



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

2007

Dansk
Medicinhistorisk
Årbog 2007

Dansk Medicinhistorisk Årbog 2007

Udgivet af

Dansk Medicinsk-Historisk Selskab

Jysk Medicinhistorisk Selskab

Medicinsk Historisk Selskab på Fyn

Redaktionen:

Niels Kristoffer Jensen, Odense (ansvarshavende)
Claus Fenger, Odense
Albert Gjedde, Århus
Frank Mirz, Holstebro
Anne Dorthe Suderbo, København
Gert Almind, Holbæk

Ekspedition:

Niels Kristoffer Jensen
Elmelundsvej 24
5200 OdenseV
nk.jensen@get2net.dk

Revisor:

Niels Kristoffer Jensen

Trykt hos:

one2one, Odense

ISSN 0084-9588

Indhold

Forord 7

Jesper Vaczy Kragb 9
Sidste udvej?
Træk af psykokirurgiens historie i Danmark.

Ib Søgaard 37
En kongelig øjenlæsion.

Kjartan Seyer-Hansen 53
Træk af åreladningens historie i Danmark.

Jeanne G. Christensen og Henrik Permin 75
Fnat og syfilis.
- aspekter af behandling af hud-
og kønssygdomme på Københavns.
Kommunehospital 1863-92.

Niels Kristoffer Jensen 92
Knud Faber og Parisermedicinen i 1800-tallet.

Jürgen Hansen og Verner Andersen 117
Apoteket i Broager.
Den problemfyldte vej til oprettelsen
af et apotek på Broagerland

Poul R. Kruse, Edith Kruse, Svend Norn og Henrik Permin 142
Billeder fra Delfin Apoteket i København

Årsberetninger:

Selskabsberetninger 155
Dansk Medicinskhistorisk Selskab 2006
Jydsk medicinhistorisk Selskab 2006
Medicinsk Historisk Selskab på Fyn 2006

Boganmeldelser:

Niels Kristoffer Jensen 166

Anmeldelse af: Nick Nyland:
De praktiserende læger i Danmark 1800-1910.
Træk af det historiske grundlag for almen medicin
og Alment praktiserende læger i Danmark 1900-2000.
En professionshistorie. Odense 2006.

167

Niels Kristoffer Jensen 167

Anmeldelse af: Paul Warwicker:
Polio. Historien om den store polioepidemi
i København i 1952.
Gyldendal 2006.

Niels Kristoffer Jensen 169

Anmeldelse af: Morten A. Skydsgaard:
Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin.
Aarhus Universitetsforlag, 2006.

Niels Kristoffer Jensen 171

Anmeldelse af: Nils Rosdahl og Gerda Bonderup:
Forebyggelse Kontrol Rådgivning,
Embedslægerne i 225 år.

Kirsten Jungersen 172

Anmeldelse af: Thomas Bartholin:
Anatomihuset i København 1662
Udgivet, oversat og kommenteret af Niels W. Bruun
med en efterskrift om anatomiske teatre i Europa af
Hans-Otto Loldrup
Loldrups Forlag 2007.

Curricula Vitarum: 174

Forord

Så lykkedes det endnu en gang. Redaktionsarbejdet denne gang har været præget af, at der er sket en betydelig udskiftning af redaktører, hvorfor nærværende ansvarshavende redaktør påtog sig arbejdet denne gang ret sent uden for den sædvanlige turnus mellem Købehavn, Odense og Aarhus.

Der er et paradoks i, at for tiden er antallet af publikationer med medicinhistoriske emner og den menneskelige sundhed og kropsbevidsthed herhjemme og for dan sags skyld også i udlandet øget i antal og af en god kvalitet, hvorimod medlemsantallet i de medicinhistoriske foreninger herhjemme er stagnerende eller rent ud faldende. Årsagen hertil kan være, at en væsentlig del af foreningernes aktiviteter og det, som offentligheden hæfter sig ved, består i afholdelse og møder om medicinhistoriske emner og udflugter til medicinhistorisk interessante lokaliteter. Her skal foreningerne konkurrere med talrige andre tilbud også på internettet samtidig med, at øget velstand tenderer mod større travlhed med at nå alle de tilbud, der nu er råd til og byder sig til. Menneskeheden har nu her i landet overskud og råd til at blive stressede.

I den forbindelse har redaktørerne vendt spørgsmålet om der skulle ændringer til og søges større skandinavisk eller international udbredelse af årbogen og forhørt i de respektive bestyrelser og selskaber. Der var flertal for at foreløbig bevare årbogen i dens nuværende form. Begrundelsen herfor var, at årbogen er det faste bindeled mellem selskaberne og deres medlemmer, da antallet af tilhørere ved møderne er ret så ringe. En årbog, beregnet på en større udbredelse skønnedes også at blive mere bekostelig, de administrative udgifter ville i så fald næppe kunne holdes på det minimum, det ligger på nu. Skandinaviske tidsskrifter uden for lægespecialerne har hidtil ikke været nogen succes. De, som ønsker en årbog eller årbogslignende publikation eller tidsskrift, henvises til at begynde med en internetpublikation som Danish Medical Bulletin, hvilket må anses for at være adskilligt billigere.

Naturligvis kan man også stille spørgsmålet, om stagnationen eller tilbagegangen skyldes fejl hos bestyrelserne eller i redaktionen. Det er mit skøn, at alle har gjort deres bedste, men det er måske ikke godt nok. Forslag til bedring af tilstandene vil være særdeles velkomne. Jeg vil opfordre medlemmerne til at søge indflydelse ved at stille op til valgene såvel til bestyrelserne som til redaktionen. Med hensyn til artikler i årbogen, er tilbudene sparsomme, jeg vil ligeledes opfordre medlemmer til selv at bidrage eller prøve at få andre til at komme med bidrag.

Ansvarshavende redaktør 2008 bliver Nils Rosdahl, Borgevej 22, 2800

Lyngby. Tlf.: 4588 3427. E-mail: nrosdahl@dadlnet.dk. Forslag til bidrag og artikler til optagelse i årbogen kan sendes til ham eller til en af de nuværende redaktører.

Dette års årbog har i lighed med flere tidligere årbøger igen i år haft den glæde at modtage støtte fra cand. Pharm. Poul M. Assens Fond, hvorfor jeg hermed på redaktionens vegne bringer min hjerteligste tak. Der skal ligeledes lyde en stor tak til bidragyderne.

Niels Kristoffer Jensen

Sidste udvej?

Træk af psykokirurgiens historie i Danmark

Af Jesper Vaczy Kragh

Den 27. december 1935 ankom en 47-årig portugisisk kvinde til den neurologiske afdeling på Santa Marta Hospitalet i Lissabon. "Patienten blev indlagt på vores afdeling på Santa Marta i en stærkt urolig tilstand", berettede afdelingens leder, professor Egas Moniz. "Hun skriger, er i konstant bevægelse, hun trygler om, at man ikke må gøre hende fortræd" (1). Hun modsatte sig at blive fotograferet og måtte holdes af to af hospitalets plejere, så billedet af patienten kunne tages. Fotografiet skulle senere indgå i Egas Moniz' afhandling om en ny hjernekirurgisk behandlingsmetode, som han i slutningen af 1935 havde foretaget de sidste forberedelser til. I Paris havde han fået fremstillet et særligt instrument – en tynd, rørformet kanyler på 11 centimeter, der skulle fungere som en kniv. Gennem en åbning kunne en skarp ståltråd skydes ud ved et tryk ovenfra, således at tråden dannede en halvcirkel nederst på det smalle instrument. Ved at dreje instrumentet rundt, kunne der med tråden skæres runde snit på ca. en centimeter i diameter. Som mål for operationen havde han overvejet et område i hjernens frontallapper med en stor tæthed af hvide nervetråde. Den nye terapi var beregnet til psykiatiske patienter og skulle hedde "leukotomi" efter det græske ord for hvid: "leukos" og det græske "tomia", som betyder snit (1, 2).

Behandlingen med det nye instrument skulle for første gang prøves på den 47-årige kvinde, som Egas Moniz havde fået stillet til rådighed fra et nærliggende psykiatrisk hospital. Operationen skulle udføres af Moniz' assistent Almeida Lima. Større kirurgiske indgreb kunne Moniz ikke selv udføre, da den aldrende portugisiske professor i flere år havde lidt af svær gigt i hænderne. Men han havde imidlertid etableret et tæt samarbejde med Almeida Lima, der var vant til at fungere som Moniz' forlængede arm i operationslokalet (3).

Samme dag, som kvinden blev indlagt, fik hun fuld anæstesi og blev gjort klar til operationen. Instrumentet eller leukotomen, som Egas Moniz benævnte den, blev ført ind i kvindens hjerne i en dybde på fire centimeter, hvorefter det første runde snit blev lavet. Endnu tre snit, som fuldførte indgrebet, blev foretaget. Der var ingen komplikationer efter leukotomien,

men "patienten klager over hovedpine", og forsøger at fjerne bandagen om hovedet, noterede Moniz. Hun blev derfor lagt til at sove efter at have fået en passende dosis af sovemidlet Veronal.

Udfaldet af operationen var dog ikke en ubetinget succes, måtte Moniz erkende. Kvinden var helbredt for sin angst, hævdede han, men var dog stadig depressiv og var desuden blevet apatisk. Han overvejede derfor i sine afsluttende notater, om hun på et senere tidspunkt skulle have foretaget en ny operation, som ville give "et mere fuldstændigt resultat" (1).

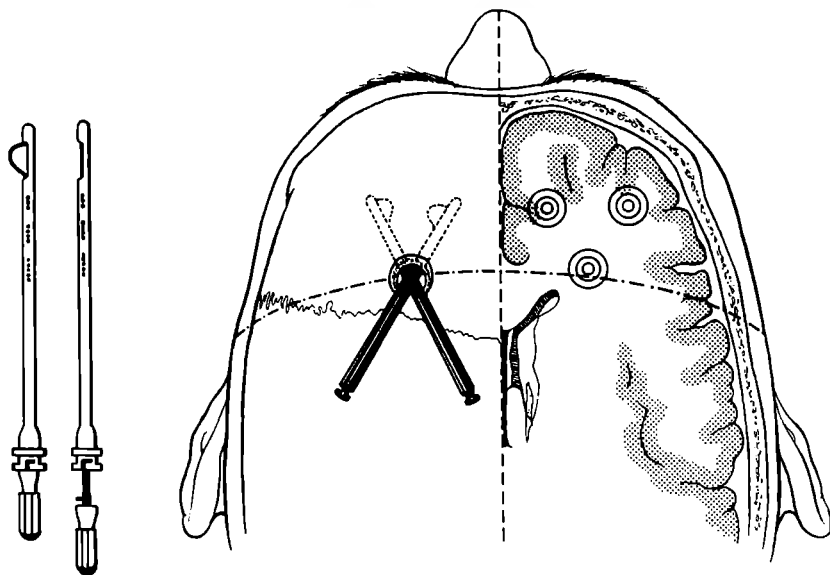


Fig.1. Fremstilling af operationen fra Egas Moniz: "Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses" (1936). Til venstre ses leukotomen, som Moniz fik udviklet i Paris til de første operationer. De runde cirkler til højre i billedet markerer de udvalgte områder, hvor snittene blev foretaget. (E. Valenstein)

Efter den første leukotomi blev antallet af snit øget på de næste patienter, som fik op til seks snit i hjernen. I den første serie af operationer, der tidsmæssigt strakte sig frem til begyndelsen af 1936, fik i alt 20 patienter med flere forskellige psykiatriske diagnoser den hjernekirurgiske behandling på Santa Marta Hospitalet. Egas Moniz publicerede samme år resultaterne i monografien *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*, hvori han hævdede, at syv patienter var blevet helbredt, mens andre syv var bedret betragteligt. Endelig var seks patienter uforandrede.

Egas Moniz' udsagn om helbredelser og bedringer af op til 70 % af patienterne var bestemt ikke en almindelig succesrate inden for psykiatrien i 1930'erne; og der var hurtigt interesserede læger, der var villige til at under-

søge den nye kirurgiske metode (4, 5). Blandt disse operatører var ingen mere entusiastisk end den amerikanske neurolog, Walter Freeman (6, 7).

I september 1936 udførte Freeman sammen med kirurgen James Watts den første operation i USA. Dette indgreb blev fulgt op af en række nye operationer, hvor de to amerikanere forsøgte at forbedre Moniz' teknik. I stedet for at operere fra toppen af kraniet begyndte de at lave indgrebene fra siden ved at bore huller i tindingeregionen på begge sider af hovedet på patienterne. En ny type skæreredskab, som mindede om en papirkniv, blev derefter ført horisontalt ind i frontallapperne, hvorefter et vifteformet snit i den hvide substans blev foretaget. Ved at operere fra siden var der mindre fare for at ramme blodkar i hjernen, men indgrebet blev samtidig udført, uden at kirurgen præcist kunne se, hvor i hjernen der blev skåret. Freeman og Watts kaldte indgrebet "lobotomi" efter det græske ord for lap: "lobos" og "tomia": snit (6).

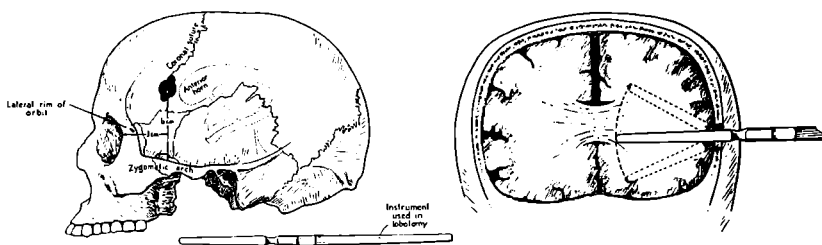


Fig. 2. Operationsteknikken fra Walter Freeman og James Watts monografi "Psychosurgery" (1942). Til venstre viser koordinaterne for borehullet markeret med sort og til højre det vifteformede snit i den hvide substans.

Ligesom Moniz publicerede de to amerikanerne hurtigt en række artikler om behandlingen, og i 1942 udgav de den store monografi *Psychosurgery*, som for alvor gjorde lobotomien kendt (8, 9).

Både de to amerikanere og Egas Moniz var dog klar over, at de kirurgiske indgreb havde bivirkninger. I sin monografi rapporterede Moniz om en række fysiske mén som inkontinens, øjenproblemer og opkastninger, samt psykiske som apati, tab af initiativ, stumhed og sløvhed efter operationen. Freeman og Watts observerede også personlighedsændringer, hvor patienterne kunne blive følelseskolde, hensynsløse eller løsslupne. Mange af de opererede blev dorske og fantasiløse eller syntes at mangle dømmekraft og evne til planlægning. Freeman og Watts konstaterede desuden alvorlige fysiske mén i form af krampeanfald og beskadigelser af vitale centre i hjernen. Ved lobotomien blev snittet ofte meget uensartet, da metoden blev udført i blinde og ikke tog nøje højde for hjernens forskellige udformning

hos patienterne. Arvævet efter snittene i frontallapperne kunne desuden få patienterne til at udvikle epilepsi, og Freeman og Watts havde observeret krampeanfald hos 10 % af deres patienter efter lobotomierne. Den mest alvorlige komplikation var imidlertid blødninger under operationen. I en del tilfælde døde patienterne under eller efter operationen, og i Freeman og Watts tidlige forsøg lå mortaliteten på 5 % (8).

Trods dødsfaldene og bivirkningerne blev metoden ikke betragtet som en brutal eller uetisk behandling af mange læger. Der var kritiske røster og indædte modstandere af lobotomien, men behandlingen blev samtidig afprøvet af flere af verdens førende neurologer og neurokirurger, der udtalte sig til fordel for Moniz' metode (10, 11). Nye operationsmetoder blev også opfundet, og de nye teknikker kom ind under begrebet "psykokirurgi", som Egas Moniz havde dannet som en samlebetegnelse for leukotomien, lobotomien og de senere variationer. Af lægerne blev de psykokirurgiske indgreb ofte fremhævet som en sidste udvej over for patienter, hvis sygdom virkede kronisk, og som ikke syntes at bedres af anden behandling. I den populære presse fik lobotomien desuden en meget rosende omtale og blev ved flere lejligheder beskrevet som et avanceret indgreb med fantastiske resultater (12, 13). Den positive opfattelse af den nye terapi førte endda til, at dens opfinder blev indstillet til den højeste æresbevisning, som en videnskabsmand kan modtage for sin forskning.

I 1949 dukkede Egas Moniz' navn således op blandt kandidaterne til Nobelprisen i medicin og fysiologi. En af de i alt ni forskere, der opfordrede Nobelkomiteen til at give den ærefulde pris til den portugisiske professor, var den verdensberømte danske neurokirurg Eduard Busch. I sit brev til komiteen fremhævede Busch, at "indførelsen af operative indgreb på frontalhjernen såvel terapeutisk som videnskabeligt har været epokegørende". Og alene denne opfindelse og dens "revolutionerende betydning" måtte gøre Moniz fortjent til Nobelprisen, skrev Busch i sin indstilling i januar 1949 (14).

Opfordringen blev fulgt, og i september samme år besluttede en enig Nobelkomité at tildele Egas Moniz prisen i medicin og fysiologi sammen med Walter Rudolf Hess, der fik den for studier af mellemhjernens funktionelle organisation (15).

Med tildelingen af Nobelprisen fik psykokirurgien et yderligere løft i mange lande, hvor der skete en intensivering af operationerne, og flere tusinde patienter blev lobotomeret. Som et bud på et samlet antal lobotomier er det for nylig blevet anslået, at mellem 60.000 og 80.000 mennesker verden over blev opereret i perioden fra 1936 til 1956 (16). Et af de lande, hvor psykokirurgien fik sin allerstørste udbredelse, var i Eduard Busch hjemland – Danmark, hvor der blev udført over 4.400 operationer hovedsageligt på patienter fra landets psykiatriske hospitaler (17).

To hovedforklaringer

Hvorledes kunne en risikobetonet behandling opnå en så stor udbredelse? Og hvad var det for forhold, der fik lægerne til at anvende det hvide snit? Sådanne spørgsmål er ofte blevet stillet i forbindelse med historien om det hvide snit, men svarene har ikke været entydige. To forskellige hovedforklaringer har hidtil domineret litteraturen om psykokirurgiens historie (17).

Den ene del af historieskrivningen har været præget af et kritisk syn på behandlingen. Ifølge denne litteratur var lobotomien ikke en behandling, der havde til formål at helbrede patienterne, men den tjente til at pacificere og disciplinere de indlagte, der ikke ville indordne sig under et autoritært hospitalssystem. Det var især særlige typer af afvigende adfærd som uro, aggressivitet og trodsighed hos patienterne, der medførte, at de blev indstillet til det hvide snit. Som en af denne litteraturs forfattere skriver: "Psykokirurgien var ikke beregnet på at gavne patienten, men personalet, den skulle ikke bedre patienten, men gøre ham lettere at håndtere. Dette må erkendes for hvad det er, social kontrol frem for en behandling" (18).

Den anden del af historieskrivningen har fremført et helt andet syn på psykokirurgien (17). Ifølge denne litteratur var psykiaternes motiver ikke at kontrollere afvigende adfærd, men at hjælpe meget forpinte patienter. Det hvide snit var en "sidste udvej", en behandling, som kun blev prøvet på patienter med meget lange indlæggelser, efter at al anden behandling havde svigtet (7). Målet var at gøre patienterne bedre, således at de kunne udskrives fra hospitalerne, og man foretog også etiske, lægelige skøn. Lægerne tog således højde for forhold som længden af patientens sygdom og prognoser omkring diagnosen. I denne udlægning vendes den kritiske historie på hovedet, og det fremhæves, at lobotomien blev brugt ud fra et humanitært sigte, og at behandlingen ikke repræsenterede en afvigende del af lægevidenskaben.

Selvom der eksisterer et stort antal historier om psykokirurgien skrevet ud fra disse to synsvinkler, findes der samtidig få grundlige historiske studier, der har søgt at benytte arkivmateriale til reelt at belyse teorierne (17). Der er således kun enkelte historikere, der har anvendt patientjournaler til at undersøge lægernes overvejelser i forbindelse med indstillinger til det hvide snit. Samtidig har disse studier af patientjournaler ikke været særlig omfattende, og der har langt fra været enighed i fortolkningen. De to forskellige historier om "social kontrol" eller "sidste udvej" gør sig også gældende her.

Hvordan løser man dette problem, som de to forskellige hovedforklaringer frembyder? For at komme spørgsmålet om psykokirurgiens anvendelse nærmere, må der foretages mere omfattende, systematiske kildestudier, der ikke alene omfatter patientjournaler, men også meget andet arkivmateriale fra perioden. Man bliver også nødt til at se nærmere på den særlige situation, der herskede på de psykiatriske hospitaler i den første halvdel af 1900-

tallet, og den gruppe af patienter, der dengang blev indlagt på hospitalerne. Danmark med det exceptionelt store antal lobotomipatienter udgør i denne forbindelse en velegnet case. En case, der viser, at anvendelsen af psykokirurgien var en mere kompleks proces end hidtil antaget.

Dansk psykiatri

Da lobotomien blev anvendt i Danmark i 1940'erne og 1950'erne, var både hospitalssystemet og indlæggelsesmønstrene et helt andet end i dag. Til patienter, der krævede længere indlæggelser, var der syv store statslige sindssygehospitalet fordelt på Jylland, Fyn og Sjælland. Under statshospitalerne, der blevet ledet af et direktorat i Indenrigsministeriet, var der desuden en række mindre amtskommunale plejestiftelser til de ældre psykiatriske patienter. De statslige hospitaler var enorme institutioner, der i begyndelsen af 1950'erne til sammen havde ca. 7.500 sengepladser. Til de lange indlæggelser var der udover disse syv kun to andre psykiatriske hospitaler, det kommunale Sct. Hans Hospital i Roskilde med rundt regnet 2.100 sengepladser, og det mindre private hospital Kolonien Filadelfia i Dianalund med ca. 200 senge. Til de kortere indlæggelser fandtes der ved de større sygehuse i København psykiatriske afdelinger på Kommunehospitalet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Rigshospitalet, der i fællesskab rådede over ca. 500 pladser. Hele hospitalspsykiatrien inklusiv pri-



Fig. 3. Oversigt over alle psykiatriske hospitaler og afdelinger i Danmark på kort fra 1952. Begrebet "branch institutions" omfatter de amtskommunale anstalter, der var underlagt de statslige sindssygehospitalet (Bendt Borup Svendsen).

vate nerveklinikker og nervesanatorier (Montebello) omfattede i alt 11.351 sengepladser i 1952 (19).

Hovedårsagen til de mange sengepladser var, at patienterne dengang var indlagt i meget lange perioder på hospitalerne. Det var en tendens, der var blevet forstærket år for år. I 1937 havde andelen af patienter med over 10 års hospitalsophold udgjort 34,6 %, ifølge en optælling på en udvalgt dag dette år på alle de statslige psykiatriske hospitaler. Ved en ny optælling samme dato ti år senere var gruppen vokset til 49,7 %. I 1952 var tallet 51,3 %. Langt hovedparten af disse patienter havde diagnosen skizofreni. Da man lavede den første tværnsitoptælling på alle de psykiatriske hospitaler i 1950'erne, var resultatet, at de skizofrene udgjorde 62,2 % af de indlagte. De to næststørste grupper var manio-depressiv psykose (biopolar affektiv sindslidelse) med 6,6 % og senile psykoser med 5,6 % (20).

Derudover var de fysiske forhold på hospitalerne langt fra optimale. Patienterne lå ofte på meget store stuer, der kunne rumme op til 30 senge. Kvindelige og mandlige indlagte blev holdt adskilt på hver deres del af hospitalet, og blev derefter grupperet efter et overordnet adskillelsesprincip, hvor rolige og urolige patienter blev placeret på afdelinger hver for sig. Det samlede antal sengepladser for afdelinger med urolige patienter udgjorde som regel 40-50 % af alle hospitalernes pladser. De mest urolige blev mange steder samlet på store vagtafdelinger, hvor der ikke fandtes døre, men buegange mellem rummene, der alle kunne overskues fra en vagtstue bagest i lokalet. Resultatet deraf kunne ikke blot ses, men også høres. Som forfatterne til en statslig betænkning pragmatisk bemærkede, var det vanskeligt "at skaffe ro på afdelingerne og give patienterne en differentieret behandling" (21).

Mulighederne for en differentieret behandling blev ikke kun vanskeliggjort af de fysiske rammer på de urolige afdelinger. Et stærkt begrænset antal læger på hospitalerne var også et problem. I perioden frem til midten af 1950'erne var der kun en overlægestilling ved hvert af de statslige hospitaler. Under sig havde overlægen som regel to til tre afdelingslæger, et tilsvarende antal reservelæger og to til fire kandidater. Det var langt fra nok, hvis der skulle gives en tilfredsstillende behandling, mente psykiaterne, der i pressen beklagede sig over, at de på hospitalerne blot var "seks læger til op til 1.000 Patienter" (22).

Samtidig gav de eksisterende behandlingsmetoder ikke større forhåbninger om, at man ad den vej kunne bedre situationen og få patienterne hurtigt udskrevet. I 1936 var de første krampechokbehandlinger med insulin og cardiazol blevet introduceret i dansk psykiatri, og man havde til at begynde med haft forventninger om et gennembrud i behandlingen (17, 23). Kort efter blev elektrochokket indført på de første hospitaler (24). Men da man i 1942 foretog en stor samlet vurdering af chokbehandlingerne, havde resultatet været nedslående. Behandlingerne havde ikke haft en nævneværdig effekt på den store gruppe af skizofrene patienter, som psy-

kiaterne anså for det største problem for de psykiatriske hospitaler (25). Udover chokbehandlingerne havde psykiaterne forskellige sedativa og hypnotica, men ingen længerevirkende effektiv medicin, og psykoterapi eller psykoanalyse blev anset for at være for tidskrævende og vanskelig at udføre, når man tog forholdet mellem antal læger og patienter i betragtning (26).

På denne baggrund blev lobotomien, som skulle virke på den tungeste patientgruppe, mødt med forhåbninger af de danske psykiatere, der begyndte at overveje at indføre behandlingen i begyndelsen af 1940'erne.

Sindssygehospitalet i Vordingborg

Sindssygehospitalet i Vordingborg også kaldet Oringe var det første danske psykiatriske hospital, der fik indstillet en patient til lobotomi. Hospitalet var et af landets ældste statslige sindssygehospitaler. Det var blevet opført på halvøen Oringe tæt ved Vordingborg by og indviet den 3. april 1858, hvor den første patient blev indlagt. Hospitalet modtog i de følgende år patienter fra Frederiksborg, Maribo, Præstø, Sorø og Bornholms Amt og var det fjerde største af landets syv statslige sindssygehospitaler. Da hospitalet i 1944 fik lobotomeret den første patient, havde det en normering på 845 sengepladser.



Fig. 4. Luftfotografi af Sindssygehospitalet i Vordingborg fra 1940'erne (Jesper Vaczy Kragh)

Det var en ung 24-årig mand, som skulle blive første kandidat fra Vordingborg til en hjerneoperation, der skulle udføres hos Eduard Busch på den neurokirurgiske afdeling på Rigshospitalet i København. I lægeerklæringen til indlæggelsen i 1943 konstaterede lægen, der observerede ham, at der ikke var nogen større disposition for sindssyge i familien, at patienten kom fra et "økonomisk velstillet hjem" og havde taget en gymnasieuddannelse. Han havde efterfølgende arbejdet i farens virksomhed, indtil han "begyndte at gå i stå, blev ligegyldig, adspredt og sjusket". Derefter havde han haft indlæggelser på forskellige psykiatriske afdelinger i København. Efter lidt over et halvt års indlæggelse på Kommunehospitalets psykiatriske afdeling måtte lægerne til sidst give op, og lod ham i 1943 overføre til Vordingborg. Det var, som en psykiater fra sjette afdeling skrev i et brev til kollegerne på Oringe, "den rene tragedie" for forældrene, "han er deres eneste barn, og jeg har selv efter deres opfordring forsøgt, hvad der kunne praktiseres af behandling overfor ham". Kort før overførelsen kunne lægen på Kommunehospitalet notere, at patienten stadig var præget af "autisme, sløvhed og impulsivitet". Det sidste dækkede over, at patienten tidligere havde overfaldet sin mor og også udvist aggressiv adfærd under sine hospitalsophold, men uden dog at være "særlig voldsom", forklarede lægen.

