cruda* (D2) (kaffe): til nervøse, lyd - overfølsomme, ved søvnløshed og migræne.
- Digitalis* (D3-4): til hjertelidelser: betændelse i hjertesækken, klaplidelser, "nervøst hjerte", bronchitis, næseblod, lungetuberkulose, meningitis.
- Ferrum metallicum* (C5-6) (jern): til blegsot, blodmangel, ved blodig opspyt.
- Hepar sulfuris* (svovllever): til kroniske hud- og kirtellidelser, luftvejskatarr.
- Ignatia* (Ignatzbønne): til nervøse, grådlabile personer, især børn og kvinder.
- Jodum* (D 4-6): til kirtelsygdomme, gigt, lungebetændelse.
- Lachesis* (C5 - 6) (slangegift) : til kroniske mave-tarmlidelser, blindtarmsbetændelse, difteri, rosen, stivkrampe, lammelse, typhus.
- Lycopodium* (ulvefodfrø): til tarmlidelser, forstoppelse, hæmorrhider m.m.
- Mercurius solubilis* (C 5-6) (kviksølv): hovedmiddel ved kønssygdomme af alle slags. Nyre-blæresygdomme, gulsot, leversvulst, knoglelidelser.
- Nux vomica* (bræknød) : et af de mest værdifulde og mest anvendte midler. Egner sig til mørke, slanke mennesker med voldsomt temperament, til underlivs- og nervesygdomme p.gr.af mangel på motion i det frie! Ved alle kroniske mave-tarmlidelser, hæmorider, "tømmermænd".
- Opium* (D3): til langvarig forstoppelse, til nervøse og alkoholmisbrugere.
- Phosphorus* (fosfor): kan anvendes ved alle former for sygdomme i alle organer !
- Pulsatilla* (kobjælde): egner sig til individer med blegt ansigt, blå øjne og blondt hår med mildt og eftergivende sindelag, flegmatisk temperament og med tendens til ængstelser og ærgrelser.
- Rhus toxicodendron* (gift-sumak): til kroniske gigtlidelser, følger efter forstuvninger.

Secale cornutum (D3-4) (meldrøje): til blødninger fra livmoderen og kraftige menstruationer, til tarmlblødninger og kronisk rygmarvsbetændelse.
Sepia (sepjasoft): især til kvinder i overgangsalderen med alle dertil hørende besværigheder. Også til mænd, der lider af sædafgang i søvne.
Sulfur (C5-6) (svovl): er det homøopatiske middel ved kroniske lidelser, når andre midler ikke virker. Kan bruges som "mellemmiddel" for at gøre organismen modtagelig for andre midler.
Thuja (livstræ) : hovedmiddel ved gonoré.
Veratrum album (foldblad) : bl.a. ved kolera.

Her er kun medtaget et beskedent udvalg af det samlede armamentarium, hvormed homøopatien kunne tilbyde sig i behandlingen af snart sagt hvilket som helst sygdomssymptom (og sygdom). Også sådanne lidelser, hvor lægevidenskaben dengang måtte melde pas.

Dosering: Midlerne forhandles hyppigst i fortyndingen D3 - D4 eller endnu svagere . De flydende midler skulle indtages som 3 - 5 dråber flere gange daglig på et stykke hvidt sukker eller i en teskefuld vand, udrivninger som en knivspidsfuld tørt på tungen eller udrørt i vand og strøkugler i et antal af tre til fem tørt på tungen. Til kroniske lidelser blev stofferne givet i færre og svagere doser. Der gøres dog opmærksom på, at midlernes dosering kan variere en del fra behandler til behandler.

Hus-lægebogens sidste afsnit er et *klinisk homøopatisk repertorium*, der i alfabetisk rækkefølge lister de hyppigst forekommende symptomer (og sygdomme) med angivelse af de til behandling "passende" homøopatiske midler. For det enkelte symptoms vedkommende er der adskillige, op til 10 forskellige valgmuligheder, og mange midler dækker, som det fremgår af det tidligere omtalte "farmakologiske" afsnit, vidt forskellige symptomer. Det er herefter behandlerens opgave at finde frem til det (eller de) middel, der dækker symptomspektret i så bred udstrækning som muligt.

I repertoriets omtale af asiatisk kolera oplyses, at lidelsen er fremkaldt af koleravibrionen, og at behandling med homøopatiske midler (*veratrum*, *arsenicum*) næsten altid er virkningsfuld. Som profylakse anbefales indhældning af svovlmælk i strømpefoden ud fra den iagttagelse, at svovlmilnearbejdere næsten aldrig pådrager sig kolera! Opium er gift for kolerapatienter: lægerne har med dette middel dræbt flere end selve sygdommen har gjort!

Opium i homøopatisk dosering (D3) anbefales derimod, i overensstemmelse med den homøopatiske teori, til behandling af kronisk forstoppelse.

At homøopaten kendte sin begrænsning ses af, at der henvises til autoriseret læge ved symptomer og lidelser som fx lughindebetændelse, kopper m. komplikationer, blodigt opspyt, indeklemmt brok, lungehindebetændelse,

hjernesygdomme, tuberkulose, nyresygdomme (der forudsætter mikroskopi og undersøgelse af urinens bestanddele), vedvarende svimmelhed - dog er der for alles vedkommende angivet indledende eller supplerende homøopatiske behandlingsforslag.

I Danmark udgav den danske læge og homøopat *L. H. Feveile* i 1888 en homøopatisk huslægebog.¹¹ Den udmærker sig ved at indeholde et kapitel om legemets anatomi og fysiologi.

Nordslesvigske (sønderjyske) husapoteker

Med den baggrundsviden, der kunne opnås ved studiet af *Publmann's* hus-lægebog (og andre lignende^{11,12}) fra tiden omkring år 1900, og overbevist om systemets ufejlbarlighed og troværdighed måtte lægmand føle sig godt rustet til på fuldt lovlig vis at anbefale eller at udløve en forskriftsmæssig homøopatisk behandling ikke alene af sig selv, men også af sin familie og andre, også dyr, på lige fod med praktiserende homøopater og læger. Det gjaldt i Tyskland og dermed, som der i det følgende vil blive givet eksempler på, også i Nordslesvig (Sønderjylland). De *Schwabe'ske* husapoteker udfyldte et behov for behandling her og nu på en tid, da læger, især i landdistrikter, var en mangelvare, og hvor homøopatien havde et godt tag i befolkningen.

Inspireret af fundet af et hengemt husapotek på Sydals¹⁴ lykkedes det ved mund-til-mund-metoden, skriftlige forespørgsler og gennem de elektroniske medier i løbet af forbløffende kort tid yderligere at lokalisere ti af *Willmar Schwabe's* husapoteker, de fem på Als, to fra Haderslevvegnen og to fra Tønderområdet. Dertil to husapoteker fra Skærbækkanten, det ene dog af af anden fabrikation, og et sådant blev også fundet på Sydals. De stammer fra den tyske tid og har været benyttet i private hjem. Ejerne har stillet skrinene til forf.s disposition og oplyst om, hvad der kendes til deres herkomst og anvendelse.

Fra Holm på Nordals stammer et velbevaret skrin, som oprindeligt tilhørte en gårdejer, der dyrkede mange interesser, bl.a. homøopatiske. Han anskaffede sig i begyndelsen af 1900-tallet *Schwabes*, *Publmanns* og *Vogels* publikationer^{9,12}, studerede dem og udløvede med denne baggrundsviden sin homøopatiske virksomhed, som også omfattede syge husdyr. Både skrinet, hans homøopatiske "lærebøger" og en række populærvidenskabelige arbejder om sygdomme gik i overlevering til hans efterkommere.

Den følgende beskrivelse af dette husapotek og dets indhold er i alt væsentligt gældende for samtlige i denne artikel omtalte skrin. Skrinet, som måler 36 x 10,5 x 20,5 cm, er fabrikeret af lysebrun nøddetræ. Midt på oversiden af det aflåselige låg er indlagt en slynget intarsia, og langs lågets skråt afskårne, mørke kant er der indfældet skråtstillede, gule metalbjælker. Lukkes låget op ses indsidens belagt med sort fløj, hvor der er anbragt en

liste med fortegnelse over skrinets indhold på i alt 63 homøopatiske midler med deres benævnelse på latin og med angivelse af fortyndingsgraden (potenseringen) - alle nummereret i alfabetisk orden (Fig. 3, 4, 5).

Skrinets bund er opdelt i 63 rum, hvert indeholdende en nummereret flaske. 46 flasker rummer 10 ml, enkelte 5, 25 og 35 ml, og 2 riflede, kante-

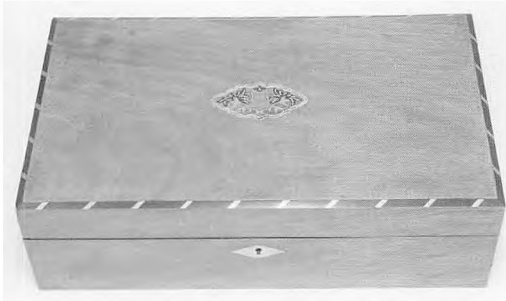


Fig. 3
Husapoteket lukket.

Fig. 4
do. åbnet.

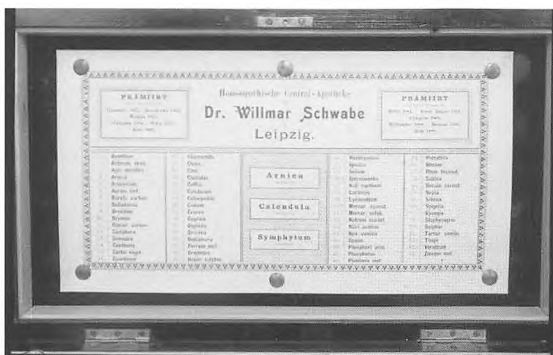


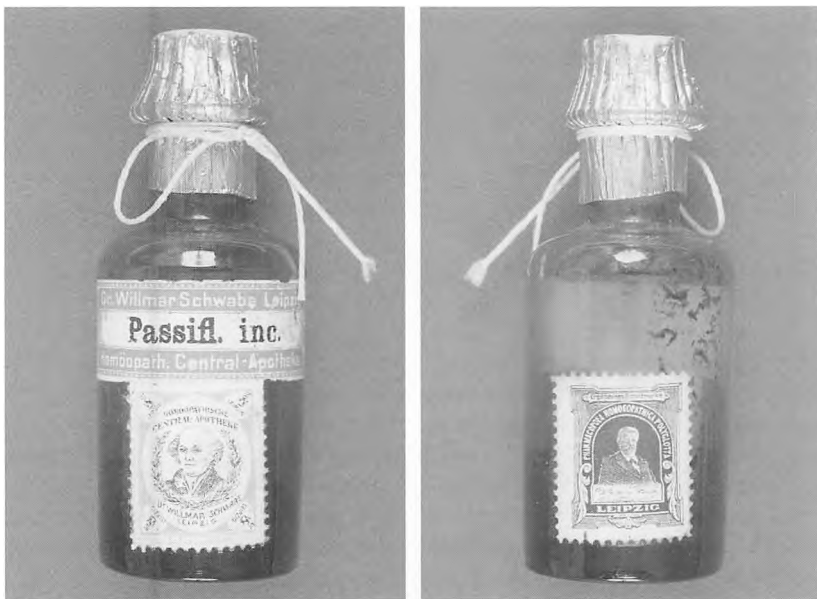
Fig. 5
Fortegnelse over
indholdet i apoteket.

de flasker rummer hver 20 ml. En hel del flasker har bevaret den oprindelige etikettering med et billede af *Hahnemann* forpå og en mærkat bagpå med et brystbillede af *Willmar Schwabe* (Fig.6). Flaskerne er lukkede med en korkprop, der på oversiden er påhæftet en lille etiket med nummeret på flasken. Proppen og flaskehalsen har oprindeligt været beskyttet med fastbundet stannioltektur eller med en rødlig farvet tektur af plisseret specialpapir. To flasker har tektur af hvidt skind. Flaskernes indhold af flydende art er naturligvis fordampet i årenes løb, men triturationer er stadig intakte.

At husapoteket har været flittigt anvendt, kan ses af, at nogle af flaskerne var blevet opbrugt og erstattet af nye, som er blevet udleveret fra *Nordborg Apoteks homöopathiske Afdeling* og fra *Homöopatisk Afdeling på Sønderborg Apotek*.

Et andet apotek fra Stakkelhøj på Nordals med plads til 44 flasker tilhørte oprindeligt en malermester, om hvem familien kan meddele, at han var kendt for sin indsigt i homöopati . Apoteket gik i arv i familien og blev sat til side, men for ca. 40 år siden blev indholdet udtaget og destrueret af frygt for, at familiens børn skulle få fingre i det - forældrene var ikke klar over,

Fig. 6
Flaske m. Hahnemanns portræt på forsiden og W. Schwabes på bagsiden.



at de potenserede midler var ganske uskadelige. Det tomme skrin blev bevaret, dog bærer det i dag præg af tidens tand.

Det tredje apotek er identisk med det først beskrevne med et oprindeligt indhold på 63 flasker. Det er også hjemmehørende på Nordals og har været brugt flittigt, idet der er suppleret med fire flasker fra tiden før 1920 med påskriften *Homöopathische Abteilung der Apotheke in Norburg, Apotheker Hans Jensen* (apoteker her 1913 - 1916), og senere med to flasker fra samme apoteks *homöopathische Afdeling, Apotheker Julius Petersen* (apoteker her 1919 - 1941).¹¹ Skrinets første ejermand har det ikke været mulig at opspore.

På museet på Sønderborg slot er deponeret to husapoteker fra *Schwabes* firma, begge beregnet til 63 homøopatiske midler. Det ene blev indleveret i 1960 uden yderligere oplysninger om dets proveniens. Der er suppleret med to flasker af Schwabes produktion, leveret gennem et andet tysk firma: *Felke komplexmittel*.

Museets andet eksemplar blev indleveret fra et dødsbo i Asserballe, hvor familien i flere generationer havde ejet en slægtsgård. En hel del af de oprindelige flasker er efter at være blevet opbrugte erstattet af nye, således er 11 flasker leveret gennem *Homöopatisk Afdeling, Sønderborg Løve Apotek*, og én flaske fra *Homöopathische Abt. Sct. Nikolai - Apotheke, Flensburg*. At skrinet har været i brug i mange år fremgår af, at der så sent som i 1954 gennem Haderslev Løve Apotek udleveredes 1 flaske *Antimonum crudum D 8* og 1 flaske *Calcarea carbonica D8*, fremstillet af *Dr. Madaus & co.'s* homøopatiske firma i Köln, (formentlig efter recept udstedt af den dengang i Haderslev praktiserende homøopat J.C. Harbeck).

I Marstrup syd for Haderslev befinder sig et meget velbevaret skrin med et oprindeligt indhold på 40 flasker. Apoteket er anskaffet omkring år 1900 af en gårdejer i Højrup ved Gram og har været brugt til både mennesker og dyr. Den homøopatiske interesse blev videreført af sønnen og dennes kone, da de overtog gården. Apoteket skulle oprindeligt tillige med meget andet have været kasseret og smidt ud, da man sanerede gårdens indbo omkring 1990, men skrinets ejer, der er inkarneret samler af "gamle ting og sager", fandt det så interessant, at han fik lov til at udtage det. Ved gennemgang af indholdet ses, at apoteket i årenes løb er suppleret med flasker fra *Homöopathische Officin, Tostlund Apotheke*, fra *Andraische Löwen-Apotheke*, *Homöopathische Officin, Flensburg*, fra *Løgumkloster Apotek* og fra *Haderslev Løve Apotek*. Fra sidstnævnte apotek er udleveret en flaske med påskriften *mix vomica D4, 10 dråber hver 3. time*. Dette viser, at midlet er udskrevet på recept af én af landsdelens "autoriserede" homøopater, utvivlsomt af den i Haderslev praktiserende J.C. Harbeck, som familien jævnlig konsulterede. Apoteket har således været brugt af to generationer, og så sent som i marts 1960 er der fra apoteket i Haderslev udleveret *belladonna* og *aconitum* til gårdmandskonen. Hendes søn, der i dag er 66 år gammel, erindrer, at han som barn blev behandlet med *belladonna* fra husapoteket.

Et "forbedret" husapotek dukkede for et par år siden op på en gård i landsbyen Mjang på Sydals efter at have været gemt til side under gårdens loft i mange år. Skrinet var beregnet til at indeholde 96 flasker og var derfor noget større end de tidligere omtalte. På listen på indsiden af låget med fortegnelse over de mange midler er anført, at det drejer sig om et "Ganze Thierapotheke", altså med midler, der var passende til behandling af syge dyr i et større husdyrhold, men de homøopatiske midler kunne naturligvis også anvendes til mennesker. To større, bredbuede flasker på 90 ml havde indeholdt *Arsenicum D4*. Skrinet er anskaffet i den tyske tid i begyndelsen af 1900-tallet, hvilket bl.a. fremgår af, at indholdet er suppleret med 2 flasker, hvor etiketten bærer indskriften *Königl. Privil. Apotheke in Augustenborg, P.Wind* (var apoteker her i årene 1906-1920), og med 3 flasker, hvor etiketten angiver, at de er fra *Königl. Privil. Sonderburger Apotheke, Max Vierth*, der var apoteker her 1905 - 1920 (14). Nyanskaffelser fra *Homøopathisk Afdeling, Sønderborg Løveapotek, Apotheker Johs. Jubl*, viser, at det også har været i brug efter 1920. Efterkommere efter skrinets oprindelige ejer vil vide, at han i samarbejde med en lægpraktiker med speciel indsigt i veterinær homøopati behandlede syge kreaturer i sin besætning med midler fra apoteket ; dette er nu indlemmet i samlingerne på museet på Sønderborg sygehus.¹³ I det lille bondesamfund i Mjang blev homøopatisk rådgivning og vejledning omkring år 1900 også givet af en belæst musiker og landmand, der havde studeret de tilgængelige lærebøger om emnet. I sin selvbiografi skriver han, at "mange Tusinder har søgt homøopatisk Råd hos mig, og atter Tusinder ere ved min Hjælp blevet befriet for deres Lidelser"!!¹⁵

Et andet "forbedret husapotek", der nu er deponeret på Haderslev Museum, har tilhørt en gårdejerfamilie i Simmersted ved Haderslev. Det har oprindeligt indeholdt 110 flasker, men med suppleringer er der nu 125, heraf seks med 90 ml. indhold, og alle flasker er med *W. Schwabes* signatur. En enkelt flaske (*ferrum phosph.*) er stadig plomberet. Af de afrykte prismedaljer på listen på lågets indside kan man slutte, at apoteket er fremstillet omkring år 1890. Det er nærliggende at antage, at indholdet har været anvendt både til husdyr og mennesker.

Ved en ren tilfældighed dukkede endnu et velbevaret apotek op. Det stammer fra Nr. Sejerslev ved Højer og blev anskaffet omkring 1900 af en dengang godt 30-årig landmandskone (Fig. 7). Hun havde ved selvstudium sat sig grundig ind i homøopati, bl.a. ved læsning af *Schwabes* publikationer. En af hendes efterkommere oplyser, at hjemmet var engageret i kirke- og missionsarbejde, at forældrene var meget socialt orienteret og ydede hjælp og gode råd til alle, der havde behov herfor, også hvis der var tale om at lindre sygdomme såsom galdesten, mavesmerter og ledsmerter. Her kom indholdet i husapoteket i anvendelse. Denne landmandskone har således udfoldet sig som en slags selv lægpraktiker i det lokale samfund uden at modtage honorar for hjælpen. Efter hendes død i 1940 gik

Fig. 7

Hanne Marie Feddersen (1866-1940), landmandskone fra Nr. Sejerslev, mor til syv børn. Med midler fra sit homøopatiske husapotek ydede hun af sit gode hjerte hjælp til mange mennesker.



skrinet og hus-lægebogen i arv i familien og opbevares nu hos et barnebarn i Tønder. Husapoteket måler 34 x 11 x 21,5 cm og er beregnet til 60 flasker, de fleste med 10 ml volumen. Det er blevet suppleret med flasker fra *Homöopatischer Abteilung der Alten Apotheke, Tondern* og fra *Grossen Apotheke in Tondern*, desuden fra *Homøopatisk Officin, Højer Apotek* og fra apotekerne i *Løgumkloster* og *Skærbæk*, hvilket viser, at det også har været i brug efter 1920.

I Burkal sogn ved Tønder var homøopati ret udbredt i årene 1890-1930. Her virkede en broder til maleren *Emil Nolde (f. Hansen)* i en periode som veterinær homøopat, og praktiserende homøopater kunne konsulteres i Tønder. Til dette tidsafsnit kan et *Schwabe*-skrin henføres, anskaffet af en gårdejer i Burkal omkring år 1900 og anvendt af ham helt frem til 1930 både til mennesker og dyr. Skrinet indeholdt oprindeligt 40 flasker, i dag er der ingen tilbage, men listen på lågets indside afslører, hvad der var i flasken.

Fra Åbølling, tæt på den dansk-tyske grænse før 1920, stammer et husapotek, der blev erhvervet af en landmand omkring år 1890. Hans efterkommere har pietetsfuldt opbevaret skrinet, men ikke benyttet sig af ind-

holdet. En enkelt flaske *aconitum* er leveret fra *Skærbæk Apotek Homöopatisk Afdeling*, resten er de oprindelige fra *Schwabe's* firma.

Selvom *Schwabe's* firma var det absolut dominerende indenfor datidens produktion og forhandling af homøopatiske remedier af forskellig art, viser et "*Homöopathische Handapotheke*" fremstillet af *Dr. F. A. Günther, Langensalz (Sachsen)*, at *Schwabe's* firma også havde konkurrenter. Dette meget velbevarede apotek, som kan bese på Skærbæk museum, er komplet med et indhold på 60 flasker, der alle bærer en tectur af lyst skind og præsenterer sig smukt i en opstilling sammen med en del relevant litteratur, bl.a. *Vogel's homöopathischer Hausarzt*.¹² Det er indleveret fra et dødsbo i Hjemsted, og apoteket har angiveligt været brugt til behandling af både dyr og mennesker.

I forbindelse med en pågående udskiftning af tagdækningen på en landbrugsejendom i Neder Jestrup på Sydals kom en lille kasse, der var hensat oven på en lang bjælke, for dagens lys. Det drejede sig om et *Homöopathische Thierapotheke*, oprindelig indeholdende 22 flasker, fra *Homöopath. Central-Apotheke von Hofrat V. Mayer, Cannstatt (ved Stuttgart)*. Skrinet, der måler 25x15x10 cm., er tilvirket af stift pap (karton), hvor ydersiden er overtrukket med et brunligt, tyndt, lærredsagtigt stof. Producentens navn og hjemsted er påtrykt lågets overside, der er kantet af en kunstnerisk udformet ramme, medens lågets inderside præsenterer en liste over kassens indhold. I sammenligning med de tidligere omtalte husapoteker er dette mere beskedent af ydre og indre. Indholdet er suppleret med to flasker fra *Homöopathischer Officin. Königl. Privil. Sonderburger Apotheke*, anskaffet i tiden før 1920. Kassen, der blev henstillet i begyndelsen af 1920'erne i forbindelse med ejerskifte, har siden ført en upåagtet eksistens indtil i år (2003).

Efter præsentationen af disse husapoteker, der er et håndfast bevis på den sønderjyske befolknings brug af homøopati, skal der til sidst refereres en 72-årig fhv. sygeplejerskes erindringer om sin bedstefar : J.S., gårdejer i Skjoldager ved Gram. Fra tiden kort efter 1900 og frem til sin død som 76-årig i 1942 tog han både mennesker og dyr i homøopatisk behandling med præparater fra husapoteker indeholdende ca. 50 flasker, der blev leveret fra *Løgumkloster Apotek v. Apoteker Jacob Kjems* (apoteker her 1903-1950¹⁴). Bedstefaderen havde opsamlet sin viden gennem grundige studier af en række homøopatiske håndbøger (bl.a. *Schwabe's*), som stadig, godt slidte efter mange års flittig brug, opbevares i familien. Meddelelsen har som barn overværet, hvorledes bedstefaderen, når mennesker søgte ham med deres "gebrækligheder", nøje udspurgte dem om deres symptomer, før det "passende" præparat blev udleveret indpakket i avispapir med anvisning på doseringen, ligesom det var vigtigt for ham at pointere, at han ikke var læge, og at hans hjælp ikke skulle honoreres økonomisk. Efter hans død fortsatte enken i endnu 4-5 år i hans "homøopatiske" fodspor.

Homøpati i Nordslesvig (Sønderjylland)

Ligesom i den øvrige del af Tyskland havde homøopatien i årene før første verdenskrig også mange tilhængere blandt nordslesvigere (sønderjyder), der kunne søge hjælp enten hos praktiserende homøopater (homöopathischer "Ärzte") eller hos autoriserede læger, der anvendte homøopatisk behandling, eller de kunne, som denne artikel beskriver det, kurere på sig selv og andre ud fra den viden, de havde høstet ved at studere den mangfoldige litteratur om emnet og med midler fra deres husapoteker. De frit tilgængelige homøopatiske præparater (dog var de mere giftige og stærkt virkende i potenser mindre end D4 receptpligtige) dækkede et behandlingsområde, der spændte over snart sagt ethvert symptom/symptomkompleks og enhver sygdom. At homøopatien var populær er forståelig, især fordi den viste sig "effektiv" over for en række lidelser, særlig sådanne, der sædvanligvis svinder på grund af spontanhelbredelse, men også fordi lægerne dengang på en række områder ikke havde mere effektive metoder at tilbyde. Det er værd at notere, at i hvert fald ni til ti af de i artiklen omtalte tretten husapoteker med sikkerhed var i brug på landet og for en dels vedkommende var anskaffet ikke alene med henblik på behandling af mennesker, men også husdyr.

Efter grænsedragningen i 1920 måtte de praktiserende homøopater i de sønderjyske landsdele ansøge om tilladelse til at fortsætte deres virksomhed (lov nr. 273 af 1920). En del fik afslag, men fem homøopater kunne herefter kalde sig "indenrigsministeriel autoriserede". De måtte ordinere håndkøbsmedicin, homøopatiske lægemidler samt lægemidler, der forhandlede betegnede med bogstaver, tal o.l. efter et kodesystem. Blandt de homøopater, der fik tilladelse til fortsat virksomhed kan nævnes Chr. Hansen Damm i Skærbæk, Jørgen Paulsen i Tønder og J.C.Harbeck i Haderslev. Sidstnævnte havde i 1919 overtaget praksis efter sin afdøde svigerfar Peter Petersen efter at have assisteret ham i nogle år og efter at have frekventeret en homøopatisk "Fachschule" i Berlin. Han havde i perioder stor søgning og fortsatte som homøopat til få år før sin død i 1969 (personl. medd.) Da Sundhedsstyrelsen i cirkulære af 25. juni 1934 receptbelagde de homøopatiske lægemidler på grund af frygt for, at patienten ved anvendelse af disse "virkningsløse" præparater blev unddraget relevant lægebehandling, fik de ovennævnte tre "autoriserede" homøopater i Sønderjylland tilladelse til "indtil videre" at udstede recept på homøopatiske lægemidler m.m.¹⁶ Men midlerne kunne også rekvireres efter lægeordination, og den enkelte kunne anskaffe sig midlerne i Tyskland, hvilket var nemt at arrangere for folk i de grænsenære områder. Senere, i 1975, blev receptpligten ophævet for alle homøopatiske præparater i fortyndinger på 1 milliontedel (D 6) og derved (lov nr. 617 af 15/12 1975), for siden 1994 (lov nr. 632 af 5/7 1994) at gælde for fortyndinger på 1 titusindedel (D4) og derved. Denne bestemmelse er fortsat gældende.

Afrunding

Brugen af de i artiklen omtalte husapoteker ophørte, såvidt det kan spores, samtidig med, at de oprindelige ejere døde, et enkelt har dog været i brug i to generationer og er blevet suppleret så sent som i 1960. I takt med det 20. århundredes store landvindinger inden for lægevidenskaben aftog tiltroen til homøopatien, og husapotekerne blev herefter destruerede eller stillet væk for nu at dukke frem fra glemslen, typisk i forbindelse med udredning af dødsbo eller husreparationer. Der gemmer sig utvivlsomt stadig adskillige rundt om i Sønderjylland. De er vidnesbyrd om, at homøopatien i denne landsdel under påvirkning af bevægelsen i Tyskland i begyndelsen af det 20. århundrede spillede en rolle for hvermand, og at mange syge søgte behandling uden om det autoriserede sundhedsvæsen - eller som supplement til dette.

Tager vi herefter et stort spring frem i tiden, viser det sig, at homøopatien i dag ikke fylder meget i den danske befolknings bevidsthed. Selvom der kan opregnes en håndfuld danske læger, der praktiserer homøopati, har den ingen plads inden for den etablerede medicin. Homøopatiske midler er imidlertid frit tilgængelige, men producenterne anbefaler brugerne at søge læge, hvis der ikke er effekt af behandlingen. En nylig foretaget undersøgelse viser, at mindre end 1% af nutidens danske anvender eller har anvendt homøopatiske midler - men i Vesteuropa uden for Skandinavien har homøopatien en mere fremtrædende plads.¹⁷

Tak til fhv. apoteker, lic. pharm. Verner Andersen og til fhv. apoteker Aage Marcher for interesse og hjælpsomhed ved artiklens tilblivelse.

Summary

Anton Marckmann

From the glorious time of homoeopathy

Medicine chests in Nord-Schleswig (South Jutland) about 1900.

The article deals with the origin, background and development of homoeopathy over a hundred years span, beginning with its "invention" in the early 19th century (*Hahnemann*). Leipzig became a center for a huge production of homoeopathic remedies through Dr. *W. Schwabe's* "Central-Apoteke", founded in 1878, with customers all over the world. The preparation of around one thousand products were described in 1880 in *Schwabe's* "Pharmacopoea homoeopathica polyglotta" in five languages, and this article gives a survey of the principles in the production of the final remedies, which were distributed as *Schwabe's* homoeopathic house-chests of many varieties, containing from a few up to more than hundred bottles. Detailed instructions and guidance in the applications of the content of these popular and wide-spread chests were available for laymen from handbooks. However their use vanished gradually in the third decade of the 20th century and later, and the chests were either destroyed or put away. This was also true for the situation in South Jutland (before 1920 a german province called Nord Schleswig), nevertheless the author's research succeeded in detecting thirteen homoeopathic house-chests from the region, purchased about year 1900. An attempt is made to throw light on their origin, their use and their users at a time, when homoeopathy played a role for layman in the treatment of diseases, outside the authorized health service - or as a supplement to this.

Litteratur

1. Salmonsens konversationsleksikon, København. 1920-1923
a) bd.X: 656, b) bd.XI:702,
c) bd.XIV:191.
2. Hahnemann, S.: Organon, 6.udg. 1842 (1.udg 1810). I dansk udg. Thaning og Appel 1990.
3. Hahnemann, S.: Den homöopatiske Helbredelseslæres Aand. Oversat af H.C.Lund. København.1822.
4. Godtfredsen, E.: Medicinens Historie.Nyt nordisk forlag. København.1950: 261-263.
5. Brockhaus Enzyklopädie. Mannheim. 1989.
a) bd.10 : 218,
b) bd.19 : 582.
6. Smedegård, B.: Homøopati. Farmaceutisk Tidende 1974 (84): 817-824.
7. Pedersen, K.: Homøopatisk håndbog . Borgens forlag.1986.
8. <http://museen-in-sachsen.smwk.de/>
9. Schwabe,W.: Illustriertes Preisverzeichnis. Leipzig.1904 og 1910. Heri: Puhlmann,G.:Kleiner homöopathischer Hausarzt.
10. Kilde: Ditmar Hoffmann: Deutsche homöopathie-union.International division.
11. Feveile, L.H.: Homöopathisk Huslæge. (Oversat og bearbejdet efter Th. Bruckners "Homöopathischer Hausarzt"). Priors forlag, København. 1888.
12. Vogel, G.: Homöopathischer Hausarzt. Leipzig.1900.
13. Marckmann, A.: Hvad loftrummet gemte. Lokalhist.Foren. f. Hørup sogn.Årsskrift 2002:1-5.
14. Dansk Farmaceutisk Stat. 7.udg. København 1973.
15. Nielsen, J.: Selvbibliografi. Lokalhist. Foren. f. Hørup sogn.Årsskrift 1997: 2-22.
16. Spang-Hanssen,T. & Permin,V.K.: Den danske apotekerlovgivning 1935. Dansk Farmaceutforenings Forlag København, 1936.
17. Launsø, L.: Det alternative behandlingsområde. Akademisk forlag. 1996.