På hospitalet i Vordingborg var der heller ikke problemer ved indlæggelsen på den rolige afdeling BI. Psykiateren, der undersøgte ham, fandt patienten passiv og sløv. Han "taler ikke spontant, svarer kun yderst langsomt" og "ansigtsudtrykket er dystert, ligegyldigt", noterede lægen i slutningen af juni 1943. På journalens forside under rubrikken "diagnose ved indlæggelsen" skrev lægen: "skizofreni".

I de følgende uger kom forskellige psykiatere forbi den unge mands seng under stuegangen. I journalen bemærkede de, at patienten kunne "ligge autistisk hen lang tid ad gangen" og havde "svært ved at samle sig om noget". Forsøg på at sætte ham i gang med beskæftigelsesterapi på arbejdsbold i nyttehaverne medførte ingen større ændring, og hospitalets plejere kunne som regel meddele, at han blot havde stået stille i haven det meste af dagen.

I 1944 begyndte de første meldinger om aggressivitet at optræde i journalen. "Rejste sig i går, da han spiste til middag og gik ned med sit glas efter vand ved kummen. På vejen tilbage slynger han vandet efter plejeren og senere glasset efter en medpatient". I løbet af januar kom der flere anmærkninger om pludselige "eksplosioner", hvorefter han måtte have indsprøjtninger med scopolamin-morfin og bæltefikseres. I februar blev han overført til den urolige afdeling DI, efter at han i opholdsstuen på BI havde slået en plejerske i ansigtet.

I modsætning til flere andre patienter, som skulle blive indstillet til lobotomi, var der i den unge mands tilfælde dog ikke en klar sammenhæng mellem en tiltagende aggressiv adfærd og en udvælgelse til lobotomi. Der var heller ikke en egentlig behandlingsstrategi med det første hvide snit fra

psykiaterne i Vordingborg. Initiativet til det hjernekirurgiske indgreb kom ikke fra lægerne. Det kom fra de nærmeste pårørende.

Efter en periode på DI, hvor journalen var præget af notater om pludselige voldsepisoder, indtrådte der en mere rolig periode i oktober samme år, hvor overlægen i Vordingborg Vagn Askgaard samtidig fik at vide, at de pårørende planlagde en lobotomi. "Har ikke i længere tid været aggressiv", skrev Askgaard i journalen. "Er oppe om eftermiddagen og spadserer ture i have eller på terræn. I øvrigt psykisk uforandret og præget af autisme, fjernhed og interesseløshed. Han har for et par dage siden fået meddelelse fra København, at familien overvejer at lade foretage lobotomi på patienten på Rigshospitalets Neurokirurgiske Afdeling for at byde patienten en chance for bedring", sluttede Vagn Askgaard sit notat.

Indstillingen til lobotomi var foregået, efter at familien havde haft samtaler med forskellige læger i København og på Kommunehospitalets Psykiatriske Afdeling. Familien havde kontaktet lægerne, da de mente, at behandlingen på Oringe ikke havde hjulpet. Og psykiaterne i København fandt også, at man næppe ville kunne bedre patienten ved "konservativ terapi". Derefter var sagen blevet vendt med Eduard Busch fra Rigshospitalets Neurokirurgiske Afdeling, og han gik i begyndelsen af december 1944 med til at "forsøge leukotomi a.m. Moniz" (27).

I slutningen af december blev den unge mand overført til den neurokirurgiske afdeling NK i København, hvor lobotomien blev udført. Hjernekirurgerne kunne derefter berette om et "ukompliceret" forløb efter operationen. "Vi kan ikke iagttage nogen sikker forandring i hans psykiske tilstand, han er meget træg og sløv i det daglige, svarer trent på tiltale", meddelte kirurgerne i hovedstaden til psykiaterne i Vordingborg.

Få dage senere blev han kørt tilbage til Vordingborg, hvor lægerne troede på en bedring. "Er nok lidt friere, lidt mere talende og inddadende, viser også lidt mere initiativ fx ved spontant at tage blade og læse i dem". I journalen blev det også ført ind, at han kunne gå ture med forældrene, der blot stadig syntes, "at han mangler spontanitet, og det gør han jo just i høj grad", bemærkede en af psykiaterne i begyndelsen af 1945, kort inden patienten blev udskrevet. Nederst i højre hjørne på journalens forside noterede lægen under rubrikken "tilstand ved udskrivning", at patienten var "bedret" (28).

Mens den unge mand blev udskrevet, befandt den næste patient, der skulle udvælges til lobotomi sig på hospitalet i Vordingborg. Det var en ældre kvinde, der havde været indlagt på hospitalet i tre år. Ved indlæggelsen var det blevet bemærket, at der ikke var disposition til sindssyge i familien, at hun kom fra gode kår og var uddannet lærerinde. Efter at have arbejdet som lærer, var hun blevet gift med en højt uddannet mand fra det bedre borgerskab og havde fået to børn. I 1934 havde hun haft sin første indlæggelse, hvor psykiaterne gav hende diagnosen: "psykogen depression". Hun var derefter gået ind og ud af forskellige psykiatriske afdelinger

indtil indlæggelsen på Oringe ni år senere. I lægeerklæringen før indlæggelsen i 1943 blev det noteret om hendes øjeblikkelige tilstand, at hun var "deprimeret, hændervidende, hvileløs, ustandselig talende".

Ved indlæggelsen i Vordingborg var kvinden "meget nervøs for, hvordan det skal gå", skrev psykiateren, der undersøgte hende på den rolige kvindefdeling BI; og hun blev fra begyndelsen karakteriseret som en besværlig patient. "Er meget plagsom. Ryster og dirrer, siger hun ikke kan udholde at være her. Går rastløs op og ned ad gulvet, jamrer og klager, fordi hun bliver så ilde behandlet", blev det noteret i journalen i januar 1943. Den ældre kvinde kunne dog være oppe om dagen, hvor hun lavede håndarbejde, og hun behøvede ikke hjælp til spisning, personlig hygiejne og påklædning.

Hun sov imidlertid dårligt om natten og begyndte at få meget sovemedicin i form af daglige doser med enten kloral, medinal og allypropynal, som der skiftevis blev vekslet mellem efter forløb på ca. ti dage. Ved samtaler blev det noteret, at hun var "deprimeret", "selvmedlidende og højt hulkende". Omkring to måneder efter indlæggelsen indledtes en krampechokbehandling med cardiazol. Efter en kort serie, som ikke syntes at give resultat, blev der frem til lobotomien ikke noteret om andre forsøg med aktiv behandling i journalen. En ny diagnose i form af manio-depressiv psykose blev samtidig indskrevet i hendes journal i Vordingborg.

I den følgende tid var der heller ikke mange notater om bedring i patientens tilstand. I slutningen af 1945 blev et forslag om lobotomi indført i journalen, efter at en læge havde haft en ny samtale med hende. "Kommer i dag med den sædvanlige stereotype klage, at hun ikke kan udholde at være her og vil ud. Da man går ind på hendes tankegang og udtrykker sin forståelse af, hvor forfærdeligt hun har det med sig selv, begynder hun at græde og falder efterhånden til ro med tanken om, at hun måske kan blive hjulpet med en hjerneoperation og derefter prøve at blive udskrevet".

Den rolige tilstand efter forslaget om lobotomien holdt sig dog ikke, og lægen kunne nogle måneder senere misfornøjet bemærke: "til trods for at man flere gange har talt med patienten om at blive overflyttet til Rigshospitalet til eventuel operativ behandling, møder hun bestandig op med de gamle stereotype spørgsmål om at komme ud her fra hospitalet snarest muligt".

I begyndelsen af 1946 førtes ideen om en hjerneoperation imidlertid ud i livet; og gennem "børehuller i begge temporale regioner" fik kvinden "hele den hvide substans overskåret". Nogle dage efter den dobbeltsidige lobotomi kunne neurokirurgerne i København ikke se "nogen særlig ændring af psyken fra før operationen". Kort efter blev hun sendt tilbage med bil til Vordingborg.

I journalen fra Vordingborg kunne psykiaterne notere, at hun var præget af lobotomien efter tilbagekomsten. "Sover det meste af døgnet, snorker højlødt. Der er involunter fæces og urinafgang", skrev en af psykiaterne dagen efter ankomsten.

Billedet var det samme de næste dage. "Ligger stille, sover så snart hun overlades til sig selv. Om befindende svarer hun hver gang 'jeg har det skidt'". Et par dage senere observerede en af psykiaterne, at "forestillingerernes indhold er det samme som før operationen, præget af patientens længsel efter at komme bort fra dette frygtelige sted", konstaterede han. "På spørgsmål om hendes tilstand siger hun 'ikke godt' er 'så træt, så træt'".

"Om natten stadig urenlig", skrev en af psykiaterne en måned senere, men han mente samtidig at kunne se en bedring. "Man kan dog ikke frigøre sig fra indtrykket af, at hun er blevet livligere i tankegangen, ikke mere så stereotyp klæbende. Er dog ikke rigtig tilfreds med tilstanden. Gør således opmærksom på, at hun ikke kan lave noget arbejde ikke engang holde sit eget tøj. 'Jeg kan slet ikke mere'. Alle de almindelige færdigheder er gået tabt. Dette er for hende, der tidligere har elsket sådant håndarbejde en stor sorg", skrev lægen i journalen.

"Uforandret urenlig, særlig med vandladningen, og især om natten", noterede en anden af psykiaterne tre måneder efter operationen. "Forklarer, at grunden til hendes urenlighed er, at trangen til vandladning og afføring kommer så pludseligt, at det 'går galt'. Ulykkelig over sin urenlighed, og forklarer, at hun 'maser med det'".

Knap fem måneder efter meldte journalen om en anden gene, som ikke tidligere havde været noteret i forbindelse med hendes sygehistorie. "I går ved 18-tiden fik hun, mens hun var at klæde sig af, et typisk epileptisk krampeanfald med bevidstløshed. Anfaldet indledtes med, at hun med et skrig faldt forover og slog panden mod gulvet".

Cirka to år efter lobotomien blev det for første gang overvejet at udskrive den ældre kvinde. Forventningerne til udskrivningen blandt lægerne var dog begrænsede. I begyndelsen af 1948 blev hun udskrevet på prøve, og en psykiater på Oringe vurderede hendes situation, lige før hun skulle forlade hospitalet. "Tilstanden ret uforandret, meget åbenmundet, men i øvrigt fornuftig, ræsonnabel, ofte dog på en barnlig måde, idet hun stadig spørger om det samme", skrev lægen. "Man har dog ikke indtryk af, at spørgsmålene ledsages af nogen affekt. I det hele taget uden følelsesmæssig dybde. Lidt malproper – spildende under spisning, noget hun selv bemærker, men ser stort på. Stadig ca. en gang ugentlig urenlig, og det lykkes endda kun at holde hende renlig ved ca. fire gange dagligt at minde hende om at gå på toilettet".

Efter udførelsen af det hvide snit havde kvinden haft flere af de gener, som Freeman og Watts havde berettet om i deres monografi fra 1942, i form af inkontinens, krampeanfald og følelsesmæssig afladning. Men da lægerne i Vordingborg skulle bedømme hendes tilstand, spillede det ikke en afgørende rolle i forhold til spørgsmålet om bedring. Ved udskrivningen blev det noteret på forsiden af journalen, at hun var "bedret efter lobotomi" (29).

Det var ikke kun i journalen, at psykiaterne mente, at lobotomien havde en gunstig effekt. I overlægen Vagn Askgaard's indberetninger til Direktora-

tet for Statens Sindssygehospitaller blev resultatet af de første lobotomier også i begge tilfælde positivt vurderet.

I et brev den 3. maj 1947 til Direktoratet fremhævede Askgaard de to patienter som positive eksempler. "Man vil til belysning af behandlingens værdi ikke undlade at oplyse, at man året forud havde to patienter underkastet den nævnte behandling; af dem blev en kvindelig patient, væsentlig bedre, og den anden en mandlig patient, absolut bedre; han måtte på grund af sin impulsive aggressivitet til stadighed opholde sig på en urolig afdeling, men nu efter behandlingen er han så meget bedre, at han har kunnet aflægge besøg i sit hjem og kan færdes frit på området" (30).

Trods Askgaards positive vurdering af de to patienter havde ingen af dem noget længere ophold uden for hospitalets mure. Allerede i slutningen af 1946 var den unge mand blevet genindlagt på Oringe, efter han var blevet meget sløv og holdt op med at spise, så han ikke længere kunne "forplejes hjemme". Den ældre kvinde formåede kun at være ude i seks måneder, inden hun på ny kom ind på hospitalet i Vordingborg. Uden for hospitalet havde hun været "meget urenlig" og ikke formået at "klare sig selv". Efter genindlæggelserne blev de begge på hospitalet i flere år, før man igen forsøgte at udskrive dem (28, 29).

Men for lægerne havde lobotomien så småt fået en plads, når de foretog terapeutiske overvejelser. Som Vagn Askgaard forklarede i 1946 i et brev til Direktoratet for Statens Sindssygehospitaller, havde han forventninger til den nye behandling, som han mente kunne medføre "opmuntrende resultater i retning af at kunne pacificere en del kronisk uoprægede patienter til gavn for dem selv og omgivelserne, væsentlig bedre en del og helbrede nogle". Han regnede med, at man i Vordingborg i fremtiden ville indstille cirka 10-15 patienter om året til det hvide snit (31).

Også de andre overlæger på statens sindssygehospitaller havde et positivt syn på den nye kirurgiske behandling. På et internt møde mellem overlægerne fra statens sindssygehospitaller i midten af maj 1947, drøftede lægerne de psykokirurgiske indgreb, som alle de statslige hospitaler på dette tidspunkt var gået i gang med at få udført. Sindssygehospitalerne på Fyn og Jylland havde i 1945 fået mulighed for at få opereret deres patienter hos overlægen Richard Malmros på den neurokirurgiske afdeling på Kommunehospitalet i Århus, mens de øvrige hospitaler anvendte Rigshospitalet. I alt var over 100 patienter blevet opereret på dette tidspunkt (32). Det var især de meget uregerlige skizofrene patienter, som lægerne havde fokuseret på, da de begyndte at indstille til lobotomi. Som Erik Strömrgren fra Sindssygehospitalet ved Århus fremhævede, kunne man opnå en god "pacificerende" effekt med indgrebet. "Urolige skizofrene patienter, der i årevis har været voldsomt aggressive, urenlige, iturivende og umulige at beskæftige, er blevet meget stærkt pacificeret og har kunnet flyttes til en væsentlig roligere afdeling", forklarede han i et brev til Direktoratet i april 1946 (33).

Urolige afdelinger

I Vordingborg var det også de urolige afdelingers patienter, der især blev indstillet til lobotomi. For både de mandlige og kvindelige patienter var det således over 74 % af kandidaterne til en lobotomi, der ved indstillingen var indlagt på en urolig afdeling (17). Det samlede antal af lobotomerede patienter var samtidig betragteligt. I hospitalets arkiv er der fundet 336 journaler fra patienter, der fik det hvide snit på Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling i perioden 1944-1956.

Patienterne blev især indstillet fra de store urolige vagtafdelinger med navne som Q, R og IK. For alle disse afdelinger gjaldt det, at de husede de patienter, som psykiaterne og plejepersonalet anså for at være de mest urolige og aggressive blandt de over 850 mennesker, der som regel var indlagt i slutningen af 1940'erne og 1950'erne. Som en mandlig plejer erindrede, var IK en af de mest "voldsomme" afdelinger. "Her skulle man simpelthen have øjne i nakken, og man måtte dagligt slås med patienterne, der kunne være ganske farlige" (34). Afdelingen var ofte endestation for de mandlige patienter, der blev fundet for vanskelig at have andre steder på hospitalet; og notater som "Flyttet til IK på grund af aggressioner over medpatienter", "Grundet på uro flyttet til IK", "Har udstødt sine brøl hele natten, flyttes til IK" eller "Tømmelig støjende og meget urenlig, flyttes til IK", var typiske bemærkninger i afdelingens patientjournaler (35). Situationen var ikke meget bedre hos kvinderne, hvor de fleste patienter på afdelinger som Q og R "lå fast i bælte" og kun kunne slippes løs fra sengene, hvis der var "faste vagter på patienterne", huskede en sygeplejerske, der var på afdelingen i 1947 (34).

På de urolige afdelinger kunne patienterne se frem til en lidet varieret tilværelse. De var i lange perioder fikseret i sengen med brede læderbælter, som var polstret med filt. Andre lå også med spændetrøjer eller tykke drejlsluffer, der blev fastgjort og låst om håndleddet med en rem. Tilværelsen i sengen, hvor madrassen af hensyn til urenlige patienter var tredelt og foret med tang, der let kunne udskiftes, blev afbrudt af dagens måltider, vask og toilethesøg, som for de mest urolige foregik med et bækken i sengen eller på en potte tæt ved sengen, så patienten hurtigt kunne spændes fast igen. Fødeindtagelsen foregik ofte samme sted, hvor de mange patienter, der ikke ville spise frivilligt, blev "sondemadet" ved få at få hældt flydende kost gennem en tragt med en gummislange, som blev ført ned til mavesækken. Vask blev også udført i sengen med vaskeklude.

Patienter, der ifølge lægerne gennemgik forholdsvis rolige perioder, blev indimellem beskæftiget med håndarbejde og andet arbejde, måtte være oppe på afdelingens dagligstue eller fik en tur udenfor i haven i gårdene omkranset af hegn eller høje mure, som stødte op til afdelingerne. I sommerperioderne fik nogle af de uregerlige patienter samme privilegium. Det fandt dog sted med mindre bevægelsesfrihed, da de i gårdene lå fastspændt til en bære.

Dagene sluttede tidligt, og patienterne på de urolige afdelinger blev som regel lagt til at sove omkring klokken 19, hvor de fik en større dosis sove-medicin eller indimellem scopolamin- morfin, som skulle give en vis ro på de store urolige afdelinger. De mest uregerlige og skrigende patienter, som ikke kunne pacificeres med store injektioner med beroligende medika-menter, blev isoleret på afdelingens badeværelse. De var jævnlige at finde blandt de indstillede til en lobotomi, som lægerne på de urolige afdelinger ofte begrundede ud fra særlige træk ved patienternes adfærd.

En midaldrende skizofren kvindes adfærd på den urolige afdeling Q blev således anført som årsag i hendes indstilling til en lobotomi. Efter en tvangsindlæggelse i 1938, hvor hun mente at være "fuld af gonorrhé og syfi-lis" og "altid under politikontrol", havde plejepersonalet haft svært ved at få hende til at spise, beholde tøjet på og holde hende renlig. Det blev jævnl-igt noteret, at hun havde "smurt og kastet med afføring" og kun kunne "sondemades med vanskeligheder". I journalen blev der kun berettet om kortvarige bedringer, hvor hun kunne skrive breve og gav udtryk for vel-befindende. De flygtige bedringer blev dog afløst af perioder, hvor hun faldt "fuldstændig tilbage til sin gamle tilstand, lå nøgen på bar bund i sen-gen, var aggressiv, hylede og skreg, måtte mades". Når uroen var størst, måtte "hun køres på badeværelset om aftenen for ikke at forstyrre medpa-tienterne". Efter en række episoder, hvor hun kastede med service og kom i slagsmål med de andre patienter, blev hun indstillet til en hjerneoperation i København. "Ønskes nu lobotomeret på grund af hendes aggressivitet og eksplosivitet", skrev en af lægerne i hendes journal (36).

Udover aggression og vold figurerede almindelig destruktiv adfærd i ind-stillingerne til lobotomi. En tidligere husmor fra Bornholm blev fx udvalgt til den hjernekirurgiske behandling på grund af dette træk. I indstillingspa-pirerne forklarede lægerne, at hun havde "været meget iturivende og udvi-ser en fantastisk opfindsomhed, når det gælder om at ødelægge. Hun må derfor til stadighed ligge med handsker og drejl". Og i journalen blev det under feltet "indikation" anført: "Patienten indstilles nu til lobotomi på grund af sin ødelæggelsestrang" (37).

Stærk urolig adfærd var også et forhold, der blev fremhævet i indstillin-gerne til lobotomi. En "35-årig husmor" fra et af Lollands mange små lands-brugssamfund blev således ikke betegnet som et problem i forhold til voldsepisoder eller ødelæggelser på afdelingen, men virkede "meget gene-rende for omgivelserne med sin uro". Ved stuegang kunne psykiaterne ofte erfare, at hun var "overordentlig urolig, sidder nøgen i sengen og skældte voldsomt ud". I de følgende år inden lobotomien rapporterede lægerne om en lignende tilstand, og de fandt hende som regel uden en trevl på krop-pen, "råbende, støjende og rodende med sengetøjet". I 1949 blev en hjer-neoperation overvejet, og psykiaterne kom frem til, at "lobotomi skønnes indiceret på grund af patientens psykomotoriske uro" (38).

Udover aggression, ødelæggelsestrang og stærk uro, var indikationerne

til lobotomi forbundet med den personlige hygiejne. Journalerne informerede især om vanskeligheder med at holde patienterne renlige. På de urolige afdelinger var der talrige patienter, som plejepersonalet ikke kunne få på toilettet, og hvor afføring og urin blev "kwitteret" i sengen. Disse patienter blev dog blot karakteriseret som "urenlige", og denne gene lå ikke i den tunge ende. Et større problem var de patienter, der fik prædikatet "groft urenlig" eller "griset". I journalerne blev der berettet om flere patienter, der var "tilbøjelige til at smøre og spise afføring", som "proppede munden med fæces eller "ånd alt muligt fra skraldespand, afføring og sæbe" (39). Og den stærke urenlighed eller koprofagi blev også nævnt i indikationerne til lobotomi. Selvom psykiaterne ikke regnede med, at en lobotomi ville fjerne selve årsagen til urenligheden, havde de ofte forhåbninger om, at en generel pacificering ville gøre patienterne lettere at pleje og dermed mindre modvilige i forhold til den personlige hygiejne. Man håbede samtidig på, at indgrebet kunne virke afdæmpende på andre adfærdsmæssige gener, som blev observeret i journalerne.

Anvendelsen af lobotomien synes på denne måde at falde i tråd med den del af psykokirurgiens historiografi, der har set behandlingen som social kontrol. Man kan således mene, at på afdelingerne i Vordingborg blev behandlingen brugt ud fra indikationer, der var rettet mod generende, adfærdsmæssige afvigelser som aggressivitet, ødelæggelsestrang, uro og urenlighed. Målet var en pacificering, som lobotomien muligvis kunne bevirke, da indgrebet kunne sløve eller dæmpe patienterne.

Men alle indstillingerne i Vordingborg lignende ikke dem fra de urolige afdelinger, og samtlige indikationer drejede sig ikke om adfærdsmæssige gener, men var præget af overvejelser om diagnose, sygdomsforløb og patientens velbefindende. Der var en anden side ved anvendelsen af de hvide snit, som man kan få indtryk af ved at se på de nogle af de andre afdelinger, som lobotomipatienterne også var indlagt på. En oversigt over fordelingen af lobotomierne på afdelingerne i Vordingborg viser således, at en større gruppe patienter blev indstillet fra rolige afdelinger som F og BI.

Rolige afdelinger

For nogle patienter som en midaldrende mand, der havde taget en lang videregående uddannelse, stiftet familie og drevet sit eget firma, var det således ikke uro, ødelæggelser eller vold, som blev fremhævet i indstillingspapirerne til lobotomi i 1951. Under sit ophold på hospitalet var han aldrig på urolig afdeling, men opholdt sig det meste af tiden under mere stilfærdige forhold på afdeling BI, hvor han ikke blev set som en problematisk patient.

På afdelingen var han plaget af tvangstanker og "skræk for at omgivelser skal få noget imod ham", noterede lægerne; og forsøg med insulin og elektrochok havde ikke effekt overfor hans lidelser. Efter noget tid havde lægerne en samtale om lobotomi med manden, der stillede sig positiv overfor forslaget. Han blev derefter indstillet til det hjernekirurgiske indgreb, som blev begrundet ud fra to forhold. "Da lidelsen har vist sig utilgængelig for den hidtil anvendte terapi, og da patientens tilstand er næsten ulidelig, skønnes lobotomi indiceret" (40).

Manden var en af flere tvangsneurosepatienter, der blev udvalgt til lobotomi. I forbindelse med disse patienter tilkendegav lægerne ofte en tro på, at det hjernekirurgiske indgreb kunne bidrage til en udskrivning fra hospitalet. Indikationerne var også i højere grad begrundet ud fra overvejelser om diagnosen og ikke blot enkelte symptomer som med patienterne fra de urolige afdelinger. Typiske indikationer for disse patienter lød: "Patienten fandtes at have en så svær tvangsneurose, at leucotomi anses for at være indiceret" eller "Indikationen for lobotomien var en karakter med stærke depressive elementer og udtalte tvangsneurotiske fænomener" eller "Det drejer sig om en 34-årig, kvindelig patient, der gennem 10 år har lidt af en svær, efterhånden ganske invaliderende tvangsneurose. Lobotomi skønnes indiceret" (41). I indikationerne var der ofte en vurdering af, hvor forpinte patienterne var af deres tvangstanker; og lægerne udtrykte i indstillingerne til lobotomi en forhåbning om, at patienterne kunne få en lettelse af deres tilværelse.

Forestillingen om, at man med de hvide snit kunne bryde eller ændre en længerevarende tilstand, indgik også i indstillingerne til lobotomi. Psykiaterne havde i nogle tilfælde forhåbninger om, at et kirurgisk indgreb ville standse sygdommens udvikling. I indikationerne blev det fremhævet med udsagn som "Indstilles til lobotomi på grund af sygdommens stadige progression" eller "Indstilles til lobotomi for evt. at standse den tiltagende rapide opløsning" (42). Forestillinger om en generel bedring med en lobotomi fremgik også af indikationerne. "Lobotomi skønnes indiceret for derigennem muligvis at fremkalde en bedring, som det ikke lykkedes at fremkalde med insulin og chokbehandling" eller "Lobotomi skønnes indiceret for muligvis at opnå bedring i patientens tilstand" (43). Derudover var også patienter, der selv anmodede psykiaterne om at få udført en lobotomi, og som fik deres ønske opfyldt, hvis lægerne fandt, at deres tilstand var ulidelig.

I indstillingerne til lobotomi i Vordingborg finder man således også forestillinger om "en sidste udvej". Hvis patienterne blev vurderet som meget forpinte, havde lange sygehistorier og indlæggelser, og hvis de ikke havde haft gavn af alle andre mulige behandlinger, kunne hjerneoperationen til sidst komme på tale.

Ultimum refugium?

Begge hovedforklaringer fra historiografien om psykokirurgien kan således findes ved en nærmere gennemgang af periodens kildemateriale. Så hvordan løser man dette problem, som de to forklaringer frembyder? For at få et dybere indblik i spørgsmålet om lobotomien som enten en form for "social kontrol" eller "en sidste udvej", må der i første omgang skabes et overblik over alle indikationer i patientjournalerne, så man kan få viden om mere generelle træk ved indstillingerne.

En sådan analyse viser, at forhold som forpinthed, langvarig stationær tilstand og svigtende resultater med anden behandling havde en forholdsvis fremtrædende plads i det overordnede billede. Men de var ikke blandt de mest hyppige. De mest anvendte indikationer drejede sig om uro og aggressivitet (fig. 4).

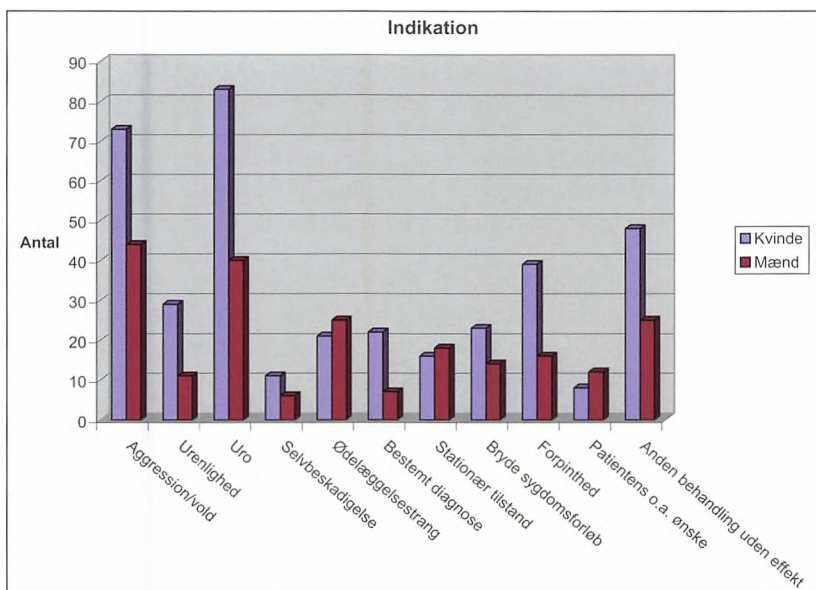


Fig. 5. Samlede antal indikationer for mandlige og kvindelige lobotomipatienter i Vordingborg (N=285).

Fordelingen af indikationer giver dog ikke et sikkert eller fuldstændigt billede af alle overvejelser i forbindelse med en lobotomi. Det kunne således tænkes, at flere af lægernes betragtninger ikke direkte fremgik af indstillingspapirerne til det hvide snit. Forhold som lang indlæggelsestid og anvendelse af megen anden behandling inden en lobotomi kunne fx have været en selvfølgelighed, som psykiaterne ikke fandt det nødvendigt at anføre, når de udfærdigede papirerne til hjerneoperationen. For at komme

dette forhold nærmere, må man udover indikationerne analysere andre typer af informationer fra journalerne. Her er det i første omgang væsentligt at fokusere på anvendelsen af andre behandlingsmetoder, inden patienterne blev indstillet til det hvide snit.

I journalerne førte lægerne udførlige opgørelser over anvendelsen af de forskellige behandlingsmetoder i Vordingborg. Hver patient, der skulle gennemgå en cardiazol, insulin eller elektrochokbehandling, fik sit eget særskilte skema, hvor faktuelle oplysninger om behandlingens iværksættelse, dosis, eventuelle komplikationer m.m. blev noteret. Under de daglige notater i journalen blev behandlingerne ligeledes omtalt og effekten kommenteret. Eventuelle summationsbehandlinger, hvor man under en insulinbehandling gav supplerende cardiazol eller elektrochok, blev også omtalt inde i journalen. Andre typer af terapier, som ikke blev registreret på skemaer, så som behandling med hormoner, psykoterapi eller psykoanalyse blev ligeledes beskrevet inden i journalen.

De samlede opgørelser over behandlingerne for alle lobotomipatienter viser, at det langt fra var alle terapier, som blev prøvet, før lægerne valgte det hvide snit. Kun 2,44 % af patienterne havde prøvet både insulin, cardiazol, elektrochok, summation og en af de mindre vanlige terapier med enten hormoner, psykoterapi, psykoanalyse m.m. (fig. 6).

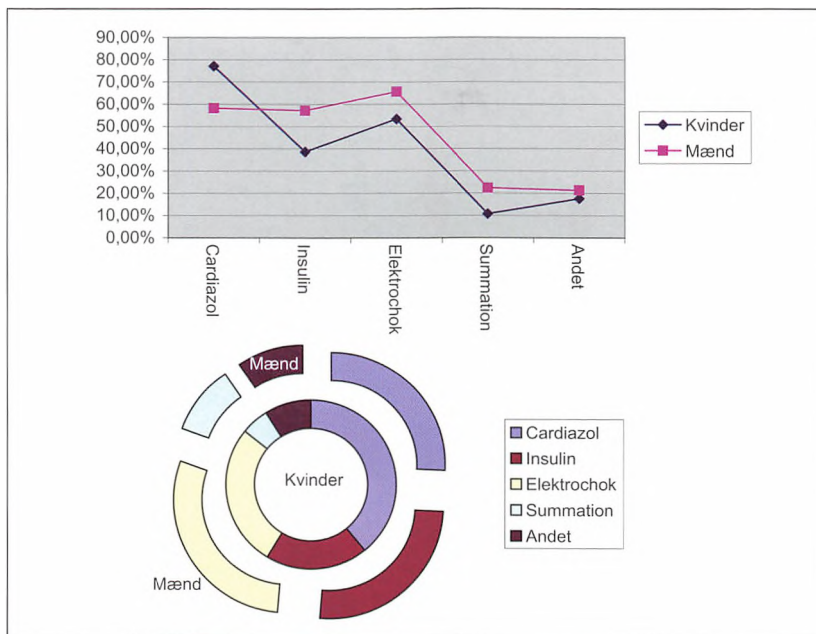


Fig. 6. Anden behandling anvendt inden lobotomi for kvindelige og mandlige patienter. Cardiazol, insulin, elektrochok, summation og andet (dvs. hormonbehandling, psykoterapi, psykoanalyse m.m.) (N=285).

Af de mest udbredte terapier havde en del patienter prøvet cardiazol (71,57 %), elektrochok (57,19 %) eller insulin (44,56 %). Men der var også en gruppe af patienter, hvor der ikke var blevet forsøgt forskellige behandlinger inden en lobotomi. Der var således 7,36 % af patienterne, som slet ikke havde fået nogen af de forskellige behandlinger. Og i alt 26,66 % af patienterne havde kun gennemgået én type behandling, før de blev indstillet til lobotomi.

Selvom det ofte blev fremhævet i psykiatriske artikler, at lobotomien som "en sidste udvej" kun burde foretages "efter al anden mulig behandling er forsøgt", peger opgørelserne på, at det ikke var et ufravigeligt krav for psykiaterne, når de indstillede patienterne til lobotomi (44).

En lang varighed af de forskellige sygdomme eller talrige indlæggelser var heller ikke en nødvendig betingelse, for at blive indstillet til lobotomi i Vordingborg. I journalerne noterede lægerne tidligere indlæggelser fra andre hospitaler samt eventuelle genindlæggelser i Vordingborg.

Og afskrifter fra disse indlæggelsesforløb blev indført i patienternes journaler. Hvis man for de enkelte lobotomipatienter lægger alle disse indlæggelsesforløb sammen, var der ikke en overvægt af patienter med lange indlæggelser (fig. 7). Næsten 25 % havde kun været indlagt i 0-1 år, inden de blev indstillet til lobotomi, og 29 % havde en samlet indlæggelsestid på 2-4 år. Lobotomipatienter med korte forløb på mellem 0-4 år udgjorde således 53,99 % af alle patienter, der fik det hvide snit.

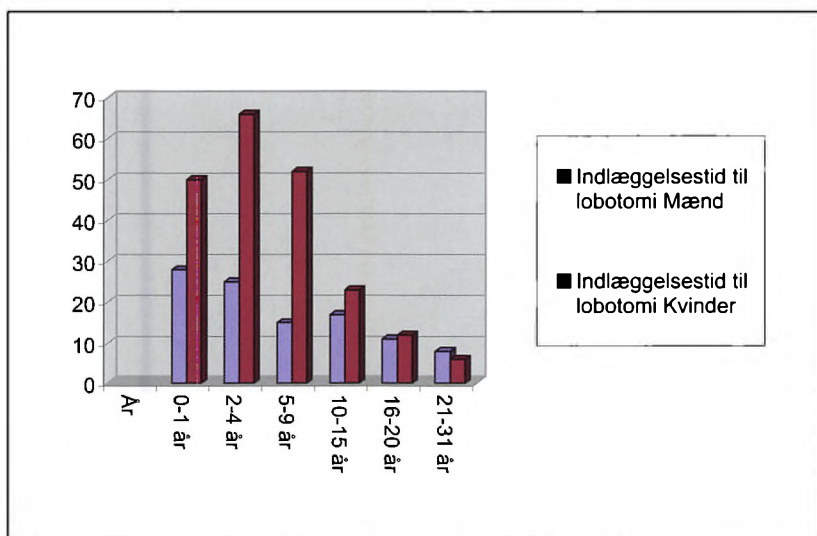


Fig. 7. Indlæggelsestid for lobotomipatienter i Vordingborg. Alle indlæggelser mænd og kvinder før lobotomi (N=313).

Der var dog en forholdsvis stor gruppe af indlagte med 5-9 års samlet indlæggelse (21,40 %), men hvis man sammenligner med det generelle billede, som viser sig i forskellige optællinger på hospitalet i slutningen af 1940'erne, placerer disse lobotomipatienter sig ikke i hovedgruppen af patienter med lange indlæggelser.

I en tværsnitsoptælling fra 1947, som endda ikke var en opgørelse over samlede indlæggelsesforløb (men kun noterede varighed af opholdet fra patienternes igangværende indlæggelse i Vordingborg), var der en større gruppe på over 35 % af patienterne med over 10 års indlæggelse. Selvom alle lobotomipatienterne ikke befandt sig på hospitalet dette år, og de to opgørelser således ikke kan sammenlignes direkte, kan tværsnitgruppen fra 1947 give et indtryk af den almindelige fordeling for de patienter, der var lang tid på hospitalet (figur 8).

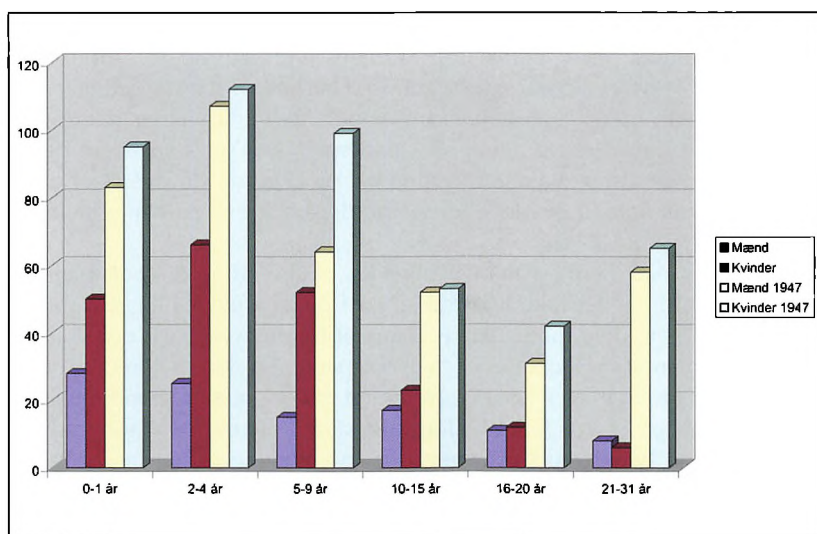


Fig. 8. Lobotomipatienters samlede indlæggelsesforløb før lobotomi og patientpopulationen i Vordingborg 1.1.1947.

Gruppen af patienter med lange indlæggelser var som tidligere nævnt konstant voksende gennem hele perioden frem til slutningen af 1950'erne, hvor lobotomierne blev praktiseret. Men i gruppen af lobotomipatienter kan der ikke findes en stor andel af disse patienter med meget lange indlæggelser. Andelen af lobotomipatienter med over 10 års indlæggelse var 24,6 % (og her er der som sagt tale om varigheden af samtlige indlæggelser). Blandt lobotomipatienterne var det faktisk de færreste, der blev udvalgt blandt den ellers ganske store gruppe af patienter på hospitalet med meget lange indlæggelser på over 20 år.

Anvendelsen af de psykokirurgiske indgreb falder således ikke umiddelbart ind under forklaringen om en sidste udvej, som kun blev prøvet på patienter med meget lange indlæggelser, efter at al anden behandling havde svigtet. Men behandlingen kan heller ikke blot reduceres til "social kontrol" overfor vanskelige patienter. Der var som nævnt store forskelle i lægernes syn på patienterne fra de forskellige afdelinger på hospitalet, og uproblematisk patienter blev også indstillet til de hjernekirurgiske indgreb.

Analysen af journalerne fra Vordingborg viser et mere broget billede af indstillingerne til lobotomi. Nogle patienter kan placeres under en af de to hovedgrupper, men i en stor del af tilfældene kan behandlingen både ses som en form for kontrol, men også en sidste udvej. Det gjaldt især for den største gruppe af lobotomipatienter – skizofrenipatienterne.

De skizofrene blev i dansk psykiatri generelt opfattet som en patientgruppe, der gik en tragisk skæbne i møde. Man havde ringe tro på, at andre behandlingsmuligheder kunne hjælpe dem, og man formodede, at forløbet ville ende med "defekt" og "demens" (17, 44, 45, 46). Indtrykket var, at deres tilværelse på sindssygehospitalernes urolige afdelinger var miserabel eller rettere – permanent miserabel. Men journalerne viser også, at de urolige, urenlige og aggressive patienter blev set som et problem, som lobotomien kunne være en løsning på; og lægerne var også klar over, at de hvide snit ikke helbredte eller sendte de skizofrene patienter hjem fra hospitalet.

Lobotomien var derfor i mange tilfældet præget af et dobbelt hensyn, som psykiaterne heller ikke lagde skjul på i deres artikler i fagtidsskrifterne. Som Arild Faurbye fra Sct. Hans Hospital fremhævede, var der to sider ved lobotomien af de skizofrene. "Selvom patienten ikke helbredes, betyder ophør af uroen meget; først og fremmest er patienten ikke mere forpint og kan flyttes på en roligere afdeling", forklarede han. "Også for sindssygehospitalet betyder dette meget, der kan komme et helt andet præg over de urolige afdelinger, og den vanskelige pleje af disse urolige og voldsomme patienter lettes betydeligt for personalet" (47). Lignende overvejelser blev fremført af psykiateren Johanne Ellebjerg fra Kolonien Filadelfia i en oversigt over de første lobotomier på hendes afdeling. "Ganske vist har kun en enkelt af de skizofrene patienter kunnet udskrives", forklarede hun, "men for de meget bedrede og de bedrede gælder det, at de er langt lettere at passe end før lobotomien, kræver mindre personale, og i det hele taget fører en mere menneskeværdig tilværelse, hvilket også for de pårørende må betyde en lettelse" (48).

For at få en dybere forståelse af valg situationen ved en lobotomi er det i denne forbindelse centralt at få med, at der for datidens psykiatere ikke syntes at være noget odiøst i, at der eksisterede et dobbelt hensyn, og at individets frihed og patienternes udbytte af en bestemt behandling ikke var eneste parameter. Patienterne indgik også i en større kontekst i form af dagligdagen på hospitalerne, hvor plejepersonalets situation blev taget

med i betragtningerne, når det drejede sig om disse patienter, som man ikke generelt regnede med at kunne sende hjem fra hospitalet.

Komplikationer

Trods den positive holdning til lobotomien blandt danske psykiatere var der også klarhed over, at den hjernekirurgiske behandling ikke var uproblematisk og komplikationerne var omfattende. Den brede diagnose "lobotomia sequelae", som omfattede de klare eksempler på følger virkninger af det hvide snit, blev således stillet hos 50,17 % af patienterne på hospitalet. Blandt 33,56 % af patienterne i Vordingborg blev der observeret krampeanfald efter udførelsen af lobotomien. Disse kunne variere noget mellem enkelte og meget hyppige anfald. En del af kramperne kunne kontrolleres med medicin som phenemal, men der var også flere patienter, som gennem årene var plaget af hyppige og voldsomme anfald. En mindre del døde efter status epilepticus, ligesom man ved senere obduktioner kunne konstatere, at lobotomien havde været en medvirkende årsag ved andre dødsfald. Hvis man tæller alle disse dødsfald sammen, var der i alt 6,36 % af patienterne i Vordingborg, hvor lobotomien blev betragtet som en direkte eller medvirkende årsag til, at patienterne var omkommet (fig. 9).

Også i den psykiatriske litteratur var der klarhed over, at der som regel var følger virkninger af lobotomien "hos så godt som enhver opereret patient". Som Villars Lunn fra Rigshospitalet skrev i en større artikel om det hvide snit, havde lobotomipatienterne bestemte karakteristiske træk: "Det, der kendetegner disse patienter, er da først og fremmest en vis kritikløs indsigtssløshed med hensyn til deres egen adfærd, en ubekymret udadvendthed og en ambitionsløs ligegladhed, der nærmer sig det apatiske. Ofte er de lidt fjoget opstemte og euforiske, snakkende, påfaldende ofte bandende og i det hele taget lidet kræsne i ordvalg og udtalelser; jævnligt efterladende med deres personlige påklædning og toilette. Tit er de indolente og uden initiativ (...), men jævnligt er de også irritable og opfarende, taktløse og hvileløse og først og fremmest påfaldende uafficerede af det indtryk, de gør på deres omgivelser. Deres interesseområde kan være indsnævret, deres behov mere materielt betonedede, deres indføling og medførelse for deres omgivers tarv ligesom afstumpet" (49).

Muligheden for at observere følger virkningerne af lobotomien var i høj grad tilstede for psykiaterne. Lobotomipatienterne var generelt i en rum tid på hospitalerne efter hjerneoperationerne. På hospitalet i Vordingborg var 67,02 % af lobotomipatienter således ikke blevet udskrevet 2-40 år efter en lobotomi; og 55,67 % af patienterne var indlagt på hospitalet eller en af de tilknyttede plejestiftelser mellem 5-40 år efter operationen. Hele 40,78 % af alle lobotomipatienter var stadig indlagt 10-40 år efter indgrebet (17).

Debat og afvikling af psykokirurgien

Men det hvide snits bivirkninger vakte ikke større debat i 1940'erne og 1950'erne. I 1954 var psykofarmaka (largactil) blevet introduceret på de danske psykiatriske hospitaler, og det havde medført en større nedgang i anvendelsen af lobotomien. Men psykokirurgien blev dog stadig beskrevet positivt og også udøvet i et mindre omfang på hospitalerne i 1960'erne og 1970'erne.

Først i 1974 ved indblanding fra Folketingets Ombudsmand blev der for alvor stillet kritiske spørgsmål om praksis med psykokirurgien på de danske psykiatriske hospitaler. Ombudsmanden havde bl.a. efterlyst en efterundersøgelse af de patienter, der i 1970'erne var blevet opereret med nye typer af psykokirurgiske indgreb i form af mindre destruktive stereotaktiske operationer. Der var på dette tidspunkt ved at indtræffe et holdnings-skifte i forhold til psykokirurgien blandt flere danske psykiatere.

I 1976 havde filmen *Gøgereden* haft premiere i Danmark, og den kritiske fremstilling af lobotomien i filmen blev af yngre psykiatere anset for at være berettiget. Som en af kritikerne, Joseph Welner fra Kommunehospitalet i København, fremhævede, var der især én ting ved filmen, som "ramte os alle sammen, selv om vi var unge dengang det skete. Og det var verdenspsykiatriens skandale. Det var lobotomien", forklarede han, "hvor man på et fuldstændig usandsynligt spinkelt urimeligt grundlag, i psykiatrien i alle lande, har hjerneopereret folk. Det synes jeg, rammer, at det virkelig har kunnet finde sted". Han bemærkede også, at man slet ikke havde efterundersøgt patienterne i Danmark, og at man udførte operationerne "en gros", også på "karakterafvigende". Han var heller ikke tryk ved de nye psykokirurgiske indgreb, og fremhævede, at de nye operationer "indebærer i sig selv nogle svære etiske problemer. Også selv om det er små indgreb" (50).

Også yngre psykiatere som Niels Reisby fremlagde i 1980 en kritik af psykokirurgien. "Standardlobotomi-æraens blomstring og fald illustrerer, hvilke vildspor man kan komme ind på, hvor ingen andre behandlingsmuligheder foreligger, og en ny terapi entusiastisk lanceres. Byggende på en alt for forenklet teori om cerebrums [hjernens] funktionelle organisation førtes man til at foretage irreversible indgreb, der ændrede patienterne karaktereologisk på en meget vidtrækkende måde", forklarede Reisby. På denne baggrund måtte man meget nøje overveje, om nye psykokirurgiske indgreb overhovedet skulle udføres, og stille meget "strenge" krav til behandlingen, hvis den skulle fortsættes, konkluderede Reisby (51).

Niels Reisbys skepsis skulle vise sig begrundet, da den efterundersøgelse, som Folketingets Ombudsmand havde efterlyst, blev udgivet af psykiateren Heidi Hansen, chefpsykolog Alice Theilgaard, klinisk psykolog Ruth Andersen og Villars Lunn i 1982 (52).

Ifølge forfatterne bag den nye undersøgelse var 37 % af patienterne ble-

vet forværret efter de nye psykokirurgiske indgreb (stereotaktiske operationer). I 25 % af tilfældene havde der været en form for bedring, mens 9 % virkede uforandret. Med 26 % mente forfatterne, at resultaterne var tvetydige, da patienternes tilstand efter operationen både kunne tolkes som en forværring eller en bedring. Alt i alt fandt forfatterne til undersøgelsen i 1982 så mange kritisable forhold, at de konkluderede, at hvis psykokirurgien overhovedet skulle udføres i fremtiden, måtte der udvikles ensartede og mere restriktive regler for indikationer og indstillingsproceduren, og man måtte være meget mere bevidst om den negative effekt, der i undersøgelsen havde været mere fremtrædende end de mulige positive virkninger (52).

Resultatet af efterundersøgelsen blev taget til efterretning, og spørgsmålet om psykokirurgien blev drøftet i det statslige udvalg, der i 1987 kom med en udtalelse vedrørende en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Her blev det foreslået, at ethvert psykokirurgisk indgreb skulle kræve skriftligt samtykke fra patienten, samt at indgrebene kun måtte foretages efter godkendelse fra et lægeråd, som skulle nedsættes af Sundhedsstyrelsen. "Et psykokirurgisk indgreb medfører en varig (irreversibel) ændring af hjernens funktion. Bivirkningerne ved sådanne indgreb er alvorlige, idet der til dels optræder postoperativ epilepsi hos 15 til 30 % af patienterne, dels udvikler de mere eller mindre udtalt en demenslignende tilstand med følelsesmæssig affladning, mindsket initiativ og aktivitet, ændret holdning til egne normer og nedsat evne til at strukturere livssituationer", forklarede udvalget. Det var derfor vigtigt med klare regler for behandlingen "for tydeligere at markere forbuddet mod at anvende tvang i forbindelse med psykokirurgi" (53).

Forslaget fra udvalget blev derefter fulgt, og et særskilt kapitel om psykokirurgi blev indført i den danske psykiatrilov – og er også blevet bibeholdt i senere revisioner af loven. Men da reglerne blev vedtaget i slutningen af 1980'erne, var indgrebene imidlertid blevet indstillet på de neurokirurgiske afdelinger i Danmark. Udvalget, der i 1987 behandlede spørgsmålet om psykokirurgien, kunne således konstatere, at det sidste psykokirurgiske indgreb var blevet udført på Rigshospitalet i 1983 (53).

Psykokirurgien er ikke siden blevet genoptaget i Danmark, selvom der for nylig har været forslag derom (54).

Referencer

1. Moniz E. Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. Paris: Masson 1936. Citater oversat til dansk af forfatteren
2. Ferro JM. Egas Moniz (1874-1955). *J Neurol* 2003;250:376-377
3. Tierney AJ: Egas Moniz and the Origins of Psychosurgery. A Review Commemorating the 50th Anniversary of Moniz's Nobel Prize. *J Hist Neurosci* 2002;9,1:22-36
4. Valenstein E. The Prefrontal Area and Psychosurgery. *Progr Brain Res* 1990;85:539-554
5. Feldman RP. Psychosurgery. A Historical Overview. *Neurosurg* 2001;48,3:647-659
6. El Hai J. The Lobotomist. New Jersey: John Wiley & Sons 2005
7. Pressman JD. Last Resort. Psychosurgery and the Limits of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press 1998
8. Freeman W & Watts JW. Psychosurgery. Intelligence, Emotion and Social Behavior Following Prefrontal Lobotomy for Mental Disorders. Illinois: Charles C. Thomas 1942
9. Kucharski A. Frontal Lobotomy in the United States, 1935-1955. *Neurosurg* 1984;14,6:765-772
10. Fortner R. Egas Moniz und die Leukotomie-Debatte unter besonderer Berücksichtigung des portugiesischsprachigen Schrifttums. *Suddhof- fs Archiv*, 2002;86:138-170
11. Kotowicz Z. Gottlieb Burckhardt and Egas Moniz. Two Beginnings of Psychosurgery. *Gesnerus* 2005; 62:77-101
12. Diefenbach G. Portrayal of Lobotomy in Popular Press. *J Hist Neurosci* 1999;8:60-69
13. Valenstein E. Great and Desperate Cures. The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness. New York: Basic Books 1986
14. Medicinska Nobelstiftelsens Arkiv. Stockholm. Nominations for the Nobelprice. E. Busch. "Pédiatrie" no. 83, den 25.1.1949
15. Stolt CM. Moniz, lobotomin och 1949 års Nobelpris. *Svensk Medicin- historisk Tidskrift* 1999;3,1:249-270
16. Valenstein E. History of Psychosurgery. S. H. Greenblatt SH (ed.). A History of Neurosurgery Illinois: American Association of Neurological Surgeons 1997:499-516
17. Vaczy Kragh J. Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922-1983. Ph.d.-afhandling Medicinsk Museion: Københavns Universitet
18. Gaylin WM. Operating on the Mind. The Psychosurgery Conflict. New York: Basic Books 1975
19. Medicinalberetning for Kongeriget Danmark i året 1953:27
20. Arentsen K. Strömngren E. Patients in Danish Psychiatric Hospitals. Results of a Census in 1957. *Acta Jutlandica* 1959;31:7-49
21. Betænkning 1. Afgivet af Udvalget af 26. november 1943. København 1945
22. Helweg H. Politiken 8.2.1950
23. Braslow J. Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century. Berkeley, Los Angeles: University of California Press 1997
24. Vaczy Kragh J. Elektrochok, psykiatri og historie. *Ugeskr Læger* 2005; 167:4750-4752
25. Christiansen H; Smith JC & Magnus- sen G. Report on Insulin and Cardiazol Shock Therapy from The Danish Psychiatric Society. *Acta Psych Neurol* 1942;15:217-297

26. Strömngren E. Psykiatriske Behandlingsmetoder. En Oversigt. København: Ejnar Munksgaard 1941
27. Rigsarkivet (herefter RA). Rigshospitalets Neurokirurgiske Afdeling. Patientjournaler, jr. nr. 5962/44
28. Oringes Arkiv (herefter OA). Patientjournaler, mænd, jr. nr. 14.661
29. OA. Patientjournaler, kvinder, jr. nr. 12.960
30. RA. Direktoratet for Statshospitalerne: O10, 1949/50. G. 476. Vagn Askgaard til G. Brochner-Mortensen 3.5.1947
31. RA. Direktoratet for Statshospitalerne: O10, 1949/50. G. 476. V. Askgaard til G. Brochner-Mortensen 20.7.1946
32. Psykiatrisk Historisk Museum i Risikov. Erik Strömngrens arkiv. "Overlægemøder, 16.09.45-4.12.1947". 3. møde, den 15.5.1947
33. RA. Direktoratet for Statshospitalerne: O10, 1949/50, G. 476. E. Strömngren til Direktoratet 4.4.1946
34. Götz Hl. Oringe – der var engang. Vordingborg: FOA Sydsjælland 2003
35. OA, patientjournaler, mænd (lobotomipatienter), jr. nr. 9.482, 11.808, 16.223 og 9.405
36. OA. Patientjournaler, kvinder, jr. nr. 11.048
37. OA. Patientjournaler, kvinder, jr. nr. 15.506
38. OA. Patientjournaler, kvinder, jr. nr. 12.289
39. OA. Patientjournaler, kvinder, jr. nr. 15.146, 11.177 og 9.394
40. OA. Patientjournaler, mænd, jr. nr. 17.732
41. OA. Patientjournaler, kvinder, jr. nr. 19.156, 19.133 og 18.159
42. OA. Patientjournaler, mænd, jr. nr. 14.018, 23.307, 22.545
43. OA. Patientjournaler, kvinder, jr. nr. 16.223 og 15.406
44. Krarup F. Sindssygdommens Grundtræk. København: Gyldendal 1932
45. Wimmer A. Speciel klinisk Psykiatri for Studerende og Læger. København: Levin & Munksgaard 1936
46. Smith JC. Psykiatriske Forelæsnings. København: Ejnar Munksgaard 1939
47. Faurbye A. Lobotomi. En oversigt over indikationerne for præfrontal lobotomi ved psykiske lidelser. Ugeskr Læger 1949;111:986-992
48. Ellebjerg J. Frontal lobotomi ved kroniske psykoser. Nord Med 1949;41:16-21
49. Lunn V. Lobotomi. Teoretiske og kliniske synspunkter. Medicinske Fremskridt 1954;3:49-62
50. Hvad synes De om Gøgereden doktor? Fælleden 1976;6:24-29
51. Reisby N. Andre somatiske behandlingsmetoder. Welner J. et. al. Psykiatri. En tekstbog København: FADLs Forlag 1980:565-571
52. Hansen H et. al. Stereotactic Psychosurgery. Acta Psych Scandinavica. Supplementum 301;66, 1982
53. Afsluttende udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Betænkning 1109, København 1987
54. Neuropsykiatrisk udrednings- og behandlings funktion i Århus Amt. Januar 2004

Summary

Last Resort? Some Incidents in the History of Psychosurgery in Denmark

Jesper Vaczy Kragh

In 1935 psychosurgery was invented in Portugal by Egas Moniz. A few years later the new therapy for psychiatric patients were introduced and widely used in Danish mental hospitals. Why did Danish psychiatrists utilize an uncertain and unsafe treatment, and what conditions contributed to the extensive use of psychosurgery in Denmark? To answer these questions, this article focuses on the large archives from the Directorate of the State Mental Hospitals and various mental hospitals in order to investigate the negotiations regarding psychosurgery. Especially the case notes from the State Mental Hospital in Vordingborg, a hospital with 850 beds in southern Zealand, give an insight into the doctors' considerations, when they contemplated on using psychosurgery. In the archive in Vordingborg 336 patient records from lobotomized patients have been found and subjected to statistical analysis in this article.