Tysk uddannede lægers fortsatte virke i Sønderjylland efter genforeningen

(Ansøgning om dansk jus practicandi, sagsforløb og udfald)

af Andreas Johannsen

Ved Sønderjyllands genforeningen med Danmark 1920 skulle dansk lovgivning indføres i *"de nyindlemmede Landsdele"*. På sundhedsområdet blev der vedtaget en særlov, lov nr. 273 af 28.6.1920. Ifølge denne kunne tysk uddannede læger, der var bosatte i området inden 1.1.1918 eller hjemhørende der, og som havde bestået tysk eksamen inden 1.1.1923, få tilladelse til at udøve lægevirksomhed i Danmark.

De fleste ansøgere fik meddelt dansk autorisation, idet de umiddelbart opfyldte lovens krav, nogle fik autorisation på dispensation, og andre fik afslag og måtte som følge heraf forlade en etableret praksis.

Sagsbehandlingen forløb i de fleste tilfælde uden problemer, men i tilfælde, hvor der blev givet dispensation og navnlig afslag, var forløbet ofte meget kompliceret, undertiden med kraftige reaktioner hos lokalbefolkningen og skarp avispolemik til følge.

Nære familiære relationer var et væsentligt argument for en dispensation. En gennemgang af ansøgningerne og dertil hørende arkiver viser imidlertid, at dette ikke altid var tilstrækkeligt, gode forbindelser og lokalbefolkningens nationale holdning til ansøgeren kunne være afgørende for en dispensation eller et afslag.

Lægeuddannelse og sygdomsbehandling i Nordslesvig før genforeningen

Sygdomsbehandling var *"ein freies Gewerbe"* i Tyskland. §1 i Gewerbeordnung lyder *"Der Betrieb eines Gewerbes ist Jedermann gestattet"*.¹ Med enkelte begrænsninger betød det, at enhver frit kunne behandle syge. Sygdomsbehandling blev således varetaget dels af uddannede læger, *"approbierte Ärzte"*, dels af kvakksalvere, *"Kurpfuscher"*.

Benyttelse af lægetitlen var i henhold til §29 i Gewerbeordnung betinget af, at man havde opnået statslig autorisation. *„Einer Approbation bedürfen diejenigen Personen, welche sich als Ärzte oder gleich bedeutenden Titel bezeichnen, oder seitens des Staates oder eine Gemeinde anerkannt werden sollen.“*¹

For at opnå approbation krævedes et 5 årigt universitetsstudium med 2 eksaminer - en forprøve efter 5. studiemester og en *„ärztliche Prüfung“* ved studiets afslutning. Studiet blev som regel gennemført ved flere forskellige universiteter. Efter afsluttet eksamen krævedes et praktikantår ved en universitetsklinik eller et dertil anerkendt sygehus. Almindeligvis afsluttedes uddannelsen med forsvaret af en tese, hvorved man opnåede doktorpromotion og dermed tilladelse til at bruge titlen Doctor Medicinae. Approbationen var imidlertid ikke afhængig af doktorpromotionen. Autoriserede læger havde visse rettigheder, og kun disse måtte betros offentlige funktioner og varetage vaccinationer og forsikringssager.²

Under 1. Verdenskrig, hvor en stor del af de tyske læger og samtlige lægestuderende blev indkaldt til krigstjeneste, havde de studerende ikke mulighed for at gennemføre et normalt universitetsstudium.

Uddannelsen blev derfor efter en forordning udstedt af rigskansleren afkortet, således at enhver medicinsk student, der havde gjort over 1 års krigstjeneste, fik godskrevet 2 semestre -et præklinisk og et klinisk. Desuden blev der indført såkaldte mellemsemestre, hvoraf der blev afholdt et 1919 og et 1920 i Kiel. Dette betød, at studiet kunne gennemføres på 3 år.³

Kvaksalverne (Kurpfuscher) var ofte selv lærte eller oplært af andre kvaksalvere, enkelte havde fået en oplæring på private homøopatiske klinikker eller kuranstalter, men der var i ingen tilfælde tale om afsluttende anerkendte eksaminer.⁴

Kvaksalveren var underlagt den stedlige kredslæges tilsyn og var forpligtet til at meddele kredslægen, når han begyndte sin virksomhed.⁵

Der var enkelte begrænsninger i kvaksalvernes funktion. Af §29 i Gewerbeordnung fremgår det således, at det var forbudt at betegne sig som læge eller med en titel af samme betydning, ligesom de ikke måtte udføre funktioner for stat eller kommune, de kunne som følge heraf ikke anerkendes af sygekasserne. Desuden var det forbudt at udføre *„Heilkunde im Umherziehen“*, hvilket betød, at det var forbudt at opsøge patienter. Enhver, der lod sig behandle af kvaksalvere, gjorde det for egen regning og risiko.¹

Kvaksalverne beskæftigede sig med enhver form for sygdomsbehandling, også operationer i narkose. En kvaksalver i Nordslesvig udførte mamma amputationer, medens en anden behandlede tuberkulose med røntgenstråler.⁶

Skader på liv og sundhed ved kvaksalveri kunne straffes efter den almindelige straffelov. Kvaksalveren blev som regel idømt en mindre hård straf end en læge, når han havde tilføjet sine patienter efterviselig skade, fordi

kvaksalveren ikke kunne forudsættes at have de nødvendige kundskaber, hvilket man kunne forlange af en læge.⁷

Både læger og patienter var tilfredse med denne "lægevirksomhed" udøvet af lægfolk. Lægerne havde et ubestridt privilegium og stod i højere anseelse hos patienterne. Patienterne kunne lade sig behandle hos kvaksalvere uden at være nødt til at skjule dette for nogen. Det offentlige skulle kun sørge for, at ingen kvaksalver "sejlede under falsk Flag", ved at blide folk ind at han var læge.⁷

Lovgivning for Sønderjylland ved genforeningen

Medens de fleste danske love umiddelbart kunne overføres til de "indlemmede Landsdele", krævede enkelte love "af hensyn til Befolkningen i det tidligere Nordslesvig", en tilpasning til de regionale forhold. Der blev derfor indført visse særlove gældende for Sønderjylland. En af disse var lov nr. 273 af 28.6.1920 om "Udvidelse af Sundhedslovgivningens Gyldighed til de sønderjyske Landsdele".

Ud over flere andre plakater og forordninger satte lov nr. 273 "Plakat for Danmark angaaende Udlændinges Ret til Lægepraksis, naaar de har underkastet sig Eksamen her i Landet" af 28 januar 1840 i kraft, med bl.a. følgende ændringer:

§1a. Personer, der inden et af Justitsministeren fastsat Tidspunkt har taget tysk medicinsk Embedseksamen, og som inden den 1. Januar 1918 var bosatte indenfor de sønderjyske Landsdele eller hjemhørende der, skal efter Ansøgning indgivet til Justitsministeren, kunne opnaa Tilladelse til at udøve Lægevirksomhed, dog at denne Tidsfrist under særlige Omstændigheder kan fraviges.

§1b. Personer, som ifølge de hidtil gældende Retsregler, havde Ret til at udøve Virksomhed som Lægepraktikanter i de sønderjyske Landsdele, skal efter Ansøgning indgivet til Justitsministeren, inden en nærmere fastsat Frist, kunne opnaa Tilladelse til Fortsættelse af denne Virksomhed indenfor de nævnte Landsdele, saa vidt de inden den 1. Januar 1918 var bosatte indenfor Landsdelene og drev den nævnte Virksomhed der. Under særlige Omstændigheder kan denne Tidsfrist dog fraviges.

I den under a. og b. nævnte Tilladelse, kan der fastsættes saavel Indskrænkninger i de paagældendes Ret som særlige Bestemmelser om Maaden, hvorpaa den udøves.⁸

§ 1b var en kraftig oplødning af kvaksalveri lovgivningen, idet ingen kvaksalvere i Danmark i øvrigt havde mulighed for at få autorisation. Paragraffen blev imidlertid indført primært efter ønske fra befolkningen i regionen, men også af hensyn til de fungerende kvaksalvere, idet en del havde kvaksalver funktionen som eneste erhverv, de ville blive tvunget til at opgive dette, såfremt dansk lovgivning blev gældende i Sønderjylland.⁹

§1b skulle senere vise sig i at volde de danske myndigheder ganske store problemer. Paragraffen blev i øvrigt udvidet med en bekendtgørelse, 30. marts 1921, hvor begrænsninger i kvaksalvernes virksomhed blev præciseret.⁶

Ved fremlæggelsen af forslaget til lov nr. 273 (forslag nr. 70) d.26.6.1920 udtalte justitsminister Svenning Rytter om lovforslagene nr. 70-73 *“Det er alle sammen Speciallovgivninger, som man i størst mulig Udstrækning har overført. Jeg skal med Hensyn til de her fremsatte Love bemærke, at de er udarbejdet i Ministeriet af specielle Sagkyndige. Ministeriet har søgt baade Assistance fra Sønderjylland og her oppe fra, saaledes at Lovene allerede på Forhaand er tilpassede efter Forholdene. Senere er de gennemgaaede af sønderjysk Udvalg og et Underudvalg. - Jeg tror derfor, at de er udarbejdede med den største Nøjagtighed.”*¹⁰

I samme forbindelse fremlagde justitsministeren i øvrigt et forslag angående embedslægevæsenets organisation i Sønderjylland. *“Det sidste Forslag angaar Embedslægevæsenets Ordning. Man er dèr gaaet en noget anden Vej end herhjemme, hvor man dels har Amtslæger, dels Kredslæger. Det har man ikke ment nødvendigt dernede, fordi der dèr kommer saa mange Amtslæger i forhold til Udstrækningen, nemlig 4, hvorfor det er overflødigt under Amtslægerne at have Kredslæger”.*

Et væsentligt punkt i lovudarbejdelsen var fastsættelse af tidspunktet for bosættelse af ikke hjemhørende læger.

Det midlertidige ministerium for sønderjyske anliggender var under udarbejdelsen af lovforslaget af den mening, at datoen skulle fastsættes til 1.10.1919 evt. 1.1.1920.¹¹ En holdning der blev bekræftet af ministeren for sønderjyske anliggender, H.P.Hanssen, i en tale ved et møde i Tinglev 1919.

Sundhedsstyrelsen fandt, at datoen for våbenstilstanden (11.11.1918) var mere acceptabel, men anbefalede dog at justitsministeriet skulle *“- reservere sig Ret til at dispensere herfra efter Indstilling fra Sundhedsstyrelsen, da sønderjyske Læger, som paa grund af Krigen har været hindret i at ned-sætte sig, i modsat Fald kan blive udelukket uden skellig Grund”*.¹²

En forespørgsel til de 4 amter, gav ikke noget entydigt svar, flere mente dog, at afstemningsdagen (10.2.1920) ville være et passende tidspunkt.

De rådgivende instanser var således meget uenige om tidspunktet.

I den fremlagte lov blev skæringsdatoen for bosættelse fastsat til 1.1.1918. Dette kan, trods uenigheden blandt de rådgivende instanser, undre. Sagen var imidlertid den, at den tyske befolkning og de tyske myndigheder i Nordslesvig efter våbenstilstanden 11.11.1918 med nogen held havde forsøgt at trække tysksindede læger til landsdelen, hvilket havde medført stor utilfredshed blandt den dansksindede del af befolkningen, et forhold som det danske udenrigsministerium var opmærksom på.¹³ Det, at skæringsdatoen blev sat til 1.1.1918, betød i realiteten, at ingen tysk uddannet læge havde haft mulighed for at nedsætte sig i regionen efter 1.8.1914

- tidspunktet for krigens begyndelse, idet enhver tysk læge, der blev færdig med sit studium efter krigens start, blev indkaldt til krigstjeneste (14).

Loven blev, sammen med talrige andre love vedrørende Sønderjylland, fremsat i folketinget d. 23.6. 1920 og vedtaget d. 25.6. 1. behandling i landstinget fandt sted d. 26.6. kl 11, 2. behandling kl. 2 3/4, og 3. Behandling kl. 3 samme dag. Ved alle behandlinger blev loven vedtaget uden kommentarer. 28.6.1920 blev loven stadfæstet.¹⁵

I bekendtgørelse nr. 619 af 25.november 1920 blev det meddelt, at tidspunktet for, hvornår tysk eksamen skulle være bestået, var fastsat til 1.januar 1923.¹⁶

Loven betød, at samtlige læger i landsdelen skulle søge dansk autorisation. Ved genforeningen fandtes ingen dansk uddannede læger i Sønderjylland.¹⁷

En dansk medicinsk embedseksamen blev ikke anerkendt i Tyskland, således blev frk. Bodil Marie Hjort fra Langetved, der havde dansk eksamen fra Københavns universitet, nægtet praksisret i Nordslesvig på trods af, at hun var preussisk statsborger. Hun blev betragtet som kvaksalver og måtte ikke udstede recepter. Frk. Hjort nedsatte sig i kongeriget.¹⁸

Behandling af ansøgninger

Ansøgning om dansk jus skulle fremsendes til justitsministeren. Sagen blev herfra sendt til udtalelse hos relevante amtskontorer, amtslæger og politimestre specielt vedrørende kravene til indfødsret og bopælspligt, men også andre forhold, der kunne være af betydning for en tilladelse. Desuden blev den lokale lægekredsforening spurgt, om man havde noget at indvende mod en meddelelse af jus. Sagen blev herefter forelagt et 3 mands udvalg under Sundhedsstyrelsen med medicinaldirektør G. Tryde som formand. Sagsbehandlingen var således lang og ganske omfattende.

Den omfattende sagsbehandling tog sin tid, og mange af lægerne i regionen var usikre på, om de ville få meddelt dansk jus, så de kunne fortsætte deres arbejde, eller om de skulle forlade landsdelen. En usikkerhed der nok blev styrket af den nationale holdning i regionen, hvor en del danske helst så, at alle tysksindede forlod landsdelen.

5.11.1920 rejste det sønderjyske folketingsmedlem, Schmidt, sagen i folketinget med følgende forespørgsel "*Ligesaa er Lægerne, som har bedt om at maatte blive approberet og anerkendt som egnede til at praktisere, forundrede over, at de slet ikke har faaet Svar endnu, saaledes at de ikke ved, hvorledes deres Stilling er. Ogsaa paa deres Vegne vil jeg bede om, at Sagen maa blive fremskyndet, saaledes at der skabes klare Forhold, og saaledes at disse Mænd, der har tjent Befolkningen i saa mange Aar og har haft en Tillidsstilling ibland den, kan blive beroliget, og kan blive ved at praktisere og udføre deres Gerning*".¹⁹

Justitsminister Rytter svarede d. 11.11.1920 "Det vilde være heldigt at faa det Spørgsmaal afgjort, om Lægerne har Ret til at praktisere dernede. Der er ca. 60 Læger dernede, og vi har søgt at faa samtlige Sager afgjort paa een Gang, for at der ikke paa et bestemt Tidspunkt skulde være saaledes, at nogle var godkendte og andre ikke, idet der saa kunde opstå den frygt hos dem, der endnu ikke var godkendte, at de ikke vilde blive det. Da det imidlertid lader til, at man gerne vil have de Sager fremmet, som kan fremmes, skal det ske, og det vil derfor i løbet af nogle Dage blive meddelt, hvilke Læger der paa nuværende Tidspunkt er godkendte -jeg tror, det er ca. 30. Men deri ligger altsaa ikke, at de andre ikke vil blive godkendt, de øvrige Sager bliver saa afgjort, efterhaanden som de kommer frem".¹⁹ De første meddelelser om dansk jus blev herefter givet d. 22.11.1920.

På trods af justitsministerens forsikring ved lovforslagets fremlæggelse om, at lovene var udarbejdet "med den største Nøjagtighed", viste sagsbehandlingens hurtigt, at der var flere problemer, man ikke havde forudset. Der var således i loven ikke taget stilling til et endeligt tidspunkt for, hvornår tysk embedseksamen skulle være bestået. Desuden opstod der et problem med de læger, der havde fået tysk approbation efter en afkortet uddannelse som følge af krigstjeneste. I starten fik disse læger meddelt dansk jus, men efterhånden kom man i tvivl om berettigelsen af dette og gav flere afslag, hvilket medførte stor utilfredshed.

I en korrespondance i ugeskrift for læger skrev Dr. Andersen (1890-1950) fra Broager således "Man paastaar: at vor Uddannelse som Læger ikke er nær saa god som den danske, - jeg vil kun frembæve, at selv den yngste Læge i Krigsaarene har lært mere Praksis, end mangen en Læge maaske nogensinde faar lært, naar han ikke har gennemgaaet Krigens haarde Skole".²⁰

I en bekendtgørelse fra justitsministeriet 25.2.1922 blev det præciseret, at "Ansøgninger fra Personer, der inden 1. Januar 1923 har taget tysk medicinsk Embedseksamen kun kan forventes bevilgede, for saa vidt de Paa-gældende har taget den tyske medicinske Embedseksamen efter en forud-gaaende normal Uddannelse, dvs. har gennemgaaet 10 halvaarlige Semestre".²¹

Læger der umiddelbart fik tilkendt dansk jus

53 læger, fik umiddelbart meddelt dansk jus practicandi, som følge af at de var hjemhørende (født i landsdelene) og som sådan kunne optere for Danmark og/eller var bosat i landsdelene 1.1.1918. 34 var både hjemhørende og bosat 1.1.1918. 13 hjemhørende, men ikke bosat, disse nedsatte sig i praksis i perioden januar 1918 til december 1921. 6 var bosat inden 1.1.1918, men ikke hjemhørende. Bilag 1-4 viser navne, data, uddannelse og dato for meddelt jus practicandi. Læger i denne gruppe med tysk eksamen 1919 og 20 (afkortet uddannelse på grund af krigstjeneste), fik tillæ-

delsen efter en undertiden kort supplerende dansk klinicist tid, evt. et supplerende kursus i fødselshjælp ved Rigshospitalet.

Disse sager blev anbefalet uden kommentarer af samtlige forespurgte instanser, bortset fra en enkelt sag, hvor amtsassessoren i et notat anfører *“Oplysninger om den teoretiske Uddannelse er mangelfulde, alle Bevisligheder mangler. Andrageren er uden Hospitalsuddannelse overgaaet til praktisk Virksomhed. Andragendet kan med de foreliggende Oplysninger ikke anbefales”*. Amtmandens kommentar hertil var, at det ville være overflødigt at indhente eksamenspapirer, *“-Det kan ikke blive et Spørgsmaal om at nægte Tilladelse i dette Tilfælde. 1. Eksamen 30 Aar tilbage. 2. Andrageren har praktiseret her i Byen omkring 30 aar”*. Sagen blev herefter anbefalet fra amtet uden kommentarer.²²

Af bilagene ser man, at de fleste praksis var placeret i større byer, kun enkelte var etableret i landområder. I årene umiddelbart efter genforeningen blev flere landpraksis imidlertid oprettet i alle kredsene, i langt de fleste tilfælde af læger med dansk eksamen.

Læger der ikke opfyldte kravene til umiddelbar meddelelse af jus

Allerede i begyndelsen af 1919 (kort tid efter våbenstilstanden 11.11.1918) nedsatte flere tyske læger sig i landsdelene, dels i etablerede dels i nye praksis.

Nogle af disse havde nær familiær tilknytning til Danmark. Under udarbejdelsen af loven havde man haft dette for øje og indførte muligheden for at afvige fra den normalt krævede tidsfrist for bosættelse. Et afslag til disse ville betyde, at familier med stærk tilknytning til Danmark var tvunget til at forlade landet, men herudover kunne det medføre problemer i form af ledige stillinger, som det kunne være vanskeligt med kort frist at få besat med dansk uddannede læger.

Sundhedsstyrelsen lagde i sine indstillinger om dispensation stor vægt på ægteskabelige relationer. Andre familiære relationer kunne dog også være af betydning, navnlig hvis ansøgningen kunne suppleres med anbefalinger fra prominente personer i Danmark. I visse tilfælde var ægteskabelige relationer dog ikke tilstrækkelige til en tilladelse, lokal befolkningens holdning til ansøgeren var i flere tilfælde lige så afgørende, og en lokal modstand kunne være afgørende for et afslag.

Tilladelse på dispensation

I alt 8 læger, som hverken var hjemhørende eller bosatte i landsdelen 1.1.1918, fik meddelt dansk autorisation.

Aabenraa amtslægekreds

H. Storm (11.8.1886, Fåborg-19.6.1945). Gift 1918 med læge Marie Storm Hollesen. Tysk statsborger 1913. Med. eks. 1916 (Kiel). Praksis i Flensborg fra 1.1.1919. Fordrevet fra Flensborg ved tysk chikane. Praksis i Gråsten juli 1920. Dansk jus meddelt 22. November 1920. Tilladelsen begrundet i stærk familær tilknytning til Danmark samt fordrivelse fra Flensborg.¹⁷⁻²³

M. Storm-Hollesen (20.3.1884, Broager-20.2.1942). Gift 1918 med læge H. Storm. Med. eks. 1912 (Heidelberg). Praksis i Flensborg 1913. Dansk jus meddelt 22. November 1920.¹⁷⁻²³

Det fremgår ikke af akterne, hvorfor H. Storm og M. Storm-Hollesen ikke umiddelbart opfyldte betingelserne for meddelelse af dansk jus. Begge var født i Danmark og burde som sådan kunne optere. Muligvis skyldes det, at H. Storm havde fået tysk statsborgerskab 1913.

L. Ruge (14.12.1885, Zerbst-20.5.1978). Ugift på ansøgningstidspunktet. Med. eks.1912.¹⁷

Forældrene stammede fra Haderslev, men flyttede til Tyskland i begyndelsen af 1880'erne. Bosiddende i Aabenraa fra maj 1919. Talte nogenlunde dansk.

Amtslægen anfører "*- har ingen nævneværdig Praksis - om overhovedet nogen - har Planer om at flytte til Feldsted. Har for flere Maaneder siden faaet at vide , at han ikke opfylder Betingelserne.- særlige Omstændigheder, som kunde anbefale at fravige den givne Tidsfrist, er mig ikke bekjendt*".

Sundhedsstyrelsen kan ikke anbefale.

I et brev til kommandør Kjær 19.9.1920 skriver Ruge "*- Den herværende nye Kredslæge henviste mig til Muligheden gennem en fremragende Embedsmand i København, til hvem jeg havde Tilknytning, at ansøge om Tilladelse hos Justitsministeren, at kunde fortsætte min Praksis. Jeg skulde være Dem meget taknemmelig, hvis De kunde give en Anbefaling for mig hos Justitsministeren*". 20.9.1920 skriver chefen for kadetskolen i København til justitsminister Rytter "*Dr. Ruges Adkomst til at anmode om min Anbefaling skyldes hans Slægtskabsforhold til min Kone.- Bemeldte Dr. Ruge er en Sønneson af min Svigerfaders Søster. Jeg har kun set Manden i Sommer under Eskadretogtet, og han er sikkert ikke, hvad vi kalder "en Dansker", men jeg tror ganske neutral.- han er vistnok baade en hæderlig og en dannet Mand, der efter min Overbevisning baade har Lyst og Vilje til, at finde sig et Hjem i sine Fædres gamle Hjemland*".

På trods af at svaret fra alle forespurgte instanser havde været negativt, fik Ruge fra justitsministeren meddelt dansk jus 22.11.1920.²⁴ I et notat i justitsministeriets akter begrundes tilladelsen med, at Ruges forældre stammer fra Haderslev, og at han taler dansk²⁵, en begrundelse der kan undre, idet andre med samme relationer fik afslag. Anbefalingen fra kommandøren har formentlig vejet tungt.

Sønderborg amtslægekreds

W. Lester (26.9.1873, Hamborg-17.1.1941). Med. eks 1897 (Berlin). Praksis i Hamborg 1903-1919. Maj 1919 praksis i Sønderborg, fungerede desuden som kirurg på byens amtsstyggehus.^{17, 25}

Lesters mor var søster til en afdød geheimestatsråd, en morbroder, der var grosserer, havde boet i Danmark i mange år, en fætter var etatsråd. Lester talte *“fuldkomment dansk”*.

Sønderborg lægekredsforening var positiv, *“Lester er Speciallæge i Kvinde-sygdomme, og en meget dygtig Operatør, hvis Medarbejde er til gavn for Amtssyggehusets Trivsel”*.

Amtslægen var også positiv *“- er sikkert dygtig som Gynækolog. Da der er Trang til en saadan her i Sønderborg, og da han er i nær Forbindelse med Personer, som har Ophold i Danmark, henstiller jeg, at der undtagelsesvis gives ham Jus Practicandi, saaledes at han ikke kan nedsætte sig i Danmark udenfor de sønderjyske Landsdele, medmindre han underkaster sig den danske medicinske Embedseksamen”*.

Amtmanden anfører derimod *“- at Trangen til Specialister i Sønderborg sikkert vil forsvinde, naar Hospitalsforholdene bliver ordnede, samt at der i øvrigt ikke vil være Grund til at meddele den ansøgte Tilladelse”*.²⁶

I sundhedsstyrelsen var flertallet stemt for afslag, men formanden anfører, at *“Sagen gerne skulle listes igennem af andre Aarsager”*.²⁷

Lester fik meddelt dansk jus practicandi 22.11.1920.

De familiære relationer var i dette tilfælde ret perifere, sundhedsstyrelsens kommentar antyder da også, at andre årsager har spillet ind.

Tønder amtslægekreds

H. Alnor (8.12.1889, Kiel-11.6.1971). Forældrene danske. Med. eks. 1916 (Kiel). Assistent ved Aabenraa sygehus maj 1918. Praksis Tinglev maj 1919. Dansk gift september 1919.¹⁷

Såvel amtslægen som amtet anbefaler dansk jus med begrundelsen *“er dansk gift, taler dansk”*. Dansk jus meddelt 5.1.1921.²⁸

Sagsbehandlingen forløb uden kommentarer. Ægteskabet blev anerkendt som dispensationsgrund, selv om det først blev indgæet efter krigens afslutning.

Lidt anderledes forholdt det sig i næste sag.

M. Brenner (6.10.1889, Kiel-26.7.1975). Med. eks.1913 (Kiel). Gift november 1914 med dame fra Højer. Militærtjeneste 1914-19. Juni 1919 praksis Tønder.^{17, 29} Under mandens krigstjeneste opholdt hustruen sig hos forældrene i Højer.

Amtslægen anbefaler meddelelse af dansk jus. Øvrige myndigheder er imidlertid noget tvivlende om berettigelsen. Sagen returnerer derfor til amtslægen med forespørgsel om *“- hvilke særlige Grunde, der maatte foreligge for at fra vige Tidspunktet for Bosættelse (1.1.1918)”*. Som svar anfører

amtslægen kort d. 23.12.1920, "Anbefaler, at den søgte Tilladelse snarest belejligen meddeles, idet Andrageren er en af Amtets dygtigste Læger". Justitsministeriet meddelte dansk jus 5.1.1921.³⁰

Det ser ud til, at de ægteskabelige relationer i denne sag har vejet mindre tungt, på trods af at ægteskabet blev indgået allerede ved krigens begyndelse, og hustruen havde opholdt sig i landsdelen under hele krigen. Amtslægens argument har formentlig været afgørende, set i lyset af den hurtige afgørelse efter amtslægens svar.

Interessant nok er M.Brenner opført under "Læger, der opfylder bosættelses betingelserne" i en liste fra justitsministeriet over tilladelser og afslag.²⁵

H. Thalwitzer (9.2.1874, Neustadt (Sachsen)-18.1.1931). Dansk gift 1901. Med. eks juli 1898 (Berlin). Praksis nær Dresden 1904. Leder af sanatorium ved Dresden 1911-12. Advising medical officer under Bolivias regering 1912-15. Praksis i Skærbæk marts 1919.¹⁷ Under krigen opholdt hustruen samt børnene sig i København hos svigerforældrene.

Alle instanser anbefaler dansk jus "Dr Thalwitzers Hjem er dansktalende, hans Børn gaar i dansk Skole". Dansk jus meddelt 22.11.1920.³¹

E. von Werthern (18.3.1882, Berlin-12.5.1944). Gift 1908, hustru tysk. Med. eks 1906 (Kiel). Overlæge i Flensborg 1914-17. Kirurg i hæren med tjeneste i Frankrig og i Tønder 1918-1919. Overlæge ved Tønder sygehus april 1919.¹⁷

Amtslæge og amt anbefaler. Sundhedsstyrelsen kan ikke anbefale, da v. Werthern ikke opfylder betingelserne. Justitsministeren meddelede dansk jus 22.11.1920, ifølge notat begrundet i, at v. Werthern har nedsat sig i byen efter magistratens ønske.^{25, 32}

Haderslev amtslægekreds

Ingen sager.

Afslag

Nære familiære relationer til Danmark var et væsentligt argument for en tilladelse, når lovens umiddelbare krav ikke var opfyldt. Dette var imidlertid ikke altid tilstrækkeligt, lige så vigtig var lokalbefolkningens holdning til ansøgeren. En lokal national modstand førte i flere tilfælde til afslag trods ægteskabelige relationer.

Disse "nationalt" betingede afslag vakte betydelig kritik i tysksindede kredse. Ministeren for Det Midlertidige Sønderjyske Ministerium, H.P.Hansen, havde ved flere lejligheder i 1919 lovet befolkningen, at alle, der havde et lovligt erhverv i landsdelen ved genforeningen, ville få lov at fortsætte deres virksomhed, et løfte der forstærkede kritikken.

De tyske aviser angreb i kraftige vendinger disse afslag. Sonderburger Zeitung skrev således d. 23.4.1921 under overskriften "Die dänische Ausweisungs-Politik" bl.a. (Oversættelse ved forf.) "Tilfældet Dr. S. er endnu i frisk erindring. Denne foranstaltning, ved hvilken virksomheden blev umuliggjort for en dygtig kirurg og elsket læge, frembragte en kraftig opbidselse i den hjemmehørende befolkning. - Nu berettes om et nyt lignende tilfælde. Dr. A. er ligeledes blevet forbudt udøvelse af praksis. - Dr. A. har i august 1919 overtaget afdøde Dr. Hansens praksis. Han har således været fastboende her et halvt år før folkeafstemningen og 10 måneder før suverænitetsovergangen til Danmark.

Og i dag roser "Sønderjyllands Socialdemokrat", at Danmark har meddelt alle tyske, der i sommeren 1919 boede her, nedscættelsesret. - Den danske regering hencægter, at politiske grunde har været drivfjederen i denne udvisning - thi i praksis er det en udvisning, når Danmark forbyder en tysker at udføre sit erhverv her i landet. De danske myndigheder har dog selv leveret beviset for, at et politisk moment spiller ind. De har tilladt ægteparret Storm-Hollesen, der spillede første violin i Flensborgagitationen, at udøve lægepraksis i Gråsten, om end de først er flyttet dertil efter afstemningen. - Dr. A. og Dr. S. tilknytning til Danmark kan uden tvivl lettere bevises end i andre tilfælde. - Hvilket formål har den københavnske regering med disse voldsregler. Vil de vise deres magt? Den nordslesvigske befolkning har ingen forståelse herfor".³³

Der blev i alt meddelt 10 afslag, 5 ubetingede, hvor ansøgeren måtte forlade en etableret praksis, 5, hvor der blev krævet supplerende dansk eksamen pga. afkortet uddannelse, 2 af disse havde etableret sig i praksis, og måtte forlade denne. Én returnerede dog senere efter at have taget dansk eksamen. De sidste 3 havde ikke etableret sig. Én af dem tog dansk eksamen.