The analysis of the patient records from Vordingborg and other state mental hospitals shows that the practise of lobotomy was a complex matter, and a number of different factors played a part in the wide use of the therapy in Denmark. Especially the dire conditions of the mental hospitals in the 1940s and 1950s made doctors consider psychosurgery a solution for the many patients living a miserable life in the back wards of the hospitals. Patients, who had spent years of their lives in the hospital's "disturbed wards", were particularly exposed to psychosurgery. In the patients records the most common indications for psychosurgery were "unruly" and "aggressive" behaviour, but other factors such as the patient's lengths of stay in the hospital, patients racked with pain, and lack of response to other somatic treatments could also prompt psychiatrists to employ lobotomy.

En kongelig øjenlæsion

Af Ib Søgaard

Juleaftensdag 1644 satte Christian IV sig til sit skrivebord på Frederiksborg slot for at skrive et brev til svigersønnen Corfitz Ulfeldt(1):

"Du skaldt lade kalde for dig alle Doctores Medicine och dennom befaale. at dy skal stycke hoffuederne sammen och consultere, Huad jeg skal bruge. at jeg kan bliffue Restituerit y myt hoffuut, huorudi jeg continuerlig haffuer uerrit besuehrit. som Jeg aldtid waar drucken, Siiden den tyd miit Øbre bleff slagen y sønder; den tyd dyn broder knud bleff skamfebrit. och Eyler bleff død, aff huilckit Slag ded høiter Øiie fyck skade, att Jeg seer indted dermed, der dog Øiestenen ingen skade fiick. Om Natter kan Jeg, Gud uerre loffuut, well soffue paa 4 tymers tyd, Och naar Jeg daa Staar op Och bliufuer en tiime eller thu oppe, Daa kan Jeg siiden Soffue En tymt eller thu Igen. Om Epbermiddagen ued tre slet indtil flux ud paa Afsfienen Er Jeg sa Søffnig, at Jeg Neppeligen kan holde myne Øiien aben. Dog Naar Jeg setter mig lydit Neder at soffue, da forgar ded mig udi Ett korbter och Ringer.

Vale. Aff frederigsborg den 24. Decem. Anno 1644.

Christian"

Ulfeldt handlede hurtigt. Allerede 29. december samledes 9 af landets mest kendte læger for at afholde "Konsultation angående hans høje kongelige majestæt Christian den Fjerdes lidelse."

Kongens livlæge Jacob Fabricius, Ulfeldts læge Otto Sperling og Ole Worm var de mest kendte(2). Deres beretning er bevaret og gengivet af Thomas Bartholin.

Der blev ikke foretaget en egentlig undersøgelse af majestæten, men kongens egne klager er gentaget. De fleste blev taget alvorligt, men man mente, at døsigeheden ikke var usædvanlig, majestæten's alder og tidligere levevis taget i betragtning.

I enstemmighed til rådele man herefter først et universelt virkende mildt afførende middel f.eks. Vinum Cephalicum Medicatum, der bestod af hovedstyrkende og udrensende urter. Herudover kunne tilrådes latværg eller hovedstyrkende vand enten anvendt indvortes eller udvortes.

En mere aktiv behandling blev tilrådet som åreladning og påsætning af blodkopper. Endelig kunne der tilrådes, endda i særdeleshed, hans kongelige majestæt en fornuftig levevis. Specielt burde man være opmærksom på at kakkelovnene i alt for høj grad fylder hovedet med varme dunster, og det samme kunne ske med røgvarer og anden føde.

Det var også tilrådeligt hvis majestæten kunne holde igen på sine sindsbevægelser, for at væskerne ikke skulle komme i for stor bevægelse.

Det sidste råd var nok ikke nemt at klare, men den øvrige behandling blev sikkert forsøgt. Det hjalp imidlertid ikke. I et brev fra Kongen et års tid senere gentages stort set de samme klager.

Christian havde selv givet en god beskrivelse af følgerne efter en hjerne-rystelse, i vore dage ville man kalde det et postcommotionelt syndrom. Det tilfælde han selv refererer til, er det uheld han var udsat for under Torstenssonkrigen 1. juli 1644 i slaget på Kolberger Heide.

Torstenssonkrigen 1643-1645

12. december 1643 trængte den svenske feltmarskal Lennart Torstensson uden krigserklæring ind i Jylland sydfra. 6 dage senere havde han indtaget fæstningen Christianspris på vestsiden af Kielerfjorden og en måned senere var hele Jylland erobret.

Svenskernes plan var herefter at overføre tropperne til først Fyn og senere Sjælland. Kong Christian reagerede omgående. Han tog selv til Fyn, og det lykkedes ham at forhindre Torstensson i at forcere Lillebælt.

Sverige sendte nu feltmarskal Gustav Horn til angreb på Skåne idet man så påtænkte en knibtangsmånevne, der hvis den var lykkedes kunne have medført Danmarks udslettelse.

Det danske rigsråd og Christian IV så det fortsat som den vigtigste opgave at spærre svenskerne inde. Kongen blokerede med flåden Göteborgs havn. Herunder erfarede han, at en hollandsk hjælpeflåde var på vej for at forene sig med den svenske flåde.

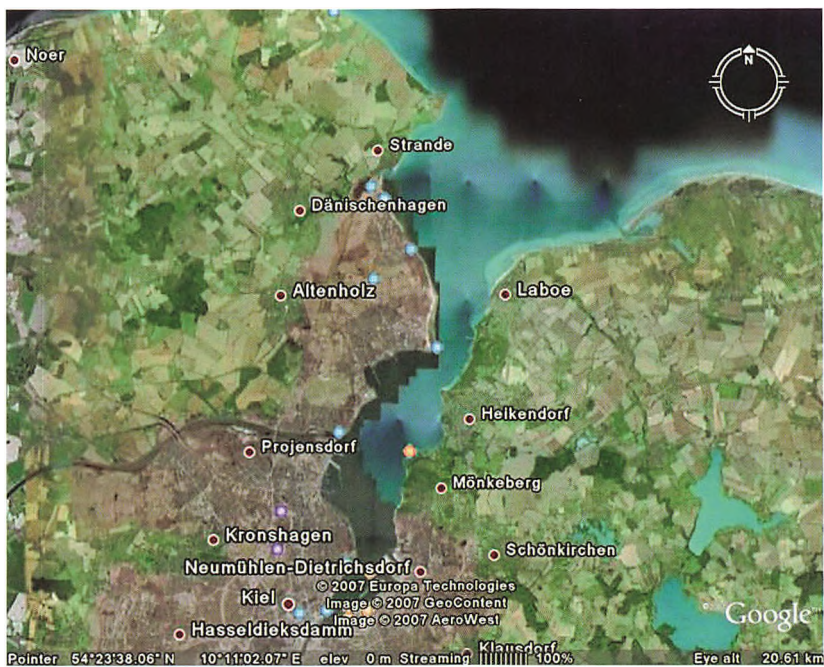
Han valgte at gå mod hollænderne og tvang ved Listerdyb ud for øen Sild hjælpeflåden tilbage til Holland. Det var ikke en vanskelig opgave, da hollændernes flåde mest bestod af transportskibe

Imens gjorde den svenske flåde sig klar til afsejling fra Stockholm under ledelse af generaladmiral Klas Flemming.

1. juni stod 39 skibe og 10 mindre skibe med i alt næsten 6000 søfolk og soldater ud fra Stockholm havn med kurs mod Kieler fjorden.

Bestykningen blev angivet til 1220 kanoner.

15. juni foretog Klas Flemming en afstikker op i Øresund helt op til Dragør for at lede efter den hollandske flåde. Den danske hovedflåde var end-



Figur 1 Kieler Fjorden. Christianspris ligger på fjordens smalleste sted på vestsiden. Afstanden til fjordens østside er her kun ca. 500 m (Gengivet med tilladelse fra Google Earth).

nu ikke vendt tilbage fra Listerdyb, men svenskerne bemærkede nogle orlogsskibe, der var ved at blive klargjorte Flemming besluttede derefter at sejle til Christianspris, hvor han ankom 24.juni(Fig.1). Først nu fik han at vide, at hollænderne var blevet slået tilbage. Torstenssons tropper kunne dermed ikke transporteres væk fra området.

Kolberger Heide

Kong Christian var imidlertid vendt tilbage til København, hvor hele flåden nu var klar til afsejling. Flåden bestod af 40 skibe samt et ikke angivet antal brændere og galioter. Bemandingen var nogenlunde den samme som den svenske flåde (præcise angivelser mangler).

29.juni forlod alle København.

Flåden var delt op i 4 eskadrer, hvoraf der i den første fandtes flagskibet "Patentia" med øverstkommanderende generaladmiral Jørgen Vind om



Figur 2. Kieler Bugt er farvandet mellem Femern, Lolland, Langeland og Slesvig-Holsten. Kolberger Heide er betegnelsen for den del af bugten, der ligger nærmest fastlandet ud for Kiel Fjorden. (Gengivet med tilladelse fra Google Earth).

bord. 3. eskadre blev ført af Christian IV som admiral på "Trefoldigheden".

Med kendskab til Kongens vane med at blande sig i alt ned til mindste detalje, må man sige, at kommandoforholdene ikke var helt heldige.

30. juni fik Klas Flemming besked om, at den danske flåde var set ud for Møn med kurs mod vest, og han gav derfor ordre til at sejle ud af Kieler fjorden. Han havde allerede udset sig den del af Kieler bugten, der kaldes Kolberger Heide til slagplads (Fig. 2)

Området var tæt på flere mulige tilbagetræknings havne for svenskerne.

1. juli mellem klokken 12 og 13 mødtes de to flåder til kamp. Den mest udførlige beskrivelse af slaget er foretaget af overbibliotekar ved Det Kongelige Bibliotek Chr. Bruun i 1879 (3). Han skriver om selve slaget (i parentes angives med D eller S om det er en dansk eller en svensk kilde):

"... De danske havde nærmet sig fjenden med vinden agterind. Patientia var kommet for langt forud, de andre skibe kunne ikke følge den" så hastig, som vi gerne vilde, de skulde have gjort". Admira-

len lagde derfor over så meget som to kabellængder; Sofia kom til, og nu drejede de ned mod fjenden. Sofia fyrede det første skud (D), som besvaredes med sex skud fra modstanderen.

Flemming gik på under trommers og trompeteres lyd. Under beftig kanonade fra begge sider passerede den svenske flåde tværs forbi den danske, så gjorde den svenske flåde en vending (S), vinden rejste sig "mere vesterlig forskjød" som forbindrede den danske flåde luven (D), og Flemming gik luwart an igjen, hans skibe fulgte godt med i de to vendinger (S)

Det traf sig således, at ved den sidste vending kom den danske rigsdmiral med nogle få skibe foran den svenske admirals bov, idet de, som før vare de forreste, ved vendingen bleve de bageste, så at den første kun kunne bruge sine agterske kanoner; og den sidste kun sine forreste imod hinanden, hvorved den første fik sin fart fremskyndet, den sidste sin standset (S).

De to admiralskibe beskjød altså hinanden langskibs; Flemming fik to skud i boven ved vandgangen og måtte derfor gå bi for at stoppe hullerne (S).

Jørgen Vinds skib *Patentia* blev angrebet af flere svenske skibe og det kom i stor fare, men værgede sig på det ivrigste, uagtet det fik stor skade på fold, skib og redskab.

Sophia (Pros Mund, fjerde eskadre) kom mægtigt til hjælp, *Stromarn* (Schoubynacht Henrik Mund, første eskadre) ligeledes, men faren var stor. Nu kom Hs. Majestæt ansættende med sin eskadre og "skærmydserende mægtig på svensken, som holdt sig vel og i god orden til bove (D)". *Patentia* fyrede nogle gange med kanonerne skibet rundt, men holdt så lidet drejen (D, Den danske admiral holdt drejen og lukkede sine stykporte S), for at reparere sin skade: nogle steder havde skibet fået skade i vandgangen, så det ikke kunne blive læns, et marssejl var skudt ned, rejsningen var skamferet, storstangen og andet mere var sønderskudt (D).

I hele tre timer drev *Patentia* udenfor flåden, havde de svenske gjort sig flid med at omringe admiralskibet, vilde det være blevet taget (S). Flemming mærkede, at der var indtrådt nogen usikkerhed i den danske flåde (S). han sendte sin jagt ud for at meddele officererne på de skibe, det kunne komme til tale, den befaling, at hele flåden skulle dreje midt ned mellem fjendens skibe (S).

Såsnart jagten kom tilbage og meldte, at den havde udført sit ærinde, satte Flemming kursen lige ind imod den danske flåde, ikke mange skibe fulgte ham, de fleste gik luwart op som før, skjød på afstand, kunne tilfældigvis træffe, men gjorde for det meste ingen skade (S). Fjenden "gjorde ud både blinder og bramsejl og gik til side" (S).

Flemming kom bag i flåden og indvikledes i kamp med den danske

viceadmiral og tre andre skibe. som holdt sig tæt ind til ham og beskyjød ham hæftig. master, sejl og takkelage blev forskudt, han fik tre skud i vandgangen og blev nødt til at gå luvert bort fra fjenden (S).

Hs. Majestæt (formodentlig er det hans eskadre, som Flemming benævner viceadmiralen) forsøgte sig ikke, han skæmydserede nogle gange med fjenden og blev understøttet af Sophia, Norske Løve og Oldenburg. Nellebladet kom en gang i fare, idet et svensk skib forsøgte at entre det: men entringen blev afslået. svenskerne mistede bordsprydet og galionen, og hænderne blev huggede af flere af mandskabet. Nelleblader erobrede et flag, som blev sat op på gækken (D).

Imidlertid var Patientia kommen i orden, så at den atter kunne gå i ilden, det svenske admiralskib ligeledes.

Vinden havde forskudt sig, så at de svenske tog luven (D). for fjerde gang begyndte kanoneringen i aftenstunden (D), men mørket faldt på; Flemming kunne ikke skjelne, hvem der var ven, og hvem der var fjende (S), og fægtningen måtte ophøre på begge sider (D,S). "

Slaget havde varet omkring 9 timer. Hvem sejrede?

Både danskerne og svenskerne hævdede, at de havde sejret. Historikeren Søren Mørch har en gang til denne artikels forfatter citeret Napoleon for at erklære, at sejren i et slag tilfalder den, der bedst takler kombinationen ildkraft kontra bevægelse.

Anvendt på slaget ved Koldberger Heide må udfaldet karakteriseres som uafgjort. Ingen skibe blev ødelagt totalt, sat i brand eller sænket. I betragtning af, at der deltog omkring 10-12 tusind mand, var der et meget beskedent antal døde (37 danske og 30 svenske) og sårede (170 danske og 50 svenske).

Blandt de sårede var flere prominente danskere.

Generaladmiral Jørgen Vind blev allerede i den første træfning ramt i det ene ben af en kanonkugle. Læsionen var så udtalt, at han døde 16 dage senere.

Kong Christian blev også såret. Det skete, da han selv ville sætte en kanon i sigte.

En svensk kanonkugle fløj ind igennem kanonporten og ramte delfinerne (hanken) på kanonen, hvorved både kugle og hank splintredes og en byge af træ- og metalsplinter feg ind over dækket og ramte kongen, og de personer, der stod omkring ham.

Der var tale om to af Corfitz Ulfeldts brødre Ejler og Knud. Ejler blev dræbt på stedet, Knud fik kvæstet den ene arm så voldsomt, at han senere døde af det.

Kongen blev ramt af kanonen under dennes tilbageløb og blev desuden ramt af flere metalsplinter i ansigtet, heraf en i højre øje og et par stykker i panden samt i det venstre øre.

Han blev væltet omkuld og var formentlig kortvarig bevidstløs. Men kunne snart rejse sig op og med blodet drivende ned af ansigtet erklære, at han stadig var i live og var klar til at kæmpe videre.

Da slaget sluttede, forsvandt danskerne fra slagpladsen, mens svenskerne blev der natten over.

Da Flemming næste morgen meldte klar til fornyet kamp, var danskerne stadig forsvundet, og da han efter timers venten stadig ingen fjende så, besluttede han at sejle ind til Christianspris for at reparere sine skibe.

Hvor var danskerne?

Da Chr. Bruun skrev sin bog i 1879, vidste man det ikke. Den første meddelelse, der kom fra dansk side, var et brev fra kongen til Corfitz Ulfeldt dateret 5. juli og da lå flåden under Femern.

I 1921 lykkedes det direktøren for Frederiksborg Museet O. Andrup at opspore og erhverve en række arkivalier fra de østrigske Ulfeldter og i blandt disse en ny række breve fra Christian IV til Corfitz Ulfeldt(4).

Det fandtes således et brev dateret 2. juli 1644, dagen efter slaget.

Flåden var søgt ind under Lollands Albue for at reparere. Samme dag sendtes Patentia tilbage til København med de sårede.

Flåden fik hurtigt repareret skibene med det materiel, man havde med og gik til søs igen.

De næste par dage var man i den ejendommelige situation, at ingen af kombattanterne vidste, hvor modparten var.

Først da danskerne stødte på et svensk skib, der var sendt til Stralsund for at proviantere, blev det opklaret, at svenskerne var i Kieler fjorden, hvorefter hele den danske flåde sejlede ind i den yderste del af fjorden og kastede anker så tæt på fjenden, at man kunne høre hinandens klokker, der varslede vagtskifter.

De næste tre uger bevægede ingen sig. Kongen havde svært ved at holde sig i ro, og han var da også på en afstikker til Lolland, hvor det lykkedes ham at samle soldater nok til at oprette og bemane en skanse ved Labø på østsiden af fjorden lige overfor Christianspris.

Fra skansen begyndte man at beskyde svenskerne 25. juli, og allerede næste dag blev Klas Flemming dræbt af en kugle, der slog ind i kahytten, hvor han stod og vaskede sig. Hans oppasser blev dræbt og selv døde han 1 ½ time senere. Torstensson udnævnte ryttergeneralen Karl Gustaf Wrangel til hans efterfølger, og umiddelbart efter stormede han Labø skansen, der blev gjort ukampdygtig med tab af næsten 2000 danske soldater.

Wrangel, der aldrig nogensinde havde været til søs, bedømte hurtigt situationen

Forsyningssituationen var efterhånden så vanskeliggjort for svenskerne, at de 28. juli forsøgte at slippe ud af fjorden. De kom imidlertid ikke ret langt før vinden slog om, så de måtte sejle tilbage.

Jørgen Vinds efterfølger Peder Galt fik 29. juli af kongen ordre til at

angribe svenskerne. Men han tøvede og foretog sig heller ikke noget, da svenskerne 30. juli igen fik vind til at sejle ud af fjorden.

Tværtimod holdt den danske flåde sig foran svenskerne helt ud i Kieler bugten, da vinden gik i øst, og svenskerne atter måtte vende om og igen søge ind i fjorden.

Det lykkedes altså heller ikke denne gang for svenskerne at slippe væk.

Hvor den danske flåde nu placerede sig ved man ikke. Sejlede de også ind i fjorden eller lagde de sig uden for?

1. august klokken 22 holdt Wrangel krigsråd, og det blev besluttet at prøve et nyt udbrud samme aften, hvor vinden endnu en gang var gået i sydvest.

Med slukkede lanterner sejlede nu hele den svenske flåde ud, ét skib ad gangen forbi de sovende danskere, der først opdagede udbruddet så sent, at det var formålsløst at optage forfølgelsen.

Kong Christian, der selv var blandt de sovende, blev rasende og udvalgte Peder Galt til syndebuk. Havde han angrebet svenskerne, som ordren 29. juli lød på, var skaden ikke sket.

Galt undskyldte sig med, at han havde misforstået ordren. Det hjalp ham ikke. En måned senere blev han henrettet i Christiansborg Slotsgård.

Kongens læsioner

Kong Christian skrev mange breve og gav mange ordrer i tiden efter slaget. Ikke en eneste gang nævner han sine egne skader. Heller ikke i de officielle meddelelser findes andet end det, der ovenfor er nævnt under beskrivelsen af slaget.

Da Nicolai Abildgaard i 1782 malede en scene fra slaget lod han majestætens venstre øje blive såret.

Da Otto Sperling, der var en af de 9 læger, der blev tilkaldt til at hjælpe kongen i december 1644, skrev sine erindringer mens han sad fanget i Blåtårn, skrev han også om kongens læsion af venstre øje(5).

Sperling var til stede ved kongens dødsleje 28. februar 1648 og beskriver, at han så Leonora Christina lukke majestætens højre øje, " det venstre behøvedes ikke at trykkes til, eftersom det var gået ud i søslaget, og øjelåget havde lukket sig selv."

Den sidste bemærkning er forkert, men kan alligevel forklares ud fra min teori om øjenlæsionen.

I forarbejderne til Marstrands store billede fra 1866 ses også skaden på venstre side. Det blev dog rettet i den færdige version af billedet, som fylder hele den ene sidevæg i Christian IV's gravkapel i Roskilde Domkirke (Fig. 3)

Udover Christians egen beskrivelse af, at det var højre øje, der blev ramt, kan det ses på det tøj, som han havde på under slaget, og som senere blev



Figur 3. Kong Christian ved højen mast. Malet på sidevæggen af Christian IV's kapel i Roskilde Domkirke. Marstrand 1866

gemt og opbevaret på Rosenborg (Fig.4). Det ses tydeligt, at læsionen var på højre side. I mange år blev tøjet opbevaret i tronkammeret på Rosenborg i "et liden skrin, overstrøet med stråblomster". I 1839 blev det flyttet til Chr. IV's rum i stueetagen, hvor det siden 1900 har været tilgængeligt for besøgende.

Først i 1984 blev tingene konserveret(6). Med benzidinreaktion blev det verificeret, at de brunlige pletter på højre side af kraven var blodrester. Efter omhyggelig konservering blev alt vasket. Det er ærgerligt, at man ikke tænkte på at foretage en regulær blodtypebestemmelse. Der kunne jo nemt være blod fra flere personer. Der blev heller ikke taget materiale til fremtidig DNA analyse, som også kunne have været spændende.

Hvorfor mon de blodige klæder overhovedet blev gemt? Måske har det spillet en rolle, at Gustav II Adolfs blodige skjorte efter slaget ved Lützen i 1632 var blevet bevaret i Stockholm.

På skibet fjernede bartskeereren en del metalsplinter fra majestætens ansigt, heraf en fra højre øje samt en fra panden.

Disse splinter blev senere indfattet i et par oresmykker til Vibeke Kruse(Fig.5). Der ses 2 emaljerede guldhænder, begge højrehænder; den ene holder et lille stykke svensk jern, den anden et stykke dansk bronze(7).

Hvad skete der med øjet?



Figur 4. Christian IV's blodige klæder fra slaget ved Kolberger Heide 1. juli 1644. Udstillet på Rosenborg Slot.

Chr. Bruun spurgte en af datidens kendte øjnelæger Harald Philipsen, som mente, at kongen havde faet en betydelig kontusion af øjet, der rimeligvis havde fremkaldt en stærk blødning i øjets indre, hvorved han straks havde mistet synet. Senere var der sa kommer sekundære betændelsesforandringer i øjets indre, hvorved dette er atrofieret og formindsket i alle sine diametre. Sperlings udtalelse om at øjelagene ved kongens død havde lukket sig over det syge øje, stemte godt hermed.



Figur 5. Vibeke Kruses ørehængere. 2 små guldhænder holder henholdsvis et stykke jern og et stykke bronze. Begge stykker fjernet fra Christian IV's ansigt.

Hverken Philipsen eller Bruun har her hæftet sig ved, at Sperling tog fejl af siden.

Men Christian skrev jo i sit brev den 24. december, at øjestenen ingen skæde tog. Med andre ord, kunne han ikke se noget forkert på øjnenes udseende, når han så sig i spejlet.

For at komme nærmere en opklaring kunne man måske få hjælp af et



Figur 6. Medaljeportræt af Christian IV fremstillet af Johan Blum i forbindelse med freden i Brømsebro 1645. Højre pupil er dilateret i forhold til venstre, og der ses eksophthalmus på højre side.

maleri af kongen efter 1644. Der findes imidlertid ingen malerier eller tegninger af kongen fra hans sidste leveår, hvor højre øje kan ses.

Det har han selv beordret(8):

Den 30.december 1644 skrev han til Corfitz Ulfeldt:

“Denne breffuissær haffuer nu acordierit med mig om ded stycke at male. Sammen(!) munsør haffuer nyt konterfey huos sig, som han-nem betaliit er.....Och ded dog inted nylle myste, paded hand ephter handen kunne gøre andre derephter, huorfor ded nu skal affodderis och settes på slottiit.

Och på ded hand ded inted skal kunde disputere, da skal ded haffuis y acht, att hand ingen haffuir giordt, som anstichtet wender hen på den høtier hand, uden desamme och ded som er giordt, som jeg sidder tiil hest.”

Det kan undre, at majestæten ikke ønskede sit højre øje fremstillet, når der nu som han selv sagde, ikke var noget at se.

Måske var det en skuffelse for ham, at man intet kunne se. Det læderede øje skulle have været et adelsmærke.

Men der var noget at se.

Det fremgår af et medaljeportræt udfærdiget i anledning af Brømsebrofredsslutningen i 1645(Fig.6)(9). Medaljen er fremstillet af Johan Blum, som arbejdede for den senere Frederik III i dennes tid som verdslig ærkebiskop i Bremen.

Den viser et usædvanligt haut relief og viser kongen lige forfra.

Portrættet viser forandringer af højre øje, som er mere udstående (eksopthalmus) end venstre. Desuden er højre pupil dilateret i forhold til venstre(10).

Kunne Christian dog ikke se det selv?

Eksopthalmus er svær at bedømme, når man ser sig selv direkte forfra og tæt på. Pupillen var heller ikke dilateret i spejlet. Forestiller man sig, at læsionen af øjet var en direkte nervus opticus skade, ville pupillen på grund af den indirekte reaktion ved lypåvirkning af den raske pupil være af samme størrelse som denne.

Men opticuslæsionen ville afsløres af det såkaldte Marcus Gunn fænomen, eller paradoks pupil lysreaktion: ved forlænget lysindfald i den aktuelle pupil alene, ville man se en pupildilatation og kun på denne side.

Det kunne ske, når majestæten pludselig vendte højre side mod en lyskilde for eksempel en flammende kaminild.