Navne på de læger, der fik afslag, og som ikke senere kom til at fungere i Danmark, er anonymiserede.

Dr. A.³⁴ købte februar 1919 en praksis i en mindre by i Sønderborg amt af arvingerne efter læge, der var faldet i krigen. Dr. A. var dansk gift med en dame født på Frederiksberg, hun var student fra Frk. Zahles skole og uddannet cand. phil. En datter født 1913 startede i dansk skole, da familien flyttede til Danmark, endnu en datter fødtes januar 1921, medens familien endnu var bosiddende her.

Sønderborg lægekredsforening havde intet at indvende mod en tilladelse, og anførte yderligere, at der tidligere havde været to læger i byen, hvor A. havde nedsat sig.

Amtslægen kunne ikke anbefale ansøgningen. "Hans Virksomhed som Læge er langt fra tiltalende. Han agiterer således for sin Praksis ved paa en nærgaaende Maade, at hyde sig selv til. Dernæst hører han til de heldigvis faa Læger, som ved at konstruere ualmindeligt store Regninger vil

virke ødelæggende for Sygekassen, som med rette har klaget over ham til Lægeforeningen. Han er en af de Læger, som, ved siden af at brandskatte sit Klientel, nedbryder Agtelsen for Lægestanden”

At Dr. A. ikke var velset i byen og på egnen fremgår af et brev 10.3.1921 fra en kreds af borgere til justitsministeriet. “- Det er jo ikke ved nogen Tilfældighed, at han sidder her som Læge! Men han er jo direkte kommen herved fra Berlin for at udnytte Chancen. Han løber endnu i sin tyske Officersuniform og siger “Ich bin ein Preusse und bin stolz darauf”. Som Læge nyder han ingen Ry, og der gaar forskellige ufordelagtige Rygter om ham. Fattigvæsenet har udelukket ham som Læge. Ved den gamle Sygekasse maatte han tilbagebetale eller reducere sine Fordringer. Vi finder det urigtigt at frede om den slags Folk i den slags Stillinger, der er jo nok af Landets Børn, som gerne ønsker og bedre kan udfylde den slags Pladser”. Brevet er underskrevet af flere sognefogeder, formanden for landboforeningen, kommunerådsformænd og -medlemmer.

Sundhedsstyrelsen fandt at amtslægens udtalelser “- næppe er af en Art, at de kan udelukke ham fra at blive behandlet på samme Maade som andre Læger, hvor der er givet Jus. Naar Sundhedsstyrelsen ikke har villet fraraade, at der gaves ham Jus, var det af Hensyn til hans danske Forbindelse”.

15.4.1921 meddelte justitsministeriet gennem sundhedsstyrelsen amtslægen i Sønderborg, at “Tilladelse ikke kan meddeles”. Der blev givet en frist til 1.9.1921 til afvikling af hidtidig virksomhed.

Sagen var imidlertid ikke afsluttet hermed. 7.5.1921 anmodede den tyske gesandt i Danmark om, at sagen måtte blive taget op til fornyet overvejelse med den begrundelse, at Dr. A. var blevet kaldt til byen af den stedlige befolkning. A. fremsendte derfor en ny ansøgning, han havde på det tidspunkt solgt sin praksis, men håbede at handlen kunne gå tilbage, hvis han fik ret til at praktisere.

Af en politirapport d. 27.6. fremgår det, at “Daværende tyske Amtsfors-stander Horn havde af afdøde Dr. Hansens Arvinger faaet det Hverv at sælge Hus og Praksis snarest muligt. Horn havde handlet selvstændigt, og i sine egne og politiske Interesser, ved at faa en udpræget tysksindet Læge hertil”.

Sagen udløste en kraftig avisomtale navnlig i de tyske blade med skarpe angreb på myndighederne.

Dette ændrede dog ikke dog ikke amtslægens holdning “- ingen tysk Læge, som har nedsat sig i de sønderjyske Landsdele efter 1.1.1918, har Krav paa vedblivende at praktisere her. Der er saaledes ikke tale, om at der i dette Tilfælde er sket noget uretfærdigt. Den i tyske Blade fremkomne Kritik af Forbuddet mod Dr. A. for Jus Practicandi her, er et uberettiget Angreb paa de danske Myndigheder, og det i tyske Blade om Sagen fremførte, saavel som det i Dr. A. s fornyede ansøgning udtalte, har ikke været i stand til at forandre min Stilling til Spørgsmaalet, saa jeg kan fremdeles ikke anbefale, at Dr. A. faar Jus Practicandi i Danmark”. Herudover anfører amtslægen, at Dr. A., der i sagen har påberåbt sig, at han er blevet berøvet

sine eksistensmuligheder, har solgt sin praksis med en avance på 38.000 kr. *"- for hvilken Sum han uden Vanskelighed vil kunde købe en god Lægestilling i Tyskland"*.

Sagen slutter med to breve. Det ene, et meget personligt brev fra svigerfaderen i København til statsminister Neergaard, hvori svigerfaderen giver udtryk for hvilke skuffelser og frustrationer der opstod, når en dansk familie måtte opleve, at deres datter og børnebørn ikke var ønsket i landet. Endvidere gør svigerfaderen opmærksom på, at justitsministeren så sent som i juni måned 1921 i rigsdagen forsikrede, at ingen tysker, der var bosat i Sønderjylland i juni 1919, blev udvist, fordi han var tysker. Få dage forinden havde justitsministeriet nægtet svigersønnen jus practicandi.

Det andet brev er fra Dr. A. til amtmanden i Sønderborg, A. besværer sig her over den lange ekspeditionstid. Brevet slutter med *"Jeg er klar over, at en for mig gunstig Afgørelse vilde have beroet paa en del god Vilje ved Lovens Fortolkning og forstaaelse for de særlige Forhold fra Justitsministeriets og fra Amtmandens Side"*.

Den nationale og personlige modstand mod Dr. A. har formentlig været bestemmende for justitsministeriets afgørelse, idet andre med mindre familiære relationer fik tilladelse.

Dr. S.³⁵ Købte januar 1920 en ledig bypraksis efter den tidligere læges død. Ansøgte juli 1920 om dansk jus practicandi.

Den lokale lægeorganisation havde intet at indvende mod ansøgeren. *"- han har nu i flere Maaneder udfoldet dygtig kirurgisk Virksomhed på Amtssygehuset"*.

Amtslægen var ikke i stand til at bedømme hans kvalifikationer, men skønnede ikke, at der var *"- nogen som helst Trang til hans forbliven i Byen. Der er Læger nok i Sønderjylland, og det var mere ønskeligt, at en dygtig Læge med dansk Embedseksamen vilde ned sætte sig her. Dr. S. har først praktiseret her siden Januar d. a. Jeg kan derfor ikke anbefale hans Andragende."*

Amtmanden skrev *"- der skønnes ikke at være Grund til at meddele den ansøgte Tilladelse, da Andrageren først har bosat sig i de sønderjyske Landsdele efter 1. Januar 1918"*.

20.11.1920 fik Dr. S besked om, at ansøgningen ikke kunne imødekommes, og at han omgående skulle indstille sin virksomhed. Amtsassessoren fik dog udvirket at S. fik en afviklingsfrist til 1.4.1921.

Sagen blev taget op af "Socialdemokraten", hvor justitsministeren i et interview begrundede afslaget med, at S. ikke havde forbindelser til Sønderjylland.³⁶

Foranlediget af dette anmodede den tyske gesandt i et brev 21.12.1920 om, at sagen blev genoptaget, idet han gjorde opmærksom på at S. havde nære familiære forbindelser til landsdelen. Hans ægtefælle var datter af en lokal familie, der havde boet i landsdelen i mange år.

Januar 1921 bad justitsministeriet derfor amtmanden “- *venligst underhaanden*”, at fremskaffe oplysninger om, hvorledes det forholdt sig med hustruens afstammingsforhold “- *idet vi nødtigt vil bære Amtet officielt, for ikke at være bundet, hvis det er rigtigt*”.

Amtmanden bekræftede, at hustruen var datter af en forpagter på en stor gård på egnen. Familien talte dansk, men var meget tysksindede “- *saa udpræget, at han (Svigerfaderen) næstefter den berygtede Amtsforstander K. var den sidste Landraad Schönbergs trofasteste Tilhænger, der navnlig ogsaa hjalp de to andre med at faa nægtet Orlov til dansksindede nordslaviske Soldater. Familien har været tysksindede saa længe nationalitetens Spørgsmålet har spillet nogen Rolle*”. Amtmanden bemærkede herudover, at familien bestyrede i alt 3 gårde for Baron R., og at alle gårde blev holdt i en tilstand, der var en skandale, med arbejderboliger, der truede med at falde sammen i hver storm.

17.2.1921 meddelede justitsministeriet “- *at det maa have sit Forblivende ved Justitsministeriets Skrivelse af 20. Nov. 1920, hvorefter den ansøgte Tilladelse ikke kan meddeles*”.

Dette førte til en stor underskriftsindsamling, hvor 698 tyske borgere i byen og omegn anmodede ministeriet om at ændre afgørelsen. Samtidig skrev en kreds af dansksindede borgere en kraftig opfordring til ministeren om ikke at ændre afgørelsen. “- *Vi vil jo på den Maade aldrig kunne komme op imod Tyskerne, naar der stadig kommer flere til. Det viser sig ved ethvert Valg her i Byen, at Tyskerne trods alle de danske Embedsmænd, der er kommen hertil, stadig har Flertallet. Nu har vi kæmpet for vor Sag i alle de Aar, skal vi nu fortsætte med at forsvare os over for, at man i København er efterladende overfor Tyskerne her!*”.

Da justitsministeriets beslutning ikke blev ændret, blev dette brev fulgt op af et andet brev fra “*den samme Kreds af Borgere*”, der takkede for, at “den højstærede Minister” ikke har ladet tyskerne vinde den sejr, at kunne rokke ved en dansk lov.

Dr. D.^{57, 58} Født 15.8.1860 i Neumark. Medl. eks. 1887. Amtslæge i Tyskland 20 år. Ejede siden 1916 en ejendom på Als. Købte november 1919 en anden gård, hvor han bosatte sig og startede praksis.

20.7.1920 ansøgte D. om dansk jus “*Da jeg bosatte mig i Sønderjylland først i April 1919, saa er det forbydet, at jeg praktiserer her som Læge efter Regeringsanordning. Endskønt, saa ønsker jeg dog meget, at ikke fuldkommen renoncere på Lægepraksis. og at se mig anerkendt nu som før som Læge*”.

Sønderborg lægeorganisation havde intet at indvende. D. var medlem af organisationen.

Amtslægen anførte, at D. havde en højst ubetydelig praksis, og skønnede, at det ikke havde større betydning om den 60-årige mand fik tilladelse

til at fortsætte. Foreslog, at der blev meddelt jus med det forbehold, at han ikke nedsatte sig uden for Sønderjylland.

Amtmanden fandt ikke, der var grund til at meddele jus.

20.11.1920 meddelte justitsministeriet afslag.

*Dr. H.*³⁹ Med. eks. 1903. Kredslæge/amtslægeapprobation 1907. Bopæl hos en slægtning på Als siden 29.12.1919, hvor han havde startet en praksis.

Sønderborg lægeorganisation meddelte ”- er ikke nøjagtig orienteret om Herr Dr. H., der skal være Dr. med. og Dr. jur. og Dr. phil. og tillige Dr. med dent. og Tandlæge og Homøopath og Speciallæge”.

Amtslægen var ikke i stand til at anbefale. H. havde en ubetydelig praksis. Der var foruden ham 3 læger i byen, hvilket snarest var for mange.

Politimesteren kunne heller ikke anbefale. ”- Da Ansøgeren saa godt som altid er paa Rejse i Udlandet, og da han - efter Folks Udsagn- ikke kan skønnes at være helt normal”.

Sundhedsstyrelsens holdning er ikke kendt, da SS jr. nr. ikke er anført i justitsministeriets papirer.

20.11.1920 meddelede justitsministeriet, at ansøgningen ikke kan bevilges.

*Dr. R.*⁴⁰ Uddannelse ukendt, talte ikke dansk. Kom til større by januar 1919 for at lede en kuranstalt, der i den tyske tid var et populært behandlingssted, oprettet af en kurpfuscher. Man behandlede med homøopati og medicotekniske metoder, røntgen, tesla, Bergonië, diatermi, kvartsllys, radiosol o.a.. Kurpfuscheren havde haft flere politisager, og havde en periode været fængslet for fosterfordrivelse. Han havde søgt tilladelse til at fortsætte som lægepraktikant i h.h.t. lov nr. 235, men havde fået afslag på dette.

Dr. R søgte dansk jus 1. gang sept. 1920. Hverken amtslæge, amtmand eller Sundhedsstyrelsen kunne anbefale, hvorfor justitsministeriet meddelte afslag 20.11.1920 med besked om, at R. skulle afvikle sin praksis inden 1.4. 1921..

Marts 1921 søgte R. igen, idet han følte, hans første ansøgning ikke var blevet anbefalet af de stedlige myndigheder pga. mistro til kvaksalveren og hans virksomhed.”- *men Anstalten for sig er god og kan ved rigtig Drift være Byens og Omegnens Beboere meget gavnlig*”. Amtslægen kommenterede ansøgningen 17.3. ”X’s Anstalt er fuldstændig Humbug”.

28.3. bad amtsassessoren justitsministeriet om, at sagen måtte blive afgjort hurtigt a.h.t. lukning af anstalten, da huset skulle omdannes til boliger. ”- Her er største Boligmangel, bl.a. er der ingen Bolig til en Oberstløjtnant i Byen, Han bor paa et Hotel til, der findes noget. Han skal have en Lejlighed i Huset”.

26.4.1921 meddelte justitsministeriet, at det første afslag fastholdtes, begrundet i at R. ikke havde nogen tilknytning til landsdelen.

Afslag pga. afkortet uddannelse

5 læger fik meddelt afslag pga. afkortet uddannelse (pga. krigstjeneste).

Disse afslag gav også anledning til en del utilfredshed og avispolemik i de tyske blade, da denne begrundelse for afslag først opstod efterhånden. Flere læger med samme uddannelse havde tidligere fået tilladelse. I alle tilfælde, hvor afslag blev givet, var ansøgeren tysksindet.

Sonderburger Zeitung fandt, at det var et uhørt retsbrud og en nederdrægtig chikane¹¹, medens Tondernsche Zeitung skrev *"- Justitsministeriets Fremgangsmaade viser, hvorledes Hjemstavnens kan lukkes for de nordslesvigske Studenter. Mod en saadan Vilkaarlighed, der ligner Chikane, maa der skabes en Front"*.¹²

*Dr.G.*¹³ Født 1892 i Sarup ved Flensborg. Med. eks 5.5.1920 (Rostock). Assistent ved Diakonissestiftelsen, Flensborg. Familien bosat i Lintrup ved Haderslev 1893-1911 og i Gråsten 1911-1920, hvor faderen var præst. Familien flyttede til Tyskland ved genforeningen i forbindelse med faderens pensionering.

Amtslægen anførte, at G. opfyldte betingelserne, idet han var hjemhørende.

4.1.1922 skrev den danske konsul i Flensborg *"- En respektabel og velanset Læge, hans og Familiens Sindelag er kendt som udpræget tysk"*.

Amtmanden anbefalede afslag, da G. ikke var født i Sønderjylland, og derfor ikke kunne optere, desuden havde G. ingen tilknytning til Sønderjylland efter familiens fraflytning.

I et notat skrev justitsministeriet, at der ikke fandtes nærmere oplysninger om G.'s studietid, han havde sandsynligvis ikke gennemgået normal universitets uddannelse og havde ingen tilknytning til Sønderjylland efter familiens fraflytning, der dog ikke var meddelt kommunen. *"- Andrageren hører til den Gruppe, der skal kunne opnaa Tilladelse, men nogen ubetinget Ret har han ikke. Hvis hans Uddannelse er mangelfuld bør Afslag foretrækkes"*.

22.3.1922 meddelte justitsministeriet afslag.

N.A. Wernich. (28.8.1892, Oksbøl-18.6.1977). Med. eks. 1920 (Kiel). Startede praksis i Sønderborg september 1921, ansøgte samtidig om dansk jus.

Tilladelse blev nægtet 4.4.1922 med besked om, at en tilladelse ville kræve supplerende dansk eksamen i farmakologi, 2. Del A samt alle de til 2. Del B hørende fag. Wernich fik meddelelse om at afhænde sin praksis omgående. Amtmanden skriver dog til justitsministeriet, at politimesteren har meddelt, at *"- han ikke har ment, at kunde standse Andragerens Praksis straks. Jeg har nu bedt Politimesteren sige, at han i hvert fald maa betragte Tiden efter, at det høje Ministeriums Resolution bliver ham forkyndt, som Afviklingstid"*.

Den tyske gesandt forelagde sagen, sammen med to andre sager af lignende art, for udenrigsministeriet, men afgørelsen blev ikke ændret.

Wernich udtrykker sin skuffelse over afgørelsen i et brev til justitsministeren "*- jeg mangler 1-2 Maaneder i den for tyske Universiteter normale Uddannelsesetid, men har bestaaet Prøverne, hvilket maa være vigtigere. - Der er bleven skrevet og talt meget om Krigssemestre som utilstrækkelige, men det er bleven glemt, at de betræffende i Krigen har været beskæftiget som Assistentter for betydelige Læger. - Justitsministeriet har taget Hensyn til dette i mindst 5 Tilfælde, der har faaet lov at praktisere til trods for Krigssemestre og uden Prøve*".

Wernich tog til Tyskland, hvor han fungerede en kort periode. Han tog herefter supplerende dansk eksamen (farmakologi, klinisk kirurgi, medicin og gynækologi og ansættelse på Rigshospitalet) og fik dansk jus 25.7.1923, hvorefter han atter startede praksis i Sønderborg.¹⁷⁻¹⁹

*Dr. J.*¹⁵ Født i Rens, hvor familien havde boet i flere generationer. Dansk gift. Påbegyndte det medicinske studium april 1914. Kort tid herefter indkaldt til krigstjeneste. Fortsatte studiet december 1918. Med. eks. 4.5.1921. Ansat ved Diakonissestiftelsen, Flensborg. Ansøgte om dansk jus oktober 1921, da han ønskede at nedsætte sig i Hellevad, hvor han havde købt og indrettet hus.

Amtslægen anbefalede på betingelse af 1 års praktik ved dansk sygehus, sundhedsstyrelsen var enig heri, hvorfor J. startede som praktikant ved fødeafdelingen Rigshospitalet 1.1.1922.

Sagen blev imidlertid returneret til sundhedsstyrelsen fra justitsministeriet "*- idet man har modtaget en nærmere Redegørelse fra J., hvor det fremgaar, at hans Uddannelse er tilendebragt paa væsentligt kortere Tid, end hvad tidligere fandt Sted*".

Sundhedsstyrelsen ændrede nu sin indstilling "*- kan derfor ikke anbefale Andragenet*", hvorefter justitsministeriet 24.2.1922 meddelte afslag. En fornyet ansøgning 5.5.1922 med yderligere oplysninger om uddannelsen, blev ligeledes afslået.

Amtslægen kommenterede sagen i et brev til justitsministeriet 10.6.1922. Det fremgår heraf, at sagen har vakt stor opmærksomhed i lægekredsföreningen, hvor formanden J. Krey, på et møde 7.5 rettede et skarpt angreb mod justitsministeriet "*- før var et ja et ja, og et nej et nej, nu maatte man opleve, at et ja var et jab og maaske kunne betyde nej. Vi var ikke vant til den slags Spidsfindigheder fra Regeringens Side*". En repræsentant fra foreningen havde haft et møde med det medicinske fakultet i Kiel, hvor man på det bestemteste afviste, at krigsdeltagerne på nogen måde havde fået en ringere uddannelse end andre. Et års krigstjeneste var dog godskrevet 2 semestre, heraf 1 præklinisk og 1 klinisk, på ordre fra rigskansleren, gældende for hele det tyske rige.

Amtslægen anfører i brevet, at en mediciner, der har gjort krigstjeneste, ikke behøver at studere 5 år men kan nøjes med 3 år. *"- Dertil kommer, at Tyskerne naturligvis ønsker at faa saa mange Tyskere som muligt ind i de sønderjyske Landsdele, og der er stor Fare for, at de nok skal sørge for, at unge tysksindede Medicinere under en eller anden Form faar deres Eksamen inden 1.1.1923, selv om Uddannelsen skulde blive endnu ringere. - Man vil gøre de unge Mennesker en Bjørnetjeneste ved at honorere udført Krigstjeneste paa denne Maade"*.

På forespørgsel fra justitsministeriet oplyste undervisningsministeriet, at J. kunne få dansk jus, såfremt han bestod tentamen i farmakologi og alle de til 2. Del B tilhørende fag. Da J bad om at slippe *"for alle disse Prøver"* ændredes dette til, at han kun skulle aflægge prøve i farmakologi, klinisk og mundtlig kirurgi og medicin, operationsøvelser, obstetrik og retsmedicin.

Da den sidste afgørelse kom, havde J solgt sit hus i Hellevad og var flyttet til Tyskland.

H. P. Schmidt (20.11.1893, Skærbæk-10.12.1947). Med. eks 1921 (Hamborg). Fik afslag på ansøgning om dansk jus, begrundet i afkortet uddannelse. Der foreligger kun ganske få notater i sagen. Schmidt tog supplerende dansk eksamen *"Den fineste af alle dette Aar"*.¹⁷⁻¹⁶

*Dr. V.*¹⁷ Født i Bredebro. Med. eks. 1917. Boede i København. Søger om dansk jus juni 1921. Ass. læge ved hospitaler og lazaretter under krigen, der foreligger dog ingen dokumentation herfor.

Stilles i udsigt at få dansk jus, såfremt han gennemfører kursus i fødsels-hjælp. Iflg. notat hos justitsministeriet er der dog intet til hinder for at meddele jus uden ret til at praktisere som fødselslæge, idet fødselslægeuddannelsen ligger uden for den almindelige lægeuddannelse.

V. fandt kravet vanærende og følte sig diskrimineret. Han har formentlig aldrig taget det krævede kursus. Hans skæbne er ukendt, navnet findes ikke i "Den Danske Lægestand".

Embedslæger

Alle tyske kreds-læger blev afskediget ved genforeningen.¹²⁻¹⁸ Der er ikke i materialet fundet akter, der tyder på, at nogle af dem har søgt dansk jus. Ingen af navnene findes i "Den danske lægestand".

Embedslægevesenet blev i øvrigt organiseret på en anden måde i Sønderjylland end i Danmark i øvrigt. De sønderjyske landsdele blev delt i 4 amtslægekredse svarende til amtsråds-kredsene. I hver kreds blev ansat en af kongen udnævnt kreds-læge, der samtidig var amtslæge for kredsen.¹⁹

Medicinske studenter ved tyske universiteter

Langt de fleste medicinske studenter fra regionen søgte i den tyske tid tyske universiteter uanset national sindelag, idet man fra tysk side var meget restriktiv m.h.t. at give dansk uddannede læger tilladelse til fungere i Slesvig. Enkelte tog dog til København.

I forbindelse med forhandlingerne om den "Dansk-tyske traktat" 1919, blev det gjort op, at der var 22 medicinstuderende med dansk indfødsret ved tyske universiteter.¹⁵ 7 af disse fik senere dansk jus, alle efter supplerende dansk eksamen.

Det centrale spørgsmål under forhandlingerne var, på hvilket tidspunkt hjemhørende medicinske studenter skulle have afsluttet den tyske eksamen for at kunne få denne godkendt i Danmark.

Man var opmærksom på, at en del af studenterne ville komme i en uheldig situation, såfremt de ikke fik lov til at gennemføre deres studier i Tyskland. Således bemærkede amtsassessor Smidt i Haderslev i et brev til justitsministeriet "*Da Personer, som er fødte i de sønderjyske Landsdele, kan optere for Danmark indtil d. 15.6.1922, synes det rimeligt, at man fastsætter et Tidspunkt, som ligger indenfor denne Tidsfrist som yderste Termin for Anerkendelsen af tysk Embedseksamen eller farmaceutisk Kandidat eller Medhjælper Eksamen. Den daarlige Valutaregulering vil gøre det umuligt for mange at lade deres Børn afbryde deres Studier ved de tyske Universiteter og omlægge det, hvad altid er forbunden med Tidsspilde. Det vil maaske være muligt, at Studierne kan bringes til en Afslutning, saa længe Udgifterne derved kan betales med Mark, men det bliver umuligt, naar det skal betales med Kroner. For udpræget tysksindede Studerende vil der ikke være noget Virkefelt i Nordslesvig, saa det vil kun dreje sig om Sønner fra nationalt indifferente Hjem, som paa den maade faar Mulighed for at fæste bo i deres Hjemstavn. Derfor foreslaas, at det i § 1a og §9 nævnte tidspunkt fastsættes til d. 1.april 1922*".²⁰

I den endelige bekendtgørelse blev tidspunktet for godkendelse af tysk embedseksamen fastsat til 1.1.1923.²¹ En del af studenterne valgte at fortsætte studierne ved Københavns Universitet, andre færdiggjorde deres studier i Tyskland, hvorefter uddannelsen efter supplerende eksamen i Danmark blev anerkendt.

Afslutning

I lov nr. 273 om "Udvidelse af Sundhedslovgivningens Gyldighed til de sønderjyske Landsdele" viste den danske stat stor forståelse for de specielle sønderjyske forhold bl.a. ved at indføre muligheden for dispensation i selve lovtæksten. I den efterfølgende sagsbehandling søgte man at tilgode-se såvel ansørgernes som befolkningens ønsker. At de nationale spændin-

ger i landsdelen var så voldsomme, som det i nogle tilfælde kom til udtryk, havde man dog næppe forudset.

De læger, der fik meddelt dansk jus, havde alle en vis tilknytning til Danmark, de fleste havde praktiseret i landsdelen før genforeningen, og der faldt hurtigt ro om de sager, der havde givet anledning til diskussion.

Danske læger som helhed tog godt imod de nye kolleger, i Ugeskrift for Læger blev de budt velkommen blandt andet med ordene "*For Lægestanden betyder Genforeningen en Forøgelse med et halvt hundrede Medlemmer. Disse Læger er for en Del vore Landsmænd, der er udgaaet af den danske Befolkning og som taler vort Sprog. Tilknytningen til den danske Lægestand vil ikke for dem betyde optagelse i noget fremmed Samfund. Men det er tillige vort Haab, at vore tyske Kolleger i Sønderjylland ikke vil føle sig isolerede i den danske Lægestand*".⁵¹

Bilag 1.
Aabenraa amtslægekreds.

NAVN	DATA	HJEM- HØRENDE	FØDT I	TYSK EKSAMEN	BOSAT 1.1.1918	PRAKSIS I	DANSK JUS PRACT.	KILDE
L. Abild	29.3.1891- 23.9.1960	ja	Møgeltønder	1919 Heidelberg	nej	Aabenraa 1920-otolog	5.1.1921	AaA: Bc 3/1920 JM: 2K-1920/3568
W. Butzbach	? 1864- 6.10.1947	ja	Husum Tønder	1889 Würzburg	ja	Aabenraa 1890	5.1.1921	AaA: Bc 12/1920 JM: 2K-1920/3402
J. Dibbern	30.8.1862- 15.2.1932	nej	Itzehoe	1890 München	ja	Aabenraa 1891	5.1.1921	AaA: Bc 1/1920 JM: 2K-1920/3017
O. Huss	10.6.1865- 10.1.1946	ja	Haderslev	1891 Berlin	ja	Aabenraa 1891	5.1.1921	AaA: Bc 6/1920 JM: 2K-1920/3347
M. Jansen	16.1.1884- 21.10.1938	nej	Flensborg	1908 Kiel	ja	Aabenraa 1913-sgh.læge	5.1.1921	AaA: Bc 11/1920 JM: 2K-1920/3506
C. Meier	18.3.1889- 4.7.1938	ja	Chr. Koog Tønder	1913 Freiburg ?	nej	Aabenraa 1919	22.11.1920	AaA: Bc 18/1920 JM: 2K-1920/3759
M. Michelsen	23.10.1873- 10.5.1941	ja	Skodborg Haderslev	1899 Berlin	ja	Aabenraa 1902	5.1.1921	AaA: Bc 16/1920 JM: 2K-1920/3589
H. Nielsen	5.4.1892- 19.3.1964	ja	Aabenraa	1920 Kiel	nej	Aabenraa 1920	22.11.1920	AaA: Bc 7/1920 JM: 2K-1920/3346
N.P. Nielsen	27.5.1869- 23.10.1937	ja	Tombøl Aabenraa	1896 Kiel	ja	Ullerup 1896 Gråsten 1899	5.1.1921	AaA: Bc 13/1920 JM: 2K-1920/3425
W. Reuter	12.5.1873- 29.1.1950	ja	Broager	1898 Kiel	ja	Gråsten 1899	5.1.1921	AaA: Bc 14/1920 JM: 2K-1920/3440
O. Wiemer	15.12.1861- 3.8.1921	nej	Øspel, Westphalen	1885 Bonn	ja	Aabenraa 1887	5.1.1921	Litt. Liste (17)

AaA: Aabenraa amtsarkiv, Landsarkivet Aabenraa. JM: Justitsministeriets arkiv, Rigsarkivet.

Bilag 2.

Haderslev amtslægekreds

NAVN	DATA	HJEM- HØRENDE	FØDT I	TYSK EKSAMEN	BOSAT 1.1.1918	PRAKSIS I	DANSK JUS PRACT.	KILDE
C. BOLTEN	17.6.1867- 5.2.1940	ja	Haderslev Student 1887	1895 Würzburg	ja	Jels 1895	22.11.1920	HA: J 1451/1920 JM: 2K-1920/4393
H. BUTZBACH	20.11.1859- 14.2.1929	ja	Husum Tønder	1890 ?	ja	Rødding 1890	22.11.1920	HA: J 1447/1920 JM: 2K-1920/4371
J. FISCHER	10.12.1887- 25.10.1954	ja	Løjt kirkeby	1912 Kiel	ja	Over-Jersdal 1913	22.11.1920	HA: J 1445/1920 JM: 2K-1920/4370
L. GREVSEN	24.4.1876- 6.9.1949	ja	Haderslev	1901 Kiel	ja	Tinglev 1903 Skærbæk 1906	22.11.1920	HA: J 1452/1920 JM: 2K-1920/4392
G.F. HANSEN (RYON-HANSEN)	16.7.1872- 22.11.1952	ja	Haderslev	1899 Kiel	ja	Haderslev 1899	22.11.1920	HA: J 1446/1920 JM: 2K-1920/4372
J. HANSEN	6.4.1859- 3.6.1935	ja	Bredebro	1885 Kiel	ja	Gram 1885	22.11.1920	HA: J 1456/1920 JM: 2K-1920/4394
H.J. JACOBSEN	21.11.1864- 20.9.1932	ja	Haderslev	1890 Leipzig	ja	Christiansfelt 1891	22.11.1920	HA: J 1457/1920 JM: 2K-1920/4368
I. JOHANNSEN	18.11.1860- 3.1.1949	ja	Tinglev	1886 Kiel	ja	Toftlund 1887	23.11.1920	HA: J 1454/1920 JM: 2K-1920/4381
W. KOCH	? 1873- 12.12.1942	ja	Jels	1898 Kiel	ja	Haderslev 1906	22.11.1920	HA: J 1449/1920 JM: 2K-1920/4373
H.C. MAGAARD	20.1.1857- 12.4.1939	ja	Haderslev	1882 Freiburg	ja	Haderslev 1885	22.11.1920	HA: J 1452/1920 II JM: 2K-1920/4385
P. MEYER	12.5.1863- 25.7.1935	ja	Skodborg, Haderslev	1889 Kiel	ja	Haderslev 1889	22.11.1920	HA: J 1448/1920 JM: 2K-1920/4379
L. PETERSEN	24.6.1863- 29.3.1926	ja	Ragebøl Sønderborg	1894 Kiel	ja	Gram 1896	22.11.1920	HA: J 1453/1920 JM: 2K-1920/4383
H.AA.REFSLUND	6.5.1871- 13.2.1954	ja	Tønder	1896 Kiel	ja	Hadersl. 1898 amtslæge 1920	efter ansæt. som amtsl.	Litt. liste (52)
J. SCHULTZ	12.7.1885- 7.11.1967	ja	Harreby, Haderslev	1913 Greifswald	nej	Over-Jersdal 1919	22.11.1920	HA: J 1455/1920 JM: 2K-1920/4309
CHR. SIEVERS	6.11.1870- 15.1.1935	nej	Sild	1899 Kiel	ja	Gram 1900	22.11.1920	HA: J 1450/1920 JM: 2K-1920/438?

HA: Haderslev amtsarkiv, Landsarkivet Aabenraa. JM: Justitsministeriets arkiv, Rigsarkivet.

Bilag 3.
Sønderborg amtslægekræds

Navn	Data	Hjem- hørende	Født i	Tysk eksamen	Bosat 1.1.1918	Praksis i	Dansk Jus pract.	Kilde
H.A.Andersen	27.6.1890- 15.10.1950	ja	Flensborg	1914 Würzburg	nej	Broager 1920	24.11.1920	SS: 1487/1920 JM: 2K-1920/4366
M. Agerley	15.9.1883- 6.9.1978	ja	Blans	1909 Kiel	ja	Augustenborg 1911	24.11.1920	SA: 1266/1920 JM: 2K-1920/4390
H. Birkedal	5.1.1880- 1.10.1929	ja	Jels	1909 ?	ja	Sønderborg 1909	24.11.1920	SA: 1268/1920 JM: 2K-1920/4389
J. Burmeister	19.10.1863- 16.8.1940	ja	Haderslev	1889 Kiel	ja	Nordborg 1890	24.11.1920	SA: 1270/1920 JM: 2K-1920/4391
Anna Clausen	21.4.1882- 12.2.1962	ja	Svenstrup, Als	1911 ?	ja	Sønderborg 1912	24.11.1920	SA: 1267/1920 JM: 2K-1920/4387
H.P. Dirksen	23.6.1891- 7.3.1972	ja	Holm, Als	1919 Freiburg	nej	Broager 1921	22.11.1920	SA: 666/1920 JM: 2K-1920/3165
H.Chr. Jensen	2.9.1879- 12.4.1953	ja	Hjerting, Haderslev	1910 Giessen	ja	Tandslet 1912	16.4.1921	SA: 759/1921 JM: 2K-1921/467
Chr. Juhl	? 1859- 8.4.1936	?	?	1884 Kiel	ja	Nordborg 1887	24.11.1920	SA: 1273/1920 JM: 2K-1920/4378
H. Krey	27.5.1893- 11.11.1964	ja	Sønderborg	1920 Kiel	nej	Sønderborg 1920	24.11.1920	SA: 1272/1920 JM: 2K-1920/4367
J. Krey	31.8.1864- 23.11.1957	ja	Sønderborg	1890 Kiel	ja	Sønderborg 1890	24.11.1920	SA: 1264/1920 JM: 2K-1920/4380
J. Sarauw	29.3.1869- 12.2.1937	ja	Visby, Tønder	1895 Würzburg	ja	Augustenborg 1896	24.11.1920	SA: 1274/1920 JM: 2K-1920/4374
E. Thede	15.1.1862- 2.12.1934	nej	Kiel	1890 Kiel	ja	Augustenborg 1891	24.11.1920	SA: 1265/1920 JM: 2K-1920/4386
Chr. Thordsen	3.11.1880- 10.6.1945	ja	Guderup, Als	1908 Würzburg	ja	Sønderborg 1909	24.11.1920	SA: 1269/1920 JM: 2K-1920/4388
H.Thyssen-Schmidt	13.6.1888- 29.1.1922	ja	Skærbæk	?	nej	Sønderborg 1921?	22.11.1920	SS: 1521/1920 JM: 2K-3591/1920
G. de Vries	? 1850- 29.1.1932	?	?	1877 ?	ja	Sønderborg 1877	24.11.1920	SA: 1275/1920 JM: 2K-1920/4375
H. Wullenweber	? 1872- 30.7.1926	ja	Haderslev	1897 Kiel	ja	Sønderborg 1899	24.11.1920	SA: 1276/1920 JM: 2K-1920/4376

SS: Sundhedsstyrelsens ark., Rigsarkivet. JM: Justitsministeriets ark., Rigsarkivet. SA: Sønderborg amtsark., Landsarkivet, Aabenraa

Bilag 4.
Tønder amtslægekreds

NAVN	DATA	HJEM- HØRENDE	FØDT 	TYSK EKSAMEN	BOSAT 1.1.1918	PRAKSIS 	DANSK JUS PRACT.	KILDE
A. BEYER	21.7.1890- 23.12.1963	ja	Skast, Tønder	1919 Kiel	nej	Løgumkloster 1920	22.11.1920	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/3592
M. HAMDORF	8.8.1866- 11.8.1933	ja	Haderslev	1894 Würzburg	ja	Løgumkloster 1897	22.11.1920	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/3660
CHR. HANSEN	23.12.1864- 20.4.1924	ja	Rabsted, Haderslev	1893 Kiel	ja	Tønder 1893	22.11.1920	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/3820
J. IPLAND	10.12.1886- 2.9.1971	ja	Aabenraa	1912 Kiel	nej	Højer 1919	22.11.1920	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/3524
P. JEPSEN	16.9.1891- 25.1.1971	ja	Rørkær, Tønder	1919 Kiel	nej	Tønder 1919	22.11.1920	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/3590
J. LORENZEN	3.6.1892- 14.9.1971	ja	Tønder	1920 Kiel	nej	Tønder sygehus	2.6.1921	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/4426
J. KÜHL	26.8.1861- 29.8.1932	nej	Rendsburg	1889 Kiel	ja	Højer 1889	22.11.1920	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/3508
N. MATZEN	3.11.1863- 27.4.1924	ja	Tønder	1889 München	nej	Højer 1921	1.11.1921	TA: 722/1921 JM: 2K-1921/165
J. NISSEN	17.2.1872- 26.10.1950	ja	Barsø, Aabenraa	1898 Kiel	ja	Tønder 1900	22.11.1920	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/3659
CHR. PAULSEN	5.6.1880- 21.12.1961	ja	Døstrup, Tønder	1909 Rostock	ja	Broager 1910 Skærbæk 1920	5.1.1921	TA: 566/1920 JM: 2K-1920/1834
H. LAUSTEN THOMSEN	6.6.1878- 13.2.1954	ja	Roost Tønder	1904 Freiburg	ja	Skærbæk 1906 Amtslæge 1920	Efter konst. som amtsl.	Litt. liste (17)

JM: Justitsministeriets arkiv, Rigsarkivet. TA: Tønder amtsarkiv, Landsarkivet, Aabenraa.

Summary

Andreas Johannsen

*German qualified doctors licens to continue practice
in south Jutland after the reunion.*

(Application of danish jus practicandi, process and result)

At the reunion of the southern part of Jutland with Denmark 1920 danish legislation had to be introduced in the new incorporated region. According to a special law doctors educated i Germany could obtain danish medical authorization, if they were born or established in the region before 1.1.1918, under certain circumstances it was possible to dispens from this date. The law ment that all doctors in the region had to ask for danish authorization.

Matrimonial relationship and personal connections were strong arguments for a dispensation, but not allways sufficient. In more cases a refusal was given because of a german attitude at the applicant in spite of matrimonial relationship, with the result that the applicant had to leave an established practice and Denmark.

53 doctors were given danish authorization immidiately. 8 got an authorization by dispensation and 10 got a refusal.

A survey of the applications and the connected archives shows, that the cases mostly were handled without problems. But the cases, where dispensation and especially refusal were given, were often very complicated and followed by heavy local national reactions.

This paper describes the background of the special law and the course of the cases with particular weight on the cases where dispensation or refusal were given.

Litteratur

1. Gewerbeordnung für das Deutsche Reich. Reichsgesetzblatt 1900.
2. Dr. von Ritter: Handwörterbuch der Preussischen Verwaltung. Rossbergische Verlagsbuchhandlung. Leipzig 1906:121.
3. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1921-2031. Rigsarkivet.
4. Dr. von Ritter: Handwörterbuch der Preussischen Verwaltung. Rossbergische Verlagsbuchhandlung. Leipzig 1906:825.
5. Dr. von Ritter: Handwörterbuch der Preussischen Verwaltung. Rossbergische Verlagsbuchhandlung. Leipzig 1906:1025.
6. A. Johannsen: Artikel under udlarbejdelse.
7. H. Refslund: Udkast til en Udtalelse om en Ændring af den danske Kvaksalverilovgivning. Sundhedsstyrelsens arkiv. J.nr. 981/1926. Rigsarkivet.
8. Lov nr. 273 om Udvidelse af Sundhedslovgivningens Gyldighed til de sønderjyske Landsdele. Lovtidende 8. Juli. 1920:1077.
9. Sundhedsstyrelsens arkiv. J.nr. 1801/1918. Rigsarkivet.
10. Folketingstidende 1919-20:2292-93.
11. Skrivelse fra Det midlertidige Ministerium for Sønderjyske Anliggender. Sundhedsstyrelsens arkiv. J.nr. 1040/1919. Rigsarkivet.
12. Skrivelse til justitsministeriet 3.2.1920. Sundhedsstyrelsens arkiv. J.nr. 1040/1919. Rigsarkivet.
13. Memorandum. H.P.Hanssens private personarkiver 272-159. Landsarkivet Aabenraa.
14. Heimdal. 29.4.1921.
15. Rigsdagstidende. Landstingstidende, tillæg C. 1919-20:2390.
16. Lovtidende. 1920:1881.
17. Den Danske Lægestand 1915-25. 10. Udg. Jacob Lunds forlag, København 1925.
18. Den Danske Lægestand 1907-15. 9. Udg. Jacob Lunds forlag, København 1915.
19. Folketingstidende 1920-21:1269, 1663.
20. Ugeskr. Læger 1920:82:1739.
21. Bekendtgørelse om tillæg til justitsministeriets bekendtgørelse nr. 619. Lovtidende 1922:136.
22. Aabenraa amtsarkiv. Bc 6-1920. Landsarkivet Aabenraa.
23. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-2735. Rigsarkivet.
24. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3641. Rigsarkivet.
25. A. Johannsen: Fra marinelaazaret til centralsygehus. Dansk medicinsk historisk årbog 2002:89.
26. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3084. Rigsarkivet.
27. Sundhedsstyrelsens arkiv. J.nr. 1834/1920. Rigsarkivet.
28. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3658. Rigsarkivet.
29. Den Danske Lægestand. 1965-1982. 15 udg. Den Almindelige Danske Lægeforening. København 1982.
30. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3593. Rigsarkivet.
31. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3523. Rigsarkivet.
32. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3568. Rigsarkivet.
33. Sonderburger Zeitung 23.4.1921.
34. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-2696. Rigsarkivet.
35. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-2735. Rigsarkivet.
36. Socialdemokraten. 1.12.1920.
37. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3056. Rigsarkivet.
38. A. Johannsen. Medicinalraden på Havemose. Lokalhistorisk forening for Horup sogn. Årsskrift nr. 20. 2002.
39. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3236. Rigsarkivet.
40. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1920-3569. Rigsarkivet.
41. Sonderburger Zeitung 1.3.1922.
42. Tøndernsche Zeitung 4.3.1922.
43. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1921-2318. Rigsarkivet.

44. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1921-2072. Rigsarkivet.
45. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1921-2031. Rigsarkivet.
46. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1922-218. Rigsarkivet.
47. Justitsministeriets arkiv. J.nr. 2K-1921-835. Rigsarkivet.
48. T. Grodum: Den Danske Embedslægestat. Eget forlag, 2000.
49. Lov nr. 277 om Embedslægevesenets Ordning i de sønderjyske Landsdele. Lovtidende, 1920:1084.
50. Haderslev Stiftsamtarkiv. J.nr. 521-1920. Landsarkivet. Aabenraa.
51. Ugeskr. Læg. 1920:82:109.
52. Den Danske Lægestand 1949-57. 13. Udg. Den Almindelige Danske Lægeforening. København 1957.

For at begrænse antallet af litteraturhenvisninger er kun justitsministeriets journalnummer anført ved de fleste sager. Sundhedsstyrelsens samt amtsarkivernes journalnummer er som regel anført i justitsministeriets akter. Disse journalnumre, kan rekvireres hos forfatteren.

Sportsmand eller åndfuld herre

Portrætbusterne i Rigshospitalets Auditorieforhal

Af Henrik Permin

Når man går fra Rigshospitalets centralkompleks, gennem en gang og ind i forhallen til Auditorium 1 og 2, bliver man iagttaget fra tre sider af 9 par øjne. 9 buster af tidligere "professor-koryfæer" er opstillet på hver sin sokkel - alle i hovedhøjde. Det er som om, man er til selskab med mange personer omkring sig i dette store rum.

Før i tiden var det almindeligt, at medarbejdere, kolleger og venner indsamlede et beløb, der kunne anvendes til et portræt af professoren, når denne fratrådte sin stilling. Derfor kan man den dag i dag rundt om i afdelingernes møderum og kontorer, se en lang række portrætter; der hænger malerier og fotografier, eller der står skulpturer som her i forhallen.

Portrættet var tidligere oftest et maleri, en buste eller portrætrelief. En skik der nu ikke anvendes så meget mere, da det var en bekostelig affære. I dag får den afgående professor taget et foto, der ophænges på hans tidligere afdeling.

Portrættet er et produkt af flere forhold. Det er kunstnerens opfattelse af den person, som skal portrætteres, men også den portrætteredes egen opfattelse af sig selv. I mange tilfælde kendte professoren og kunstneren hinanden, enten som tidligere venner eller som patient-læge, der senere har udviklet sig til et venskabsforhold.

Portrættet skal gerne vise noget om den person, der afbildes. Med et fotografi kan det være svært at gengive en persons karakter, bevægelse og livfuldhed. Det kan en tegning eller et maleri bedre, når den er artistisk, men den mangler dimensionen, som statuen og busten har, hvor man kan se figuren fra flere vinkler. Statuens form er den, det forestiller, mens maleriet blot illuderer.

Statuen er nok det nærmeste man kan komme en gengivelse af en persons fysiske og psykiske statur. Det er også vigtigt, at portrætbusten ligner den portrætterede. Det gælder især det bestilte "officielle" portræt og i den-

ne binding mellem natur og kunst, sættes der samtidig grænser for, hvor frit billedhuggeren kan forholde sig til den portrætteredes fysiske ydre. Samtidig skal kunstneren kunne den evne at fange personen med fantasi, indlevelse og iagttagelsesevne, så det fortæller noget, så den afbildede - her professoren - også er tilfreds og glad for at blive forevigtet og dermed husket af eftertiden for "sit fortjenstfulde virke for samfundet".

De 9 buste er lavet over en periode på knap 100 år, ganske forskellige som professorerne var forskellige. Det er 9 professorer, alle tidligere ansat på Rigshospitalet, With dog på det kongelige Frederiks Hospital, der 1910 blev flyttet til Rigshospitalet. Portrætternes kunstneriske udtryk og karakteriseringen af disse lægers karakter er mangefacetterede og af høj kvalitet. I det følgende beskrives de 9 buste - alle mænd og udført af mænd - enkeltvis, startende i det nordlige hjørne af forhallen.

Erling Dahl-Iversen (1892-1978) professor i kirurgi 1935-63

Erling Dahl-Iversen blev cand.med. 1919, dr.med. 1925, og speciallægeanerkendelse i kirurgi og kirurgiske kvindesygdomme 1932. Han var professor i kirurgi ved Rigshospitalet 1935-63, og chef for Rigshospitalets kirurgiske poliklinik 1935-41, og overkirurg ved kirurgisk afdeling C 1941-63.



*Erling Dahl-Iversen (1892-1978)
professor i kirurgi 1935-63*

*Bronzebuste udført af
Povl Søndergaard (1905-86) 1962.*

Dahl-Iversen var tillige kirurg ved Dronning Louises Børnehospital 1936-54, var medlem af Retslægerådet 1953-65, Københavns Universitets Konsistorium 1950-63, Nordisk kirurgisk Forening 1935-52, efor ved Medicinsk-Historisk Museum 1935-49 og 1963, og præsident for flere kongresser og æresmedlem af mange danske som udenlandske videnskabelige selskaber. Han har skrevet flere kirurgiske lærebøger og om den kirurgiske medicinhistorie. Dahl-Iversen foretog den første kønsskifteoperation sammen med den senere plastikkirurg, overkirurg, dr.med. Poul Fogh-Andersen (1913-2001) på den amerikanske marinesoldat Georg/Christine Jørgensen i 1952.

Skulpturen viser professorens hoved og en del af overkroppen. Rene linier med den visuelle og æstetiske lægekittel, hvor den fine lille øvre venstre kant af kitlen står smukt lidt frem og giver mulighed for lidt luft til kroppen, der lige anes. Hovedet kan hovedet ligesom gro op som en blomst af planten. Dette i modsætning til en jakke med slips, der ofte har en trekantet pukkel, som oftest ligger helt ind til brystet. Skulpturen er et naturalistisk portræt med et enkelt naturligt og robust forenklet formsprog, der giver en ro og fasthed i formen og med fremhævelse af hans personligheds karakter.

Dahl-Iversen var en dygtig underviser, altid forberedt og underholdende, og var tillige en flittig videnskabelig forfatter. Man fornemmer på skulpturens mund og øjne, at han netop skal til at fortælle en morsom historie. Følgende historie fortælles om professor Erling Dahl-Iversen, blandt de studerende kaldet "Dallemand", fra en af hans stuegange på Rigshospitalets officiantgang (afdeling, hvor der var indlagt "privatpatienter", der betalte for indlæggelsen). Da man var inde hos en prominent herre, bød denne professoren en fin cigar. "*Tak*", sagde professoren, "*Men skal den unge læge ikke også have en cigar?*" - "*Jo, naturligvis,*" sagde patienten og bød den unge læge en cigar. Den unge læge var meget tilfreds med situationen og syntes, det var den rigtige bane, han var slået ind på, når man sådan blev budt på cigarer af patienterne. Det varede kun til man kom ud på gangen, hvor Dahl-Iversen rakte hånden frem og sagde "*Hit med den!*".¹ Dahl-Iversen udtalte også indgang "*Kirurger skal kunne det hele. Både det medicinerne kan og så at operere*". En gang var der problemer med en operation, hvor en af lægerne sagde "*Bare Vorherre var her*". Til dette replicerede Dahl-Iversen "*Vor Herre har været fast kandidat her i mange år*". Til en kliniktime spurgte Dahl-Iversen studenterne, hvor stor en prostata er. De kunne ikke rigtig svare, hvorefter Dahl-Iversen svarede, at den var på størrelse med et pigeonæble. Ved næste kliniktime havde de studerende lagt en række pigeonæbler i alle størrelser op på bordet foran professorens plads. Da Dahl-Iversen kom ind og så æblerne, tog han et i mellemstørrelse og spiste det uden at kommentere sagen yderligere. Med alvor i stemmen kunne "Dallemand" erklære, at der kun eksisterede to høger, der var værd at læse, hans egen kirurgibog - og så Biblen. Hans hund hed Mc'Dahl.



Poul Flemming Møller (1885-1974)
professor i radiologi 1935-55

Bronzebuste udført af
Povl Søndergaard (1905-86) 1969.

Poul Flemming Møller (1885-1974) professor i radiologi 1935-55

Poul Flemming Møller blev cand.med. 1911, dr.med. 1924 og fik specialistanerkendelse i radiologi 1921. Han var overlæge ved Frederiksbjergs røntgenafdeling 1920-30 og herefter overlæge ved Rigshospitalets røntgenafdeling 1930-55. Flemming Møller fik den første docentstilling i røntgenologi 1930 og blev den første professor i faget 1935-55. Han var medlem af bestyrelsen for Nordisk Forening for Medicinsk Radiologi 1928-56, medlem af Retslægerådet 1935 og medlem af hovedbestyrelsen for Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse 1929-56, og dekan ved Københavns Universitet 1935-36, og præsident ved flere kongresser. Han blev æresmedlem af flere danske som udenlandske videnskabelige selskaber. Flemming Møller har skrevet flere artikler om radiologi og radiologiens historie i Danmark. Han påviste i 1932 knogleforandringer ved fluorforgiftning hos kryolitarbejdere og 2 år senere betydningen af silikose som erhvervs sygdom hos porcelænsmalere. Også i sit otium var han en flittig forsker. *Flemming Møller prisen* er en ærespris for radiologisk videnskabelig arbejde, der uddeles en gang årligt.

Samme kunstner som den første buste med en naturalistisk stil.

Erik Husfeldt (1901-84) professor i kirurgi 1943-68

Erik Husfeldt blev cand.med. 1927, dr.med. 1932, og speciallægeanerkendelse i kirurgi 1938 og kirurgiske lunge- og hjertesygdomme 1941. Profes-

*Erik Husfeldt (1901-84)
professor i kirurgi 1943-68*

*Bronzebuste udført af
Anker Hoffmann (1904-85) 1961.*



sor i kirurg ved Rigshospitalet 1953-68. Chef for Rigshospitalets kirurgiske poliklinik og afdeling 1943 og overkirurg kirurgisk afdeling C 1953-68. Medlem af flere bestyrelser som Dansk kirurgisk Selskab, Nordisk kirurgisk Selskab, dagbladet Information 1945, og De Danske Hjemmeværnsforening. Medlem af Danmarks Frihedsråd under den tyske besættelse og af Frihedsbævegelsens Samråd 1945-46. Redaktør af Nordisk Lærebog i Kirurgi og medredaktør af flere tidsskrifter. Han var Sundhedsstyrelsens konsulent i kirurgi 1951-66, og medlem af Retslægerådet 1965-72. Han indførte hjertelungekirurgien og introducerede anæstesiologien i Danmark. Med hjælp fra WHO fik Husfeldt indført en uddannelse i faget anæstesiologi og åbnede "The International Anesthesiology Center, Copenhagen" på Rigshospitalet. I de 20 år kurserne varede blev over 400 udenlandske læger fra 71 lande og 220 danske læger uddannet til anæstesiøloger i København. Husfeldt har arbejdet for WHO som rådgiver og leder af uddannelsen af læger fra andre lande og udsendelse af danske læger og selv været udsendt til bl.a. Tyrkiet og Israel 1950, Indien, Burma og Ceylon 1952, og Iran 1957 for at lave hjertekirurgi. Præsident for Dansk Røde Kors 1968-74 og leder af dens ambulancetjeneste til bl.a. Ungarn 1956. Han havde en evne til at forstå fremmede folkeslags livsanskuelser og tankegang og var god til at aflæse de problemer, som let kunne opstå, når en gruppe læger var ude at arbejde i lande med anden kultur. Æresmedlem af talrige danske og udenlandske videnskabelige selskaber.

Den portrætterede person bærer en kittel og slips, der smelter sammen med en storslået krop. Det er en "kolossal" buste, som kan ses hos Bertel

Thorvaldsen, dvs. overnaturlig størrelse. Der er et vidunderlig nærmest kinesisk træk ved øjnene, der knibes sammen. Stærke karaktertræk ses i ansigtets konturer med en magtfuld kontant og stram enkelhed i formen med det skræskårne skulderparti. Som den eneste buste er den hævet ca. 10 cm med en træplade, der får skulpturen til at "svæve".

*"Han var et musiksk menneske, der elskede skønheden i livet og kunsten - og her var det sangen og musikken, der stod hans hjerte nærmest... han var en gudbenådet fortæller, der med sin smukke, melodiske stemme, sin charme og humor kunne tryllebinde sine tilhørere".*³ Husfeldts valg af lægegering skyldtes nok mormoderens søster, den første danske kvindelige læge Nielsine Nielsen (1850-1916), *"Tante Doctor"*.

Han var som Alladin - mange appelsiner faldt ned i hans turban. Han udførte den første lobectomi (fjernelse af en lungelap), pulmonectomi (fjernelse af den ene lunge) og den første lukkede operation for forsnævring af klapperne mellem venstre forkammer og hjertekammer med defekter i hjertets skillevæg og den første hjerte-pacemakerimplantation i Danmark. Lobectomi-operationen fandt sted, mens han var I. reservelæge i Odense, hvor chefen var bortrejst, og senere fortalte Husfeldt, at de største fremskridt på en hospitalsafdeling ofte finder sted i overlægens sommerferie³. Han var aktiv i den illegale modstandsbevægelse under Anden Verdenskrig under navnet "arkitekt Jensen" og "fisker Jørgensen" og måtte i 1944 gå under jorden.^{3,4}

Efter krigen genoptog han sit lægejob. Han var festlig, og kunne altid rejse sig og holde en underholdende tale. En dag blev han ringet op af en uheldig artist, hvis unge chimpanse "Lulu" havde fået en lille fløjte galt i halsen, så den sad fast i venstre hovedbronchus. Han bad professoren om at redde "patienten". Husfeldt viste sit venlige væsen og sagde ja efter nogen betænkningstid. Næste dag mødte "patienten" sammen med sin "fader" på afdelingen. Blev røntgenfotograferet og billedet viste et fremmedlegeme i lungen. "Lulu" fik beroligende indsprøjtning, blev intuberet og fik brystkassen åbnet og fremmedlegemet fjernet. Allerede dagen efter havde chimpansen det bedre. Problemet var, at ejeren skulle bruge "Lulu" den følgende uge i en varieté-forestilling i Oslo. Da Husfeldt tilfældigvis skulle til lægekongres i Oslo, aftalte han med den engelske præsident for kongressen, at præsentere sygehistorien. Den sidste dag på kongressen fortalte Husfeldt kort sygehistorien om "Lulus" uheld med at sluge fløjten, uden at han nævnedet det drejede sig om en chimpanse. Han demonstrerede røntgenbilledet, og spurgte den engelske præsident om han havde nogen erfaring i den slags tilfælde, om bl.a. patienten skulle holde sig i ro eller mobiliseres hurtigt. Hertil svarede englænderen, at han havde stor erfaring, og han plejede at bruge trapez til at mobilisere patienten. Forsamlingen begyndte at vågne op. Her var noget nyt. Husfeldt spurgte, hvad han mente om røntgenbillederne. Englænderen så grundigt på billederne og sagde, der var noget, der ikke stemte. Der var 13 eller 14 par ribben i

stedet for 12. Alle deltagerne var nu klar over, der var tale om noget specielt. Til sidst spurgte Husfeldt præsidenten, hvad han ville gøre for at forhindre, at ulykken gentog sig. Dertil svarede han, at han ville tale alvorligt med patienten eller rettere med patientens pårørende om, at de måtte forhindre, at barnet lavede den slags "monkey tricks". Udmærket, sagde Husfeldt, for De kan selv tale med de pårørende for de er til stede. Så kom ejere, som havde ventet i baggrunden af salen med babyen, svøbt i et sjal, og gik op på podiet. Sjalet blev viklet af, "Lulu" strakte en lang håret arm ud og trykkede den engelske præsident i hånden og sagde "Ho-ho". Der blev nogle sekunders tavshed, og så lød der et brøl af latter.⁵

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin afholder årligt "Erik Husfeldt-forelæsning" og på selveste Erik Husfeldts Vej i Høje-Tåstrup ligger den medicinaltekniske firma Simonsen & Weels hovedkontor, hvis tidligere direktør og modstandsmand Ole Lippmann (1916-2002), han samarbejdede med ved introduktionen af anæstesiudstyr i Danmark. Husfeldt var den første, der opererede børn med medfødte hjertedefekter, og uden denne operation havde flere af disse børn ikke kunnet overleve. Man kan stadig møde patienter, der siger, de er et "Husfeldtbarn".

Axel Valdemar Lendorf (1871-1964) professor i kirurgi 1914-41

Axel Lendorf blev cand.med. 1894, dr.med. 1900, og speciallægeanerkendelse i kirurgi, nyre- og blæresygdomme 1918. Han var professor 1914-41 og overkirurg ved Rigshospitalets kirurgiske afdeling C 1926-41. Lendorf var formand for Dansk kirurgisk Selskab 1918-19, og medredaktør af flere tidsskrifter.

Busten afbilder nærmest en idealfigur, heroisk på grænsen til det latterlige med blottet torso, så man kan se de velproportionerede muskler, som udtryk for en form for forfængelighed. En statue med et nærmest abstrakt ansigtstræk og fanatisk ansigtsudtryk, og kunne ligne holdets/afdelingens dygtigste løber eller sportsmand. Busten blev lavet under Første Verdenskrig, en tidsperiode, hvor man dyrkede de heroiske idealer og kroppens frihed og det storladne som i komponisten Wagners operaer. Kunstneren var en personlig ven af Lendorf, og havde lavet euvillekalkstenen som en personlig gave til Lendorf, da han var 45 år gammel, og som stod i hans hjem. Til hans 70 års dag blev busten lavet i bronze til afdelingen, men Lendorf måtte have syntes, at den oprindelige udførte kalkstenbuste skulle stå på afdelingen og byttede dem selv senere om, så bronzebusten i dag er i familiens eje.

Lendorf, kaldet "*Axel Valde*" blandt medicinstuderende, var en god underviser, systematiker og med humoristisk sans^{5,6}, men "led" nok også af en vis forfængelighed. Dengang når professoren gik stuegang stod bl.a. en sygeplejerske bag ham med et spritfad, som Lendorf kunne dyppe sine



Axel Valdemar Lendorf (1871-1964)
professor i kirurgi 1914-41

Buste i euvillekalksten udført 1916 af
Holger Wederkinch (1886-1959).

hænderne i, hver gang han havde rørt ved en patient. Hvis sygeplejersken så godt ud, så Lendorf hende dybt og længe i øjnene, mens han vaskede sine hænder i spritten. Ved en kliniktime demonstrerede Lendorf en yngre dame. *"Kan De se, hvad denne dame fejler?"* spurgte Lendorf. *"Næ-æh"* svarede auditoriet. *"Så må vi bede den unge dame om at løfte kjolen lidt mere i vejret. Tak. Kan De nu se, hvad denne dame fejler?"* *"Næ-æh"* - *"Så løft kjolen lidt mere i vejret"*, sagde Lendorf og så den unge dame dybt i øjnene. *"Kan De heller ikke se det nu?"* - *"Nææh"* - *"Jamen nu kan vi altså ikke tillade os at lade hende løfte sin kjole højere op. Kan De ikke se hun er platfodet?"* Taget løftede sig i auditoriet af latteren.⁵⁷ Ved eksaminationerne kunne han spørge den studerende, der havde svaret på et spørgsmål: *"Er det noget De ved, eller er det noget De siger?"* Lendorf var en morsom opponenter ved disputatser. Engang sagde han ved en hormon-disputats *"Jeg kan altså ikke forstå, at alle skriver om de hormoner der opildner og stimulerer. Hvornår begynder man at interessere sig for hormoner der dulmer"*.⁵

Dengang var arbejdsdagen lang. En mere ond historie, der fortælles, var da hans hustru med børn, der en dag mødte op på afdelingen. Da Lendorf kom ud fra en stue på sin stuegang, sagde hustruen: *"Se børn, det er Jeres far!"*.