En opticuslæsion kunne være opstået som vist på en ct-scanning af kraniet (Fig.7)

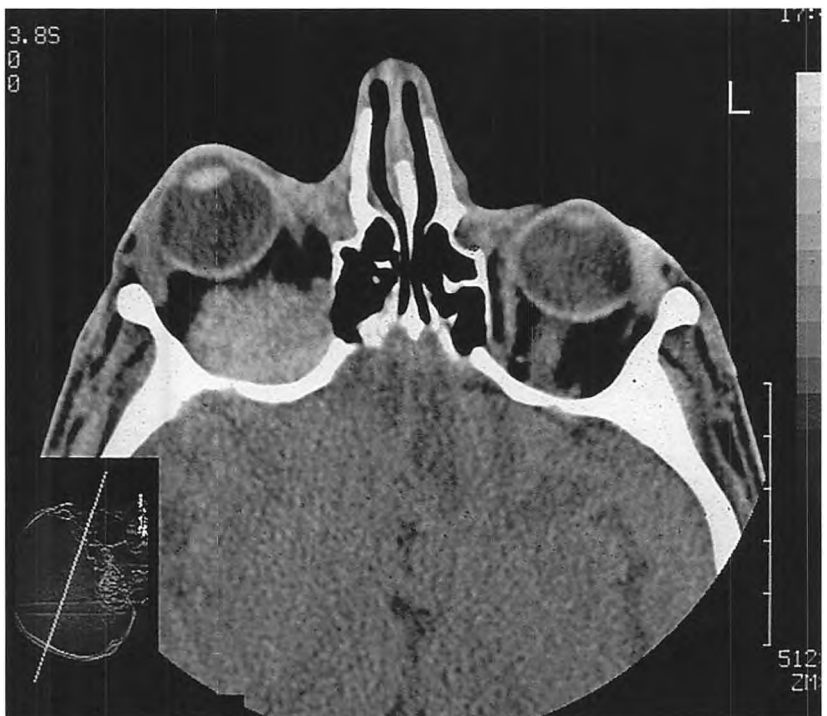
Billedet viser et hæmatom bagtil i højre øjenhule, hvorved selve øjet er presset fremefter (eksopthalmus) med strækning af nervus opticus til følge. Hvis dette hæmatom ikke fjernes kan det senere fibroses med permanent eksopthalmus til følge. Der kunne være tiltale om en læsion af nervus opti-

cus direkte via en metalsplint eller en fractur gennem canalis nervi opticus. Måske kunne det stadig ses, hvis kongens kranium blev undersøgt.

Da Christians kiste i 1866 efter endt restaurering af kapellet i Roskilde Domkirke blev flyttet op fra krypten, var kistelåget delvist ødelagt. Der blev lettet lidt mere på låget, og et gult stykke silke kom til syne. Der blev imidlertid ikke foretaget mere(11), og kistens indhold er aldrig siden undersøgt.

Men der var altså noget at se på Christian IV's øje. Flere må have set det, men der skulle en kunstner til at fastholde det.

Og nu forstår man Sperlings erindringsforskydning med hensyn til siden. Det venstre øje, det normale, var nemt at lukke. Det højre derimod var lidt mere besværligt på grund af den tilstedeværende eksophthalmus.



Figur 7. Ct-scanning som viser et retrobulbært hæmatom som presser højre øje fremad med strækning af nervus opticus.

Litteratur

1. Bricka CF og Fridericia JA Kong Christian Den Fjerdes Egenhændige Breve, Bd 5, 1641-1644, København, 1883-85
2. Hovesen E Christian IV's sidste sygdom og Ole Worm Dansk Medicin-historisk Årbog 1984: 75-90
3. Bruun C Slaget paa Kolberger Heide den 1. juli 1644 og de derefter følgende begivenheder, København, Gyldendalske Boghandels Forlag 1879
4. Skovgaard J Kong Christian Den Fjerdes Egenhændige Breve, Bd 8, 1584-1648, København 1970
5. Birket Smith S Dr. Med. Otto Sperlings Selvbiografi 1602-1673, København, Andr. Fred. Høst & Søns Forlag, 1885
6. Johansen K Nyopstillingen af CHR. IV's blodige klær Bulletin/Nordisk Konservatorforbund, Den danske afdeling 1985, 38: 21-26
7. Fang A Vibeke Kruses Ørehæng Roskilde Museum 1960
8. Eller P Kongelige portrætmalere i Danmark 1630-82 (Disp.) Dansk Historisk Fællesforening, København 1971
9. Galster G Danske og Norske Medail-ler og Jetons ca 1533-ca 1788, København 1936
10. Lauring P Reges Daniæ. Danske konger på mønter og medaljer Andr. Fred. Høst & Søn Kongelig Hofbog-handel Antikvariat Forlag, Køben-havn 1961
11. Friis S Kong Christian den 4des Gravkapel C.A. Reitzels Forlag København 1868

Summary

A Royal Eye Lesion

Ib Søgaard

The 67- year old danish King Christian IV commanded one of the battle ships called "Trefoldigheden" ("Trinity") in a confrontation with the Swedish navy at Kolberger Heide july 1.st 1644.

He himself was injured when a Swedish canon ball hit the dolphin (the handle of the canon) and both exploded.

A large number of metal fragments were spread over the deck and 2 noble men standing beside the king were mortally injured.

Christian's lesions were in his right face, forehead and eye and he lost his vision on this eye.

It has been suggested that this was due to a later infection with shrinking of the eye.

The King however claimed that nothing was to observe on the eye ball.

The King lived until 1648. No paintings exist from the period 1644-48 that reveals his right eye.

The author has found a medal portrait of the king from 1645 made by Johan Blum showing a dilated pupil on the right site and some eksophtalmus leading to the conclusion that a direct lesion of the optic nerve either caused by a metal piece or a retro-bulbar haematoma was responsible for the permanent loss of vision.

The dilated pupil was caused by a Marcus Gunn phenomena or paradox pupil reaction which the king could not observe himself when he looked in his mirror.

Træk af åreladningens historie i Danmark

Af *Kjartan Seyer-Hansen*

Åreladning - også benævnt veneseccio (latin), flebotomi (græsk) eller minutio (middelalderlatin) -, altså det at forebygge eller behandle sygdomme ved blodudtømmelse, kendes i mange forskellige kulturer. Og i den vestlige medicins historie har åreladning i de seneste 2500 år været et kendt middel, som i nogle perioder har været brugt meget, i andre kun i beskedent omfang. Indgrebet har aldrig været helt ude af medicinen. Gennem de 2500 år har den teoretiske baggrund for sygdomslære og behandlingslære gennemgået store og til tiden næsten revolutionære ændringer. Men åreladningen har altid været der. Som en korkprop i en malstrøm dukker den op og trodser paradigmeskift og systemers undergang og skabelse. Den har været en del af det akademiske armamentarium, og den har været en fast bestanddel af den ulærde, folkelige, alternative medicin.

Velbyggede teoretiske fundament for medicinen kan omstyrtes, og nye generationer af helbredere forkaster med foragt gamle tiders viden, men åreladningen er der stadig, blot støttet af nye og ganske anderledes teoretiske argumenter.

Vi har et nogenlunde godt kendskab til den "akademiske" åreladning, brugt i den moderne tids sygehuse, livligt diskuteret i bøger og tidsskrifter. Men vi har et temmelig ringe kendskab til den uformelle lægmandsanvendelse af åreladningen. Den efterlader sig få og fragmenterede skriftlige udsagn.

Det følgende er et forsøg på at følge åreladningens placering i dansk sygdomsbekæmpelse og sundhedsfremme i de seneste 7-800 år (det tidsrum, hvorfra vi har skriftlige kilder). Jeg vil i sagens natur støtte mig til danske kilder; men åreladningen er jo ikke noget isoleret dansk fænomen, og teorierne om åreladning er skabt i det store udland, så det bliver nødvendigt at inddrage udenlandske kilder i gennemgangen. Ydermere er de danske svingninger i holdningen til åreladning stærkt influeret af udlandet. De ideologiske slag blev slået nede på kontinentet og i England; i den udkant af Europa, som Danmark udgjorde, gik bølgerne knap så højt.

Humoralpatologi (1)

I hele åreladningens storhedstid var den vestlige medicin domineret af en enkelt samlende teori, der lå som en grundforklaring bag de mangeartede sygdomsfænomener. Den udvikledes i den græsk-romerske antik, nåede Nordeuropa i højmiddelalderen og holdt sin position nogenlunde uantastet frem til midten af det 17. århundrede. Herefter måtte den modificeres på forskellig vis mange gange; men helt forsvandt den ikke før midten af det 19. århundrede. Det er humoralpatologien (humor: væske), som groft sagt forklarer sygdomme som fejl i balancen mellem legemsvæskerne. Af dem er der 4: blod, slim, gul galde og sort galde. Hvis ikke disse 4 væsker er i balance med hinanden, bliver personen syg, og sygdommens karakter afhænger af, hvilken legemsvæske, der dominerer. Den mest mystiske af dem er den sorte galde, for ingen har nogensinde set sort galde, og de klassiske skrifter forklarer ikke nærmere, hvad det er.

De 4 legemsvæsker knytter sig til de 4 aristoteliske kvaliteter: varme, kulde, tørhed, fugtighed. Og de knytter sig også til de 4 temperament, der er opkaldt efter legemsvæskerne: sangvinsk (sanguis = blod), flegmatisk (phlegma = slim), kolerisk (chole = galde), melankolsk (melas = sort + chole).

Og firedelelingen føres videre, så menneskets aldre og årets tider sættes i relation til legemsvæskerne: Barnet og den unge repræsenteres af foråret, der er varmt og fugtigt. I disse år er det blodet, der bestemmer temperamentet, der er optimistisk og muntert.

Den unge voksne er præget af den gule galde, og temperamentet er kolerisk (i betydningen heftig, målsøgende, aggressiv). Sommerens varme og tørke hører ham til.

Den modne voksne er et efterårsmenneske, legemsvæsken er sort galde, som er kold og tør. Temperamentet er melankolsk: man har set det hele. (At efteråret er koldt og tørt hænger vel sammen med, at skemaet er udviklet i Middelhavsegnene).

Endelig er oldingen trist, flegmatisk. Slimen præger hans legemsvæsker, og hans tid er vinteren med kulde og fugt.

Humoralpatologien har været udsat for megen hård, da den først var faldet som teori. Men den overlevede i mere end 2000 år, fordi den kunne bruges til noget. Først og fremmest var det en teoridannelse, der stemte overens med hverdagens erfaringer. Den kunne forstås umiddelbart af de syge og deres pårørende. F.eks. vidste alle, at om vinteren, når fugt og kulde hersker, angribes gamle mennesker af forkølelse, bronchitis, lungebetændelse som bevis på, at kroppens slimdannelse har taget overhånd. Inden for humoralpatologiens rammer kunne patient og læge tale sammen og forstå hinanden på en måde, som det 21. århundredes molekylærbiologi næppe giver mulighed for.

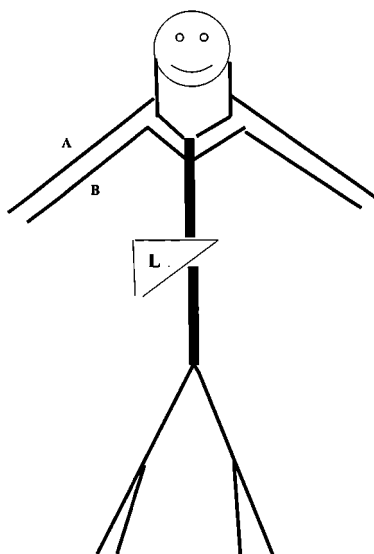
Og samtidig kunne jo alle se, at humoralpatologien krævede en stor viden af den læge, der skulle placere patientens sygdom i præcis den rigtige kategori. Så det var også en sygdomslære, der gjorde det let for lægen at demonstrere sin overlegne kunnen og skaffe sig social position og passende indkomst.

Sygdomsbehandling bestod i at understøtte naturens egen lægende kraft. Det var synligt for alle, at den syge krop selv forsøgte at skaffe sig af med overflødige væsker ved ophosten af slim, opkast, diarre, næseblod, og når først hosten eller opkastningerne havde gjort deres, blev den syge i reglen rask. Hvis en person blev angrebet af en ophobning af slim, måtte man give slimløsende midler (det var en tid kviksløvpræparater, der giver kraftigt spytflod), og da slim er kold og våd, skulle patienter også behandles med udtræk af planter, der var tørre og varme.

Åreladningen passede ind i denne sygdomsforklaring, fordi den var et middel til genoprette balancen mellem legemsvæskerne. Den skulle naturligvis ikke bruges alene, men sammen med lægende planter og udrensninger af forskellig art: svedekure, brækmidler, afføringsmidler. For Galen var åreladning langt den mest elegante form for udtømmelse af overflødige legemsvæsker, fordi den var kontrollabel. Man kan aldrig forudsige hvor kraftigt, et brækmiddel eller et lavement vil virke, men et blodtab standser man, når man vil.

Denne humoralpatologiske teoridannelse gik i vid udstrækning tabt, da det vestromerske rige brød sammen. Græskkyndigheden i Vesteuropa gik

Fig. 1. En meget forsimplet skitse af Galens model for venesystemet. Alt blod dannes ved L, i leveren og siver derefter ud gennem venerne til hele kroppen. Hvis man vil fjerne blod fra højre side af hjernen, årelader man ved A, i hovedvenen, vena cephalica. Vil man fjerne blod fra leveren, slår man vene B. Ved svækket menstruation tilfører man livmoderen mere blod ved at årelade på benene; men er menstruationen for stærk, svækker man den ved at årelade på halsen. (Delvis efter Baird, ref.15.)



stærkt tilbage (mange af antikkens lægelige skrifter var på græsk, specielt Galens), og biblioteker gik under i plyndringer. Men i de nye riger, der dannedes under den arabiske ekspansion efter 600, overlevede antikkens viden. De græske og romerske forfattere blev oversat til arabisk og persisk. Og så omkring 1100 blev de arabiske skrifter oversat til latin, og antikkens viden væltede ind over Vesteuropa med enorme konsekvenser for hele det intellektuelle liv.

Klostrene

Den tidligste viden, man har, om systematisk anvendelse af åreladning i middelalderen stammer fra klostrene. Benedict af Nursias klosterregler (o. år 530) nævner ganske vist ikke åreladning, men da man på en synode i Aachen i 817 udgav ny klosterregler gældende for alle klostre inden for det frankiske rige, blev der nedskrevet en regel om regelmæssig flebotomi.

I klosteret St. Gall opbevares en tegning fra det 9. århundrede med en klosterplan (2). Det menes, at planen aldrig har været anvendt som forlæg for noget konkret klosterbyggeri, men at den snarere har været et udtryk for det ideale benediktinerkloster kort efter 800. På planen ses tydeligt et rum/lille hus med påtegningen "*fleotomia (sic) hic*". Det er et rum af en ganske pæn størrelse (betydelig større end en munkecelle), og tegningen viser altså, at man dette tidspunkt regnede med at skulle være i stand til at årelade flere personer samtidig. Ganske som man ville gøre det, hvis alle klosterets 150 munke skulle årelades på bestemte tider af året.

Nogle munkeordener havde mere tydelige regler i så henseende end andre: Det gjaldt f.eks. cistercienserne. At reglerne blev fulgt ses bl.a. af et brev fra en cistercienserabbed: Den ærværdige Peter, Petrus Venerabilis, var en stor brevskriver. Han skrev i 1150-51 til en lægekyndig ven om en sygdom, han havde haft, som svækkede ham så meget, at han i 4 måneder undlod at få gjort sine sædvanlige åreladninger hver anden måned. Men så turde han heller ikke vente længere og fik på tre uger foretaget to meget store åreladninger. (3)

Viktorinerne, som var augustinerkanniker, havde meget detaljerede regler for åreladning, som er overleveret (4). Alle kanniker i et kloster skulle årelades 5 gange om året på tidspunkter, der var bestemt af kirkeåret. Hver åreladningsseance skulle fuldføres i løbet af tre dage, og på den fjerde dag samledes alle og modtog syndsforladelsen. Det var tilladt at blive åreladt uden for de fastsatte tidspunkter, men kun i tilfælde af alvorlig sygdom. Ifølge en af hovedfigurerne inden for ordenen var åreladning en renelse af kroppen (5). Men hele ceremoniellet omkring den viser selvfølgelig, at det har drejet som andet og mere end et rent legemligt indgreb; der har også været tale om en art åndelig renelse.

Både cisterciensere og viktorinere dannede klostre i Danmark, cisterciens-

serne flere steder fra 1144 og frem, mens viktorinerne grundlagde Æbelholt kloster i Nordsjælland 1175.

At ordensreglerne blev været efterlevet i Danmark ses af de åreladningsjern, der er fundet ved udgravning af cistercienserklosteret i Øm og klosteret i Æbelholt (6). Som det fremgår af ovenstående var munkenes flebotomi formentlig hovedsagelig af forebyggende karakter, men man kendte også til at årelade som led i en sygdomsbehandling. Vi ved intet om, hvorvidt åreladningen var forbeholdt klosterbrødrene, eller om den også blev udstrakt til de lægfolk, der modtog sygdomsbehandling hos munkene.

Tidlig middelalder

Det er usikkert, om åreladning har været brugt i Danmark, før munkene kom. Vi har ingen skriftlige førkristne kilder. Men det er ikke utænkeligt. Der er nemlig blevet åreladt i andre dele af Nordeuropa længe før Harald Blåtand. I England skrev den ærværdige Beda et sted i sin engelske kirkehistorie *Historia Ecclesiastica* fra før 735 en beretning om åreladning og anfører bl a, at "(it is)... very unwise to bleed a patient 'when the moon is waxing and the Ocean tide is flowing' " (7). Åreladning har været kendt i England i det 8.århundrede, og i betragtning af de tætte dansk-norske forbindelser til England i de næstfølgende århundreder kan man meget vel forestille sig en art medicinsk vidensdeling på dette tidspunkt. Men vi ved intet om det med sikkerhed.

De tidligste nordisksprogede referencer til åreladning findes dels i en enkelt sætning i en af de norske kongesagaer og dels i gammel norsk lovgivning. I Hakon Hærdebreds saga spørger en person en anden, hvorfor han er så bleg og får til svar, at han netop har ladet blod (8). Hakon Hærdebred levede fra o. 1147 til 1162, men hans saga blev nedskrevet af Snorre omkring 1230. Sætningen fra sagaen er selvfølgelig ikke noget bevis for, at der blev åreladt i Norge omkring 1150; men den viser, at en veluddannet islænding i 1230 kendte til åreladning og kunne regne med, at hans læsere også gjorde det.

I Magnus Lagabøters norske bylov fra 1276 siges det, at den, der er ved at blive åreladt, er fritaget for at deltage i skibsdragning (9). Det har åbenbart været obligatorisk for alle mænd at hjælpe til med få skibe i vandet eller op fra vandet. Når det ligefrem var nødvendigt at lovgive om forholdet, har åreladning næppe været helt sjælden.

Hverken ældre danske købstadslove eller landskabslovene nævner åreladning, og Saxo gør for den sags skyld heller ikke.

Det tidligste danske skrift om åreladning indgår som en del af det, der kaldes Henrik Harpestrengs urtebog. Det er i øvrigt det tidligste nordiske

skrift om sygdomsbehandling. Det kendes i flere udgaver og afskrifter, hvoraf den ældste tidsfæstes til omkring år 1300. Håndskriftet findes på Kungliga Biblioteket i Stockholm under navnet K 48. Det kan ses affotograferet på Det Danske Sprog- og Litteraturselskabs hjemmeside. Det anses for at være en afskrift af et tidligere håndskrift, der altså må høre til en gang i 1200-tallet (10).

Henrik Harpestreng

Om Henrik Harpestreng ved man faktisk såre lidt. Det fremgår af Roskilde domkirkes gavebog (liber daticus), at der 2.april 1244 er død en magister Henricus Harpestreng, som var kannik ved domkirken (11). (*4.Non.Apr.ob. magister Henricus Harpestreng, huius Ecclesie Canonicus M. CC. XLIIII. qui multiplices elemosinas huic Ecclesie contulit tam in morte quam in vita sua.*). Der findes så et håndskrift (K48) fra ca 1300 uden forfatterangivelse. Men i et ca. 200 år yngre håndskrift med meget lignende indhold, står der "*Ithem er then legedom, som mesther henrik harpestrængh gaff kongh erik*" (12), og i et tredie håndskrift med en urte- og åreladningsbog, Codex Grensholmensis (13) henvises der også til Harpestreng som forfatter. Af dette noget spinkle materiale spindes så historien om den dygtige munke-læge, der var Erik Plovpenning's hofmedicus. Det forekommer rigtigere at betragte Harpestreng som en halvmytologisk figur, som måske og måske ikke har lagt pen til sin urtebog. Flere hundrede år senere har man i hvert fald forstået, at Harpestrengs navn på en lægebog var et kvalitetstegn; det kan man bl.a. se af et manuskript, hvor det angives, at teksten stammer fra mange store læger som Constantinus, Galen og mester Harpestreng (14). Så det har vel været fristende at sætte hans navn ind af og til. Det er ganske analogt med antikens anvendelse af navnet Hippokrates.

Åreladningsskriftet er udformet som en vejledning for den, der vil "slå årer". Som sådan er det lidt ejendommeligt, fordi det næsten intet indeholder som teknikken ved åreladning og intet om hvor meget blod, der må udtømmes. Det virker, som om målgruppen er personer, der er vant til at årelade. Da vejledningen er på dansk, er den næppe rettet til munkene, der formentlig forstod latin. Men hvem var de dansksprogede (og litterate) personer, der gav sig af med at årelade? Ordet badskærer eller bartskærer kendes ikke på dansk før 1363 (9). Langt senere, i begyndelsen af det 19.århundrede, kunne det på landet være smeden, der varetog tandud-trækning og åreladning. Smede har jo altid kunnet mere end deres heste-sko; men vi ved også (se senere), at vestjyske bønder i det 19.århundrede slog deres egne årer, hvis det var nødvendigt. .

I øvrigt fortæller det lille skrift, at den, der årelader, skal have et skarpt syn, så han ikke slår sener i stedet for årer, og han må ikke være drukken.

Han skal holde sig fra at årelade børn og svækkede gamle og dem, der ofte dåner. Og han skal ikke årelade trælle, for går der noget galt, vil trællens herre måske forlange erstatning.

Det meste af skriftet fortæller hvilke vener, der skal slås, og ved hvilke sygdomme. Et eksempel: *På armen, der hvor armen bøjes, ligger tre årer. En ligger øverst og hedder hovedåren. Den åre skal lades for hovedværk og for sygdom inden i hovedet. Hvis denne åre ikke findes der, så skal den findes på nede på armen ved hånden. En anden åre ligger neden for hovedåren og hedder hjerteåren. Den skal lades for hjerteværk og for sygdom i lungen og flere andre. Den tredje åre ligger nederst på armen, og den skal lades for sygdom i leveren og milten og nyrerne.* Her er altså tale om åreladning som behandling.

Men til sidst kommer der igen nogle almene regler af interesse: åreladning rensr sjælen, styrker hukommelsen, rensr blæren, tørrer hjernen, varmer marven, forbedrer hørelsen, hindrer tåreflod. Det vil sige, at åreladning modvirker alderdommens gebrækkeligheder, for dem er det jo, opremsningen handler om. Regelmæssig åreladning er med til holde krop og sjæl unge. Og det er den naturligvis ved at befri kroppen for de skadelige stoffer (i vore dages terminologi: affaldsstoffer), som ellers ville hobe sig op.

Håndskriftet er meget teorifattigt, som det passer sig for et skrift, det henvender sig til ulærde personer; men selv med det in mente er det meget udtalt forsimpning af tidens åreladeregler, der fremlægges. F.eks. kunne man have ventet, at der ville stå, at man årelader i højre arm om sommeren, men i venstre om vinteren (fordi den varme lever dominerer sygdomsbilledet om sommeren, og den kolde milt gør det om vinteren). Det var dog en simpel regel, som kunne efterleves af enhver, og andetsteds i Europa var den helt alment kendt (15).

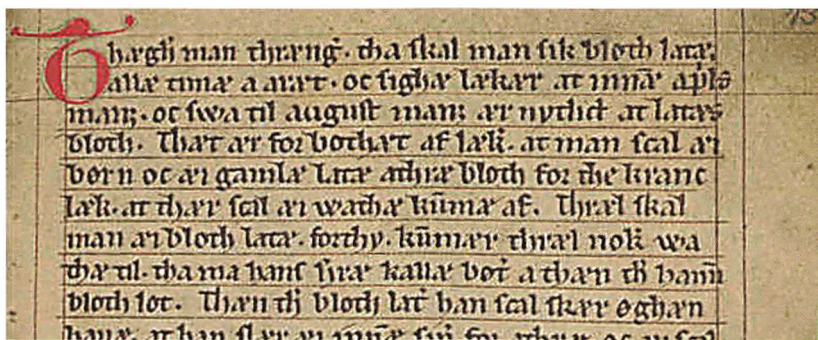


Fig. 2. De første linjer af åreladningsvejledningen i "Harpestrengs Urtebog", manuskript K 48.

Galen (16)

At slå specifikke årer ved specifikke sygdomme var formentlig ukendt i Vesteuropa indtil efter ca. 1100. Omkring 1075 oversatte Constantinus Africanus antikke værker (bl.a. Galen) fra arabisk til latin. Han var formentlig tilknyttet lægeskolen i Salerno, og derfra spredtes den nye viden. Måske er den danske åreladningvejledning fra 1200-tallet en første introduktion i Norden af et nyt princip.

Det kræver en digression at forklare det Galeniske princip for åreladning. Galen (129-ca. 200) blev i middelalderen det store antikke forbillede for alle læger. Han var en uhyre flittig skribent og skrev i det mindste 3 værker om åreladning, som han var en varm tilhænger af, både som behandling af syge og som forebyggende middel til raske personer. De principper for åreladning, han fastlagde, blev 1000 år senere bestemmende for middelalderens praksis.

For antikkens skribenter var blod noget, som dannedes i leveren ud fra den føde, der var indtaget. Fra leveren førtes blodet gennem venerne ud til resten af kroppen, først og fremmest for at holde kroppen varm. Herude forbruges blodet, og der var altså intet kredsløb, kun en énvejs transport af blod fra leveren til periferien og en stadig dannelse af nyt blod. Galen sammenlignede selv venesystemet med vandingskanalerne i en køkkenhave, og har man sig det billede for øje, fremtræder Galens lære om åreladning særdeles rationel.

På figur.1 ses venesystemet skitseret efter Galens model. Eftersom hvert af kroppens vigtige organer har sin vene, kan man tømme blod fra netop dette organ, hvis det er lidende pga lokal blodophobning eller af en samling af dårligt blod. Flere forfattere anførte over 30 forskellige steder, hvor vener kunne slås. Harpestreng nævner f.eks. vener på lilletåen, i øjenkrogen og under tungen.

Når man så også ved, at blodet aldrig er helt rent blod, men altid er tilblandet de andre legemsvæsker (og ved nogle sygdomme endog i meget høj grad), bliver det forståeligt, at åreladning også kan være midlet ved ophobning af f.eks. gul galde. I så fald vil man naturligvis slå leveråren i højre arm (vena hepatica).

Vi ved ikke, hvem der årelod i middelalderens Danmark, og vi ved heller ikke, om de galenske principper blev overholdt. Fra det mere civiliserede Sydeuropa er der overleveret en righoldig litteratur om åreladning, og man kan her f.eks. læse, at åreladning allerede omkring 1200 var blevet et barberanliggende (17). Det er muligt, at man har haft en slags dobbeltstandarder, hvor fornemme folk, der kunne værdsætte (også økonomisk) en lærd helbreder, lod sig behandle af kyndige personer efter alle kunstens regler, mens det store flertal fik slået en eller anden tilfældig, let tilgængelig vene hos smeden, når der var behov.

Astrologi (18)

Åreladningsvejledningen i manuskript K 40 indeholder ikke et ord om stjernernes indflydelse på sygdom og helbredelse. Næste gang, der er et skrift om åreladning på dansk (sidst i 1400-tallet), optager astrologiske overvejelser en meget stor del af teksten. Det kan tyde på, at K 48 er fra tiden, før astrologi kom ind i det lægelige verdensbillede.

Astrologien, læren om himmellegemernes indflydelse på jordiske hændelser, kendes i den vestlige verden før vor tidsregning. Viden om månens indflydelse på tidevandet må være ældgammel, og nogen har vel også tænkt lidt over, at månens cyklus og kvindens menstruationscyklus er omtrent lige lange. Men det er med babylonernes fastlæggelse af dyrekredsen, zodiac, omkring 400 år fvt, at den mere sofistikerede astrologi begynder at tage form. Ptolemæus fra Alexandria skrev i det 2. årh det berømte astronomiske værk *Almagest*, som fik stor indflydelse 1000 år senere i højmiddelalderen.

Astrologi fik ikke plads i medicinen før i 1200-tallet. En af årsagerne var kirkens holdning. Astrologi taget i sin videste konsekvens betyder jo, at et menneskes skæbne er fastlagt med dets fødselstidspunkt i en bestemt stjernekonstellation. Alt bliver forudbestemt, og den frie vilje bliver en illusion. Og uden fri vilje ingen skyld, og dermed ingen tilgivelse og ingen nåde og ingen fordømmelse. Og hvad bliver der så af kirken? Kirkefaderen Augustin fordømte af den grund astrologien. Men omkring 1200 dukkede den op igen. Flere af kirkens skarpeste hjerner begyndte at tage astrologi alvorligt, og bl.a. selveste Thomas Aquinas (ca 1225 – 1275) fandt et kompromis, der åbenbart var brugeligt: stjernerne bestemmer over alting undtagen menneskets gudgivne frie vilje. Man har altid en mulighed for at kæmpe mod sin skæbne. "Sapiens homo dominatur astris", skriver Thomas med et citat fra Ptolemæus. Det vise menneske styrer stjernerne, eller måske snarere sine tilbøjeligheder og passioner. Og efter nogle teologiske magtkampe blev det anerkendt, at stjernerne bestemt også styrer sygdom og sundhed, liv og død. Skulle nogen have været i tvivl om det, måtte de i hvert fald give sig, da Parisuniversitet fastslog, at den sorte død skyldtes, at der den 20 marts år 1345 klokken 13 havde været en konjunktion af Saturn, Jupiter og Mars i Vandmandens hus.

Nu fik himmeltegnene også betydning for åreladningspraksis. Hver legemsdel blev tildelt et af dyrekredsens tegn, og der kom anvisninger på gode og dårlige stjernekonstellationer, der påvirkede udfaldet af en åreladning. Sidst i middelalderen kom der billeder af åreladningsmænd, så man hurtigt kunne se hvilken åre, der skulle slås for en given sygdom. Nogle afbillederne havde også astrologiske vejledninger. Det er blevet foreslået, at disse billeder kunne være til ophængning i badstuer, så "patienterne" kunne diskutere med bademesteren, hvor der skulle slås (19).

Henrik Smid

Omkring 1550 kom der et nyt dansk værk, der diskuterede åreladning. Det var Henrik Smids Lægebog, der kom i flere bind (20). Bind 3 er en række anvisninger for bartskeerere og indeholder et kapitel om åreladning. Bogen er først og fremmest afskrifter fra samtidige tyske værker, men tilsat personlige observationer og udsagn.

Her er humoralpatologien, den galenske lære og astrologien samlet. Ligesom Harpestreng anviser Henrik Smid hvilke årer, der skal slås for hvilke sygdomme, og på det punkt er der god overensstemmelse mellem de to forfattere. Forskellen kommer der, hvor Henrik Smid lægger stor vægt på det rette tidspunkt for åreladning. Humoralpatologiens 4-delings-system får nu et lag mere: når månen er i første kvarter, skal unge mennesker årelades, i andet kvarter gælder det de 30-årige, i tredje kvarter de 50-årige, og i fjerde kvarter, da månen er kold og våd, skal selvfølgelig de gamle årelades "...om de det behoff' haffue..." Man må ikke slå årer i den legemsdel, som styres af et bestemt himmeltegn, når månen er i dette himmeltegn. F.eks. må årer på halsen ikke slås, når månen står i Vædderen, for hals og hoved styres af Vædderen.

Smid nævner også, at nogle vise mænd mener, at der er dage, der så uheldige, at man vil komme slemt til skade, hvis man lader sig årelade på en sådan dag. Det har Smid nu ikke selv nogen mening om, men han anfører dagene, så kan enhver selv afgøre, om han vil rette sig efter anvisningerne. F.eks. vil den, der bliver åreladt 3.juni dø eller miste sin hukommelse.

Han advarer mod overdreven åreladning, som kan medføre alskens dårlighed, og han giver anvisning om den rette diæt efter åreladning.

I øvrigt er bogen på underholdende vis fuld af vidnesbyrd om Smids umådelige foragt for de ulærde bartskeerere. De er et langt stykke hen ad vejen uduelige og uvidende og ikke sjældent fordrukne; men da de nu er der, må Henrik Smid fra sit ophøjede stode søge at korrigere deres værste fejl. Det er attitude, der sættes i relief, når man tænker på, at Smid ikke selv havde nogen lægelig baggrund, men skrev af fra andre forfattere. Et eksempel: *dog der ere mange flere atskillige Aarer til/ som mand maa oc lade sla/ for atskillige Siugdomme/ Men de ere farlige til at sla/ oc Bartskeererne her vdi vore Lande haffue ingen forstand paa dem/ Men bedre paa it Vortaffel oc Kardenspil/ end paa Aarerne/.*

Henrik Smids lægebog blev optrykt stort set uforandret i 300 år, helt frem til 1872. Åreladningsreglerne i udgaven fra 1867 er bortset fra ganske små ændringer identiske med dem fra 1577. Nu er lægebogen ganske stor (492 sider i 1867-udgaven) og det er ikke sikkert, at den blev solgt på grund af åreladningsafsnittene. Måske sprang folk bare det afsnit over og læste resten af bogen. Alligevel er det forbavsende at se anvisninger, der bygger på Galens kredsløbsmodel, trykt 240 år efter William Harvey.

Folkemedicinske vejledninger

Harpestrengs urtebog var håndskrevet; men Smids lægebog var bogtrykt. De første danske bøger blev trykt lige efter 1500, så nu var det muligt at få de gode råd ud til et langt større publikum. Noget af det første, der blev trykt, var salmebøger (det var lige omkring reformationen) og i flere af første salmebøger er der trykt åreladningsregler og en evighedskalender, ved hvis hjælp man kan finde ud af, hvordan månen til enhver tid står i forhold til dyrekredsen (21). Man må vel antage, at bogtrykkeren har sat dem i for at øge salgharheden af salmebogen. Så der har altså været et publikum for vejledningerne.

Et andet tidligt produkt af bogtrykkerkunsten er *Bonde-Practica. eller Veyr-Bog*, en lille bog, der første gang blev trykt på dansk i 1597 efter et tysk forlæg (22). *Bonde-Practica* er beskrevet nøjere af P.O. Johansson, der i 1975 udgav en kommenteret facsimiliudgave af trykket fra 1744. Den kom i sin sidste udgave i 1804. Bogen gennemgår i primitive vers årets gang og viser, hvordan man kan spå om det kommende års vejr. Et afsnit handler om åreladning, f.eks.:

*Jeg vil dig lære, hør og merk//
Haver du for dit Hoved megen Verk//
Din Tommel-Fingers Aare skal du lade slaæ//
Saa skal din Hovet-Pine forgaæ.*

Og så videre hele kroppen igennem. Et lille billede viser de tolv himmeltegnets relation til kroppen, så man let kan se hvilke årer, der ikke må slås, når månen står et givet sted i dyrekredsen.

Bonde-Practica kom i mange optryk, og det må formodes, at den var i mange bondehjem. Med den i hånden kunne man uden særlig uddannelse hjælpe sig af med en portion blod ved behov.

Med *Bonde-Practica* ser vi begyndelsen til et opdeling af et "helsemarked", hvor der allerede i 1500-1600-tallet er etablerede helbredere, anerkendt af landets myndigheder og elite og samtidig hermed en udbredt "husflid" på området. Myndighederne gjorde det klart, at åreladning var bartskeerernes opgave; det var en del af deres kirurgiske metier. Af Københavns bartskeererlavs skrå fra 1577 fremgår det, at der "...tilforn af gammel tid..." har været seks bartskeerere i byen; men fremtidig skal der være ti erfarne mestre. Der var altså nu, i hvert fald i nogle byer, fagfolk nok til tage sig af åreladningsbehovet. I lavsartiklerne fra 1684 blev det ligefrem fastslået, at de havde eneret på at barbære, forbinde, årelade etc. Det betød, at de læger, der ordinerede en åreladning som behandling, måtte have fat på en barber til at udføre indgrebet. Men derude, hvor 90% af befolkningen boede, var der hverken medicus eller bartskeer.



Fig. 3 Forsiden af Bonde-Practica.

Omkring år 1600 er der altså skriftlige vidnesbyrd om, at der årelades og formentlig årelades flittigt i Danmark. Og der er en håndværksmæssigt uddannet stand, der tager sig af det praktiske. Om patienterne ved vi meget lidt. Rigsråden og storherremanden Eske Brok skrev dagbog fra 1604 til 1622 (23). Den er kortfattet og med mange overspringelser, men notaterne medtager mange af dagligdagens hændelser. Eske Brok lod sig årelade flere gange, i reglen fordi han var syg. Man kan ikke se, om han fik slået netop de årer, som vejledningerne foreskrev. Enkelt gang skriver han, at barberen fire gange uden held søgte at slå medianåren (i albuebøjningen). På den ene side er det muligt, at Brok havde en sygdom, der krævede åreladning netop på dette sted. På den anden side er netop den åre den største, tydeligste og nemmeste at gå til. På samtidige billeder af åreladning er det en albueåre, der er valgt, måske fordi man oftest brugte den, måske fordi den gav det mest dramatiske billede. Måske mente både patient og barber, alle vejledninger til trods, at en åreladning var en åreladning.

En enkelt gang gav Eske Brok blod, uden at han var syg. Sammen med sin hustru og deres 8-årige datter lod han sig den 26. januar kopsætte. Det var vel ikke en åreladning, men dog en blodudtømmelse. Måske blev det mindre indgreb valgt af hensyn til barnet. Det interessante er, at netop den dag i henhold til almanakken er en god dag til åreladning og kopsætning. Her har familien altså ved årets begyndelse valgt at styrkehelbredet ved en fore-

Fig. 4. En åreladnings-scene fra et 1500-tals værk.



byggende blodudtømmelse. Der var 4 yngre børn; men de har vel været for små til at være med.

Men Eske Brok var bestemt ikke nogen gennemsnitsdansker. Som en af rigets allermest velhavende godssamlere tilkaldte han som en selvfølge en læge eller to fra Viborg til sit hjem i Randers, når han havde brug for det.

Harvey

Få år senere skete der i den store verden noget af betydning for åreladningen. I 1628 udgav William Harvey sin beskrivelse af blodets kredsløb, "*De motu cordis et sanguinis*". Den vendte op og ned på mange ting. Blodet kom ikke fra leveren; venerne førte ikke blod ud til lemmerne, men bort fra dem; det samme blod cirkulerede igen og igen, og det samme blod nåede alle legemets dele. Det er blevet sagt, at ingen, der var over 40 år i 1628, nogensinde til fulde forstod konsekvenserne af Harveys opdagelse. Så revolutionær var den. Man kunne tro, at åreladningens tid måtte være omme. Men nej.

I dansk litteratur er der en diskussion fra 1651, der viser de nye tankers indflydelse. Det er en af Ole Worms disputationer (23). Ole Worm (1588-

1654) var blandt så meget andet også læge og fra 1624 professor i medicin (medicus secundus). Til hans professorforpligtelser hørte at afholde årlige disputationer, der var en slags eksamen for licentiatgraden, hvor en student (respondenten) skulle besvare faglige spørgsmål. I 1651 handlede spørgsmålene især om åreladning:

Spm.: *Bør man ved åreladning foretage et valg mellem årerne på armene?*

Svar: *Alle årer kommer fra samme hovedåre i brystbulen. Vælg den tydeligste åre.*

Spm.: *Skal man ved lidelser i milten årelade på venstre arm?*

Svar: *På den ene side kommer alle årer fra samme hovedåre. Men på den anden side tilsigter åreladningen en afkøling af venstre kropshalvdel, og den sikres mest bekvemt ved åreladning i venstre arm.*

Respondenten har tydeligvis læst sin Harvey, men er måske alligevel lidt vaklende i forhold til den nye lære. Den begavede student var i øvrigt den 15 år gamle Peter Schumacher, der senere under navnet Griffenfeld beviste, at han mestrede andet og mere end åreladning. Og Ole Worm selv fyldte (jf. ovenfor) 40 år just i det år, da Harveys bog udkom.

18.-19. århundrede

Åreladningens popularitet inden for den etablerede medicin aftog bestemt ikke efter opdagelsen af blodets kredsløb. I 1700-tallet og begyndelsen af 1800-tallet flød blodet rigeligt omkring lægerne og deres hjælpere, barbererne. Vi ved meget mere om det, fordi der nu begyndte at komme sygehuse, hvorfra vi har optegnelser og beskrivelser. I engelske og franske sygehuse blev måske $\frac{1}{4}$ af alle patienter åreladt. Lægerne hos Moliere og Holberg ordinerede åreladninger til højre og til venstre.

Det er klart, at efter Harvey kunne åreladningen ikke fortsætte på galensk baggrund. Der måtte nye teorier til. Set i relation til åreladning blev den vigtigste teorien om betændelse, inflammation. Betændelse blev fremkaldt af blodet i et samspil med nervesystemet og eventuelt med skadeligt stof, der kom udefra. Det, der kom udefra, kendte man ikke; nerverne kunne man forsøge at berolige med medikamenter; men det, der virkelig batede, var at dæmpe blodets kraft, altså at udtømme noget af det. Der opstod noget, der i dansk lægelig litteratur blot kaldes "antiphlogistisk behandling", et alment forstået udtryk, som man ikke behøvede at forklare nærmere til kolleger. Ordet antiflogistisk er bevaret i moderne terminologi. Nu dækker det nærmest smertestillende "gigtmidler", ibuprofen og deslige; men først i det 19. århundrede var antiphlogistisk behandling f.eks.: frisk

luft, skånediæt, rigelig kold drik, kolde badninger på hovedet, fodbade eller sennepskager på læggene, gnidninger, lavementer, beroligende medikamenter. Og blodudtømmelser. Det kunne gøres blidt med igler eller kopsætning, men når det virkelig kneb, måtte der flebotomeres (24).

Nogle læger skelnede mellem steniske og asteniske inflammationer. Kun ved de steniske tilfælde måtte man årelade, ved de asteniske kunne blodudtømmelser være farlige. Det var vistnok den almindelige holdning ved Københavns universitet og ved rigets første sygehus, det Kongelige Frederiks Hospital. Men andetsteds i verden, i Frankrig, England, Nordamerika mente fremtrædende læger ikke blot, at alle inflammationer var af samme slags, men også at alle sygdomme i bund og grund var inflammationer. For dem blev åreladning det selvfølgelig førstevalg ved næsten alle sygdomme. "The founding father" til amerikansk medicin, Benjamin Rush behandlede de Forenede Staters første præsident George Washington for halsbetændelse med udtømmelse af 80 unser blod (ca 2,5 liter) i løbet af nogle dage (25). Trods behandlingen døde patienten.

En dansk læge, Hoppe, besøgte Edinburgh i 1823 for ved selvsyn at vurdere den for ham ganske ejendommelige og hidsige brug af åreladning ved alle slags febre (26). J.-B. Bouillard (1796-1881), den sidste af "de store flebotomister" i Frankrig behandlede flere sygdomme med daglige åreladninger, Bouillards "coup-sur-coup" princip. En dansk referent skrev, at en enkelt patient på denne måde i løbet af et sygdomsforløb kunne blive tapet for 8-10 pund blod (27).

Der er forfattere, der mener, at de store blodudtømmelser også hang sammen med, at læger og kirurger i det tidlige 1800-tal var trænedes som krigskirurger i de langvarige krige i Europa og Amerika gennem et halvt århundrede. De var ikke bange for blod, og de var blevet vant til hurtige og drastiske indgreb. Måske ikke helt tilfældigt var det også en dansk militærkirurg, der mest højlydt advokerede for åreladninger, da han beskrev en epidemi (måske tyfus) i 2. Jyske Infanteriregiment i 1820'erne (24). Den påfølgende diskussion er refereret i M. Skydsogaards afhandling om Ole Bang (28).

Med til tidens sygdomsopfattelse hørte også overbevisningen om, at betændelsessygdomme kunne skifte karakter hos den enkelte patient i et sygdomsforløb. Simpel diarre kunne udvikle sig til kolera. En let febertilstand kunne udvikle sig til malaria. Først bakteriologien efter 1880 ændrede den opfattelse. Åreladning var derfor ikke kun et middel til at helbrede til at helbrede en sygdom, den bidrog også til at hindre udvikling til noget værre. Professor Klingberg (1774-1835) i København (han var professor ved kunstakademiet, men regnedes i ø for en dygtig læge (29)) gik stærkt ind for små åreladninger hos patienter med hoste og feber ("luftvejscatar-

rh”), fordi man derved hindrede en overgang i den livsfarlige phtise, lungebetænkulosen (30).

Enden på humoralpatologien

Naturligvis måtte åreladningens storhedstid komme til en ende. En ny skole af læger, skeptiske over for al kendt behandling, begyndte at dominere i Paris og Wien. Pierre Louis (1787-1872) i Paris satte et forsigtigt spørgsmålstegn ved åreladningen, da han delte sine lungebetændelsespatienter i to grupper og behandlede den ene gruppe efter de gængse forskrifter med åreladning så tidligt i sygdomsforløbet som muligt, den anden med forsinket åreladning. Dødeligheden var den samme i de to grupper. Lungebetændelse var på det tidspunkt prototypen på en inflammation, der helst skulle behandles med åreladning i de allertidligste stadier, før betændelsen ”satte sig fast”. Og stadierne kunne man fastslå ved hjælp af den helt moderne stetoskopi. Louis' arbejde vakte opsigt internationalt, og mange steder begyndte man at vakle i tilliden til åreladningen, f.eks. i København.

Her blev Seligmann Trier (1800-1863) professor ved det Kongelige Frederiks Hospital i 1842 efter Ole Bang. Trier gik snart efter sin ansættelse over til at årelade mindre og mindre, og få år senere kunne en patient med lungebetændelse på Triers afdeling ikke regne med at blive åreladt. Men det gik ikke for sig uden modsigelse fra kolleger, og lungebetændelsens behandling var endnu ikke afklaret (31)

C.E.Fenger (1814-1884) blev professor i 1852 og skrev i 1853 om en epidemi af lungebetændelse i København. Han ordinerede til næsten alle patienter ”...saa tidligt som mulig flere raskt paa hinanden følgende Aareladninger...”; men han skrev til sidst i sin meddelelse, at han egentlig ikke mente, at det havde gjort nogen forskel på sygdommens forløb (32). Man kan næsten føle Fengers dilemma. På den ene side var han den nye medicins lysende stjerne, skeptikeren blandt danske læger, en beundrer af moderne fransk medicin, ligesom Trier. Men på den anden side var han jo også professor med celeber privatpraksis, konsulent ved kongens sygeleje, ministeremne. Hvor langt kan en sådan mand gå ad revolutionære veje? I hvert fald undgik han behændigt at tage stilling til åreladninger.

Men åreladningen var på retur overalt blandt europæiske læger. Der var vel flere årsager hertil. Der var de statistiske undersøgelser, der ikke rigtig kunne vise nogen konstant effekt af åreladningen; vigtigere var måske de nye videnskabelige discipliner mikroskopi, fysiologi, biokemi. Jo mere naturvidenskab, der kom ind i lægearbejdet, jo sværere blev det opretholde et humoralpatologisk syn på sygdommene. Det blev umoderne at årelade.

Der var naturligvis kamp til stregen fra åreladningens tilhængere. Interessant er en dansk artikel fra koleraåret 1853 af en overlæge Petersen om åreladning som kolerabehandling (33). Han bruger ikke udelukkende humoralpatologiske argumenter, men taler også modernisternes sprog ved at skrive om ilt og kulstof i blodet. Det drejer sig om at bortfjerne det "forkullede blod" og bedre iltningen af blodet, så vil den kolerasyge helbredes..

Men så kom bakterierne. Mikrobiologien medførte et paradigmeskift inden for lægevidenskab og lægekunst af næsten revolutionær karakter. Al seriøs tale om sygdom foregik nu i et helt andet helsemæssigt rum end tidligere. Og betændelse skyldtes mikroorganismer og hvide blodlegemer, så det var ikke længere rigtig smart at årelade for lungebetændelse. I Medicinsk Aarbog, der udkom fra 1887 til 1896 med årlige statusartikler for de enkelte lægelige specialer, har jeg ikke set en eneste reference til åreladning.

Men åreladningen døde ikke. Galen havde et yndlingsudtryk, plethora, overfyldning. Han talte om overfyldning af enkelte organer eller af hele kroppen med legemsvæsker. Nu, sidst i det 19. århundrede blev universel blodoverfyldning igen et vigtigt begreb. Man kendte jo disse hårdtpumpede, rødsprængte, "pletoriske" personer, og de havde i flere hundrede år været naturlige kandidater til åreladning. Dem koncentrerede flebotomisterne sig om nu. Man årelod f.eks. ved apopleksi, hvis patienten var blårød i ansigtet med og hård og hamrende puls. I 1873 bestilte det københavnske barberlav en lille håndbog i sygdomslære for barberer (34). Der var også en smule om åreladning, nemlig, at barberen grundlæggende skal årelade på lægelig ordination, men i særlige situationer, ved slagtilfælde, kan det være nødvendigt at årelade, før lægen når frem.

I 1897 forelæste Leopold Meyer (1852-1918) ved konkurrencen om professoratet i fødselsvidenskab og kvindesygdomme (som han vandt) om svangerskabsforgiftning, eclampsia parturientum. Han anbefalede i specielle tilfælde åreladning. Nok så interessant er hans bemærkning til de lyttende studenter: "...mange af Dem har maaske aldrig set en venesektion."(35). Den bemærkning kunne ikke have været fremsat 25 år tidligere.

20.århundrede

Og så udkom for første gang på dansk en egentlig vejledning i åreladningsteknik. I 1904 udsendte landets højeste sundhedsmyndighed, det kongelige sundhedskollegium en "Anvisning til Blodudtømmelse ved Aareladning og Kopsætning." (36). Den var for jordemødre, og den beskriver nøje teknikken med at slå årer i albuebøjningen. Der var sket to ting: svangerskabsforgiftningen var blevet en tilstand, hvor åreladning kunne være nød-

vendig, før lægen kom. Og åreladninger var blevet så sjældne, at mange jordemødre måske ikke havde lært teknikken.

I det 20. århundrede blev der især i Tyskland gjort forsøg på at genoplive åreladningen ud fra tanker om, at det røde blodlegemer i kroppen kunne blive for gamle, så det var gavnligt at fjerne noget af dem og lade nyt frisk blod dannes. Den tanke slog ikke rigtig an. Men der kom andre nye felter for den udlødelige åreladning. Omkring midten af det 20. århundrede var der stadig mindst to officielt anerkendte indikationer for åreladning: akut hjertesvigt og akut blodtryksforhøjelse. Der er stadig en del, mestendels pensionerede, danske læger, der har lavet venesectio i de situationer. Det var den ultimative behandling af svært hjertesvigt (lungeødem). Vi, der har prøvet det, syntes nok, det virkede med en dramatisk bedring af den desperate, rallende og svedende patient; men en formel undersøgelse af effekten er vist aldrig foretaget, for i 1960-erne kom der effektive medikamenter til behandling af både hjertesvigt og blodtryksforhøjelse. Men man kan indregne andre områder: i dag årelades der for polycytæmi (for mange røde blodlegemer), for hæmokromatose (for meget jern i kroppen), for svær malaria, for spældbarnsgulsot, altsammen rationelt begrundet i klare og sammenhængende teorier, sådan som åreladning altid har været det.

Folkemedicin – igen.

Som tidligere nævnt har der ved siden af det etablerede systems flebotomier også været en mere uformel, folkelig anvendelse af åreladning. Man må her huske, at langt op i det 19. århundrede søgte landbefolkningen sjældent læge. Der var få læger, og de boede hovedsagelig i byerne. Så der måtte være en parallel sundhedssektor bestående bl.a. af kloge folk, benbrudslæger etc. Man kan finde antydningerne af den folkelige åreladningspraksis spredt i litteraturen. I det 19. århundrede var der stadig en del mennesker, der lod sig årelade nogenlunde regelmæssigt for at have det godt, vel omtrent som middelalderens munke og Henrik Harpestreng foreslog det.

Lars Larsen, nordsjællandsk bonde og folketingsmand, født 1839 fortæller i sine erindringer, at unge mennesker i hans tid efter konfirmationen skulle gå til alters to gange om året og lade sig årelade en gang om året (37). Voksne mennesker lod sig altså regelmæssigt rense på sjæl og legeme. Åreladningen fandt for hans velkommende sted hos landsbyens smed.

H.P.Hansen (1879-1961), den vestjyske museumsforstander og folkeminde-samler, har nogle malende beretninger om åreladning blandt almuen i Vestjylland i midten og sidste halvdel af det 19. århundrede (38): En husmand på Krogsø Hede blev åreladt af sin kone, når han trængte til det.

"Han bukkede en gammel Træskokrampe om på den ene Ende, hvæssede Instrumentet skarpt på en Sten og så brugte konen sin Kartoffelstøder til at slå med". Andre hedeboender havde rigtige snopperter til hjemmeåreladningen. Lars Odderskjær (f. 1840) og hans kone lod sig begge årelade hver måned; "men til sidst var både deres Arme og og Ben fyldte med Ar, så man næsten ingen Steder kunde slå!".

Men denne form for åreladning blev mindre og mindre hyppig hen gennem det 19.århundrede, kan man forstå. F.eks. skrev P.A. Schleisner (1818-1900) omkring 1850 i et værk om sundhedstilstanden på Island: "Især er det ejendommelige Aarelaedsvæsen udbredt overalt; dette kan man for resten endnu træffe spor af i Sjælland og Jylland ligesom i Sverige" (39).

Jeg har ikke kunnet finde vidnesbyrd om, hvor udbredt barber-åreladningen i byerne var i det 19. århundrede. Den fortsatte ret til åreladning og kopsætning var blevet barbererne tilkendt ved lov af 30.jan.1861; men det er et spørgsmål, om det i slutningen af århundredet var nogen særlig god forretning. I det mindste var barbererne år 1900 glade for at slippe af med loven, for med rettighederne fulgt en lovmæssig forpligtelse til at give første hjælp om fornødent (40). Fordelen ved at årelade kunne ikke opveje ulemperne ved at være skadestue. Måske var den regelmæssige, forebyggende åreladnings tid ved at være omme, selvom det i er grunden svært at forstå, at så indgroede vaner skulle forsvinde i løbet af kort tid..

Kort før 2.verdenskrig begyndte danske sygehuse at give blodtransfusioner, og donorkorpsene blev oprettet. Der kan være mange grunde til at give blod, og man skal bestemt ikke underkende samfundssind og altruisme; men det er ikke umuligt, at mange mennesker kan lide at give blod, fordi de føler sig veltilpas bagefter. "Afgiftningsterapier" trives fint på det uformelle marked i form af fastekure og tarmskyllninger. Hvad er bloddonation om ikke en nem og hurtig afgiftning, der oven i købet er til medmenneskets gavn.

Åreladning, venesectio, flebotomi. Med vidt forskellig begrundelse har den altid været der, indpasset i skiftende medicinske systemer, begrundet med lærde argumenter, eller bare mere jævnt været en del af hvermands self-care. Det ville være sært, hvis den skulle forsvinde, og det ser heller ikke ud til, at den gør det.