50 år efter Lendorfs fratræden i 1991 blev der - helt ekstraordinært - afholdt et symposium om personen, hvor man foruden mange historier om

personen, fremhævede hans vigtige arbejder om forstørret blærehalskirtel (prostata) og vandladningsmekanismen.⁷

Carl Edvard With (1826-98) professor i intern medicin 1864-96

Carl Edward With blev cand.med. 1852, dr.med. 1858, og overlæge ved Kongelig Frederiks Hospital medicinsk afdeling B 1862 og 2 år senere professor til 1896. Han var medlem af kommissionen til det medicinske studiums- og eksamensvæsens reform 1870, rektor ved Københavns Universitet 1888-89. With var læge for enkedronningen efter kong Christian 8, Caroline Amalie (1796-1881), der var en initiativrig kvinde, der bl.a. fik oprettet et hjem og skole for fattige børn.

Busten er klassisk i sin enkle menneskefremstilling med en rolig linjevirkning. Naturalistisk stil med skjorte, slips, jakke og frakke eller gammeldags kittel og med skæg. With har asymmetriske træk med folder og rynker, en hule i højre side af panden, stirrende blik kiggende lidt op med et fanatisk udtryk, og håret strittende i alle retninger.

With var dengang anset for den største kapacitet i intern medicin, der skarpt og klart havde beskrevet diagnosen og behandlingen både af mavesår og blindtarmsbetændelse. Behandlingen af blindtarmsbetændelse var dengang at holde den syge tarm i ro med ganske let føde som havresuppe og lidt mælk med opblødt hvedetvebak og helst uden afføring gerne i op til flere uger. Dette kunne lykkes ved at give store doser opium og morfin. With var en meget tillidsvækkende og vellidt læge, men havde en svaghed: en ganske ualmindelig høj grad af distraktion, som nogle opfattede



*Carl Edvard With (1826-98)
professor i intern medicin 1864-96*

*Bronzebuste udført af
Ludvig Brandstrup (1861-1935).*



Knud Brøchner-Mortensen (1906-93)
professor i intern medicin 1949-76

Bronzebuste udført af
Gottfred Eickhoff (1902-82) 1976.

som begyndende demens.^{1,2} De historier der fortalles om ham er utallige, ikke så få er vel forbedrede af de vittige læger. Hans distraktion specielt i de ældre år fremgår af følgende historier: under en stuegang på det gamle Kgl. Frederiks Hospital står han ved sygesengen og læser i journalen. "Olsen har været her", og spørger oversygeplejersken, som dengang altid fulgte med professorens stuegang, hvordan dette kunne hænge sammen. Hun griber journalen og læser, idet hun siger: "Professoren tager fejl, der står: Olien har virket". With fortsætter sin stuegang, men idet han går ud af sygestuen, vender han sig i døren og siger til oversygeplejersken: "Sig mig engang, hvad ville denne Olsen egentlig?"^{1,2}

En mere ondartet historie, der fortælles: ved en aftenstuegang med reservelægen spurgte han "hvad fandt De så ved sektionen af den og den patient?" - "Patienten er ikke død endnu", hvisker reservelægen. With går hen til patienten, klapper ham på skulderen og siger "Nå, ikke død endnu, lig kun ganske roligt, kommer nok, kommer nok!"²

Billedhuggeren Ludvig Brandstrups søn blev senere professor og overlæge ved Rigshospitalets jordemoderskole og fødselsafdeling. Brandstrup udførte en lang række portrætter af sin samtids betydningsfulde personer, bl.a. brygger Carl Jacobsen og hans familie med sin sikre karakteriserings-evne og følsomme modellering, kunne han fange netop det ene udtryk som ud af de mange gav modellen karakter.

Knud Brøchner-Mortensen (1906-93) professor i intern medicin 1949-76

Knud Brøchner-Mortensen blev cand.med. 1931, dr.med. 1937, og specialistanerkendelse i intern medicin 1941 og i klinisk kemi og laboratorietek-

nik i 1947. Han var professor i intern medicin ved Rigshospitalet medicinske afdeling A 1949-76, og var aktiv inden for gigtforskning og var den første, der behandlede reumatiske patienter med kortison (binyrebarkhormon) i Danmark, men var også hurtig til at registrere bivirkningerne af denne behandling og nødvendigheden af at give så lille en dosis som muligt. Han var medstifter af Danske Laboratorielægers Organisation 1946 og en periode dens formand, og dekan ved det Lægevidenskabelige Fakultet 1956-57, formand for studienævnet 1961-71, og medlem af Retslægerådet.

Den morsomste af busterne er nok den af Brøchner-Mortensen. Portrættet smiler og med et fast brystparti. Han synes at bære en japansk kimono, der går helt op til halsen, eller en tilknappet kittel, der giver en vis distance. Levende ansigt som om man ser ham i live, ikke direkte et kønt ansigt, men fuld af morskab med humoristisk sans, drenget, sød og morsom. Det er en "kolossal" buste med skæve, rolige glatte stykker. Skulpturen er fint nuanceret modelleret på en harmonisk følsom og balanceret måde med glidende bevægelighed. Indtrængende og karakterfuld portrætbuste.

I 1960'erne forestod han sammen med medicinaldirektøren Ester Ammundsen (1906-92) planlægningen og opbygningen af den nye studieordning for de vordende læger med stor entusiasme. Brøchner-Mortensen var hovedkraften bag planlægningen og indretningen af det nye Rigshospital (1970), hvor han var en dygtig administrator, altid velforberedt til møderne og fik sine "sager" igennem.⁶ Han var "kongen" af Rigshospitalet, "autoritær og docerende" som nogle siger og kunne virke "lukket". Det er meget sandsynlig, at det var Brøchner-Mortensen, der har udvalgt de professorer, der står i forhallen.

På afdelingen kunne han være mere bestemt. Til sine kandidater sagde han: *"Man forlader ikke sit kontor før skrivebordet er tømt for papirer"*. Ved en stuegang sagde en af lægerne, at den pågældende patient havde en bestemt sygdom. Hertil svarede Brøchner-Mortensen: *"at det kunne man ikke være sikker på. Det eneste, der er sikkert, er at han forbruger ill og udskiller kuldioxid"*. Han kunne i undervisningen virke lidt indesluttet, måske fordi han brugte alle sine kræfter i det organisatoriske og administrative arbejde.

Brøchner-Mortensen var derimod en fornøjelig læge for sine patienter og venner, sød og hjælpsom. Når patienterne skulle på diæt sagde han bestemt, men *"en dag om ugen holder De ikke diæt"*. Han vidste, at hvis man skulle overholde en diæt alle ugens dage, ville man desværre også "snyde" lidt alle ugens dage. Denne side af personen har kunstneren nok ville vise ved at den ene øverste kant af hans "kittel" lige åbner sig, samt det fascinerende ansigtsudtryk. Dette gælder nok for mange, at man er en person på arbejde, en anden uden for.

Gottfred Eickhoff har også lavet Stenomonumentet foran Dansk Natur- og Lægevidenskabelig Bibliotek på hjørnet af Tagensvej og Nørre Allé i København. Han var professor ved Kunstakademiet 1955-72. Brøchner-

Mortensen kendte Eickhoff og havde af ham bl.a. fået en statuette af dette Stenomument.

Knud Viggo Christiansen (1867-1939) professor i neurologi 1935-39

Knud Viggo Christiansen påbegyndte først en uddannelse som søofficer og blev cand.med. 1896, dr.med. 1921, og fik speciallægeanerkendelse i neurologi og sindssygdomme 1905. Viggo Christiansen blev leder for den nyoprettede poliklinik for nervesygdomme 1913, hvorved han fik faget etableret i Danmark. I 1928 udvidedes afdelingen med en neurologisk sengeafdeling, hvor han var overlæge til sin pension i 1938. Han blev titulær professor 1911 og Danmarks første ordinære professor i neurologi 1935. Han var medlem af flere danske og udenlandske selskaber. Viggo Christiansen var en dygtig organisator, en inspirerende lærer, hvor *"hans ugentlige dobbeltforelæsninger på Rigshospitalet med sit eminente didaktiske talent, sin galliske ånd og sine - vel forberedte - improvisatoriske paradorser"*.⁶ Han var tillige en dygtig psykiater.

Portrættet består nærmest af to helt forskellige dele. Et fint modeleret hoved med bløde linier og med håret strittende. Den anden del, kroppen er som om det ikke er færdigt-modelleret, men står helt vildt, i modsætning til hovedet. Det bløde kontra det grove, det kunstneriske kontra det naturlige. De to dele er sat sammen på en skråt underliggende klint, der giver et godt indtryk af personens energi og temperament. Det er som om han ikke har tid til at sidde model, han har mange aktiviteter, der skal nås. Et morsomt portræt med en symbolistisk præget opfattelse af at skabe et



**Knud Viggo Christiansen (1867-1939)
professor i neurologi 1935-39**

**Bronzebuste udført af
Rudolf Tegner (1873-1950) 1915.**

større sjæleligt udtryk i skulpturen, en mere levende stil med en sammen-smeltning af ånd og stof.

Fra hans ungdoms hånd foreligger en stor lyrisk produktion med udkast til noveller, digte og skuespil. Christiansens bilskhed kommer frem i hans ønske om, at der på hans gravsted skulle stå *"Han bed opefter!"*. Viggo Christiansen havde også en stor videnskabelig produktion.

Rudolf Tegner var en "ener" i det danske kunstnerverden omkring og lige efter 1900-tallet og hans portrætter er stort set kun af hans familie og nære venner, hvor Christiansen støttede Tegnens kunstneriske udvikling. Rudolf Tegner har udtalt *"At gengive et menneskes træk er også at gengive hans sjæl"*. Tegner byggede i 1937-38 for egen regning et fascinerende bunkerlignende museum til hele sin egen kunstneriske produktion syd for Dronningmølle i naturskønne omgivelser, hvor gipsmodellen af Viggo Christiansen findes.

Svend Aage Gammeltoft (1883-1954) professor i fødselsvidenskab, nyfødte børns sygdomme og kvindesygdomme 1919-34

Svend Aage Gammeltoft blev cand.med. 1908, dr.med. 1912, specialistanerkendelse i obstetrik og gynækologi 1918. Professor i obstetrik, gynækologi og spæde børns sygdomme samt overlæge ved føde- og gynækologisk afdeling 1919-34. Han oprettede den første konsultation for svangre og

**Svend Aage Gammeltoft (1883-1954)
professor i fødselsvidenskab,
nyfødte børns sygdomme og
kvindesygdomme 1919-34**

**Bronzebuste udført af
Knud Nellemose (1908-97) 1953.**



SVEND AAGE GAMMELTOFT
1883-1954

Professor i fødselsvidenskab
nyfødte børns sygdomme
Kvindesygdomme
1919-1934

svangerskabssygdomme i 1921 på Rigshospitalet. Gammeltoft støttede pædiatriens placering som undervisningsfag og ønskede pædiatere knyttet til fødeafdelingerne. Han var en dynamisk lærer og holdt glimrende forelæsninger, klare og koncise både i kvindesygdomme og i fødselshjælp. Gammeltoft var internationalt berømt, fordi han havde vist, at hvis gravide kvinder, der led af syfilis blev effektivt behandlet med Salvarsan inden for de første 4 måneder af svangerskabet, blev børnene født sunde og raske. Også hjertesygdomme under svangerskabet beskrev han. Gammeltoft indførte et begreb, der hed "døgnfluer". Det bestod i, at fire medicinstuderende fra eksamensholdet ad gangen skulle gøre tjeneste på fødeafdeling A, de dage afdelingen havde modtagevagt. De var her med til undersøge alle nyindlagte fødepatienter og fulgte fødslernes forløb og fik et indblik i det kliniske hospitalsvæsen. Gammeltofts store sociale og videnskabelige interesse førte ham ind i flere sociale, faglige og kollegiale tillidsserhverv og kampen mod kræftsygdomme. Han havde bestyrelsesposter først i Radiumfondet og siden Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse og blev dens formand 1928. 1934 måtte han p.g.a. sygdom og overanstrengelse trække sig tilbage. Han ledede herefter i 1937 en nyoprettet gynækologisk poliklinik på Kommunehospitalet, og underviste på Universitetsbiblioteket om udarbejdelse af videnskabelige afhandlinger, samt arbejdede som ulønnet konsulent på Medicinsk-Historisk Museum med bl.a. registrering af de mange obstetiske artikler, som museet ejer. Han var medlem af flere bestyrelser og redaktør af tidsskriftet *Tidsskriftet for Jordemødre* 16-19, og *Acta Gynecologica Scandinavica* 1921-34.

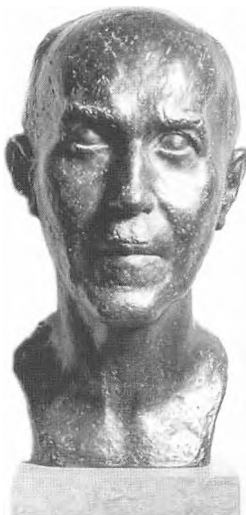
Det måske mest karikerede portræt i denne samling er lavet af Knud Nellemose, der har forstærket Svend Age Gammeltoft mærkværdigheder: store næse, mund og hage der går ind. Hans ru modellerede portræt udmærker sig ved en dyb, ofte afslørende karakteristik. Fabelagtigt ansigt, der kunne være en italiensk renæssancefyrstes. Kunstneren trænger ind i modellens psyke med de ydre karakteristika med en sjælelig forståelse og forstærket af kroppens og tøjets bærende volumen.

Eggert Hugo Heiberg Møller (1893-1978) professor i intern medicin 1933-64

Eggert Møller blev læge i 1919, dr.med. 1925, og fik specialistanerkendelse i intern medicin, særlig hjerte-, nyre- og stofskifte 1928. Han blev overlæge på Finsen-instituttet 1933 og året efter chef for Rigshospitalets medicinske afdeling P og fra 1954 overlæge på medicinsk poliklinik frem til pensioneringen i 1964. Han var professor i intern medicin ved København Universitet 1933-64. Eggert Møller udviklede sammen med Christen Lundsgaard (1883-1930) den første klinisk anvendelige metode til iltmætningsbestemmelse i kapillærblod. Han beskrev sammen med McIntosh og van

Eggert Hugo Heiberg Møller (1893-1978)
professor i intern medicin 1933-64

Bronzebuste udført af
Jørgen Gudmundsen-Holmgreen (1895-1966) 1946.



Slyke i 1928 under sit studieophold på Rockefeller Institute i New York, urinstofclearance, som et mål for nyrens funktion. Hans store viden omfattede også sukkersyge og stofskiftesygdomme, og han var tillige aktiv inden for hygiejne og tuberkulosens bekæmpelse og medlem af en lang række foreninger og udvalg, som Rigsforeningen til Gigtens Bekæmpelse (Gigtforeningen) og Landforeningen til Kræftens Bekæmpelse. Han var dekan ved Københavns Universitet 1939-40, og sad i Fakultetets forretningsudvalg 1958-64. Eggert Møller havde en stor privatpraksis indtil kort før sin død.

Eggert Møller var gift med komponisten Carl Nielsens og billedhuggeren Anne Marie Carl Nielsens ældste datter Irmelin (1893-1974), der en periode underviste i rytmisk musik og ydede en stor indsats for udbredelsen og forståelsen for sin faders musik. Eggert Møllers moder Frederikke (Frida) Christiane Møller født Heiberg (1868-1940) bistod Carl Nielsen med nedskrivningen af hans erindringsbog *"Min fynske barndom"* (1927).

Kun hovedet er modelleret og efter et antikt mønster med en firkantet afskæring af halsen. Hovedet - i overstørrelse - er næsten vægtløst, åndfuldt og bevæget - ikke nogen ægformet blok. Planerne nærmest svæver i en konstant bevægelse, når man står og ser på ham.

Eggert Møllers perfektionistiske fremstillingsevne og koncise spørgsmål, der kunne grænse til sarkasme ved eksaminationerne kom til at præge de unge lægestuderende. Ved eksamen kunne det være svært at vurdere, hvordan det gik. Ved en kliniktime, hvor den medicinstuderende var lidt usikker, afbrød Eggert Møller ham og sagde *"Man kan tænke sig så meget. Spørgsmålet er, hvad er det"*. De vittige af dem sagde, at han var *"anset for*

en fremstående dansk repræsentant for the International Committee for Exposure of the Ignorance of Medical Students" (1944). Med sin tørre fremstilling startede han en undervisningstime med "I dag vil jeg tale om en af de mest almindelige sygdomme inden for intern medicin". "Nåh, tænkte studenterne, nu skal vi høre om forkølelse" - "Jeg vil tale om malaria". Globalt set havde han jo ret.

Eggert Møller har sagt "Uhøflighed udviser man kun overfor mennesker. man i det mindste har sympati for; så når jeg gør vrøvl ved en eksamination, er det kun et godt tegn. I modsat fald tager mine livsytringer kun sigte på "to give a man plenty of rope to hang himself with" (1953). Eggert Møller var en dygtig kliniker. Når han gik på gaden eller kørte i sporvogn kunne han ved at kigge på folk stille en diagnose. Det ærgrede ham, at han ikke kunne gå hen til personen og spørge, hvad deres læge hed (så han kunne orientere lægen om de(n) videre undersøgelser og behandlingsplan). Eggert Møller skulle efter sigende have været en af de "mest begavede internmedicinere i Danmark", måske det er det kunstneren vil vise med busten med det svævende og åndfulde hoved, i modsætning til de andre buste, hvor den tunge jordnære krop er synlig.

Jo, Rigshospitalets forhal er ikke blot vejen til auditorierne og kantinen på 1. sal, men også et møde med tidligere professorer, og bag dem de gamle træ-sengegærder fra det Kongelige Frederiks Hospital med påskrifter om, hvem der velvilligt havde doneret et årligt beløb til "fri kur og pleje" af ubemidlede patienter og til en hel anden pris end det, det koster i dag. Men busterne står så diskret ude i siderne, hvilket slet ikke svarer til deres tidligere funktion som professorer, men som en direkte belysning af portrætbusterne kunne give.

En tak til tidligere museumsdirektør, mag.art. Dyveke Helsted, der gjorde mig opmærksom på de fine portrætter, og til tidligere apoteker Erik Dauv-Petersen, der har fotograferet alle busterne. Fra mange kollegaer har jeg fået hjælp til historierne om professorerne.

Summary

Henrik Permin

Athlete or brilliant Professor

Portrait Busts in the Hall of Rigshospitalet's Auditorium

Nine portrait busts, eight in bronze and one in cuville-limestone are placed in the hall of Rigshospitalet's auditorium of former professors from periods of nearly 100 years. The professors were all out-standing personalities who have left their stamp on a whole generation of medical students and doctors. The bust is a fine way, three-dimension and here in normal size or even over-normal size to give a fine character sketch of the professor's qualities. Different and skilful well-known Danish artists had made the busts all in high calibre, showing the art at different periods.

Litteratur

1. Helmig O. Undskyld hr., vi kom desværre til at ta' det forkerte ben. Humor blandt læger, sygeplejersker og patienter. P Haase & Søns Forlag, 1999.
2. Norrie G. Hjemme og ude. Livserindringer. Levin & Munksgaards Forlag, København 1931.
3. Røjel J. Erik Husfeldt. Læge, humanist og modstandsmænd. Samlerens Forlag, 1985.
4. Fog M. Efterskrift 1904-45. Gyldendal., 1976.
5. Andreasen M. Blandt kirurger. En beskrivelse af nogle danske kirurger og få andre personer i streger, anekdoter og enkelte kendsgerninger. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1987.
6. Lunn V. Afsind - På sporet af en uvirkelighed. Gyldendal, 1987
7. Lendorf-symposium, Rigshospitalet den 14.05.1991. Bånd, Rigshospitalets bibliotek.

Sagen som "ikke tjente til de deltagende lægers ære"

af Aja Høy-Nielsen

Ved Ribe amts Lægekredsforenings 100 års jubilæum i 1962 omtalte formanden, overlæge Svend Aage Hanssen (1889-1982) en sag, der 49 år tidligere afslørede en kredsforening, der ikke kunne håndtere en foretagsom læge, der ufordrede kollegaerne og de kollegiale vedtægter samtidigt med, at han forventede lægeforeningens støtte.⁶

Sagen var det lægelige efterspil efter togulykken i Bramming den 26. juli 1913, hvor Englandsekspressen med 279 passagerer blev afsporet vest for Bramming. I alt 15 passagerer døde, de 11 ved selve ulykken, to undervejs i ambulancetoget og yderligere to efter ankomsten til Esbjerg Sygehus. Syv danske passagerer døde, her i blandt den kendte folketingsmand Peter

Få timer efter togulykken og pressen er på stedet.

Foto: Esbjerg Byhistoriske Arkiv.



Sabroe. De øvrige otte var tyske turister på vej til badeferie på Fanø. 54 passagerer var sårede heraf 16 så alvorligt, at de måtte indlægges. Alarmen gik til Esbjerg Jernbanestation og Esbjerg Sygehus. Overlæge Emil Cold (1865-1853), Esbjerg Sygehus og den vikarierende læge på Sct. Joseph Hospital tog straks af sted i taxa for at få et overblik over katastrofens omfang.¹ 13 kvæstede passagerer, med enten åbent benbrud, knuste lemmer eller med formodning om indre blødninger, blev visiteret til Esbjerg Sygehus, de øvrige sårede til Sct. Joseph Hospital og Ribe Sygehus. I mellemtiden var et ambulancetog blevet rigget til med hårer og tæpper, og fire af byens praktiserende læger tog med, her i blandt beretningens hovedperson, læge Emanuel Darum (1869-1922). Toget var fremme 45 minutter efter alarmen var indgået. Alle passagerer var på det tidspunkt bragt ud af vognene og havde modtaget førstehjælp af sygeplejerske Caroline Heise (1873-1958). Hun havde anlagt forbindinger og lagt skinner på patienterne med benbrud.¹ Cold udtalte til dagbladet Politiken to dage senere, "at døden i de fleste tilfælde skyldtes det stærke chok og blodtabet. Choket har virket hjertelammende. Hertil er så yderligere kommet de svære kvæstelser i hoved og ben". Beretningen om Bramming ulykken kunne være sluttet efter mindehøjtidligheden fire dage senere på Torvet i Esbjerg, og med Kong Christians X's besøg på sygehusene den 2. august. Sådant kom det ikke til at gå. Der skulle gå yderligere to år før erstatningskommissionens arbejde var afsluttet. Det drejede sig især om størrelsen af erstatningerne til de tyske passagerer, og ikke mindst Darums honorarkrav for behandlingen af tre tyske passagerer, som han selv havde omvisiteret i ambulancetog fra Esbjerg Sygehus til Sct. Joseph Hospital.

Lægekredsforeningens håndtering af sagen

Sagen startede, da lægeregningerne til erstatningskommissionen indløb i månederne efter ulykken. Cold og sygehusets regning lød på 1.587 kr. 58 øre for behandling og ophold af 10 patienter.⁷ Men Darums honorar lød på 2.196 kr. for behandling af tre patienter på Sct. Joseph Hospital incl. 300 kr. for rejseudgifter for at ledsage den ene af patienterne til Berlin. Kravet blev afvist. Kommissionen tilbød ham 800 kr. i honorar samt rejsepenge.⁵ Darum var ikke tilfreds med den tilbudte honorering og henvendte sig til Den danske Lægeforenings hovedbestyrelse for en vurdering af sin regning. Lægeforeningen forholdt sig ikke til honorarkravet, men sendte sagen videre til hans lægekredsforening. Her forelagde Darum sagen mundtligt for formanden, overlæge Thomas Brinch (1869-1932), som bad om at få sagen skriftlig til forelæggelse for bestyrelsen. Efterfølgende vurderede bestyrelsen, at den ikke kunne tage stilling til honorarets størrelse, da Darums takster lå udenfor de af lægekredsforeningen vedtagne. Formanden bad Darum om så detaljeret som muligt at beskrive den lægelige indsats.

*Emil Cold. Overlæge ved Esbjerg
Sygehus i årene 1900-1935.*

Foto: Esbjerg Byhistoriske Arkiv



Darum mente ikke, at han kunne beskrive forløbet mere udførligt, da det krævede - mente han - at man havde set patienterne. Darum foreslog nu, at han fik lov til at fremlægge sin sag på forårsmødet i kredsforeningen. Bestyrelsen besluttede i stedet, at Darum måtte fremskaffe de øvrige sygehushæders - Cold og Christian Vestergaard (1870-1921) fra Sct. Joseph Hospital, Esbjerg og Niels Peter Nielsen (1867-1934) fra Ribe Sygehus - vurderinger af honorarets størrelse, da man skønnede, at kun de kunne vurdere hans honorarkrav. Vestergaard redegjorde mundtlig for sagen, men i den skriftlige fremstilling undlod han at tage stilling til honorarets størrelse. De øvrige to læger, Cold og Nielsen udtalte sig ikke. ¹

Lægekredsforeningen forsøger en løsning

Et bestyrelsesmedlem anmodede nu om et ekstraordinært møde, der blev afholdt den 5. april 1914 i Esbjerg. Mødet blev indledt med, at lægerne skulle blive enige om en formulering af en dagsorden. Men først det femte forslag kunne mønstre flertal, hvorefter bestyrelsen nedsatte et tre-



Emanuel E. Darum. Praktiserende læge i Esbjerg i årene 1896-1922.

Foto: Esbjerg Byhistoriske Arkiv

mandsudvalg til at skønne over Darums honorar. Udvalget blev sammensat af konstitueret fysikus Carl L. Binzer (1855-1925) fra Ribe, praktiserende læge Peeder Hinkbøl (1868-1926) fra Bramming, der selv havde medvirket med førstehjælp på ulykkestedet, og praktiserende læge Niels Hjortvad (1882-1940) fra Ølgod. Men inden mødedeltagerne skiltes, tog et mindretal, Cold og Nielsen samt Brinch med flere, afstand fra beslutningen og ønskede samtidig, at Den danske Lægeforening blev orienteret om sagens udvikling. Det kan ikke af protokollen ses, hvilke grunde mindretallet fremførte. Tremandsudvalget fremkom dog med en større skrivelse og havde forinden sikret sig, at Darum ville acceptere dets indstilling. Først stillede udvalget uddybende spørgsmål til Darum og Vestergaard, dernæst orienterede de sig med de tre tilskadekomnes juridiske konsulent, sagfører Christian H. Brasch (1860-1914). Efterfølgende havde udvalget gjort sig bekendt med Colds oplysninger om sagen [at nævnte tre tyske passagerer var visiterede af ham til Esbjerg Sygehus]. Konkluderende brugte udvalget formuleringen: "Da det må betragtes som givet, at dr. Darum må have været såvel forpligtiget, som også berettiget til at henvise nogle af de tilskadekomne til Sct. Joseph Hospital, da patienterne trængte til hurtig behandling, og da tilmed de mest til umiddelbar operation trængende henvises til Esbjerg Syge-

hus, og da overlægen på Sct. Joseph Hospital, der var bortrejst, efter sin hjemkomst fremdeles overlod patienterne til dr. Darums behandling, må disse tilskadedkomne anses med rette at være behandlet af dr. Darum". Den sidste del af skrivelsen handlede om, at den oprindelige regning "ikke kan skønnes for urimelig", men på grund af den ejendommelige lægeordning (læger kunne indlægge og behandle deres privatpatienter) på Sct. Joseph Hospital vurderede de på lægekredsforeningens vegne, at Darum oprindelige honorarkrav skulle nedsættes med 332 kr. til 1863 kr. Darum accepterede lægekredsforeningens foreslåede reduktion.⁴ Men for kommissionen var honoraret stadig for højt, og de fastholdt det tidligere tilbud på 800 kr. samt dækning af rejseudgifter.⁵

Darum anlægger sag

Den 21. maj 1914, forelå en skriftlig anmodning fra Darum om, at han ønskede Cold indkaldt for en voldgiftsret for ukollegial optræden. Bestyrelsen, som nu havde fået Vestergaard som formand, foreslog en mægling, men det ønskede Darum ikke, hvorimod Cold ikke ville være uvildig til en sådan, hvis Darum ikke havde noget imod dette. En voldgiftsag betød, at kredsforeningen skulle udpege to kollegaer, der sammen med formanden skulle afgøre stridsspørgsmålet, hvis afgørelse Cold og Darum havde at rette sig efter og ikke kunne ankes.¹ Tilsyneladende blev der ingen voldgiftsag. Den 29. maj 1914 anlagde Darum sag an mod staten med krav om honorering svarende til det af lægekredsforeningens fremførte 1.863 kr. Året efter i juli 1915 blev der afsagt dom, hvor retten fastsatte Darums lægehonorar til 825 kr. og i rejsegodtgørelse fik han tildelt 450 kr., men da han havde fået denne udgift dækket to gange, havde han kun 376 kr. 50 øre til gode.³

Men hvad handlede sagerne egentlig om?

At erstatningskommissionen fastholdt de tilbudte 800 kr. samt rejsepenge hænger givetvis sammen med Darums manglende overholdelse af aftalte regler. Det fremgår af kommissionens håndskrevne protokol, at Darum både sendte en regning på sit tilgodehavende til den tyske familie og til kommissionen.² Desuden havde han to gange fremsendt bilag for rejseudgifterne.

Når det blev så langvarig og ejendommelig en sag, der satte lægekredsforeningens formand og medlemmerne under pres, så mere end aner man, at hans kollegaer ikke ville inddrages og forholde sig til hans honorarkrav. På den ene side havde stort set alle læger i kredsforeningen medvirket i retningsarbejdet i Bramming, og lægernes honorarkrav var beskedne og

svarede til lægekredsforeningens vedtagne "Norm for Betaling for Lægehjælp" og "Minimaltakster for Chirurgia minor".^{2,5} Men på den anden side var det lovligt selv at fastsætte sine honorarer på lægehjælp til såkaldte fremmede, udenamts privatpatienter og udenlandske patienter.⁽⁸⁾ Dernæst kunne privatpatienter selv bestemme hvilken læge, der skulle behandle dem på fx Sct. Joseph Hospital. De tre tyske passagerer havde givetvis ikke aktivt valgt Darum, men det blev tilfældigvis ham, der ydede dem hjælp i ambulancetoget, og indlagde dem til videre behandling af ham på Sct. Joseph Hospital. Baggrunden for Darums efterfølgende klage over Cold med en voldgiftsag på grund af ukollegial optræden, er ikke klart belyst i kilderne. Vi ved, at Cold har berigtiget, at han på ulykkestedet visiterede de tre tyske passagerer, familien Kohl, til Esbjerg Sygehus, og måske, vi ved det ikke, har begrundet visiteringen - som Darum tilsidesatte - med familiens alvorlige skader.⁵ Hr. Kohl var så svært kvæstet, at han døde i ambulancetoget, hans søster havde komplicerede benbrud på begge ben, hans hustru chokeret over manden voldsomme død, og den 4-årige søn havde pådraget sig en alvorlig flænge i hovedet og et åbent ribbensbrud.² Skaderne var så alvorlige, at de krævede kirurgisk ekspertise, som en praktiserende læge ikke mentes at besidde.

Sagen udstillede en entreprenant læge, der vel også fik rigelig spilleplads af en række konfliktsky kollegaer og en svag organisation. Hvis blot Darum havde benyttet de samme honorartakster, som de øvrige sygehuslæger, var der overhoved ikke blevet nogen sag!

Summary

Aja Høy-Nielsen

The case that did not serve to enhance the reputation of the doctors involved.

A Complicated and long action for damages is outlined after the train accident in Bramming, Western Jutland, July 1913, where 15 passengers died and 16 passengers were seriously injured. The case came to last for two years, especially due to one doctor's exorbitant fee charged for the treatment of three foreign patients. By this, the doctor came in conflict with his colleagues and the local medical association and filed a suit against the state, which he lost. The case exposed an avaricious doctor and weak collegiate opposition.

Litteratur

Rigsarkivet:

1. Ministeriet for Offentlige Arbejder.
E Jernbanesager. Forestillingsprotokol 1914-16/9.
2. DSB - Personaleafdelingen 1911-1959:
Pk. Nr. 2. Brammineulykken.
Forhandlingsprotokollen.

Landsarkivet for Nørrejylland:

3. PX 7 B 3. Ribe Amts Lægekredsförening, Esbjerg.
Forhandlingsprotokoller 1862-1919.
Siderne 32-37.

4. Trykte love og vedtægter 1871-1960.
5. Jubilæer og jubilæumsskrifter 1912-1962. Side 33.
6. Kronologisk ordnede arkivalier 1861-1919.

Esbjerg Centralsygehus, sygehusarkiv.

7. Usorteret materiale om Brammingsulykken samt kopi af sygehusets regning til erstatningskommissionen.
8. Christoffersen, V. Den almindelige danske Lægeforening 1857-1932. Side 20-21. København 1932.

Lidt om kasuistikens historie, betydning og fremtid

Af Niels Kristoffer Jensen

I erkendelse af de almindeligt anvendte etiske teories utilstrækkelighed indenfor medicinsk etik i en periode, hvor den medicinsk-teknologiske udvikling går så stærkt og nye muligheder opstår, foreslår Jonsen og Toulmin i deres bog *"The Abuse of Casuistry,"* fra 1988¹ at genoplive kasuistikken som særlig egnet indenfor medicinen og i undervisningen af medicinsk etik. Selv om det har samme oprindelse, må kasuistik i etisk forstand ikke forveksles med den rent lægevidenskabelige brug af ordet kasuistik som blot beskrivelse af enkelttilfælde, et casus. Til trods for den grundige gennemgang af kasuistikken, som undertitlen til deres bog *"A History of Moral Reasoning"* også angiver, synes deres genoplivningsforsøg ikke at bære synderlig frugt i form af anerkendelse af princippets nødvendighed. I praksis anvendes en form for kasuistik imidlertid ofte, hvilket jeg skal vende tilbage til. På dansk foreligger kun en artikel fra Daniel Andersen i Bibliotek for Læger i 1991², hvor kasuistikken udførligt omtales. Endvidere er der lidt omtale af den i Henrik R. Wulffs bog: *Den samaritanske pligt* fra 1995 og endelig har jeg selv i en artikel i Bibliotek for Læger³ plæderet for kasuistikken. Heller ikke i den internationale etiske litteratur synes kasuistikken at blive behandlet efter fortjeneste. Dog omtales den, ganske vist lidt kritisk, i en af de på internationalt plan bedste bøger om medicinsk etik, nemlig Beauchamp & Childress' *Principles of Biomedical Ethics.*⁴ Årsagen til den sparsomme omtale kan være, at kendskabet til kasuistikken er ringe, og at den har haft ilde ry siden Pascals angreb i hans Provincialbreve på især Jesuitternes brug af kasuistik.⁵

En form for kasuistik mener jeg, at man imidlertid ikke kan komme uden om, når man foretager et etisk ræsonnement, hvorfor et vist kendskab til kasuistikken og dens baggrund er nyttig, hvis man vil danne sig en mening om medicinsk etik.

Alment om etik

Etik er et menneskeskabt begreb. Det har sin rod i, at mennesket erkender, at det ikke er alene og som følge deraf ikke kun afhængigt af sig selv, men at det lever i samfund med og er afhængig af andre mennesker som det selv. Mennesket er nødsaget til at have en måde at omgås disse andre

mennesker, en måde at handle på overfor disse mennesker. I naturtilstanden er denne omgangsform kommet af sig selv, hvilket nogle vil tilskrive dette evolutionen, der favoriserer mennesker, som har en omgangsform, der er gunstig for det enkelte samfund. Etik er en bevidstgørelse af og overvejelser om disse omgangsformer. I etikken skelnes ofte mellem konsekvens- og pligtetik.

Den rene konsekvensetik ser i sin handlingsplan kun på resultatet af handlingen. Den simpleste måde at bedømme resultatet af handlingen på er at se om handlingen har været en god handling, om den har været til nytte for samfundet, det kaldes også utilitarisme eller nytteetik.

Pligtetikken ser til handlingens karakter uafhængig af resultatet, om handlingen i sig selv er en god handling til gavn for det pågældende samfund. Nogen egentlig formel for gode handlinger i denne forstand har vi ikke, vi kan prøve at se på hensigten med handlingen, hvilket Kant gjorde. Han formulerede sit berømte kategoriske imperativ, som i en variant lyder: *Handl kun efter den maksime, om hvilken du tillige kan ville, at den bliver en almen lov.*⁶ Dette minder på sin vis om den såkaldte gyldne regel, som i Jesu formulering lyder: *Gør mod andre, som du ønsker, at andre skal gøre mod dig selv.* Den almene lov i Kants formulering indbefatter jo også en selv, så loven er også i egen interesse. I såvel konsekvensetikken som pligtetikken søges at bringe vurderingen af handlingerne ind under et bestemt mønster eller bestemte principper.

I kasuistikken hævdes derimod, at vurderingen af om den enkelte handling er god eller slet, ikke kan bringes ind under en bestemt formel eller et enkelt eller flere en gang fastlagte principper, men må afhænge af et personligt skøn i den enkelte situation. I henhold til en middelalderlig anonym forfatter skal der tages hensyn til: *"hvem, hvad, hvor, hvilke midler, hvorfor, hvorledes, hvornår"* på latin: *quis, quid, ubi, quibus auxiliis, cur, quomodo, quando.*⁷ En handling skulle således nøje analyseres i overensstemmelse hermed, inden der blev taget endelig stilling til dens kvalitet i henhold til godhed eller slethed. Dette kan også karakteriseres som en slags *"situationsetik"*; men udover at tage hensyn til arten af handlingen og dens resultater, tager kasuistikken også hensyn til den handlende selv og lader dette indgå i den endelige vurdering.

For at klassificere en handling i relation til godheden af resultatet skal man også have en målestok for eller en intuitiv forståelse af det gode. Inden vurderingen af handlingen må man derfor have en form for karakterisering af "det gode," og det "onde." Dette har været debatteret siden oldtiden.

Oldtiden

Såvel Platon som Aristoteles udtaler sig udførligt om etik og etikkens problemer. Platons etiske teori må ses i sammenhæng med hans teori, bl.a. i

hans dialog "Staten"⁸, om de evige og uforanderlige "ideer." Disse er grundlaget for vor umiddelbart sansbare verden, der er ufuldkomne afbildninger af ideerne. Det er kun givet de få udvalgte og oplyste at erkende "det godes ide," disse få skal så fortælle almindelige mennesker herom, som det fremgår af Platons hulebillede. Her ser vi almindelige kun skyggerne, medens den, der har været oppe i lyset kan fortælle om den virkelige verden. Det gode er ikke umiddelbart erkendeligt, til gengæld er det en enhed, som er evig og uforanderlig, og denne enhed skal man være filosof eller som i Staten filosofkonge for at erkende. Retfærdighed er en af godhedens former, og den skal af lovgiveren, ideelt filosofkongen, udmøntes i Statens love. Ifølge Stone⁹ har Platon kun et eneste sted medgivet, at det gode, her i form af det retfærdige, kunne være svært at definere på forhånd. Det er i Statsmanden¹⁰, hvor han siger, at magten ligger bedre hos en kongelig mand, som er i besiddelse af indsigt, end i lovene, "*Thi Menneskenes og deres Handlingers store Forskellighed og det Faktum, at saa at sige intet menneskeligt nogensinde er i Ro, gør det i ethvert Tilfælde umuligt for en hvilken som helst Kunst at opstille en simpel Regel, der gælder i alle Tilfælde og til enhver Tid.*" Lidt senere fremgår det, hvorfor Platon fremkommer med dette. Han skriver nemlig: "*Eller er det ikke (...) saaledes, at ligegyldigt om (...) han regerer i overensstemmelse med skrevne Love eller i Strid med dem, naar han blot gør, hvad der er gavnligt, så har vi her det fuldstændig sande Princip for den rette Statsstyrelse, som den vise og gode Mand vil indrette sin Styrelse af Undersaatterne efter?*" Man kan vel i sandhed sige, at for Platon her "helliger hensigten midlet," og hans indrømmelse er dybest set vel kun udtryk for hans elitære og totalitære indstilling.

Aristoteles skelner mellem "episteme" og "phronesis," hvilket måske kan oversættes til "eksakt videnskab" og "praktisk videnskab." I Niels Møllers danske oversættelse af Aristoteles' Etik bliver det til "videnskabelig kundskab" og "forstandighed." Ifølge den danske oversættelse skelner Aristoteles på følgende måde: *At forstandighed ikke er videnskabelig kundskab er klart. Den griber, som sagt, det yderste, den kan nå, da den ting, der skal udføres, er en yderlig enkelt ting. Dens modsætning er en fornuftsmæssig indsigt, for den bygger på definitioner, som ikke kan bevises ved logik, mens forstandighed har at gøre med de yderste enkelte ting, som ikke kan opfattes ved videnskabelig kundskab, men ved sansning, ikke den, vi kender fra de særlige sanser, men sådan som når vi mærker i matematikken, at den yderste figur, vi kan nå til, er en trekant.*¹¹

Meningen med denne udredning er, at eksakt videnskab bygger på simple, selvindlysende aksiomer ligesom geometrien, medens praktisk videnskab bygger på mindre simple sanseforestillinger, der ikke kan gøres til genstand for logisk bevisførelse, men kun til genstand for mindre eksakte vurderinger. Den praktiske videnskab kan således ikke klares ved hjælp af logik alene, men kræver vurdering, dømmekraft. Sagt på en mere nutidig måde, så omhandler eksakt videnskab *fakta*, medens praktisk videnskab også inddrager *værdier*.

I kraft af ideerne som evige, uforanderlige begreber ville Platon gerne gøre etik til en eksakt videnskab; i modsætning hertil holdt Aristoteles på, at etikken var en praktisk videnskab: *Men lad os først blive enige om, at hvad vi siger om moralsk handlen, bliver i omrids og ikke eksakt; som vi også begyndte med at sige, at talen må affpasses efter stoffet. Men i vore handlinger og hvad der gælder os står intet fast, lige så lidt som i spørgsmålet om sundheden. Når dette er rigtigt, rent alment set, kan undersøgelsen end mindre blive eksakt, når vi giver os i lag med de enkelte handlinger. Da de jo ikke falder ind under nogen kunst eller nogen læreregler, må de, der udfører dem, se hen til lejligheden (situationen) ved hvert enkelt tilfælde, ligesom det sker ved lægens eller styrmandens virksomhed.*¹²

Aristoteles opsummerer de enkelte forhold, der skal tages hensyn til, i vurderingen af den enkelte handling: *Det er måske ikke af vejen at skille enkelthederne ud fra hinanden: hvilke de er og af hvad slags de er, således: Hvem der virker og hvad han gør med hensyn til hvad og i hvad, undertiden med hvad (redskabet) og mod hvilke mål, fx frelse, og hvordan, om det er roligt eller voldsomt.*¹³

Af disse citater fremgår imidlertid intet konkret om Aristoteles' etik. På en måde fremgår der noget om målet for etikken i Den Nichomacheiske Etik med følgende: *Hver kunst og hver videnskab og ligeså handlen og villen menes at stræbe efter noget godt. Så det er ingen ueffen definition på det Gode: Det, som alle ting stræber efter.*¹⁴ Coppleston¹⁵ angiver, at dette skal forstås på den måde, at der er naturlige tilbøjeligheder implanteret i mennesket, og at følge disse er, som han skriver i harmoni med passende forhold imellem disse, det etiske liv for mennesket. Coppleston gør også opmærksom på, at der så opstår vanskeligheder med at begrunde en moralsk forpligtelse, idet Aristoteles ikke kan henvise til Guds evige lov, således som eksempelvis de middelalderlige kristne filosoffer gjorde.

Den videre udvikling gik ifølge Jonsen & Toulmin¹⁶ over Stoikerne (især Cicero) hvis etiske formål og forpligtelse bestod i "at leve i overensstemmelse med naturen." På dansk findes en kortfattet beskrivelse af Stoikerne etik hos Sløk.¹⁷ Cicero (106-43 f.K.) hidrog til kasuistikken ved analyse af et antal etiske paradokser.¹⁸ Eftersom der bør være en vis forbindelse mellem etik og lovgivning, der helst skal afspejle den almindeligt anerkendte etik, er sammenligning med lovgivning af interesse, i dette tilfælde Romerretten. Den anses for oprindelig at have været en uskreven sædvaner, men senere lidt simple skrevne love. Den egentlige romerret var, modsat den almindelige antagelse, ikke resultatet af en systematisk lovgivning, men opstod og blev samlet af konkrete afgørelser af juridiske enkelttilfælde, casus, af de romerske jurister fra ca. 100 f. kr. til ca. 300 e. kr.¹⁹ Rettesnoren kan på en måde siges at være, at lovgivningen i henhold til Stoicismen skal baseres på at leve efter naturen i henhold til sammenhængen mellem etik og lovgivning.

Kristendommen

Kristendommen blev en slags statsreligion i Romerriget i årene efter Konstantin den Stores endelige overtagelse af magten i 323. Kristendommen overtog jødernes bibel som Det gamle Testamente suppleret med Det nye Testamente med beskrivelse af Jesu liv og apostlenes gerninger og breve. Den etiske grundregel "*Gør mod andre, som du ønsker at de skal gøre mod dig selv*" blev overtaget fra jødedommen sammen med Moseloven, modificeret, strammet og gjort universel af Jesus. Det mest prægnante udtryk for universaliteten er Jesu ord: *Gå ud og gør alle folkeslagene til mine disciple*. Det, som senere blev kendetegnet som den specielle romerret, blev så sammen med nedarvet sædvaneret og kristendommen grundlaget for statsdannelserne i Europa, først i romerriget, og senere med kristendommens udbredelse for resten af Europa (og endnu senere i andre verdensdele). Med bibelen som rettesnor for etikken sammen med Kirkefædrenes skrifter og med den kasuistiske opbygning af romerretten bliver begyndelsen til den egentlige kasuistik lagt.

Med kristendommens indførelse fremkom der et noget ændret syn på mennesket. Forsynstanken eller det, at Gud bekymrede sig om det enkelte individs skæbne, mennesket er skabt i Guds billede, gav det enkelte menneskes skæbne en hidtil ukendt værdi. Jonsen og Toulmin²⁰ udtrykker det på den måde, at "personbegrebet" ændredes. I romerretten havde ordet "person" ikke refereret til et unikt individ men til personen som retsobjekt. I kristendommen var man derimod enige om, at person refererede til det unikke individ skabt i Guds billede, og som kunne modtage Guds nåde og frelse.

Denne ophøjelse af mennesket er dog ikke uden omkostninger. Efter Adam er menneskene fødte syndere og synder uafsladeligt. Mennesket må dog angre sine synder for at få Guds tilgivelse. Men der skal tillige gøres bod for alle disse synder, og her kommer kirken fra den tidlige middelalder ind som den institution, der skal godkende bodens størrelse i forhold til den begåede synd. Først omkring år 800 fremkommer der en skriftlig kasuistik, der ikke blot tager hensyn til de enkelte menneske, men også til den enkelte situation, de særlige omstændigheder. Efterhånden bliver der udgivet mange såkaldte "Bodsbøger" som vejledere for de enkelte sjælesørgere i at tildele en passende bod i relation til den aktuelle synd. Grundlaget for kasuistikken er hermed lagt.

I den senere middelalder i skolastikkens tidspæriode interesserer man sig meget for menneskenes forhold til synd og Guds nåde og den frie vilje. Spørgsmålet er, om det syndige menneske har en fri vilje, og herunder til at lade være med at synde. Noget sådant havde allerede Pelagius (ca. 354 - ca. 418) hævdet, medens Augustin (354 - 430) mente, at mennesket alene havde frihed til at synde, og derfor kun havde Guds nåde at henholde sig til.²¹ Da Augustins synspunkt har den konsekvens, at det er forudbestemt, hvem der skal frelses og genopstå i paradiset, og hvem der skal fortabes, er der pro-

blemer med den frie vilje. Augustin drog imidlertid ikke selv konsekvensen af den såkaldte prædestinationslære. Den blev først draget omkring år 1000, (og senere af Calvin (1509 -1564). Der udarbejdedes talrige mellemstandpunkter, bl.a. semipelagianismen, ifølge hvilket mennesket nok kan tage det første skridt hen imod frelsen, men Gud skal gøre resten.

Den katolske kirkes førende filosof, Thomas Aquinas (ca. 1225 - 1274) var udover Augustin og de andre kirkefædre også påvirket af Aristoteles. Aquinas havde et vist besvær med den frie vilje, han forsøgte at komme ud af klemmen ved lidt spidsfindigheder. Ifølge ham stræbte vi efter det gode, og det ultimative gode var identisk med Gud. Vi kunne derfor ikke, om vi tænkte på Gud, lade være med at ville det gode, men om vi vælger at lade være med at tænke på Gud, retter vor vilje sig mod det onde.²² Aquinas indtager således også et slags mellemstandpunkt.

Probabilisme

Endnu en udvikling på kasuistikkens højdepunkt, men inden Pascals angreb på den fremkom med den såkaldte propabilisme, der er en lære om, at en moralforskrift kan følges, hvis den skønnes antagelig, begrundet i de hellige skrifter og ud fra den kirkelige tradition. Den blev formuleret første gang i 1577 af en teologiprofessor Barteolomeo Medina i Salamanca²³: *Det forekommer mig, at hvis et synspunkt er sandsynligt (dvs. tilladeligt), er det lovligt at følge det, endog selv om det modsatte synspunkt er mere sandsynligt*. Propabilismen blev vel modtaget af Jesuitterne, hvis orden blev grundlagt 1534. de fik meget stor indflydelse i kirkelig henseende som undervisere og sjælesørgere og derigennem også politisk indflydelse. Jesuitterne uddybede propabilismen yderligere²⁴ med, at et synspunkt kunne være "intrinsikt" sandsynligt dvs. begrundet på sikre argumenter, og "ekstrinsikt" sandsynligt dvs. begrundet på "vise mænds" autoritet.

I tidens løb fremkom et betydeligt antal bøger med analyse af enkelte moralske "kasus" og hvorledes de skulle bedømmes, såkaldte "summa". Jonsen & Toulmin lister 55 sådanne fra før 1650 (25). Når der i vurderingen af den pågældende persons synd først skulle tages hensyn til "hvem, hvad, hvor, hvilke midler, hvorfor, hvorledes, hvornår" og dernæst opsøges lignende tilfælde i litteraturen for endelig ud af lignende tilfælde at kunne vælge det mest gunstige i henhold til propabilismen, kan det ikke undre, at mulighederne for manipulation og dermed for politisk udnyttelse lå lige for.

Jansenismen

Cornelis Jansen (1585 - 1638), professor i Louvain, senere Biskop i Ypres, var fortaler for en tilbagevenden til Augustins lære om Guds nåde som

absolut nødvendig for frelse uden mulighed for mennesket til selv at gøre noget for frelsen, den såkaldte prædestinationslære. Overfor ham stod især jesuitterne som mere eller mindre orienterede i retning af Pelagius, medens en mellemgruppe af mere moderate gejstlige var orienterede mod Thomas Aquinas. Jansen havde skrevet en bog: Augustinus, som udkom efter hans død, nemlig i 1640, og i hvilken han hævdede Augustinske synspunkter på nåden. Tilhængerne havde samlet sig omkring et kloster i Paris, Port Royal, og deres anfører var den lærde Anton Arnauld (1612 - 1694). Hans fader havde været advokat i en tidligere strid, ifølge hvilken Jesuitterne var blevet fradømt retten til at undervise på universitetet. Der var således i forvejen fjendskab mellem Jesuitterne og Jansenisterne. Striden mellem Jansenisterne og Jesuitterne optrappedes, idet Jansenisterne var stærkt imod Jesuitternes verdsliggørelse af kirken. I Jansens bog om Augustin påstod man nu at finde 5 sætninger om nåde og prædestination, som af Paven blev dømt kætterske, og Arnauld var som fører for Jansenisterne i fare for at blive dømt som kætter af Paris' Universitet Sorbonne og udelukket fra sit sæde i Universitetet. Situationen var faretruende for hele den jansenistiske bevægelse, Arnauld havde forsøgt at forsvare sig i datidens form for massemedier, dvs. i offentliggjorte "breve." Han indså dog, at hans skrivestil var for "lærd" til at have gennemslagskraft. I deres kvide henvendte de sig da til Blaise Pascal (1623 - 1662), der var kendt som videnskabsmand og matematiker, og som havde nære familiære forbindelser til Jansenisterne og kredsen omkring Port Royal.²⁶

Pascals Provincialbreve

På denne tid fandtes ikke noget, som lignede en dagspresse endside en fri og uafhængig dagspresse. Hvor en offentlig debat skulle ud til en videre forsamling end mand til mand samtale, var den henvist til debat i forsamlinger eller på universiteter. En anden mulighed var som ovenfor nævnt at offentliggøre breve enten stilede til bestemte eller fingerede personer. Man kunne komme ud over problemet med den frie og uafhængige presse ved om nødvendigt at udgive brevene anonymt.

Pascal tog opfordringen op og udgav efterhånden anonymt 18 breve, først stilede til en fingeret modtager, en provinsbo, som et referat at begivenheder i Paris, fra det ellefte til "De ærværdige Pères Jésuites" og de to sidste til navngiven jesuit. Da Universitetet umiddelbart måtte antages at ville fordømme Arnauld og da paven for tiden var under jesuitisk indflydelse²⁷, indså Pascal, at det ikke kunne nytte at appellere til disse i brevene. Han begik derfor den genistreg at formulere sine breve på en sådan måde, at de kunne appellere til en bredere offentlighed. På en måde kan man sige, at han derved påbegynder den moderne kritiske og engagerede, men lødige journalistik, idet han breve var bestilt arbejde, og indholdet i

brevene kan mere sammenlignes med stærkt engageret journalistisk "research" end med egentlig videnskab.

De tre første breve er mest et forsvar for Arnauld og omhandler tolkningen af nådebegrebet, og om hvorvidt de famøse 5 sætninger virkelig fandtes hos Jansen. Dette er jo lidt subtil teologisk tænkning, og jeg formoder, at Pascal snart fandt ud af, at det bedste forsvar er et angreb. Følgelig rettede han i de næste 13 breve et direkte angreb på Jesuitternes morallære, som den kom til udtryk i kasuistikken. De sidste 2 breve drejer sig atter om nådebegrebet og er et gensvar til en jesuit, som havde kommenteret Pascals breve.

Brevene, som kritiserer Jesuitternes morallære, er et mesterværk af satire. Det lykkedes Pascal med overlegent vid at udlevere morallæren og Jesuitternes tilbøjelighed til at give absolution for næsten alt til almindelig morskab for alt folket. Manøveren lykkedes, og brevene fandt vid udbredelse og blev læst af mange. Jonsen & Toulmin³⁴ giver en vurdering af Pascals kritik. De finder, at hans mange referater af kasuisternes værker er korrekte, men tendentiøse og til dels revet ud af sammenhængene. Selv om Toulmin og Jonsen er positive overfor kasuistikken, giver de således Pascal delvis ret. Pascal påviser korrekt et misbrug i særdeleshed af propabilismen, men Jonsen og Toulmin mener, at det kun er misbruget, som skal forlømmes.

Som følge af Pascals angreb mistede kasuistikken i det mindste i det protestantiske Nordeuropa al respekt som brugbar i etisk henseende. Kasuistik som begreb er næsten gledet ud som en dagligdags foreteelse, den identificeredes med Jesuitismen. Jesuitisk er nærmest at betragte som et skældsord, i det mindste her i Danmark. I Gyldendals fremmedordbog findes for jesuitisk synonymerne: snu, skinhellig, rænkefuld, med tvetydig moral. For kasuistik udover definitionen betegnelserne spidsfindighed, ordkløveri. I Politikens Nudanske Ordbog findes ordet kasuistik ikke, og Den store Danske Encyclopædi har kun sparsom omtale af kasuistik. Det er ikke kun i Danmark, at kasuistikken har ilde ry. Oxford Advanced Learners Dictionary 4. udgave, 1989 har følgende definition på Casuistry: resolving of moral problems, especially by the use of clever but false reasoning; sophistry. Dog har Encyclopædia Britannica (1999 udgave på CD-rom) en helt tilfredsstillende beskrivelse og forklaring.

På en måde kan man således sige, at Pascal vandt slaget, men man lægger sig ikke i længden ustraffet ud med den katolske kirke. Port Royal blev jævnet med jorden mellem 1710 og 1712. Medvirkende til denne udgang var vel, at jansenitismen var en streng og pietistisk retning, hvis høje idealer det var svært at leve op til.

Kasuistikken fortsatte i stilhed i praksis i de katolske lande, forlømmelsen var mere udtalt i de protestantiske lande. Luthers og den evangeliske kristendoms nådebegreb var mere i overensstemmelse med Augustin end med Aquinas, og dermed også mere i overensstemmelse med Jansenis-

mens. Debatten om nåden er såmænd ikke overstået inden for den danske folkekirke endnu. Den såkaldte Tidehvervske retning kan i visse henseender minde om Jansenismen ved sin understregning af afhængigheden af Guds nåde for frelsen i overensstemmelse med Luther og med Augustin, men uden den pietisme og strenghed, som kendetegnede Jansenismen.

Jonsen & Toulmins rehabiliteringsforsøg af kasuistikken

Med bogen *"The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning"* fra 1988 forsøger Jonsen og Toulmin at rehabiliter og reformulere kasuistikken og derved give den dens rette plads inden for moralske overvejelser. De finder den særlig velegnet indenfor medicinsk etik.

De fortæller, at anledningen til at de skrev bogen om misbruget af kasuistikken var, at de var tilknyttet De forenede Staters *"National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical Research"* fra 1975 til 1978. I kommissionen fandtes repræsentanter for såvel mænd som kvinder, hvide og sorte, katolikker, protestanter og ateister, forskellige videnskabsgrene, jurister, teologer og lægfolk (29). Umiddelbart skulle man ikke tro, at så mange forskellige personer med forskellig baggrund kunne bringes til enighed om de moralske principper eller applikationen af principperne på konkrete tilfælde. Så længe det drejede sig om konkrete tilfælde, var der stort set enighed bortset fra mindre, uvæsentlige detaljer. Men det var på forskellige præmisser, man kunne blive enige. Jonsen & Toulmin skriver således:

For their practical purposes, then, the members of the National Commission trusted their collective perceptions about what was at stake in particular types of "biomedical and behavioral research" more than they trusted the universal principles of any particular ethical theory (...). It showed (...) that they understood the differences between "theory" and "practice" - that is, the difference between the demands of scientific (ideological) understanding and those of practical good sense; and in this they displayed a capacity for "practical wisdom" that Aristotle would have applauded.

(For praktiske formål stolede medlemmerne af den Nationale Kommission således mere på deres samlede opfattelse af, hvad der var på spil i enkelte tilfælde af "biomedicinsk og adfærdsmæssig forskning" end de stolede på universelle principper i en nogen bestemt etisk teori (...). Det viste (...), at de forstod forskellene mellem "teori" og "praksis" - dvs. mellem kravene til videnskabelig forståelse og kravene til en praktisk god forståelse; og i dette udviste de en evne til "praktisk visdom," som Aristoteles vil have bifaldet. (min overs.)).³⁰

Jonsen og Toulmin knytter her tråden tilbage til Aristoteles, men de forsøger en reformulering af kasuistikken, tilpasset nutiden:

*The analysis of moral issues, using procedures of reasoning based on paradigms and analogies, leading to the formulation of expert opinions about existence and stringency of particular moral obligations, framed in terms of rules and maxims that are general but not universal or invariable, since they hold good with certainty only in the typical conditions of the agent and circumstances of action.*³¹

(En analyse af moraltilfælde med brug af slutninger baseret på mønster-eksempler og analogier, der fører frem til formuleringen af kvalificerede meningstilkendegivelser (expert opinions) angående forekomsten og klarheden af de enkelte moralske forpligtelser, i en ramme af regler og grund-sætninger, der er almene men ikke universelle eller uforanderlige, idet de kun gælder med sikkerhed for forholdene for den enkelte aktør i det pågældende tilfælde (min overs.)).

Propabilismen, som var hovedangrebepunktet for Pascal, diskuteres af Jonsen og Toulmin, men reformuleres ikke. Efter min mening har de vanskeligheder med den. De skriver, at når man skal beslutte en handling og overvejer de moralske konsekvenser, så kan man se på hvorledes lignende tilfælde blev afgjort af tilforladelige forfattere under iagttagelse også af den "intrinsicke sandsynlighed," men den endelige beslutning må hvile på "den informerede samvittigheds" moralske vished. De gør opmærksom på, at katolsk moralsk teologi aldrig skal have tilladt at handle, når man var i tvivl.³²

Kasuistik versus etiske teorier

Ser vi på Jonsen og Toulmins begrundelse for kasuistikken ved deres kommissionsdeltagelse, så fremgår det, at de mener, der bag de forskellige menneskers etiske teorier kan anes et dybere etisk lag, som er uafhængigt af tilfældige menneskelige religioner og tro i øvrigt og uafhængigt af de uforanderlige principper i konsekvens- og pligtetikken. De angiver, at de ved anvendelsen af kasuistikken undgår "princippernes tyranni," dvs. at man ikke som i konsekvens (nytte) etikken udsættes for at ofre det enkelte individ for helheden, eller som i pligtetikken man ikke må stikke en (for almindelig opfattelse berettiget) nødløgn. I dansk udgave fremstilles det således i den indenrigsministerielle udvalgsrapport *Fremskridtets Pris* fra 1984, der gav anledning til oprettelsen af Det etiske Råd:

En etisk vurdering af en given handling eller undladelse må ikke blot se til handlingen eller undladelsen i sig selv, men også til dens konsekvenser. En i sig selv agtværdig handling kan blive problematisk i etisk henseende på grund af de konsekvenser, den fører med sig. Omvendt findes der - f. eks. i nødretten - situationer, hvor en i og for sig problematisk handling må accepteres for at undgå et større onde, altså konsekvenser, der er værre end dem, der følger af selve handlingen. Den etiske afgørelse er med andre ord

ikke absolut i den forstand, at den så at sige kan deduceres fra et sæt af på forhånd givne faste normer, der gælder universelt. Den må uundgåeligt træffes i bestemte situationer og få karakter af en afvejning af fordele og ulemper, godt og ondt, i situationen og under hensyntagen til både handling og konsekvenser.³³

Dette er klart situationsetik og dermed kasuistik, men ordet kasuistik nævnes ikke med et ord i rapporten. Uden nærmere beskrivelse af fordele og ulemper, godt og ondt, er situationsetikken og med den kasuistikken frit svævende. Der er behov for et referencegrundlag og gyldighedsområde. Kasuistikken får store problemer, om ikke bibelen (og kirkefædrene) kan betragtes som den ultimative reference, selvom også den skal fortolkes og tillempes det aktuelle problem.