Litteratur & noter

1. Afsnittet om humoralpatologi bygger på: E. Godtfredsen. Medicinens Historie. København: Arnold Busck 1973. V Hutton: Humoralism. I: WF Bynum & R Porter (eds): Companion Encyclopedia to the History of Medicine. London & NY: Routledge. 1993: 281-291.
2. Websiden www.stgallplan.org har et foto af originalplanen over klosteret.
3. Giles Constable (ed.). The letters of Peter the Venerable. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press. 1967.
4. Du Cange: Glossarium mediae et infimae Latinitatis. (1678) Paris 1937-8.
Under opslagsordet minutio findes overskriften *Ordo Victoris Parisiensis* og den følgende tekst *Iste est ordo Minuendi* osv.
5. Ibid. *Purgatur corpus humanum Minutione...*, citeret fra Johannes d. S. Victore: De Utilitate tribulationis.
6. V. Møller-Christensen: Fund af Lægeinstrumenter fra Æbelholt Kloster. Aarbog for Frederiksborg Amts Historiske Samfund 1936: 123-137.
7. A Meaney: The Practice of Medicine in England about the Year 1000. Soc Hist Med 2000; 13: 221-37.
8. Hakon Herdebredds saga kap.12. Norrøn udgave på www.heimskringla.no. (*Ok spurð i hĩskarł Bjarnar, hvĩ hinn væri svā bleikr: þ ā er þeir mættust ā bryggjum nið ri; en hann kvæð sér látit blóð*).
9. Kulturhistorisk leksikon for nordisk middelalder. København: Rosenkilde og Bagger 1956-1978. Se under opslagsordet bartskeer.
10. Marius Kristensen: Harpestræng. Gamle danske urtebøger, stenbøger og kogeboøger. København: Thiele. 1908-1920.
11. Alfred Otto. Liber daticus Roskildensis. København: Levin & Munksgaard. 1933.
12. Se ref.10, side I.
13. Aftrykt i GE Klemming. Læke- och Örtböcker från Sveriges Medeltid. Stockholm 1883-1886.
14. Se ref.10, side II-III.
15. F.eks. det såkaldte medicinske læredigt fra Salerno, *Regimen sanitatis Salernitanum: "Quid quo tempore phlebotomandum est//Aestas, ver; dextras: autumnus hiemsque sinistras"*.
16. Afsnittet om Galen bygger på: P Brahin. Galen on bloodletting. Cambridge: Cambridge University Press. 1986. (Bogen indeholder en nyoversættelse af Galens arbejder om åreladning med kommentarer).
17. P. Gil-Sotres: Derivation and revulsion: the theory and practice of medieval phlebotomy. I:Luis García-Ballester, Roger French, Jon Arrizabalaga & Andrew Cunningham (eds.): Practical medicine from Salerno to the Black Death. Cambridge: Cambridge University Press 1994 p 110-155.
18. Afsnittet om astrologi bygger især på: Tester, S. J. A history of western astrology. Woodbridge: Boydell 1987.
19. JWS Johnson. Zur Geschichte des rothaarigen Mannes. Leyden: E.J.Brill 1927.
20. Henrick Smid. Lægebog. København 1577. Facsimileudgave ved A-E Brade. København: Rosenkilde og Bagger. 1976.
21. PO Johansson. Åreladning og Bonde-Practica.. Nord Nytt 1976; 6:49-62.

22. Bonde-Practica eller Veyrbog. Facsimiliudgave af bogen fra 1744. Udgivet 1975 af P.O. Johansson med kommentarer i selvstændigt bind. (Ældste danske udgave 1597. Ældste tyske udgave 1507).
23. Chr. Larsen (ed.). Eske Brock medt egen handt. Landbohistorisk Selskab. 2005.
24. E. Hovesen. Lægen Ole Worm. Århus: Aarhus Universitetsforlag. 1987.
25. SB Svendsen: Om en inflammatorisk Feber af en egen Art, som i de sidste 5 år har jævnlig indfundet sig blandt de 2det Jydske Infanterieregiments Mandskab. Bibl f Læg (1825) 2. Rk., 5. Bind: 115-160.
26. O&S Wangenstein: The Rise of Surgery. Minnesota: University of Minnesota 1978, p 249.
27. Hoppe: Noget om Brugen af Aareladninger i England. Bibl f Læg (1823) 2.Rk., 3.Bind: 232-243.
28. Ravn: Om de forskjellige i vor Tid mod Rheumatisme anvendte Midler. Hosp-Med 1850; 3: 193-212.
29. Morten A. Skydsgaard: Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin. Århus: Århus Universitetsforlag 2006.
30. Dansk Biografisk Leksikon 2. udg.
31. Klingberg. Enkelte Bemærkninger om Nødvendigheden af at aarelade i langvarige Catarrher. Bibl f Læg 1821; 1:1-17
32. Anonym anmeldelse: Hospitalstidende 1860; 3:135.
33. CE Fenger: Om en epidemi af pneumoni. Bibl f Læg 1852; 4. Rk, 1. Bd.: 434-437.
34. Petersen. Erfaringer om Nyttens af Aareladning i Behandlingen af Cholera. Hosp-Medd 1853; 6: 635-646.
35. F.F.Biering.Haandbog for Barberer udarbejdet paa Opfordring af Barberforeningen i Kjøbenhavn. København 1873.
36. L. Meyer: Ecclampsia parturientum. Bibl f Læg 1897; 89: 399-390.
37. Anvisning til Blodudtømmelse ved Aareladning og Kopsætning. Udarbejdet for Jordemødre ved Sundhedskollegiets Foranstaltning. København: JH Schultz 1910.
38. A.Uhrskov. To Nordsjællænderes Erindringer. København: Aschehoug 1921.
39. H.P.Hansen. Utrykte folkemindeoptegnelser. Kopi på Herning Museum.
40. PA Schleisner. Island undersøgt fra et lægevidenskabeligt Synspunkt. København 1849.
41. F Wulff. Det Kjøbenhavnske Barberlavs Historie. København 1906.

Museumsinspektør Søren Toftgaard Poulsen, Herning Museum takkes for at have henvist mig til H.P.Hansens utrykte optegnelser.

Summary

Notes on blood letting in Denmark

Kjartan Seyer-Hansen

Blood letting has been documented in Denmark since the thirteenth century. In the following span of time the operation has always been part of both the established medicine and the informal, alternative health sector. The paper demonstrates, based on Danish sources, how the same procedure has been given widely different interpretations depending on the prevailing medical theories.

Fnat og syfilis

- aspekter af behandling af hud- og kønssygdomme på Københavns Kommunehospital 1863-92

Af Jeanne G. Christensen og Henrik Permin

Den 19. september 1892 lod den 20 årige havnearbejder med det imponerende navn Carl Georg Johan Edvard Victor Larsen sig indlægge på Københavns Kommunehospital efter at have *"mærket en Kløe i ca. to Maaneder"* (1). Carl George havde desuden udslæt mellem fingrene, på lærene og på penis, som var "tildels dygtig forkradsede" (1). Disse symptomer førte til indlæggelse på hospitalets 4. afdeling, som forestod behandlingen af fnat, hudsygdomme og syfilis. Carl Georgs diagnose blev scabies (fnat). Fnat og syfilis var i slutningen af 1800-tallet såre almindelige, men socialt uaccepterede sygdomme. Begge sygdomme blev forbundet med urenlighed, fattigdom og moralsk forklærv. For mange patienter var det bestemt ikke lidelser, man talte højt om, en tendens, som kan spores til nutiden.

Carl Georg blev indlagt på årsdagen for Kommunehospitalets åbning. Hospitalet havde eksisteret i lidt mere end en generation (29 år) og var blandt landets førende. Journalerne for patienterne indlagt 19. september samt 19. marts 1892 (29 patienter) blev sammenlignet med journaler for patienter indlagt på åbningsdagen 19. september 1863 (92 patienter), for at belyse forskellige aspekter af behandlingsformer for fnat og syfilis i sidste halvdel af 1800-tallet (2).

Journalerne blev affotograferede digitalt samt transskriberede og foreligger i denne form tilgængelig på Stadsarkivet, hvorfra de var udlånt. Formålet med undersøgelsen var bl.a. at påvise hvorvidt behandlingen af fnat og syfilis helt frem til 1892 hovedsageligt byggede på den humoralpatologiske medicinopfattelse. I følge denne var sygdom udtryk for ubalance eller uregelmæssighed i de fire legemsvæsker: blod, slim, gul og sort galde. Behandlingen skulle genskabe balancen. Det kunne f.eks. ske gennem afføringsmidler eller forskellige former for diætetiske forskrifter.

De uønskede patienter

Sygdommene fnat og syfilis førte i 1800-tallet ikke kun til diskriminering og fordomme i det omgivende samfund. Også indenfor hospitalsverdenen blev der diskrimineret. Københavns Kommunehospital var ved sin åbning i 1863 det første hospital med princippet "*Ingen Sygdom er udelukket fra Behandling*" (3). Patienten skulle være i stand til at betale for behandlingen, da hospitalet var et betalingshospital (Fig. 1). Men der var undtagelser. Personer, som led af "*Fnat, Skurv (hudsygdom, der skyldes svamp) eller Utøj*" (lus, lopper m.m.), og som blev forsørget af Københavns Fattigvæsen eller var indlagt på kommunens regning, de såkaldte fritliggende patienter, skulle principielt behandles på Almindelig Hospital (3). Men Almindelig Hospital var i flere perioder bl.a. i 1882 ikke i stand til at varetage behandlingen. Patienterne indlagdes derfor i stedet på Kommunehospitalet (4). Dette forhold syntes ikke at have ændret sig synderligt, efter at behandlingen i 1886 overgik til den nyopførte St. Johannes Stiftelsen på Blegdamsvej. St. Johannes Stiftelsen var ligesom de to andre hospitaler ejet af Købehavns Kommune og bestod af et arbejds- og optagelsesanstalt og et sygehus. Sygehuset modtog foruden anstaltens egne beboere, syge fra fattigvæsenet herunder patienter overført fra andre hospitaler pga. pladsmangel, ved langvarig rekonvalescens eller uhelbredelig tilstand.

Men fritliggende fnatpatienter var kun en del af de patienter, som af sociale eller diagnosemæssige årsager, var uønskede. Blandt de øvrige var byens prostituerede - de såkaldte offentlige fruentimmere. Prostitution var i slutningen af 1800-tallet et lovligt erhverv, såfremt kvinden var registreret hos politiet. I 1892 var 538 prostituerede indskrevet hos Københavns politi (5). Derudover fandtes der en såkaldt "hemmelig" prostitution, dvs. kvinder, der drev erhvervet uden at være registreret. Til disse hørte Christiane Adolfine Larsen, som i juni 1892 blev indlagt på Kommunehospitalet, hvor hun tidligere var blevet behandlet for syfilis. Christiane, som ansås for sindssyg, opholdt sig normalt på Ladegården, der tidligere var Københavns slots ladegård med forsyninger til hoffet, nu byens fattiggård. Mange prostituerede endte her deres dage. Den 43 årige Christiane tilstod ved indlæggelsen "*et meget uforsbeholdent Alkoholforbrug*"; samt at hun "*har ført et meget lystigt Liv - dog aldrig, eller i alt fald kun få Dage practiseret som Scortum [prostitueret]*" (6). Christiane burde have været indlagt på Vestre Hospital (senere Rudolph Berghs Hospital, opkaldt efter hospitalets første overlæge og professor), der ved åbningen i 1886 havde 60 af hospitalets 200 senge forbeholdt udøvere af den hemmelige prostitution. Men som sindssyg hørte hun under Kommunehospitalet.

Opindeligt var det kun "*de ikkun under Observation henliggende offentlige Fruentimmere*", der var uønskede (3). Disse kvinder var prostituerede, som politilægen havde mistanke om, var smittet med en kønssygdom, eller som selv meldte sig med mistanken. Ugentlige lægeundersøgelser var

tvungne for prostituerede. Ved mistanke om smitte blev de indlagt på særlige sygestuer på Almindelig Hospital. Indlæggelsen måtte højst vare 14 dage, hvorefter de skulle overføres til Kommunehospitalet til videre behandling. Men i 1864 blev det *"paa grund af Pladsmangel"* besluttet, at alle prostituerede skulle indlægges på Almindelig Hospital (7). Kommunehospitalet havde fra starten haft store disciplinære problemer med de prostituerede. Allerede tre måneder efter hospitalets åbning indskrænkedes besøgstiden på 4. afdeling, som husede flest prostituerede, til kun tirsdag og torsdag mellem kl. 16 og 18 (8).

Ladegårdslemmer var en anden ikke særlig velset patientgruppe, som Kommunehospitalets øvrige patienter ikke gerne delte stue med. Ladegården var en tvangsarbejdsanstalt for betlere og "uordentlige" fattige, herunder alkoholikere. Stedet var nærmest at betragte som Københavns fattiggård og husede 700-800 af byens over 6.000 fattige på varig hjælp (9). Ladegården havde to sygestuer hver med plads til 10-15 patienter, men indtil 1869 blev kun indlagt mindre syge patienter. Alle andre syge blev indlagt på Kommunehospitalet. I 1870 ændredes forholdene således, at Ladegården selv skulle forestå behandlingen af en lang række sygdomme herunder *"Benbrud, Urinrøstrikturer, primære Syphilitiske Saar og Gonorrhoea"* (10). Mistro og modvilje mod ladegårdslemmer kan være medført disse foran-



Fig. 1. I 1892 havde Kommunehospital eksisteret i mere end en generation, nærmere bestemt 29 år. Hospitalet var vokset i størrelse. Sengeantallet var øget fra 800 til 966 senge uden, at der var sket tilbygninger. Flere af hospitalets oprindelige funktioner, bl.a. isolationsbygningen for epidemiske sygdomme, var flyttet til Blegdamshospitalet og Øresundshospitalet. (Erik Dauv-Pedersens fotosamling)

dringer. Ladegårdslemmerne blev af mange anset for at ligge samfundet til last og for på alle måder at "udnytte systemet". En samtidig observatør skriver om Ladegårdslemmerne, at de ikke undtog sig fra at "benytte Lægen som Skærnbrædt" ved ulyst til at arbejde (11).

Kommunehospitalet var ikke ene om at forsøge at slippe for særlige patientgrupper. Ved det nye hospitals åbning, trak Det kgl. Frederiks Hospital sin fundats op af skuffen og påpegede, at de ikke var forpligtet til at modtage bl.a. koppepatienter, hvilket man hidtil havde været nødsaget til. Det følgende år skrev overlæge på 2. medicinske afdeling Nicolai Edvard Ravn (1815-98) i Kommunehospitalets årsberetning, at Frederiks Hospitals nye holdning medførte "*en højest ubelejlig Tilstrømning af Individider angrebne af sidstnævnte Sygdom (kopper)*" (12).

Patienter med fnat

Fnat var en udbredt sygdom i sidste halvdel af 1800-tallet. Fnat er en parasitær hudsygdom, der skyldes en mide, der graver sig ned under overhuden. Miden kan lige ses med det blotte øje og den laver gange, som viser sig ved en streg i huden. I den ene ende af gangen findes miden. Miden medfører kløe, hvorfor patienten kradses sig, og der kan gå infektion i sårene. Sygdommen er meget smitsom, specielt ved tættere kontakt i varme omgivelser som ved seksuel omgang. I 1840'erne blev man klar over, at det var en parasitær sygdom. Behandlingen rettede sig herefter mod mekanisk at åbne gangene under overhuden ved eksempelvis stødt kridt eller hård skrubning og dernæst dræbe miden med midler som svovl, styrax eller perubalsam.

Når en fnatpatient blev indlagt, forsøgte lægerne at opspore kilden til sygdommen. Det gjaldt også for havnearbejder Carl Georg, men han var ikke i stand til at give nogen forklaring på, hvordan han havde fået sygdommen. For nogle fag synes fnat nærmest at have været en erhvervsrisiko. Det gjaldt f.eks. københavnske bagersvende. Omkring 1/4 af de svende, der blev indlagt på Kommunehospitalet i 1867 med fnat, var bagersvende (13). Det foranledigede 4. afdelings første overlæge Carl Sophus Marius Engelsted (1823-1914) til at påtale overfor bagermestrene, at "*der syntes saaledes at være Grund til en skærpet Kontrol saavel med Bagersvendenes Person, som med de af dem benyttede Senge*" (13). Bagersvendene hørte til bagermesterens husstand og var dermed hans ansvar. I de fleste hjem sov flere i samme seng. Selv i arresten delte 4-5 personer sovebriks, en praksis som først ændredes i 1882, da man gik over til celler i stedet for fællesrum (5).

Soldater var en anden udsat gruppe. Især krigen i 1864 medførte en opblomstring af fnat. Flere af disse tilfælde havnede på Kommunehospita-

let, heriblandt den 24 årige Axel Kock, der var ankommet fra fronten. Axel var omtrent en måned før blevet smittet af en sovekammerat, men militæroverlægen udstedte ham bevis på, at han ikke led af nogen smitsom sygdom. Axel kunne dog *“paa Grund af den stærke Kløe ikke holde sin Mistanke om Fnat tilbage”* og søgte anden lægehjælp (14).

Børn udgjorde en tredje stor gruppe af Kommunehospitalets fnatpatienter. I 1892 behandlede 106 børn for fnat (15). I hovedstaden var Kommunehospitalet det eneste hospital, som modtog fnatsmittede børn. Hverken Børnehospitalet i Rigensgade eller Dronning Louises Børnehospital behandlede fnat. Mange børn havde uden tvivl måttet lide gennem længe tid, før der blev søgt lægelig hjælp. Husråd blev gerne prøvet først. En folkelig tryksag fra 1868 med råd ved børnesygdomme anbefalede mod fnat, at barnet fik et afføringsmiddel bestående af sennepsblade kogt med salt eller svesker, så det *“Laxere (har afføring) et par Gange”* med to til tre dages mellemrum. Herefter bør det *“svede et par Nætter”*, hvilket opnås ved at drikke hyldeblomstte. Kuren afsluttes med varm mælk tilsat finstødt svovlblomme (tungopløseligt svovl) samt smøring af de fnattede steder med en salve af svovlblomme og fløde (16).

Behandling af fnat

Behandlingen af havnearbejder Carl Georg tog seks dage og bestod af en kur med indgnidninger med unguentum neapolitanum compositus (kviksølvsalve) (1). Dette præparat anvendtes ellers mest mod syfilis og gonorre. Det fremgår ikke af journalen, hvorvidt han blev udskrevet som helbredt, eller blot fordi han havde gennemgået den kur, som almindeligvis blev ordineret.

Var Carl George blevet indlagt i 1863, havde behandlingen bestået af sæbekure dvs. indgnidning med *sapo viridis* (grøn sæbe). At disse sæbekure var ganske ubehagelige for patienterne fremgår af en næsten samtidig beskrivelse fra Ladegården: *“Sæbekuren er imidlertid i langt højere Grad generende, ja så smertefuld, at den endog undertiden fremkalder formelig Feber”*(11). Men kuren var dog ikke mere ubehagelig end, at Ladegårdens beboere med vilje fremkaldte kunstig fnat for derigennem at undslippe Ladegårdens trængsler. Når et lem fik fnat, blev patienten overflyttet til Almindelig Hospital (Fig. 2). “Fnatten” blev frembragt ved hjælp af knappenålestik imellem fingrene og på håndleddene, hvori man smurte tobaks-saft. Når vedkommende kom på hospitalet, kunne opholdet forlænges ved børstning med en rigtig stiv børste. Børstningen frembragte irritation af huden, som let kunne *“bevæge den samvittighedsfulde Læge til at ordinere en ny Smørekur”*(11).

Generne ved sæbekuren kan være en af årsagerne til, at Kommunehos-

pitalet i 1865 forsøgte sig med en ny tre dages kur. Kuren bestod dels af indgnidning med *sapo viridis* opløst i alkohol, morgen og aften, dels i lette oversmøringer med petroleum. Brugen af petroleum ophørte dog hurtigt, da virkningen var tvivlsom, og mange patienter fik alvorlig hudirritation. Men blandt befolkningen blev petroleum hurtigt et populært (og billigt) middel til behandling af fnat. Disse "hjemmekure" resulterede dog ofte i, at den fnatramte efterfølgende måtte igennem et meget længere hospitalsophold end ellers (17).

I slutningen af 1865 ændrede hospitalet kuren til indgnidning med *balsamum peruvianum*, der er en blanding af sekret af *perubalsamtræet*, kanel- og benzoesyre, harpiks og vanilje. Harpiksens og vaniljen giver blandingen en behagelig lugt, men harpiksen viste sig senere at være meget allergifremkaldende. Også denne kur viste sig hurtigt mindre virksom (17). Inspireret af behandlingsformen på Hospitalet Charité i Berlin overgik man derefter til, at patienten blev smurt på behandlingens første dag med grøn sæbe over hele kroppen (ansigtet undtaget). Derved blev fnatmidlens gange åbnet. Den følgende dag fik patienten et varmt bad. Derefter blev smurt fire gange, fordelt over to dage, med *balsamum peruvianum*. Behandlingen afsluttedes med et par varme bade. Kuren medførte



Fig. 2. Almindelig Hospital var ved åbningen af Kommunehospitalet først og fremmest blevet en "lemmestiftelse" dvs. en plejestiftelse for gamle, uheldbrede syge, fattige og handicappede. Som det fremgår af fotoet, var forholdene små, selv da man i 1892 flyttede til nye lokaler på Nørre Allé. Almindelig Hospital indgik i 1919 i komplekset De gamles By. (Erik Dauv-Pedersens fotosamling)

færre tilfælde af hudirritation og kortere behandlingstid. Desværre rådede hospitalets badeanstalt ikke over den fornødne kapacitet, så alle fnatpatienter kunne få den nye behandling. Fra 1867 begyndte man "*af økonomiske Grunde*" at anvende styrax (ekstrakt fra visse træer med et stort indhold af harpiks, der havde en god konserverende effekt) i stedet for balsamum peruvianum (18). Hospitalet kontrollerede nøje omkostningerne til medicin. Apoteket lavede hvert år omfattende beregninger over udgifterne. Som et eksempel kan nævnes, at i 1881 var de årlige udgifter til medicin på 9 kr. 53 øre per patient, dyrest for enestuepatienterne med 17 kr. 95 øre og billigst for 6. afdelings (psykiatriske afdeling) patienter med 4 kr. og 69 øre (19).

Det næste store skift i behandlingen skete i 1880'erne. Den nye kur bestod af et varmt bad efterfulgt af kraftig indgnidning af ca. tre kvarters varighed med naphtholsalve. Derefter pudredes patienten med mel og blev indrullet i et lagen. Kuren blev gentaget indtil alle fnatgangene var tørret ud. Patienten måtte ikke vaskes før flere dage efter kurens afslutning. Samtidig kom der for første gang et forebyggende element ind i behandlingen. Ved udskrivelsen fra hospitalet blev patienten instrueret i, hvorledes hjemmet kunne desinficeres og opfordret til at lade alle husstandens medlemmer undersøge (20). Desinfektion af effekter fra huse i byen, hvor der boede fnatsmittede personer, kunne mod behørig betaling foregå på Kommunehospitalet. Hospitalet havde til formålet særlige desinfektionsovne, som var opført i forbindelse med hospitalets vaskeri. I 1885 opførtes et nyt desinfektionsanlæg nær Østersøgade. Anlægget var opfundet og patenteret af hospitalets forvalter, ingeniør Ramsing. Det bestod af to ovne, hvori en blanding af damp og opvarmet luft under tryk blev presset gennem tøj, madrasser eller andet, som skulle desinficeres. Tøj fra patienter indlagt med fnat, smitsomme sygdomme eller som var befængt med utøj (lus, lopper) blev desinficeret på samme måde. Fra 1882 blev det indført, at hvis en patient med en smitsom sygdom eller mistanke derom ankom "*i Droske eller anden Hyrevogn bør denne tilbageholdes og underkastes Desinfektion for Sundhedskommissionens Regning*" (21).

Fra 1880'erne var antallet af fnattilfælde, behandlet på hospitalet, generelt faldende. Flere og flere patienter kunne behandles ambulantly eller i hjemmet. Det hang formodentligt sammen med, at antallet af kommunelæger blev øget fra omkring 1872.

Patienter med syfilis

I 1892 var syfilis en socialt uacceptabel og til tider livstruende sygdom. Syfilis blev betegnet som en venerisk sygdom (kønssygdom), hvis behandling hørte under Kommunehospitalets 4. afdeling. Betegnelsen venerisk syg-

dom dækkede over *"Lidelser af høist forskellig Natur og Betydning, der kun have det Ene tilfælles, at de udelukkende eller dog hyppigst overføres fra Individ til Individ ved Samleie"* (22).

Diagnosen syfilis var først og fremmest en symptomdiagnose. Sygdommen er opkaldt efter hyrden Syphilis i Fracastoros latinske digt fra 1530, nok den første person i litteraturen, der led af denne sygdom. Gonorre blev indtil omkring 1880 betragtet som en undergruppe af syfilis (23). Bakterien *Neisseria gonorrhoeae* blev første gang påvist af Albert Neisser (1855-1916) i 1879, hvis navn bakterien har fået, og først herefter kunne man adskille gonorre fra syfilis.

Syfilis ansås længe for meget smitsom ved daglig almindelig kontakt som brugen af spiseredskaber, drikkekar, kamme, børster, sengeklæder, håndklæder m.m. samt ved rygning (24). Da børn også kunne have syfilis mente man, at også arvelige faktorer kunne spille en rolle. Syfilis antog til tider nærmest epidemisk karakter, uden det kunne påvises hvorfor, og den blev betragtet som en søstersygdom til tuberkulose. Det blev anslået, at ca. 10% af befolkningen i København og andre større byer havde eller havde haft syfilis (25).

I 1892 behandlede Kommunehospitalet 1.210 patienter for syfilis. Heraf var de 936 mænd, 196 kvinder og 78 børn (26). Blandt børnene var det især plejebørn, som fik lidelsen. I 1884 var eksempelvis 16 ud af 24 indlagte børn med syfilis plejebørn (27). Flere af dem døde. Allerede i 1870 påpegede overlæge Engelsted, at disse børn *"dør af mangel på pleje fra Fødslen og ikke af Syfilis"* (28). Blandt de 936 mandlige patienter var den 24 årige ugifte skomagersvend Oluf Nicolai Olsen og den 28 årige former Leopold Franta begge indlagt 19. marts. De to herrer havde været en tur i Berlin. Her pådrog de sig formodentlig sygdommen. Olsens syfilis blev *"i fjor*



Fig. 3. Når en patient blev ordineret badeterapi, fik vedkommende udleveret et af de 210 badetegn, hospitalet havde købt til formålet. Badetegnet skulle afleveres til bademesteren eller badekonen. Mands- og kvinde- badeanstalten lå i hver sin fløj af hospitalet. Sengeliggende patienter kunne få bad på stuen.

Hospitalet rådede over flere transportable badekar med varmeapparater til badevand. Original fotografi ca. 1900. (Erik Dauv-Pedersens fotosamling)

Behandlet i Berlin" (29) og Frantas "*Nuværende Sygd. beg. for 4 Uger siden (Scortum) i Berlin*" (20). Olsen var to måneder tidligere blevet udskrevet fra Kommunehospitalet efter en syfilisbehandling, men blev genindlagt efter "*for 14 Dage siden (at have) mærket Papler ved Anus*" (29).

Personer smittet med syfilis var forpligtede til at lade sig behandle, men det forhindrede ikke sygdommen i at sprede sig. Politiet havde ret til at forlange mistænkte smittebærere undersøgt. Olsen og Franta havde ikke pligt til at oplyse om smitekilden. Det fik man først med lov af 1946, ophævet igen 1973. Men lægerne syntes generelt at have gjort meget for at få disse oplysninger. Når det ikke altid lykkedes, tillagdes det dels "*Patienternes Mangel paa Kjendskab til Sygdommens Symptomer*" dels "*deres Utilbøjelighed til at komme frem med Sandheden*" (31). Det sidste var især møntet på de kvindelige patienter.