Når der ikke kan refereres til en åbenbaret kilde, så må referencen søges andetsteds, i noget i forvejen eksisterende. Det kunne være i en videnskabelig beskrivelse af verden eller i mennesket selv. Platon er til den videnskabelige beskrivelse. Han mener på den ene side, at med kendskab til det godes ide kan mennesket ikke lade være med at ville det gode, men på den anden side er det kun de udvalgte filosoffer beskåret at anskue det godes ide. Vi almindelige dødelige er derfor henvist til at følge og kan åbenbart heller ikke lade være med at følge de anvisninger, som filosoferne måtte give på det gode.

Aristoteles finder referencen indbygget i menneskets natur. Han mener, at alle mennesker har naturlige tilbøjeligheder i sig til at stræbe mod det gode, og det gode liv er da at følge disse naturlige tilbøjeligheder. Aristoteles mener ligeledes, at definitionen på det gode er det, som alle stræber efter, men derved foretager han en form for cirkelslutning. Det videnskabelige kommer ind i billedet derved, at Aristoteles anser etikken for en praktisk videnskab, så der skal også anvendes skøn. Den er derfor ikke en ren videnskab. Stoikerne mener, at det gode liv består i at leve i overensstemmelse med naturen, resultatet er lidt det samme som Aristoteles' synspunkt.

Pligtetikeren Kant formulerer sig på denne måde i sit kategoriske imperativ: *Handl kun efter den maksime, om hvilken du tillige kan ville, at den bliver en almen lov.*³⁴ Det er underforstået i Kants kategoriske imperativ, at den almene lov naturligvis også skal omfatte en selv, den er således kun en omskrivning af *Gør mod andre, som du ønsker, at andre skal gøre mod dig selv.* Det vil sige, at vi skal finde etikken hos os selv. Over 2000 år senere har utilitaristen John Stuart Mill foretaget en tilsvarende cirkelslutning som Aristoteles, der definerede det gode, som det alle ting stræbte efter. Mill skriver, at *"den eneste Måde, på hvilken man kan godtgjøre, at Noget er attråværdigt, er det, at man viser, at det virkelig bliver attrået."*³⁵ Da man altså på en form for objektiv måde kan bevise det gode, bliver etikken også for Mill til en slags videnskab. Løgstrup finder etikkens grundlag i menneskenes psykologi, altså i menneskenes natur, i "de suveræne livsytringer,"

idet det skal være en erfarings sag, at menneskene umiddelbart er tilbøjelige til at vise tillid og til at tale sandt.³⁵ Etikken omhandler således ifølge Løgstrup psykologiske fakta. Wilson finder i 1975, at etikken grundlag er evolutionsmæssig, og at kendskabet til hjernens struktur og funktion øges for tiden. På dette rent naturvidenskabelige grundlag mener han, at etikken midlertidig burde fjernes fra filosofierne og "biologiseres".³⁶

Fælles for disse referencer til grundlaget for etik er, at etikken søges gjort "videnskabelig," ikke blot i Aristoteles' forstand som en praktisk videnskab, men som et teoretisk projekt. Etik omhandler imidlertid "det gode" som en værdi. Værdier er noget, som vi vælger, de unddrager sig videnskabelig analyse på samme måde, som vi ikke kan sige, hvad der er højest: rundetårn eller et tordenskræld! Referencen må derfor søges i os selv, i at vi påtager os et ansvar for vort forhold til de andre medmennesker, et intuitivt ansvar i mangel af anden reference..

En måde at komme ud over referencegrundlaget er at angive et gyldighedsområde, referencen er dermed så at sige begrundelsen for, at dette område eksisterer. Dette anvendes af Henrik R. Wulff, som i sin bog *Den samaritanske pligt* indskrænker gyldighedsområdet til sundhedsvæsenet i Danmark.³⁷ Ingen kan eller vil anfægte, at vi skal have et sundhedsvæsen i Danmark, de etiske normer, dette skal drives efter, må være i overensstemmelse med det øvrige samfunds. Han kan derfor nøjes med sin præcisering af samfundets normer, således som de for tiden foreligger, og give sin udlægning af disse. Peter Kemp skriver i en rapport om etiske principper til "European Commission of the Biomed-II Project," følgende: "*The basic ethical principles can therefore be considered in the framework of the European humanistic tradition...*"

(De grundlæggende etiske principper kan derfor betragtes indenfor rammerne af den europæiske humanistiske tradition... (min overs.).³⁸ Han kan derfor således på et slags empirisk grundlag uddrage disse principper af traditionen og udlægge disse inden for et afgrænset område. Såvel Wulff som Kemp har således et referenceområde at gå ud fra. Principperne eller normerne er de normer, som er gældende indenfor gyldighedsområdet.. Man behøver ikke ved at indskrænke sig til gyldighedsområdet at bekymre sig om, hvorvidt disse normer er åbenbarede af Gud i hellige skrifter, naturskabte af evolutionen eller menneskeskabte som værdier. Dette skal ikke være nogen forklejning af disse værker, deres værdi består netop i, at de har indskrænket gyldighedsområdet og derfor kan udtale sig med mere autoritet indenfor det begrænsede område.

Jonsen og Toulmins fandt i deres kommissionserfaringer, at man uanset forskellig etisk baggrund kunne blive enige om konkrete tilfælde. Kommissionsmedlemmerne havde efter dem en hældning mod den Aristoteliske "*praktiske visdom*", hvor der i vurderingen af en handling skulle tages hensyn til omstændighederne. Sammenligner vi med straffelovgivningen, der kan betragtes som en etik med sanktioner for overtrædelser, ser vi, at

der her tages vidtgående hensyn til omstændighederne. Primært opereres med en strafferamme og ikke unuanceret straf for den enkelte handling, dette er jo simpel kasuistik, om end man vel næppe tænker herpå i det daglige. Endog kan straffen for aflivning af et medmenneske gå fra straf-frihed i tilfælde af selvforsvar, hændeligt uheld eller sindssygdhed hos gerningsmanden til den her i landet maksimale straf livsvarigt fængsel. Det er et eksempel på hensigts (pligt) etik frem for konsekvensetik. De forhold, at der i strafudmåling også skal tages andre hensyn end selve konsekvensen af handlingen, er, efter min mening, udtryk for en mere fremskreden og hos os af kristen etik præget kultur. I andre religioner og kulturer ses mere til konsekvensen alene, f. eks i Islam.

Den "*praktiske visdom*" kan dog ikke svæve frit, den må også have noget at gå ud fra. Arras kalder i en vurdering af Jonsen og Toulmins bog kasuistikken "teoribeskeden" i stedet for "teorifri," det svarer til, at man alligevel ikke helt kan slippe for det, de kalder "princippernes tyranni".³⁹ Når man nu ikke vil eller kan bruge Guds åbenbaringer eller naturen (videnskaben eller evolutionen) som reference, så må man jo finde den i mennesket selv. Når vi ikke kan nøjes med en naturvidenskabelig beskrivelse af mennesket og også skal have en etik, som gælder for såvel religiøse som ateister er der næsten kun mennesket i en umiddelbar form tilbage. Noget udefinerligt som vi kan kalde intuitionen. Den såkaldte "prima facie etik" er en etik, som bygger på noget umiddelbart eller umiddelbare pligter. Jeg ikke kender noget dansk navn for denne. Den systematiserer intuitionen til et antal principper, som skal overholdes. I tilfælde af konflikt mellem principperne er der nogle, som har fortrinsret.⁴⁰ Wulff og Kemp står i deres fremstilling af etikken i gæld til prima facie etikken.

Kasuistikens fremtid

Allerede Aristoteles var klar over, at en handling ikke i etisk henseende kunne bedømmes alene ud fra konsekvensen af handlingen, men de nærmere omstændigheder måtte også tages i betragtning. Dette synspunkt blev overtaget langt senere af kristendommen i form af den såkaldte kasuistik. Denne blev efter alt at dømme efterhånden misbrugt, i hvert fald efter Pascals mening, frem til midten 1600 tallet, hvor Pascal offentliggjorde sine Provincialbreve 1657-1657 om især Jesuitternes misbrug. Herefter fik kasuistikken et ilde ry, især i det protestantiske Nordeuropa, medens den fortsatte i Sydeuropa. Som det påpeges af Jonsen og Toulmin, og som det også fremgår alene af straffelovgivningen, kommer man ikke uden om i vurderingen af en handling i etisk henseende at analysere såvel handlingen som den handlende og omstændighederne. Selv om man ikke er klar over det, anvendes de kasuistiske principper flittigt i den daglige etiske debat. Erkendelse heraf kunne måske være med til at optimere debatten.

Hvorvidt man som i Jonsen og Toulmins tilfælde vil kunne blive enige i de konkrete tilfælde, er dog nok et spørgsmål.

Et eksempel på, hvor en mere bevidst analyse i overensstemmelse med kasuistikken af en handling kunne være på sin plads, har vi i et aktuelt og heftigt debatteret problem, der er aktualiseret af "stamcelledebatten." Det er, hvorledes skal vi betragte og behandle et foster, som ikke er levedygtigt uden for livmoderen. Yderpunkterne er på den ene side, at selv et befrugtet menneskelig æg skal betragtes som et menneske, på den anden side, at et ikke levedygtigt foster er at betragte som en ting, som vi kan behandle efter forgodtbefindende, måske lige under hensyntagen til dyreværnsloven. Det er mit indtryk, at debattanterne er uden vilje til at høre og forstå hinandens synspunkter, og at de blot hævder deres eget religiøse eller videnskabelige standpunkt.⁴¹⁻⁴²⁻⁴³ Det etiske Råd har udgivet *Menneskeligt livs begyndelse og fosteranlægs etiske status - et debatoplæg*.⁴⁴ Da det er et debatindlæg, tager Det etiske Råd ikke endelig stilling. Jeg savner dybtgående, fordomsfri analyse af problemstillingen, hvad et befrugtet menneskeligt æg som et potentielt menneske egentligt er for en størrelse, hvilken status et potentielt menneske har i de forskellige og modstridende opfattelser. Først når der foreligger sådanne analyser med fastlæggelse af det befrugtede æg og fostrets status i henhold med yderligere analyse af konsekvenserne for den ene eller anden opfattelse, vil man være i stand til at foretage en kvalificeret afvejning af synspunkterne og træffe en beslutning. Et argument mod manipulation af befrugtede æg er det såkaldte "glidebaneargument," dvs. at begynder man først en tilsyneladende uskyldig manipulation, så kan man risikere umærkeligt gå videre end man i begyndelsen havde tænkt sig. Også af denne grund er en dybtgående analyse ønskeligt, om man ikke af den blotte angst for "glidebanen" kommer til at forhindre ønskelige udviklinger. Jeg vil gøre opmærksom på, at religiøse argumenter er afhængige af den til enhver tid gældende udlægning af de hellige skrifter (bibelen, koranen eller andre). Den mere officielle udlægning har slet ikke været konstant gennem tiderne, og hertil kommer den personlige udlægning. Naturvidenskaben er tilbøjelig til at overse almindelige og/eller religiøse menneskers værdiopfattelse. Jeg har ikke set en virkelig dybtgående analyse i Det etiske Råds publikationer, men måske har jeg blot overset den.

Naturligvis var det en ideel situation, hvis vi havde en fast og utvetydig form, som vi blot kunne lægge vore etiske afgørelser ind i og få et entydigt svar. Det kan vi kun få i Platons verden af evige og uforanderlige ideer om tingene, i fundamentalistiske religiøse personers opfattelse af verden i overensstemmelse med efter deres mening entydige åbenbaringer eller om vi lægger os fast på uforanderlige pligt- eller konsekvensetiske normer. Vi andre almindelige mennesker må leve med at være ufuldkomne og i vores ufuldkommenhed og på et usikkert grundlag træffe vore etiske afgørelser. I erkendelse heraf har kasuistikken sin berettigelse og er i vir-

keligheden uomgængelig. Jeg tror, at om man erkender dette og mere aktivt bruger kasuistiske metoder i de etiske afgørelser, vil det være muligt at nå til mere holdbare løsninger, som vil kunne accepteres af flere.

Kasuistikken i Jonsen og Toulmins udformning er ikke nogen endegyldig løsning på etikkens problemer, men det kan være en hjælp i det daglige.

Dr.theol.h.c. Helge Haystrup takkes for gennemsyn og rettelser af manuskriptet især med henblik på teologien.

Summary

Niels Kristoffer Jensen

Something About the History and Future Use of Casuistry.

Allready Aristoteles was aware of that an act ethically could not be judged alone by its effect, but circumstances should also be considered. This point of view was later taken over by Cristianity in the form of the so-called casuistry. The use of circumstances in the judgment of a act as regards the moral permissibility was, however, to some extent misused, especially by the Jesuites in the 16th and the first half of the 17th century. In defence of the "Jansenites" Blaise Pascal launced a direct attac on the Jesuites' use of casuistry in spiritual advice of the sinners. His elegant and vitty satire destroyed any talk of using casuistry for a long time, at least in the protestantic Nordern Europa. Casuistry was regarded as synonym with sophistry. In 1988 Jonsen and Toulmin has argued that it is only the misuse of casuistry that is to blame. Used in a proper way it still has a future in resolving moral problems especially in medical ethics. The present autor is of the opinion that some degree of casuistical reasoning unconsciously is used in the present ethical debate, but more avareness hereof may be an advantage in the debate.

Litteratur

1. Jonsen, Albert R. & Stephen Toulmin: *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1988.
2. Andersen, Daniel: Etisk argumentation. *Bibl. Læger*; 1991; 183: 263 - 277.
3. Jensen, Niels Kristoffer: Grundlaget for medicinsk etik. *Bibl. Læger*; 2002; 194: 208 - 231.
4. Beauchamp, Tom L. & James F. Childres: *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. New York: Oxford University Press 2001, pp. 392 - 397.
5. Pascal, Blaise: *Les Provinciales* opr. 1656 - 1657, da. oversættelse v. W. F. de Coninck: Pascals Provincialbreve, København 1876.
6. Kant, Immanuel: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 1785, da. overs. *Grundlæggelse af moralens metafysik*. København 1993, p.54.
7. Jonsen & Toulmin (1), p. 132.
8. Platon: Staten i *Platons skrifter*, da. overs: ed. Carsten Høeg og Hans Ræder, bind. VI, København 1935, pp. 86 - 89.
9. Stone, I. F.: *The Trial of Sokrates*, Boston 1989, da. overs. *Retssagen mod Sokrates*, Spektrum, København 1990, p. 88.
10. Platon: Statsmanden i *Platons Skrifter*, da. oversættelse: ed. Carsten Høeg og Hans Ræder, bind VII, København 1939, p. 160 og 163.
11. Aristoteles: *Den Nikomacheiske Etik*. Da. oversættelse Niels Møller 1936, revideret Peter Thielst, Frederiksberg 1995, p. 127.
12. Aristoteles: (11). pp. 33-34.
13. Aristoteles: (11) p. 49.
14. Aristoteles: (11) p. 11.
15. Copleston, Frederick: *A History of Philosophy. I. Greece and Rome*. p. 333, Image Book. New York, 1985. (Opr. The Newman Press, Westminster Maryland 1946)
16. Jonsen & Toulmin (1), pp 75 - 88.
17. Sløk, Johannes: Stoikerne i serien *De store tænkere*, 2. udgave, Rosinante 2000, pp.83 - 99.
18. Jonsen & Toulmin (1), p. 79.
19. Tamm, Ditlev: Romerret i *Den store danske encyclopædi*, bind 16, p. 279.
20. Jonsen & Toulmin (1) p. 96.
21. Schnicker-Pedersen, Gunnar: *Pascals Kamp mod Jesuitterne*. København 1927, pp. 10 - 12.
22. Jones, W. T.: *A History of Western Philosophy, II. The Medieval Mind*. 2. ed. Harcourt, Brace, Jovanovich 1969 pp. 251 - 254.
23. Jonsen & Toulmin (1), p. 164.
24. Jonsen & Toulmin (1), p. 167
25. Jonsen & Toulmin (1), pp. 346 -353.
26. I den danske oversættelse af Provincialbrevene (5) og i Gunnar Snicker-Pedersens bog om Pascals Kamp mod Jesuitterne (21) findes udførlige referater af forløbet.
27. Snicker-Pedersen, Gunnar: (21) p. 17.
28. Jonsen & Toulmin: (1) pp. 231- 249.
29. Jonsen & Toulmin: (1) pp. 16 - 18.
30. Jonsen & Toulmin: (1) p. 19.
31. Jonsen & Toulmin: (1) p. 257
32. Jonsen & Toulmin: (1) p.173
33. Indenrigsministeriet: *Fremskridtets pris. Rapport afgivet af indenrigsministeriets udvalg om etiske problemer ved cegtransplantation, kunstig befrugtning og fosterdiagnostik*. København 1984, p. 10.
34. Mill, John Stuart: Utilitarism 1861, da. overs. Moral grundet på Nytte eller Lykkeprincippet, i *De store tænkere-Stuart Mill*. 2. udg. København 1996, p. 163.
35. de Muckadell, Caroline Schaffalitzky: *Løgstrups Etik. En moralfilosofisk blindgyde*. København 1997, p.15.
36. Wilson, Edward O.: *Sociobiology. The New Synthesis*. Cambridge (Mass.) 1975, p. 562.
37. Wulff, Henrik R.: *Den samaritanske Pligt. Det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen*. Munksgård, København 1995, p.59.

38. Rendtorff JD, Kemp, P.: *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*. Report to the European Commission of the Biomed II Project. København og Barcelona 2000, p. 19.
39. Arras, John D: Getting Down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*; 1991; 16: 29-61.
40. Ross, W.D.: *The Right and the Good*. Oxford 1930, pp. 20-21.
41. Rossel, Peter og Gammelgaard, Anne: Stamceller og etik - bør lovgivning baseres på religiøse holdninger, *Ugeskr. Læger* 2003; 165: 1284-1285.
42. Rossel, P. Gammelgaard, A.: Nyt lovforslag ikke vidtgående nok. *Ugeskr. Læger*, 2003; 165: 2830-2833.
43. Videbæk, T.: Stamceller - lovgivningen skal være etisk forsvarlig. *Ugeskr. Læger* 2003; 165: 1708.
44. Det etiske Råd: *Menkeskeligt livs begyndelse og fosteranlægs etiske status - et debatoplæg*. København 2003.

Dansk Medicinsk-historisk Selskab

Beretning 2002

*Der afholdtes ordinær generalfor-
samling d. 19. februar 2002. Ingen
bestyrelsesmedlemmer var på valg.
Bestyrelsen består af:*

Professor, dr. med. Henrik R. Wulff
(formand) Gladsaxevej 16, 2860
Søborg, Tlf. 39 69 46 49.
h.r.wulff@image.dk

Professor, dr. pharm. Poul R. Kruse
(næstformand) Pharmacon A/S
Milnersvej 42, 3400 Hillerød
Tlf. 48 20 60 00
epkruse@tiscali.dk

Cand. phil., ph.d. Bodil Haarmark,
ph.d. (sekretær)
Nordskrænten 27
2980 Kokkedal
Tlf. 45571814
bodilhaarmark@hotmail.com

Læge Camilla Høegh-Guldberg
(kasserer) Præstø Landevej 28B
Mogenstrup, 4700 Næstved
Tlf. 55 76 02 04
camillaahoeghguldberg@dadlnet.dk

Professor, dr. odont. et med. Inger
Kjær (valgt 2001)
Odontologisk Institut,
Tandlægeskolen Panum Insitutet
Nørre alle 20, 2200 Kbh. N
Tlf. 35 32 66 74
ik@odont.ku.dk

Overlæge dr. med. Henrik Permin
(valgt 2000)

Finsencentret, Epidemiklinikken
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø
Tlf. 35 45 35 45
rh01813@rh.dk

Lektor Peter H. Wagner
(valgt 2001)

Botanisk Centralbibliotek
Sølvgade 83, opgang S
1307 Kbh. K
Tlf. 35 32 22 50
peterw@bot.ku.dk

I bestyrelsesmøderne deltager des-
uden professor, dr. med. Mogens
Osler som repræsentant for "Medi-
cinsk-historisk Museums venner"
og cand. mag. Søren Bak-Jensen
som repræsentant for Medicinsk-
Historisk Museum/Afdelingen for
Medicinhistorie.

Kontingentet er fortsat kr. 200,- for
ordinære medlemmer og kr. 100,-
for studerende. Medlemstallet er
284.

Følgende fordrag og andre arrange-
menter er afholdt i 2002.

24. januar: Lektor, dr. phil. Histo-
risk Institut, Århus Universitet Ger-

da Bonderup: Forebyggelsespolitikken fra 1780'erne til 1850'erne - lægerne, den politiske ledelse og befolkningen. Resumé: I sidste halvdel af 1700-tallet begyndte lægerne og den politiske ledelse at samarbejde om etableringen af et sundhedsvæsen, det såkaldte "medicinsk politi". Man havde i denne merkantilistiske tid bl.a. opdaget, at fattigdom og sygdom hang nøje sammen. Derfor ville man ikke længere blot bekæmpe sygdom, men også forbygge den. Mange forskellige tiltag blev gjort. I mit foredrag vil jeg se på to hovedemner, nemlig lovgivning og epidemiforebyggelse med kvaksalverforordning af 1794, koppevaccinationens indførelse og koleratiltag som eksempler. Hovedfokus vil gennemgående blive lagt på sam- og modspillet mellem læger, regeringen og deres objekt - befolkningen.

19. februar: (efter Generalforsamlingen): Fhv. forskningsbibliotekar ved DVJ Bibliotek, dr.med.vet. & h.c. Ivan Katic: Sundhedstilstanden i Island i sidste halvdel af 1800-tallet, specielt på baggrund af lægerne P.A. Schleisner og Harald Krabbe's videnskabelige studier. Resumé: Krabbes tre rejser til Island (1863, 1870 og 1871) faldt i en tid, hvor Island hørte under Danmark. Man ønskede her at vide mere om folksygdommen ekinokokkose og at nå frem til retningslinier for dens udryddelse. Krabbe kom i kontakt med mange mennesker og måtte af og til selv give lægelige råd og praktisere. Hans studier må ses som en direkte fortsættelse af dem, som

den danske læge Peter Anton Schleisner (1818-1900) havde foretaget i Island nogle år tidligere og samlet i sin doktordisputats, Islands Nosografi (1849). Krabbes dagbog blev til i en tid uden radio og fjernsyn. Aviser kom kun, når et skib anløb, og nyheder spredtes langsomt, Alligevel kedede man sig ikke, for selskabelighed var meget udbredt. Krabbe ser begivenheder og personer med den fremmedes øjne, og måske beskriver han dem derfor mere nøgternt, end en 'indfødt' ville have gjort det. Det er med til at gøre hans beskrivelser interessante for eftertiden.

13. marts: Foredrag om aldring og levetid i medicinsk-historisk belysning. 1) Lektor, læge Bernard Jeune, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet: Myter og ideale forestillinger om aldring og levetid før 1800-tallet. Resumé: De bibelske myter om patriarkernes ekstremt lange levetider fik en uhyre lang levetid. I vid udstrækning overlevede de oplysningstiden og på sin vis også starten af den moderne lægevidenskab i begyndelsen af 1800-tallet. Interessen for livsforlængende levevis og foryngende livseleksier skyldtes ikke mindst fransiskanermunken Roger Bacon og italieneren Luigi Cornaros revitalisering i den sene middelalder og renæssancen af oldtidens helseråd om mådehold som opskriften på et langt liv. Bakket op af filosofferne Francis Bacon og René Descartes i 1600-tallet blev det lange liv gjort til genstand for naturvidenskabelige overvejelser.

Men det førte også til den såkaldte 'hundredårskult' i 1600- og 1700-tallet, som den danske embedsmand Bolle Willum Luxdorph med sine undersøgelser af meget gamle mennesker var en del af. De første overlevelsestabeller blev udarbejdet af John Graunt, Christian Huygens, Geotfried W. Leibniz, Edmund Halley og Abraham de Moivre i 1600-tallet. Naturforskerne Albrecht von Haller og Georges-Louis Buffon var centrale skikkelser i de naturvidenskabelige forklaringer af aldring og levealder i 1700-tallet. Det berømte værk, 'Macrobiotik', fra 1797 af Christopher Hufeland afsluttede en epoke, hvor den galenske aldringsteori om varme- og fugtighedstab var fremherskende. Med titlen "Kunsten at forlænge livet" blev Hufelands værk oversat til dansk af Johan Clemens Tode. På trods af den moderne lægevidenskabets gennembrud i 1800-tallet dannede den skole for en række populære hygiejniske tiltag i kunsten at forlænge livet helt op i det 20. århundrede. Tiden op til 1800 var præget af en generelt positiv holdning til alderdommen. 2) Seniorrådgiver, dr. med. Henning Kirk: "1800-tallets ældreforskning: Positivismen og de negative ældrebilleder i 1800-tallet. Resumé: Paradoksalt nok betød positivismen i naturvidenskaben og lægevidenskaben i første halvdel af 1800-tallet at der udvikledes mere negative ældrebilleder end dem der var fremherskende i 1700-tallet. Vægten på den patologiske anatomi som ny metode i den kliniske lægevidenskab medførte en systematisk undervurdering af ældre

menneskers fysiske og psykiske funktionsevne. I 1800-tallet videreførtes således antikkens generelt negative billeder af alderdommen, og dette forstærkedes senere i 1800-tallet hvor lægelitteraturen indførte biostatistik ved studier af ældre mennesker. 1700-tallets opbyggelige skrifter om alder og livsførelse blev i 1800-tallet efterhånden afløst af populær sundhedslitteratur som satte fokus på alderens svækkelse. Men det moderne medicinske gennembrud i 1800-tallet førte også til den fornyelse, at sygdomme i alderdommen blev taget alvorligt. De skulle diagnosticeres, og da de ofte ikke kunne behandles (efter nutidens målestok), skulle patienterne under alle omstændigheder ydes omsorg og pleje. Dermed indledtes den geriatriske behandlingsindsats, som udvikledes i det 20. århundrede. Og i slutningen af 1800-tallet lagde Weismann og Metchnikoffs biologiske aldringsforskning grunden til 1900-tallets gerontologi.

17. april: 1) Læge Jørgen Genner: Træk af Retsmedicinens Historie i Kongeriget Danmark. Resumé: Retsmedicinen som Fag defineres og afgrænses, idet Oprindelsen i Europa omtales som Indledning til en Beskrivelse af Retsmedicinens Udvikling og Opstaaen i Kongeriget Danmark belyst gennem konkrete Exempler hentet fra Retsmedicinens Dagligdag i saavel det af Politiet rekvirerede, praktiske, juridiske Arbejde - som den theoretiske, akademiske Deel af Arbejdet ved Universitetet, herunder Studenterrun-

dervisningen som afspejler de gradvist ændrede Samfundsforhold, idet Retsmedicinen herved kan tillægges en baade passiv og aktiv Rolle i Samfundsudviklingen. 2) Tandlæge Jan Jakobsen: Træk af retsodontologiens historie - ude og hjemme. Resumé: Fagets ca. 100 årige historie afspejler en sej og langsom udvikling. I mange lande har mønsteret været det samme: Først en stor brand - eller flykatastrofe med behov for identifikation af mange dødsopfer, og derefter en anerkendelse af fagdisciplinen retsodontologi. Den nuværende placering af faget kan med rette tilskrives skandinaviske tandlægers indsats, der har ført til et velorganiseret samarbejde med de nationale politimyndigheder og Interpol. På trods af denne dystre baggrund for den retsodontologiske virksomhed kan foredragsholderen fortælle flere sørgmuntre oplevelser fra 35 års samarbejde med politi og retsmedicin.

25. maj: Forårsudflugt (sammem med Dansk Farmacihistorisk Selskab) til Apoteket Lejonet og tilhørende Museum i Malmö (ved Apoteker Greta Roslund) og til Medicinsk-Historisk Museum i Lund (ved Museichef Pia Michelsen).

12. september: Symposium i anledning af den store polioepidemi for 50 år siden (arrangeret sammen med Dansk Selskab for Infektionsmedicin og Dansk Anæstesiologisk Selskab. 1. Paul Warwicker, London: The Danish Polio Epidemic 1952. 2) Overlæge Gunnar Gri-

mby, Göteborg: Postpolio-syndromet. 3) Professor Else Tønnesen, Århus: Polioepidemiens betydning for udviklingen af intensiv medicin. 4) Ph.d. Nete Munck Nielsen, Statens Seruminstitut: Postpolio associationer til andre sygdomme. 5) Professor Peter Skinhøj, København: Den globale polioudryddelse i syne?.

26. september: Professor Karin Johannisson. Institution för idé- och lärdoms-historie, Uppsala. Sjukdom och känslor: Exemplet nostalgi. Resumé: Nostalgi (hjemlængsel) var i 1700-tallet en sygdom. Unge soldater og unge tjenestepiger var de hårdest nostalgirante. Karin Johannisson skriver i sin bog Nostalgi: Den (nostalgien) drabbar både mannskap och befil. Alla grips av en passionerad längtan efter hem och familj. Män som drabbas av denna oro dör av sjukdomar eller mister livet i strid. Karin Johannisson har også læst lægerapporter og retsreferater, som stillede diagnosen nostalgi på unge piger, som udløvede vold mod de børn, de skulle passe, for at blive sendt hjem. Hun fører begrebet frem til vor tid og påpeger, at begrebet til dels er forkastet i det moderne samfund.

9. oktober: Docent, dr. phil. Karl-Erik Frandsen, Institut for Historie, Københavns Universitet. Kampen mod pesten. Resumé: Da pesten i 1708 nærmede sig østersøområdet fra syd, foretog den danske regering en sundhedspolitisk oprustning for at hindre pesten i at komme til Danmark. Foredraget vil især

handle om oprettelsen af karantænestationen på Saltholm, der var i funktion fra sommeren 1709 til foråret 1712. Takket være et stort, hidtil ukendt regnskabsmateriale er det muligt i detaljer at følge opbygningen af stationen, det hårde dagligliv på Saltholm og de idéer om smittevejene, som beslutningstagerne havde.

1-2 november: Forskerseminar med titlen "Helse- og Medicinhistoriske forskerdage" arrangeret sammen med Afdelingen for Medicinhistorie (Museet) og Afdeling for Sundhedstjenesteforskning ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, samt Dansk Sygeplejehistorisk Selskab og Dansk Farmacihistorisk Fond. Key-note speaker: Anne Hardy fra Wellcome Centre, London, vil være key-note speaker. Desuden bidrag fra danske medicinhistoriske forskere, herunder flere ph.d.-studerende.

13. november: Overlæge, lektor Bent Langfelt. Lægen Carl von Linné. Resumé: Carl Linnaeus blev født 23. maj 1707 i Råshult i Kronobergs Län Sverige. For sine fortjenester blev han i 1757 adlet under navnet Carl von Linné. Han er med sine talrige botaniske værker, bl.a. *Systema naturae*, verdenskendt og måske den største botaniker verden endnu har set, men han var også læge og betragtede sig selv som først og fremmest at være læge. Han endte da også med at være professor i 37 år ved Uppsala Universitet i botanik, teoretisk medicin, diætetik og naturhistorie. Hans læ-

gelige indsats vil blive udførligt omtalt i foredraget. Han var på mange områder langt forud for sin tid med særdeles interessante fremtidsvisioner. Hans enorme produktion omfatter over 3000 værker med over 1 million sider.

3. december: 1) Professor, dr. med. Mogens Norn: Iridologiens og øjenprotesens historie. Resume: Irisanalyse er et alternativt diagnostisk system udviklet af Phillipus Meyen i 1670, genopfundet af ungaren Ignatz Petzelyu i 1833 og udbredt af den svenske pastor Nils Liljequist i 1893. Iridologen påstår, at han ud fra sorte eller hvide pletter mm. i iris kan stille diagnoser, forudsige sygdomme i fjerntliggende organer (lunger, nyrer, tarm osv.). Irisanalysen er videnskabeligt forkastet af professor i oftalmologi, Lennart Berggren, i 1985. Men alligevel trives iridologien fortsat, og der udkommer stadig "seriøse" bøger om emnet (Heino 1997). Hvorfor? Øjenprotesen beskrives første gang af Ambroise Pare (1510-90). Glasprotesen fremstilles fra 1835 af Müller-Uri i Lauscha sydvest for Weimar. Gipsaftryk af øjenhulen til glasprotese fremstilling diskuteres i Oftalmologisk Selskab i København i 1908. Implantat i øjenhulen anvendes af T.J. Dimitry allerede i 1919, og acrylprotesen indføres under Anden Verdenskrig. Det bevægelige kunst-øje med hydroxyimplantat diskuteres i forhold til glasprotesen. Øjenprotesens tredimensionelle kunst sammenlignes med de anatomiske forhold og iridologiens forestillingsverden.

2) Professor, dr. med. Jan Ulrik Prause: Moderne irisanalyse og den moderne brug af kunstige øjne. Resumé: Iris afspejler mange sygdomme såvel i øjet som i resten af kroppen. Klassiske symptomer som colobomer og aniridi er dels led i udviklingsdefekter, men kan desuden kaste lys over væsentlige sygdomsgrupper og belyse grundlæggende patologiske mekanismer ved såvel glaucom som corneale stamcellesygdomme. Lisch nodules og NF1 er en velkendt sammenhæng, men relationen mellem pigmentepithellæsion og fysisk aktivitet, glaucom eller exfoliationssyndrom er mindre kendt. Disse eksempler og andre tilsvarende belyses klinisk og histopatologisk. Irisanalysen søges herved bragt i en fornuftig relation til moderne lægevidenskabelig erkendelse. Gennem de sidste 15 år har brugen af kunstige øjne ændret sig radikalt. Fremkomsten af integrerbare implantater har gjort det muligt at genskabe proteselejer med meget stor bevægelighed. Brugen af acrylproteser, støbt direkte efter den enkelte patients conjunctivallhule, har muliggjort en væsentlig mere effektiv overførsel af den opnåede bevægelighed fra det implanterede kunstøje til acrylprotesen. Fremkomsten af titaniumkoblingssystemer mellem implantaterne og proteserne har yderligere forfinet denne teknik. Disse landvindinger beskrives, og den nyeste variation af teknikkerne præsenteres sammen med eksempler på de opnåede resultater. Baggrunden for, hvorfor man i dag fjerner øjne belyses

og der kastes lys over, hvorledes indikationerne for enucleation/exenteration af øjne har ændret sig gennem de sidste 25 år.

Jysk Medicinhistorisk Selskab

Beretning 2002

Bestyrelsen efter generalforsamlingen 14. maj 2002:

Professor, dr. med. Christian Brahe Pedersen, Dalvangen 34, 8270 Højbjerg (formand)

Professor, dr. med. Markil Gregeresen, Rouloen 24, 8250 Egå (næstformand)

Læge, Ph.D. Lene Warner Boel, Skæring Sandager 129, 8250 Egå (kasserer)

Registrator, ekstern lektor, mag.art. Hanne Tegllhus, Skolevangsalle 54, 8240 Risskov (sekretær)

Sygeplejerske Aja Høy-Nielsen, Havnegade 69, 2. sal, 6700 Esbjerg

Overlæge, dr. med. Bjarne Møller Madsen, Sejs Søvej 59, 8600 Silkeborg

Professor, dr. med. Albert Gjedde, Silkeborgvej 673, 8220 Brabrand
Tandlæge, cand. phil. Bendt Toft Olsen, Højagervej 5, 8240 Risskov

Overlæge, lektor, dr. med. Ulrik Pedersen, Øreafdelingen, Århus Kommunehospital.

Medlemstal ved udgangen af 2002: 160

Medlemskontingent kr. 200, studerende kr. 100

Følgende møder og aktiviteter er afholdt i Selskabet i 2002.

5. februar: Togulykken ved Bramming i 1913. Et lægeligt efterspil. Foredrag ved sygeplejerske Aja Høy-Nielsen. I 1913 kørte Englands-ekspressen med 279 passagere af sporet ved Bramming. Ved ulykken døde 15 passagerer, 8 tyske rejsende og 6 danske, heraf den kendte folketingsmand Peter Sabroe. Den danske erstatningskommission, der behandlede 86 henvendelser om erstatning, havde et ønske om, dels at begrænse udgifternes himmelflugt, dels at fremstå som en kommission, der behandlede de velstillede udenlandske rejsende anstændigt. Foredraget omhandlede først selve ulykken, førstehjælpen, ambulancetoget og erstatningssagen. Dernæst det lægelige efterspil, der afslørede en foretagsom og uhørt grådig læge, der forventede lægekredsforeningens støtte, mens han gang på gang udfordrede kollegaerne og de kollegiale aftaler. Det var en lægetype, som den lokale lægekredsforening slet ikke kunne håndtere. Forløbet blev med rette kaldt "sagen, der ikke tjente de deltagende lægers ære".

Nyt om apotekernes historie. Foredrag ved fhv. apoteker Erik Bové Christensen. Foredraget omhandlede træk af apotekervæsenets historie i Danmark siden 1500-tallet. For at etablere et apotek, var det nok med kongeligt privilegium. På den måde blev apotekeren holdt stærkt

i ørene af det offentlige. Der er endnu 4 apoteker i Danmark med uafbrudt privilegium fra 1500-tallet - alle jyske - deriblandt Aarhus Løveapotek.

9. april: Bronchoskopiens historie. Foredrag ved overlæge, dr. med. Ulrik Pedersen. Hovedvægten i foredraget var en historisk oversigt, hvor fødselslægen i Frankfurt Philipp Bozzini (1773-1809) blev fremhævet, idet han i 1806 konstuerede en såkaldt "lichtleiter" udført i bly overtukket med læder. Indvendig var en lysestage med vokslys og et konkavt spejl. Til apparatet kunne fastgøres forskellige specula til inspektion af vagina, endetarm, urinleder og af særlig interesse for bronchoskopien, et svælgspeculum. I 1853 demonstrerede den franske kirurg Antonin Jean Desormeaux et apparat til at eksaminere urethra og blære, men det kunne også anvendes til rektoskopi og til undersøgelse af svælget. Efter gennemgang af forskellig markante personers landvindinger indenfor bronkoskopiens fremskridt, sluttedes med omtale af bronchologiens aktuelle stade, samt de muligheder der findes både indenfor den terapeutiske og diagnostiske bronchoskopi, samt de perspektiver, der tegner sig.

Kirurgisk Instrumentmager Camillus Nyrop. Foredrag ved ekstern lektor, mag. art. Hanne Tegllus. Camillus Nyrops navn har igennem mere end 150 år været forbundet med kirurgiske instrumenter og andet medicinsk tilbehør. Camillus Nyrop (1811-1883) blev født som yngste

søn af provsten i Riserup på Falster. I modsætning til sine ældre brødre, var Camillus Nyrops barndom præget af megen leg og ikke så meget af skolegang. Men gennem senere lærepladser, undervisning på Polyteknisk Læreanstalt og langvarig uddannelsesrejse oparbejdede han stor viden og dygtighed indenfor fremstillingen af lægernes kirurgiske instrumenter. Forretningsmæssigt var han dristig og fremsynet og han oparbejdede en blomstrende forretning i København, som efter hans død, videreførtes af hans sønner og stadig bestod efter mere end 100 år.

15. september: Udflugten gik til Jelling i samarbejde med Medicinsk Historisk Selskab på Fyn. Her besøgte først det forholdsvis nye museum, Kongenes Jelling, hvor der var arrangeret rundvisning. Dernæst besøgte den nyrestaurede Jelling Kirke, hvor der ligeledes var rundvisning med en lokal guide. Herefter berettede Hanne Tegllus om lægen dr. med. Claudius Julius Boye, hvis gravsted med en markant gravsten, stadig er på Jelling kirkegård. Claudius Julius Boye foretog i 1867 i Danmark, den første ovariometri, hvor patienten overlevede.

24. oktober: Frenologi og neofrenologi, om kortlægning af hjernens funktion gennem 200 år. Foredrag ved professor, dr.med. Albert Gjedde. Et spændende foredrag om den hurtige udvikling i vores viden om hjernen.

Kurare - den flyvende død. Fore-

drag ved professor i farmakologi Ove A. Nedergaard. Foredraget omfattede historien om den sydamerikanske pilegift og dens introduktion i medicinsk terapi, de europæiske opdagelsesrejsendes beskrivelse af kuraren og indsamling af kurare i det. 20. århundrede og de første kliniske anvendelse. Om fremstilling og styrkebestemmelse af kurare og endelig om behandling med kurare ved psykiske lidelser og ved kirurgi. Foredraget var ledsaget af mange gode lysbilleder.

3. december: At kende sandheden. Foredrag ved filminstruktør og læge Nils Malmros og oversygeplejerske og skuespiller Marianne Hager. Nils Malmros fortalte om overvejelserne i forbindelse med optagelserne til sin nyeste film om faderen professor Richard Malmros. Om faderens kontroverser med nogle af sine kolleger og om den smertefulde anklage imod ham i den ulykkelige Thorotrastsag. Marianne Hager berettede om sin tid som helt ung sygeplejerske hos Richard Malmros, og om sin rolle i denne film, hvor hun spiller den ældre sygeplejerske, der bistod Richard Malmros under operationerne. Marianne Hager deltog også i det betydelige research-arbejde, der lå bag filmoptagelserne. Der var en overvældende tilslutning til dette arrangement, der traditionen tro afsluttedes med gløgg og æbleskiver.

*Hanne Teglhus,
Steno Museet*

Medicinsk Historisk Selskab på Fyn

Beretning 2002

Bestyrelsen efter generalforsamlingen 2002:

Overlæge Niels Kristoffer Jensen,
Elmelundsvej 24, 5200 Odense V
(formand)

Overlæge, dr.med. Flemming Brandrup,
Vestergade 30, 5600 Faaborg
(næstformand)

Overlæge Frank Vous Kristiansen,
Skovgyden 47, Ørritslev Skov,
5456 Otterup (kasserer)

Tandlæge Marianne Gjerløv Lauritzen,
Holger Bisgaardsvej 1, 5620
Glamsbjerg (sekretær)

Afdelingsleder, dr.med. Bent Collatz
Christensen, Svalevej 4, 5210
Odense NV

Overlæge dr.med. Frank Børgesen
Gaarskjær, Vesterbakken 7,
Sandager Næs, 5610 Assens

Professor, dr.med. Bent Harvald,
Langelinie 163, 5230 Odense M

Professor, dr. med Jens Zimmer
Rasmussen, Olaf Ryesgade 5,
5000 Odense C

Apoteker Nis Clausen, Rugvangen
33, 5210 Odense NV (æresmedlem)

Læge Morten Quist, Linde Allé 9,
5230 Odense M (tilforordnet
medlem)

Cheflæge Ib Søgaard, Vinkelvej 24,
7900 Nykøbing Mors (korrespon-
derende medlem)

Medlemstal ved udgangen af 2002:
69. Medlemskontingent kr. 200.

Selskabet har i 2002 afholdt følgende møder/arrangementer:

11. februar: Generalforsamling. Efter generalforsamlingen medlemsmøde nr. 116: Ib Søgaard holdt foredrag: Karen Blixen og Lægerne.

8. april: Medlemsmøde nr. 117: Første foredrag ved Lektor Steffen Arndal, Odense Universitet: Rilke og den binoculære rumperception, og andet foredrag ved Professor Mogens Norn: Synssansen og kunsten.

20. september: udflugt til Kongernes Jelling sammen med Aarhus, hvor museet, gravhøjen, Danmarks Dåbsattest og kirken blev besøgt. Endvidere besøgte vi dr. Claudius Julius Boyes grav og fik et foredrag ved registrator, lektor Hanne Teglhøus om ham og om den første danske vellykkede ovariotomi.

9. september: Medlemsmøde nr. 118: 1. foredrag ved museumschef Frank Allan Rasmussen: Den medi-

cinhistoriske kulturarv - hvad skal vi med den? 2. foredrag: Ove Schafalitzky de Mucadell: Sekretin i 100 år.

28. oktober: Medlemsmøde nr. 119: 1. foredrag ved forskningsbibliotekar Ivan Katic: Sundhedstilstanden i Island i sidste halvdel af 1800-tallet, specielt på baggrund af lægerne P. A., Schleisner og Harald Krabbes videnskabelige studier. 2. foredrag: Bernhard Jeune: Aldring og levetid i medicinsk historisk belysning.

9. december: Medlemsmøde nr. 120: 1. foredrag ved Lektor Gerda Bonderup: Koppevaccinationens indførelse i Danmark. 2. foredrag ved Hans Jørn Kolmos: Carl Julius Salomonsen og den tidlige bakteriologi i Danmark.

Andre aktiviteter: I selskabets regi og ved nogle selskabets medlemmer er afholdt et velbesøgt (overtegnet) tilvalgskursus for de lægestuderende.

Curricula Vitarum

Rasmussen, Sven Leo Rishjerg. Født 1940. Cand. med. fra København 1968. Speciallæge i psykiatri 1977. Overlæge 1980-87 psykiatrisk afdeling Centralsygehuset i Næstved. Siden 1987 praktiserende psykiater, praksisadresse Store Kongensgade 116. 1., 1264 København K. Publicerede arbejder især omfattende efterundersøgelser.

Haarmark, Bodil. Født 1955. Cand.phil. i historie 1982. Ph.d. 1994. Ansat som museumsprædagog i Skoletjenesten på Museet for Danmarks Frihedskamp 1982-1985. Fondslønnet videnskabelig assistent på Medicinsk-historisk Museum siden 1985. Fra 1994 konsulent ved Medicinsk-historisk Museum. Forskningsadjunkt sammesteds fra 1995. Artikler om farmacihistoriske og medicinhistoriske emner. Forfatter til: "Apotekerkrummer og officiner fra barok til skønvirke". København, 1995. Har herefter arbejdet med forskningsprojektet: Fattig og syg i 1850'ernes København". Medlem af Dansk medicinsk-historisk Selskabs bestyrelse som sekretær fra 2001. Arbejder nu i Apotekerfondens farmacihistoriske Samling. Adresse: Nordskrænten 27, 2980 Kokkedal.

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.

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, gæstekurator fra 2002. Forfatter af Oftalmologiens historie i Grønland, Glaucomets historie, specielt i Danmark, Eskimo snow goggles, Farvernes Kulturhistorie samt videnskabelige artikler om øjensygdomme, vitalfarvning, cytologi, oftalmogeografi og medicinhistorie. Adr. Bomhoffs Have 13.3, DK-1872 Frederiksberg C.

Marckmann, Anton. Født 1925. Cand. med. Kbhvn. V. 1952. Dr.med. 1966, Kbhvns.Universitet (Reaction of skin to autotransplantation). Speciallæge i kirurgi 1966, i kirurgisk gastroenterologi 1972. Overlæge kirurgisk afd., Sønderborg sygehus 1968. Fra marts 1993 privat., Høruphav, 6470 Sydals. Artikler om kirurgiske, medicin-historiske og lokal-historiske emner. 1997 næstformand i bestyrelsen for Museet, Sønderborg sygehus.

Johannsen, Andreas. Født 1938 i Bov. Student 1958 fra Aabenraa Stats-skole. Cand. med. vinteren 1967 fra Århus Universitet. 1967-72 ansat på gynækologisk-obstetrisk afd., kirurgisk afd., medicinsk afd., fysiurgisk afd. og røntgenafd., Vejle. 1972-78 ansat ved røntgenafd. R og neuroradiologisk afd. Århus Kommunehospital. Oktober 1978-marts 2000 overlæge ved røntgenafd, Sønderborg sygehus. Marts 2000-2003 konsulent ved røntgenafd, Sønderborg sygehus.,1979-85 konsulent i diagnostisk radiologi ved Kong Christian d. X gigthospital, Gråsten. Medlem af overlægerådet, Sønderborg sygehus, 1980-91, formand 1990-91. Medlem af bestyrelsen for Danske Radiologers Organisation 1991-97, formand 1993-97. Medlem af Dadl og FAS repræsentantskab 1993-99. Amtsrepræsentant for Sønderjylland 1993-99. Medlem af bestyrelsen for Sønderjyllands lægekredsforening 1993-97. Medstifter og formand for Museet, Sønderborg sygehus, 1993-. Medlem af patientklagenævnet 1996-2000. Tidsskriftartikler om gynækologiske, radiologiske og medicinhistoriske emner. Tildelt Schlesiens Medicinske Akademi æresmedalje 1992. Adresse: Skovhøj 22, 6470 Sydals.

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-historisk 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

Høy-Nielsen, Aja. Født 1944. Sygeplejerske med ansættelser som forstanderinde ved Spangsbjerg Hospital, Esbjerg og skoleleder for social - og sundhedsuddannelserne i Ribe Amt. Ansat ved Dansk Sygeplejehistorisk Museum 1998-1999 og igen i vikariat fra maj 2003. Medlem af bestyrelsen for Jysk Medicinhistorisk Selskab og medstifter af Dansk Sygeplejehistorisk

Selskab. Har skrevet biografier til Dansk Kvindebiografisk Leksikon. Udgav i 1999 bogen: Sygeplejersker i en provins - træk af sygeplejens historie og professionalisering i Esbjerg i årene 1890-1925. Adr. Havnegade 69, DK-6700 Esbjerg.

Jensen, Niels Kristoffer. Født 1931. Cand.med. 1959. Speciallæge i patologisk anatomi 1969. Overlæge ved Patologisk Institut, Odense Sygehus 1970 - 1996 og lektor i patologisk anatomi ved Odense Universitet 1971 - 1986. Formand for Medicinsk Historisk Selskab for Fyn fra 2002 og medredaktør af Dansk Medicinsk Historisk Årbog fra 2002. Tidsskriftartikler om patologisk-anatomiske og medicinsk etiske emner. Adresse: Elmelundsvej 24, 5200 Odense V. E-mail: nk.jensen@get2net.dk

Boganmeldelser

Henrik Wulff:

Lægevidenskabens sprog - fra Hippokrates til vor tid

Munksgaard Danmark, 2003.

194 sider.

Af Nick Nyland

"Jeg ved ikke, hvad d'herre taler om, men endelserne er i hvert fald forkerte." Således faldt dommen fra en klassisk skolet patient, der under en stuegang hørte sin sygehistorie diskuteret på latin af de omkringstående læger. Eksemplet er fra Wulffs tid som hospitalslæge, og latinkundskaberne blandt danske læger er næppe øget siden, snarere tværtimod. Opgivelsen i 1991 af kravet til de medicinstuderende om den "lille latinprøve" har fremskyndet udviklingen.

Den sproglige ufuldkommenhed på latin blandt danske læger er et af Wulffs argumenter for at indføre et fordansket læglatin. Englænderne har for længst gjort det, og da engelske lærebøger og engelsksprogede artikler vinder frem, stiger risikoen for, at det engelske læglatinske sprog bliver enerådende og udkonkurrerer det danske. Engelsk har allerede overtaget rollen fra latin som det lægelige verdenssprog. Flest artikler publiceres på engelsk, og engelsk er samtalsproget på alle ikke rent nationale lægelige konferencer, også blandt nordiske kolleger.

Wulffs bog om læglatin er ikke udtænkt som en opfordring til modernisering af det danske læglatinske sprog, men bogens afsluttende credo indeholder dog en opfordring hertil. Herudover er bogen en lærd og detaljeret, men yderst letlæst og underholdende gennemgang af læglatinens fra dens opståen omkring år 0, over blomstringsperioden i 15 og 1600-tallene med de mange nye lægevidenskabelige (især anatomiske) opdagelser, der skulle navngives, til overgangen fra et universelt lægesprog til nationalt prægede sprog (lægedansk, lægeengelsk, lægetysk osv.) i tiden herefter. Latin ophørte med at være lægernes sprog i Danmark i 1800-tallet, hvor disputatser fra 1848 kunne skrives på dansk, og hvor journalskrivning på latin ophørte omkring 1850.

Siden har latin overlevet i anatomiske og sygdomsbeskrivende termer, der er blevet internationalt standardiseret (*Terminologia Anatomica* og ICD-10). Det er her, det går galt på grund af vores manglende latinkundskaber. Hvor mange læger ved i dag, at "følger efter sår i mavesækken" grammatisk korrekt hedder *ulceris ventriculi sequelae* og "mistanke om lungekrebft" hedder *observatio pro cancro pulmonis*? Lægerne højer orde-

ne forkert eller skjuler deres uvidenhed om de rigtige kasusendelser bag forkortelser som *ulc. ventr. seq. og obs. pro c. pulm.*

Englænderne har det lettere. De arbejder efter angliciserede udgaver af Terminologia Anatomica og ICD-10 og har i øvrigt siden romertiden fordomsfrit importeret romanske gloser (især via fransk), der også har omfattet anatomiske benævnelser. Dagligsprogets anatomiske og sygdomsbetegnende ord og lægelatinske termer er således ofte enslydende i engelsktalende lande. De importerede ord opfattes af englænderne som ligeværdige med de oprindelige arveord, og begrebet "fremmedord" kendes ikke i England.

Hvis dansk lægelatin skal overleve, kræver der ifølge Wulff en fordansking af anatomiske, nosografiske og diagnostiske termer på en sådan måde, at de ligger tæt op ad de engelske. Herved bliver det let at oversætte fra lægeengelsk til lægedansk. Hvis lægedansk forbliver et område for latinkyndige sprogeksperter, sygner det hen, og lægeengelsk vil tage over.

Wulff pointerer afsluttende, at bevarelsen af det danske fagsprog desuden er afhængig af, at der fortsat udgives dansksprogede bøger og tidsskrifter, og at dansk fastholdes som undervisningssprog på de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Der er med Wulffs bog lagt op til en diskussion om berettigelsen af en sprogreform i dansk lægelatin. Personligt mener jeg, at Wulff fremfører gode argumenter for forandring.

Kai Ludvigsen:
Dagbøger ført under mit Ophold som fungerende
Distriktslæge i Sydgrønland 1930-31.
Udgivet af Nick Nyland. 2002.
157 sider. Pris 195 kr.

Af lektor, dr.phil. Gerda Bonderup

På mindre end en uge skulle Kai Ludvigsen, nyudklækket mediciner, afvikle sit vikariat på Sjælland, blive viet og tiltræde sin stilling i Grønland, som han egentligt kun havde søgt for sjov og måske for at udnytte alle chancer. Selv om hans ophold kun blev på godt og vel et år, kom det til at præge hans liv for altid. Han søgte flere gange tilbage som distrikts- og kredslæge eller arbejdede der i Røde Kors' regi. Fra sit første ophold sendte han dagbøger hjem til familien. Familien har siden afleveret dagbøgerne til Museet i Julianehåb. Læge og på det tidspunkt distriktslæge i byen, Nick Nyland, blev gjort opmærksom på dem og har nu notificeret og udgi-

vet dem. Det er ikke blot interessant læsning, men man taber til tider direkte vejret! Gennem storm og stors kæmpede Ludvigsen sig frem med sin lille lægemotorbåd til hver en by, bygd og boplads i sit distrikt, til de fleste endog flere gange. Hans ture kunne tage adskillige dage. Og hvor var det forfærdelig fattige forhold, han traf på hos fangerfamilierne. Med samme ildhu arbejdede han på forbedringer til sygehuset i sin distriktsby Nanortalik syd for Julianehåb, det blev udvidet og rensat fra bunden af. Det var normeret til 10 og måtte ofte huse 30-40 patienter. Tuberkulose var hovedsygdommen, efterfulgt af syfilis. Nok er Ludvigsen ikke en stilistisk kunstner, han fortæller stort og småt i et åndedrag og med mange gentagelser. Det bærer man dog gerne over med, så engageret, pligtopfyldende og positivt et menneske han var.

Nick Nyland har i udgivelsen bibeholdt den originale stavemåde med få forståelsen nødvendige kommaer og kantede parenteser. Noterne er omhyggelige og giver nogle gange mere end udtømmende oplysninger. Således nævner Ludvigsen en enkelt gang provst Westergaard, og i noten får vi hele dennes livsforløb fra hjælpepræst til provst klarlagt. - Bogen er rigt illustreret, billederne og deres tekster har Nick Nyland taget fra Ludvigsens album og suppleret med egne oplysninger. Særligt betagende er et lille af Ludvigsen tegnet og farvelagt "Kort over Julianehaab Distrikt og specielt mit Distrikt", som er vedhæftet sidst i bogen. Ludvigsen har derpå også noteret sine egne iagttagelser som "Skønneste Fjord i Grønland" eller "Det farligste Sted - Storm og aabent Vand".

Hans Christensen Bartscher:
En liden bog om Allehånde sygdomme. Schlesswig 1596.
Bearbejdet og kommenteret af Jørgen Ladefoged 2002.
Forlaget Wormianum, Højbjerg.
ISBN 87-89531-03-5. 194 kr.

Af Niels Kristoffer Jensen

Af Jørgen Ladefogeds forord skal citeres: *Den foreliggende bog er en omskrivning til nutidsdansk af en dansk lægebog fra renæssancen, skrevet af en vis Hans Christensen, som betegner sig som bartscherer (barber) i Ribe. Formålet med udgivelsen er at give historisk interesserede mulighed for at læse et gammelt lægeskrift uden at skulle støve sig gennem vanskelige ord og bogstaveringer. Bogen er derimod ikke tænkt som en tekstkritisk nyudgivelse, hvilket der ikke er behov for, da værket let kan læses af fagfolk med et beskedent kendskab til ældre dansk.*

De mest kendte populære lægebøger på dansk til brug for almenheden fra renæssancen er Christiern Pedersen: *"En nøttelig Legebog faar Fattige och Rige Unge och Gamle"*, fra 1533 og Henrik Smith, hvis 6 mindre traktater blev samlet til *Henrik Smids Lægebog* i 1577. Endvidere kom i 1633 den mindre Niels Michelsen Aalborg: *"Medicins Bog"*.

Til disse 3 følger sig Hans Christensen Bartsker: *"En Liden Bog om allebande Siugdome"* fra 1596, som her foreligger i omskrivning til nutidsdansk og forsøgt ajourført med hensyn til nutidige plantenaevne og så vidt muligt nutidige sygdomsbetegnelser. Der er yderligere et forord af Jørgen Ladefoged med lidt omtale af bogen og dens forfatter, litteraturliste over anvendt litteratur i omskrivningen og i slutningen af bogen yderst nyttige oplysninger i form af planteliste, farmakopépræparater og apotekerbetegnelser. Endvidere personliste med kort omtale af de i bogen nævnte personnavne.

Ingen af alle disse dansksprogede lægebøger er originalværker, men compilationer fra latinske og tyske forfattere. Hans Christensen Bartsker fremkommer først med nogle almene betragtninger over fysiologien med udgangspunkt i humoralpatologien og med omtale af urinens udseende samt pulsundersøgelser og endelig råd om hvornår og måske mere vigtigt, hvornår det ikke er tilrådeligt at årelade. Han skriver, at alle sygdomme kommer af overflod, mest af æden og drikken, hvorfor mådehold altid er godt, han kendte åbenbart til det nutidige begreb "Livsstilssygdomme." Herefter gennemgår han sygdommene, dvs. mest sygdomssymptomer, fra hoved til fødderne med angivelse af midler mod disse. Der er dog intet afsnit om kvindesygdomme. Den sidste del af bogen er beskrivelse af hvilke sygdomme eller symptomer de forskellige planteudtræk kan bruges mod. Selv om Hans Christensen kalder sig bartsker er der kun lidt omtale af kirurgi.

For en nutidig læser er det interessant at læse om de mange forskellige midler, der kunne anvendes mod de forskellige tilstande med viden om, at næsten intet har haft nogen som helst virkning, åreladningen har tilmed i langt de fleste tilfælde haft skadelig virkning dog med undtagelse af akut lungeødem ved hjertesvigt, hvor den jo kan være livsreddende. Vi ved dog intet om, hvorvidt den har været anvendt på disse tilfælde. Lægerne dengang (og nu?) må vist være glade for, at "vis medicatrix naturae" har bevirket helbredelse trods de virkningsløse former for terapi. Men placeboeffekten fandtes også dengang, og patienterne troede sig ikke overladt til tilfældigheder, men at der blev gjort noget for dem.

Bogen er udgivet af Tidsskriftet Skalk, der borger for kvaliteten af nyudgivelsen. Den er let læselig, hvilket formentlig er Skalks hensigt som formidler. Målgruppen vil med omskrivningen til nutidsdansk formentlig være meget større og prisen meget mindre, end hvis den blev genudgivet som fotografisk optryk. Titelbladet er fotografisk gengivet og kan sammenlignes med titelbladet omskrevet til nutidsdansk. Medmindre man skulle være

meget øvet i at læse i gamle manuskripter, må det medgives, at det er meget hurtigere at læse den i den moderniserede udgave. Selv ville jeg dog nu nok have foretrukket en ordret gengivelse (med latinske bogstaver) og moderniseringen af sprog, plantenavne og sygdomsbetegnelser med et fyldigt noteapparat. Den foreliggende form når dog formentlig ud i videre kredse, og som anført i Jørgen Ladefogeds forord kan man, om ønsket, gå tilbage til originaludgaven. Foreliggende udgave kan og skal ikke sammenlignes med genudgivelsen af eksempelvis Henrik Smiths Lægebog af forlaget "Rosenkilde og Bagger" ved Anna-Elisabeth Brade fra 1976 som fotokopi i en bibliofil udgave. De henvender sig til 2 forskellige om end delvis sammenfaldende målgrupper, hvoraf nærværende bogudgivelses målgruppe må anses for langt den største. Skalks opgave som formidler er dermed opfyldt. Som et eksempel på renæssancens lægelige univers som det præsenteredes for lægfolket er bogen i den nuværende form fremragende og til en overkommelig pris. Den kan varmt anbefales.

Modtagne bøger

Grodum, Tage: Registrant af Almen Praktiserende Læger og Lægepraksis i Nordslesvig. 2003.

Henvendelse til: Embedslæge Tage M. Grodum,
Slotsgade 30, 6200 Åbenrå

Om Cand.Pharm. Povl Assens Fond

Cand.Pharm. Povl M. Assens Fond er stiftet i 1989.

Fondens bestyrelse består af: Allan Philip (bestyrelsesformand), Niels Christian Assens, Ole Kilsgaard, Ole Kondrup

Ansøgninger kan sendes til: Philip & Partnere, Vognmagergade 7, 1120 København K eller Biofarma A/S, Naverland 22, 2600 Glostrup

Fondens formål er primært at støtte de medicinske historiske og farmaceutiske historiske videnskaber og museumsvirksomhed indenfor disse områder. I øvrigt i begrænset omfang at støtte videnskabelige formål.

De første udlodninger fandt sted i 1990.

I perioden 1990 - 2002 kan nævnes, at Cand.pharm. Povl M. Assens Fond blandt andet har støttet:

De tre Medicinske Historiske Selskaber
(støtte til udgivelse af Medicinsk Historisk årbog)

Medicinsk Historisk Museum København. Blandt andet afholdt udgiften til flytning og indretning af den Saxtorpiske Samling. Flyttet fra Rigshospitalet til Medicinsk Historisk Museum, hvor samlingen har fået sin egen afdeling.

Køb af portrætter til samlingen

Medicinsk Historisk Museum, Århus Universitet.

Medicinsk Historisk Samling, Næstved.

Hospitalsmuseet, Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Danmarks Farmaceutiske Højskole
(støtte til Nordiske Medicinske Historiske Kongres).

Dansk Dermatologisk Selskab.

Københavns Kommunehospital
(gennemgang af journaler 1863 - 1893).

Dansk Anæstesiologisk Selskab
(Ole Secher og Bjørn Ibsen forelæsninger)

Egill Snorrason forelæsning (Island)

I perioden har fonden i alt udbetalt godt 4 mill. kroner.