Behandling af syfilis

Gennem hele 1800-tallet udgjorde forskellige former for kviksølvkure den almindelige behandling af syfilis. Kviksølvbehandlingen blev givet i pilleform eller som indgnidning med unguentum hydrargyri, der var rent kviksølv udrevet i svinefedt. Pillekuren bestod normalt af 300 Sublimat piller, men kunne i enkelte tilfælde komme op på 500 piller. Patienten fik to piller af 4 mg stigende med en pille hver anden dag til otte piller om dagen (32). Men kviksølvbehandling var ikke den eneste medicinske behandlingsform. En skomagersvend indlagt i 1869 fik behandling med "*Piller af Chinin 10 Centigr. og en Spiseskefuld Portvin Vekselvis hver anden Time*" foruden forskellige ætsninger af det sår, som efterhånden dannede sig. Skomagersvenden var blevet indlagt med "*oedematos Svulst af Scrotum*" (33).

Kviksølvkurer blev ofte kombineret med andre behandlinger, såsom ætsning af de sår, som sygdommen medførte. På hospitalets badeanstalt fandtes særlige svedekasser til syfilispatienter. Disse svedekasser afløste anvendelsen af sasparilladekokter (udtræk af sasparillarod givet som mixtur) som var en dyr behandlingsform. Overlæge Engelsted så desuden gerne en større anvendelse af russiske bade (dampbade), men det kunne af praktiske grunde ikke lade sig gøre. Hospitalet rådede ikke over en særlig badeafdeling for veneriske patienter. "*Syfilitiske Patienter med store Ulcerationer (sår) og modbydeligt Udseende*" (34) kunne dårligt behandles sammen med de øvrige badende (Fig. 3). I 1867 ændrede hospitalet behandlingen fra sublimatpiller til indgnidning med unguentum neapolitanum compositus. Skomagersvend Olsen kan meget vel have gennemgået sådanne 40 kure ved sin første indlæggelse. Hensigten med den nye kur var at begrænse optagelsen af kviksølv samt hindre den videre infektion af hele kroppen og mindske faren for forgiftning. Kviksølvbehandling givet som piller, havde

den ulempe, at mercurichlorid optages, hvorfor kroppen kun tåler små mængder. Den akutte kviksølvforgiftning viste sig som mavesmerter og blodig diare, mens den kroniske forgiftning viste sig som let blødende mundbetændelse, tandtab, øget spytdannelse, rystelser og dårlig koordinering og psykiske symptomer. I 1866 indførte 4. afdeling, som det første sted i Danmark, en fast rutine med undersøgelse med strubespejl, hvor man kunne påvise tidlige forandringer i hals- og mundslimhinder (35).

Smørekure med kviksølvsalve blev givet efter en nøje fastlagt skema. Skemaet kunne være som følgende: 1. dag blev venstre arm indsmurt, 2. dag højre arm, 3. dag venstre brysthalvdel, 4. dag højre brysthalvdel, 5. dag venstre lår og 6. dag højre lår. Salven blev indgnedet omhyggeligt i løbet af 15 minutter, helst om aftenen. På den 7. dag fik patienten karbad. Derefter begyndte man på en ny omgang. Kuren havde den ulempe, at den *"skidner til både Krop og Klæder og for mange er det ganske generende"* (36).

I begyndelsen af 1880'erne blev injektionskuren med blæreskylning med zinksulfat den foretrukne behandlingsform. Til en almindelig kur regnedes 20-30 sprøjter, hvilket blev anset for en svag kur (37). Behandlingsformen var i følge overlægen *"med hensyn til prompte Virkning, Renlighed og Prisbillighed"* upåklagelig (38). Dog mente han, at tilbagefaldene var flere og hyppigere ved denne metode. Desværre kunne dette ikke, på grund af den *"vextende og upaalidelige Hospitalsbestand af Patienter"* påvises statistisk (38). Overlægen valgte at gå tilbage til smørekurerne selvom det medførte, at patienterne i seks til ni måneder udskilte kviksølv med urinen. Ved injektionskuren varede behandlingen kun i seks til otte uger (37). Smørekurerne krævede også længere indlæggelsestid, hvilket førte til pladsmangel. Værst var det i 1884 med en næsten konstant overbelægning. Stuer beregnet til 10 patienter måtte rumme 15, og på 20-sengsstuerne lå 30 patienter (Fig. 4). Den tætte belægning blev forsvaret med, at det *"i alle Tilfælde handler om Personer, der langtfra ere vant til de hygiejniske Betingelser Hospitalet byder"* (39).

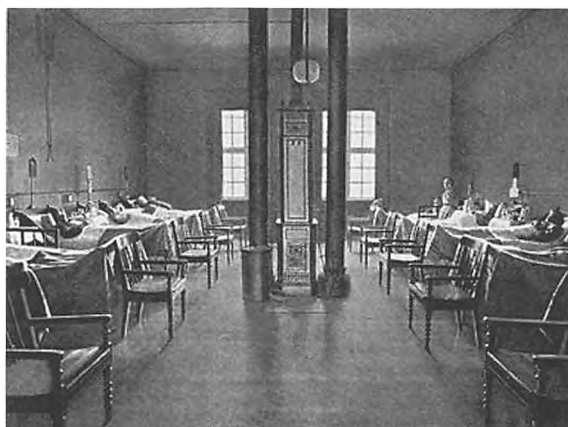
Indlæggelsestiden for syfilispatienter var gerne lang. I 1892 var den gennemsnitlig 28 dage, hvilket dog var et fald i forhold til 1863, hvor den var 52 dage (40). Indlæggelser på halve eller hele år var ikke usædvanlig. Mon ikke rekorden tilfalder en patient, som i 1881 blev udskrevet efter 1.396 dages indlæggelse, for et syfilitisk sår i *"phagedæmisk (koldbrand) Form"* (41). Patienterne blev sjældent kurerede, og man manglede midler til at erkende, om sygdommen var helbredt (22). Flere på hinanden følgende indlæggelser var almindeligt. Kurerne havde ofte ikke den ønskede virkning, og tilbagefald var hyppige. Tilbagefald blev tilskrevet patienternes livsførelse eller *"Forsyndelse mod de givne strenge diætetiske og therapeutiske Forholdsregler"* (42), som de fik foreskrevet ved udskrivningen. Kost og diætetiske forskrifter indgik gerne som en del af behandlingen. Foruden fuldkost fandtes flere former for diæt. Syfilispatienter led ofte periodevis af feber og fik derfor feberdiæt eller halvfeberdiæt. Som feberdiætspatient

bestod hovedretten ved det varme middagsmåltid af fisk alle ugens dage (43). Lægerne forsøgte desuden at få patienterne til at tage aktiv del i en forebyggende indsats. I 1889 opfordredes til, at *“Lægerne skal indskjærpe deres Patienter mere reserveret Omgang med deres Omgivelser, ved at fremstille den lette Maade og mange Maader Sygdommen kan overføres”* (44).

Oluf Olsen, som i 1892 gennemgik sin anden behandling for syfilis, blev udskrevet efter 11 dage. Leopold Franta blev udskrevet efter 51 dage, selvom hans sår ikke var fuldstændig helet. Franta havde gennem de første 20 dage af indlæggelsen fået taget temperatur, morgen og aften. Regelmæssig temperaturmåling var blandt nyskabelserne i behandlingen i 1890'erne. Fantas sår var blevet behandlet med incision, udskrabning og jodoformforbinding, derefter sublimateomslag (omslag dyppet i kviksølvchlorid) og karbolmeche (desinficerende lille omslag dyppet i karbol). Før indlæggelsen var han blevet behandlet med klorkalkvand (30). Hverken Olsen eller Franta blev udskrevet som helbredte.

At behandlingerne ofte var virkningsløse og fulde af bivirkninger, har uden tvivl foranlediget patienter til at søge alternativ behandling. Men heller ikke her var der megen hjælp at hente. Gang på gang sås resultatet af de fejlslagne behandlinger på hospitalet. Et af de værste eksempler indkom i 1874, hvor en 32 årige kvinde med syfilis blev indlagt lam og *“i en elendig Tilstand”* efter at være blevet behandlet *“af en Bekjendt, af de finere og grovere Publicum meget søgt, flere Gange straffet Kvaksalver”* (45). Kvinden døde og sagen blev overgivet til politiet. Havde man ikke råd eller mulighed for at søge alternativ hjælp, kunne man ty til gamle husråd eller anden

**Fig. 4. Kommune-
hospitalets fællesstuer
var normalt på 10 sen-
ge. Kun på 4. afdeling
syntes der at have
eksisteret stuer på 20
senge. Patienterne
tilbragte det meste af
deres indlæggelse på
stuerne, da ophold-
stuer ikke fandtes.
Ophold eller gåture
på gange eller i haver-
ne måtte kun ske
efter lægernes til-
ladelse. Tiden kunne
fordrives med læsning**



**eller visse former for spil som dam og domino. Hospitalet havde et patient-
bibliotek og abonnerede på enkelte aviser. (Erik Dauv-Pedersens fotosamling)**

hjemmebehandling. I Reymanns Sundhedshåndbog fra 1863 gives følgende råd til behandling af syfilis: *"Afvaskning med Blyvand eller koldt Vand samt ætse med Helvedessten. Efter Ætsningen bedækker man det (såret) straks med Charpi (tælvævet forbindsstof) dyppet i Blyvand. På samme tid tager patienten et afførende Middel af Engelsk Salt og holder streng Diet samt ligge til Sengs i Tempereret Stuevarme (46).*

Ambulant behandling af syfilis

I 1869 overgik en del af behandlingen af patienter med veneriske sygdomme og hudsygdomme til en offentlig konsultation (poliklinik) under 4. afdeling. Klinikken oprettedes først og fremmest for at reducere belægnin-gen på sygestuerne (47). Pladsproblemerne var, som i dag, værst om vinteren. Den vinterlige overbelægning skyldtes bl.a., at nogle patienter søgte hjælp og husly på hospitalet pga. arbejdsløshed og nød. Det gjaldt især mænd med kronisk gonorre, da hospitalets *"gæstfrie Porte jo altid staa aabne for disse Lidelser"* (48). 4. afdeling var kendt for ikke at afvise patienter. Hele Kommunehospitalet led i perioden under overbelægning og 4. afdelingen havde mistanke om, at visse patienter blev indlagt *"imod bedre Vidende, for at lette Patienternes Indtrædelse i Hospitalet under Overfyldningsforhold paa de chirurgiske og medicinske Afdelinger"*. Disse patienter blev indlagt under diagnosen *"Observation"*, og når de første var indlagt, kunne afdelingen ikke få dem overflyttet til en anden afdeling (49).

Klinikkens andet formål var at føre kontrol med udskrevne patienter. En del patienter, især gonorre-patienter, blev udskrevet før sygdommen var behandlet. Udskrivelsen skete, når *"det akutte Stadium er overstaaet, Udflodet reduceret til et minimalt, farveløst, Secret og de subjektive Symptomer ere suundne"*. Patienten blev da anset for *"saa fuldt arbejdsdygtige som nogen og han bliver da udskrevet med nøjagtige Instruksler for den videre Behandlingsmaade"* (50). Klinikkens tredje formål var at *"lette Adgangen til Behandling for Patienter lidende af Syfilis"* *"hvilket er den virksomste maade hvorpaa man kan modarbejde Udbredelsen af denne Sygdom"* (51). Klinikken tog sig hovedsageligt af behandlingen af de *"ubemidlede"* dvs. byens fattige, hvor såvel behandlingen som medicin, bandager og lignende var gratis (51). Fra 1874 blev behandlingen gratis for alle, uanset deres økonomiske status (52).

Poliklinikken var godt besøgt, men oplevede i 1880ernes begyndelse et fald i patientantallet. Overlægen tilskrev dette de dårlige lokaleforhold og stod ikke uforstående overfor, at nogle patienter ikke fuldførte deres behandling eller ikke kom igen ved nye symptomer. *"De ubeldige Forhold med Venten paa Trappegangen er alt andet end indbydende"*. Nye lokaler menes *"at kunne bringe denne saavel for selve Hospitalet som for Befolk-*

ningen gavnlige Institution i bedre Ry, saa at Patienternes Antal atter vil øges" (53). Da klinikken i 1892 åbnede nye lokaler i forbygningen, fordobledes antallet af patienter (15).

Poliklinikken løste ikke 4. afdelings pladsproblemer. Bedre blev det først i 1886, hvor Vestre Hospitalet åbnede. Kommunehospitalet benyttede endvidere åbningen af det nye hospital til at forhøje taksterne for indlæggelse på enestue. Enestuerne var især populær blandt den skånske landadel med behov for behandling af kønssygdomme. Antallet af patienter faldt, og overlægen må konstatere, at *"Publikum, navnlig det udenbyes og udenlandske, søger til billigere Hospitaler og Privatklinikker; hvor Reglementet ovenikjøbet overholdes mindre strængt"* (54).

Sammenfatning

Behandlingen af frnat og syfilis bestod i slutningen af 1800-tallet først og fremmest af en symtombehandling. Behandlingsmetoderne var hovedsagelig baseret på et holistisk syn på patienten. Journalerne fra 1892 viser tegn på indflydelse fra den moderne medicin baseret på naturvidenskabelige (positivistiske) metoder, hvor alt skal måles og vejes. Man fik efterhånden større viden om, hvad patienterne fejlede, ikke mindst pga. udviklingen indenfor kemi og fysik. Påvisningen af bakterien *Treponema pallidum*, årsagen til syfilis, skete først i 1905 (Fritz Schaudinn 1871-1906). Mere afgørende var August von Wassermanns (1866-1925) udvikling af en blodanalyse til påvisning af sygdommen allerede året efter i 1906. Det første effektive kemoterapeutikum var det kviksølvholdige Salvarsan, der i 1909 fremstilledes af Paul Ehrlich (1854-1915) og virkede mod syfilis. I 1921 kom vismuth, der også var virkningsfuld mod syfilis og først i 1940'erne kom penicillin, der var effektiv både mod syfilis og gonorre.

Behandlingen af frnatpatienter var præget af, at man eksperimenterede med præparaterne og dermed patienterne. Men lægerne havde stort set ikke andre muligheder end at forsøge sig frem, hvis de ville opnå bedre resultater. Nogle præparater syntes anvendt mere ud fra tradition end ud fra en egentlig viden om effekt. Devisen forekom til tider at være *"det kan aldrig skade"*, en påstand som underbygges af en notits i Kommunehospitalets årsheretning fra 1866. Her beskrives brugen af magnesia sulphurosa, som anvendtes i behandlingen af skarlagensfeber. Præparatet omtales på følgende måde: *"kan gives uden Skade men ogsaa uden synderlige Nytte"* (55). Fremskridtene i behandlingsformerne skyldes sjældent en fremadskridende rationel proces, således som lægevidenskaben ynder at fremstille det, og som er den gængse opfattelse af de medicinske fremskridt. Fremskridtene skete i det daglige praktiske arbejde med patienterne og var præget af op- og nedture. En lang række forhold, som tilgangen til viden,

økonomiske forhold, den enkelte læges indsats og relationer mellem forskellige fag og faggrupper, påvirkede og formede processen. De mere effektive medikamenter bliver introduceret et godt stykke oppe i 1900-tallet. Denne udvikling var Kommunehospitalet i høj grad med til at påvirke gennem den omfattende forskning og de resultater, som hospitalets læger gennem årene har kunnet fremlægge.

Tak til tidligere hospitalsapoteker Erik Dauv-Pedersen for gennemlæsning af artiklen og for illustrationerne.

Litteratur

1. Journal Københavns Kommunehospital 4. afd. september 1892, Carl Georg Johan Edvard Victor Larsen. Indlagt 19.9.1892. Udskrevet 25.9.1892.
2. Christensen JG, Dauv-Pedersen E, Permin H. Fru Popp – og alle de andre. De første patienter indlagt på Københavns Kommunehospital den 19. september 1863. Dansk medicinhistorisk Årbog 2002; 30: 87-112.
3. Regulativ for Kommune-Hospitalet i København. Udarbejdet i henhold til Kommunalbestyrelsen Beslutninger, 1863.
4. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet og Blegdamshospitalet i København for 1882. Magistratens 2. afdeling. København: J.H.Schultz, 1883, s.23.
5. Jensen S, Smidt CM. Rammerne sprænges 1830-1900. I: Bech SC, red. Københavns Historie. Bind 4. København: Gyldendal, 1982. s.204.
6. Journal Københavns Kommunehospitals 6. afd. juni 1892, Christian Adolffine Larsen.
7. Beretning om Københavns Kommunehospital og St. Hans Hospital for Sindssyge 1864. København: Bianco Lunos Bogtrykkeri 1865, s 6.
8. Kommunehospitalets Journal 1/9 1863 - 31/12-64.
9. 5.
10. Beretning om Københavns Kommunehospital i 1870. J.H.Schultz København 1871. Bianco Lunos Bogtrykkeri. 1871, s.22.
11. Fohlmann AW. Arbejdsanstalten Ladegården og de udstødte i det nittende århundredes København. København: BI-forlag, 2001.
12. 4, s. 34.
13. Beretning om Københavns Kommunehospital i 1867. København: Bianco Lunos Bogtrykkeri, 1868, s.99.
14. Journal Københavns Kommunehospitals 4 afd. september 1864, Axel Koch. Indlagt 27.8.1864. Udskrevet 3.9.1864.
15. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1892. Magistratens 2. Afdeling. København: J.H.Schultz, 1893.
16. Lund L. Den lille Børnelæge. København: Jul. Strandbergs Forlag, 1868, s.18
17. Beretning om Københavns Kommunehospital i 1865. Bianco Lunos Bogtrykkeri ved F.S.Muhle. København 1866, s. 121. 18. 13, s. 100.
19. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet og Blegdamshospitalet i København for 1881. Magistratens 2. afdeling. København: J.H.Schultz, 1882, s. 194.
20. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet og Blegdamshospitalet i København for 1883. Magistratens 2. afdeling. København: J.H.Schultz, 1884, s.112.
21. 13, s. 23, 37.
22. Pontoppidan E. Om offentlige foranstaltninger mod syfilis. En medicinsk Betragtning. København: Det nordiske Forlag, 1899, s. 7.
23. 22, s.8.
24. Bruusgaard E. Forelæsninger over Syfilis. Bind I-II. København, Kristiania: Steenske Forlag, 1921-22, s. 14.
25. 22, s. 14.
26. 15, s. 13.

27. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet og Blegdamshospitalet i København for 1884. Magistratens 2. afdeling. København: J.H.Schultz, 1885, s. 151.
28. 10, s. 110.
29. Journal Københavns Kommunehospital 4. afd. april 1892. Oluf Nicolai Olsen. Udskrevet 1.4. 1892.
30. Journal Københavns Kommunehospital 4. afd. maj 1892, Leopold Franta. Udskrevet 9.5. 1892.
31. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1887. Magistratens 2. Afdeling. København: J.H.Schultz, 1888, s.81.
32. Pharmakopoea Danica. Regia autoritate a Collegio Medico Hauniensi, 1868.
33. Beretning om Københavns Kommunehospital i 1869. Bianco Lunos Bogtrykkeri ved F. S. Muhle 1870, s. 128.
34. Hospitalsberetninger 1.Kommunehospitalet i 4de Qvæet 1863, s. 401.
35. Beretning om Københavns Kommunehospital i 1866. København: Bianco Lunos Bogtrykkeri, 1867, s.102.
36. 24, s. 129.
37. 24, s. 135.
38. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1885. Magistratens 2. afdeling. København: J.H.Schultz, 1886, s.130.
39. 27, s.138.
40. 15, s. 87 og 34, s. 396.
41. 19, s.124.
42. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1886. Magistratens 2. afdeling. København: J.H.Schultz, 1887, s. 82.
43. Christensen, JG, Dauv-Pedersen E, Permin H. Formad og feberdiæt - Kosten på Københavns Kommunehospital i 1860- og 70erne. Historiske Meddelelser om København 2002: 119-42.
44. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1889. Magistratens 2. Afdeling. København: J.H.Schultz, 1890, s.78.
45. Beretning om Københavns Kommunehospital samt om Epidemilazarettet paa Enighedsværn for 1874. Magistratens 2. Afdeling. København: J.H.Schultz, 1875, s.127.
46. Reymann W. Sundheds-Haandbog eller Sygdoms- og Helbredelsesslære for Enhver, indeholdende Diætetik. Regler for en diætetisk Levemaade, 1867, s.535.
47. 33, s. 15.
48. 15, s. 91.
49. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1890. Magistratens 2. Afdeling. København: J.H.Schultz, 1891, s. 71.
50. 38, s. 126.
51. 33, s.15.
52. 22, s. 21.
53. 42, s.91.
54. Beretning om Kommunehospitalet, Øresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1888. Magistratens 2. Afdeling. J.H.Schultz København 1889, s. 83.
55. 35, s. 32.

Summary

Scabies and Syphilis - Aspects of Treatments of Skin- and Venereal Diseases at Copenhagen Kommunehospital 1863 - 92

Jeanne G. Christensen & Henrik Permin

Scabies and syphilis was very common but social unaccepted diseases in the later part of the 19th century. In 1892, 1,210 patients with syphilis and 106 children suffering from scabies were treated at the Kommunehospital in Copenhagen. Case records from patients admitted March 19th and September 19th, form the study basis of different aspects of scabies and syphilis treatment in the period. In the mid 19th century different soap treatments were the common cure for scabies. In the 1880s the cure became naphtholliniment, powdering with flour followed by rapping the patient in a sheet. Throughout the whole period experiments with medicine and thereby the patients was the norm. The treatment of syphilis consisted of different forms of mercury cures combined with bathes. Admission time was long and the patient was rarely cured. Progress in the treatments of both diseases was made in the daily work with patients. Access to knowledge, economy, the effort of the physician and the relationship between the different professions and groups in the hospital influenced and formed the process.

Knud Faber og Parisermedicinen i 1800-tallet

Af Niels Kristoffer Jensen

1700-tallet er stort set identisk med oplysningstiden i Europa. Ifølge Edward Gotfredsens Medicinens historie (1. pp. 238 - 239) kaldes denne periode i medicinsk henseende for "Systemernes tidsalder," men disse systemer var i modsætning til naturvidenskaben og til de medicinske opdagelser i øvrigt uden blivende værdi, idet de søgte at forene teori og praksis men var mere "filosofisk end biologisk" prægede. Gotfredsen nævner fra første halvdel af 1700-tallet Boerhaave, Hoffmann og Stahl og fra sidste halvdel Cullen og Brown, hvis systemer alle fik mange tilhængere. Der måtte noget mere til. En meget betydelig del af dette noget andet blev udviklingen indenfor medicinen i Paris i første halvdel af det 19. århundrede, der for samtiden og eftertiden stod som noget ganske særligt. I samtiden tiltrak den såkaldte "Parisermedicin" læger fra hele Europa og Nordamerika, som flokkedes om berømtederne for at lære af deres undervisning. I eftertiden har Parisermedicinen været genstand for adskillige medicinhistoriske studier, af hvilke de seneste, der udelukkende omhandler Parisermedicinen, er Michel Foucaults skildring "Naissance de la Clinique" fra 1963. da. oversættelse 2000 "Klinikkens Fødsel,"(2) og Erwin Heinz Ackerknechts "Medicine at the Paris Hospitals 1794 - 1848."(3) I 1992 blev der afholdt en konference med deltagelse af adskillige medicinhistorikere i "The College of Physicians in Philadelphia" med henblik på en ny- og revurdering af Parisermedicinens betydning. Indlæggen i denne konference er udgivet i "The Wellcome Institute Series in the History of Medicine" under titlen "Constructing Paris Medicine" ed. by Caroline Hannaway and Ann La Berge i 1998.(4).

Spørgsmålet for os er nu, om Parisermedicinen i virkeligheden var så banebrydende, eller om den blot var en acceleration af en allerede igangværende udvikling? I Danmark er vi så heldige at have en tidlig og nøgtern vurdering af Parisermedicinen af en særdeles kyndig kliniker, nemlig i Knud Faber: Københavns Universitets Festskrift fra 1919: "Strømninger i den nyere Tids medicinske Klinik med særligt hensyn til Nosografien (*sygdomsbeskrivelsen*)." (5). Knud Faber havde den erfarne klinikers syn på, hvad sygdom og lægevidenskab egentlig var og hvorledes den blev opfattet også under Parisermedicinens glansperiode, noget som til dels savnes i Foucaults og Ackerknechts beskrivelser. Knud Faber kaldte sin opfattelse "videnskabelig klinik." I det føl-



Fig. 1. Knud Faber 1922 (fra Riiskjær)

gende vil jeg forsøge at gøre rede for Knud Fabers "videnskabelige klinik" og hans fremstilling af Parisermedicinen. Der vil ikke blive gjort forsøg på at beskrive hans lægevidenskabelige indsats i øvrigt.

Hvem var Knud Faber?

Knud Faber (1862 – 1956) var professor i Intern Medicin ved Københavns Universitet fra 1896 til 1932 og i 1916 -1917 tillige Universitetets rektor. Han var nok sin tids mest indflydelsesrige læge, og han involverede sig i adskillige gøremål udover professoratet.

Områder, han i særlig grad satte sit præg på, var tuberculosebekæmpelsen, hvor han var medstifter af og den mest betydningsfulde person i "Nationalforeningen til Tuberculosisens Bekæmpelse," han var formand for "Medicinalkommissionen" i 1908, der gennem 13 år fik ordnet og sat skik på sundhedsvæsenets udformning i en sådan grad, at den grundlæggende struktur består den dag i dag (6, pp. 48 – 63), og Knud Faber var en meget væsentlig støtte i oprettelsen af Aarhus Universitet.

Som professor og underviser interesserede han sig udover forbedringer i undervisningen sig også for alle de studerendes ve og vel. Han fik under 1. verdenskrig organiseret studenterbospisningen, det, som senere blev Universitetets Spisestuer, i daglig tale "Kannibalkøkkenet," hvor studenterne for en billig penge kunne købe sig et sundt og nærende måltid. Det bestod indtil udgangen af 1967, hvor den almindelige velstandsstigning gjorde et sådant tiltag overflødigt. Han var også meget virksom i oprettelsen af studentergymnastikken som et middel til at øge de studerendes velfærd. Han støttede ivrigt opførelsen af nye kollegier for de studerende, og som et udtryk for hans omsorg fik han ved ombygningen af Regensen indført thekøkkener for alumnerne.

Amts- og kredslæge A. H. Riiskjær (1881-1959) forsøgte efter Knud Fabers død at lave en mindebog om ham, men da han ikke kunne opnå støtte hertil, udgav han i stedet et lille privat skrift (7) i 1957 om ham. Han skriver om personen Knud Faber, at Faber havde i sin Tid Ord for: "at være ret kold og ufølsom af natur og Væren, en bidsk og ironisk Herre, at " Han gik ikke med Hjertet på Læberne." (7, p.23) Faber kommenterer selv omverdenens syn på sig i et interview i anledning af hans 75 års fødselsdag (cit. fra Riiskjær):

" Man siger, at jeg er rolig og ikke til at bringe i Affekt. Men det er en Misforståelse. Jeg er ikke af Natur en rolig Mand, tværtimod nervøst anlagt. Det ved Folk, som omgaas mig til daglig. Jeg kan desværre være ubehagelig nok, selv om det var værre, da jeg også havde Hospitalet. Men jeg har aldrig ladet mine Patienter mærke min Ube-

høgelighed. Med dem har jeg, så vidt jeg ved, intet Udestaaende, hvilket jeg ikke tør sige om de Raske. I øvrigt har jeg prøvet at beherske mit Temperament og at vænne mig til Ro. Det er vel denne Ro, Folk har lagt Mærke til." (7, p. 22-23)

Nu er det almindeligt kendt, at når der i nekrologer står, at der bag et barskt ydre bankede et varmt hjerte, så kan man være ret sikker på, at pågældende var et ubehøvlet, dumt svin. Når man ser på Knud Fabers offentlige aktiviteter og hans omsorg for de syge og de studerende, ser det ikke ud til at denne almindelige betragtning også gjaldt ham, eller "Store Knud," som hans kælenavn var, næppe i tiltale!, men i almindelig omtale med en hentydning til en tusind år ældre dansk konge.

Herudover kan man sige, at Knud Faber var en mand af faste principper, som illustration herpå kan hans beskrivelse af striden med Professor Thorkild Rovsing tjene. Såvel Thorkild Rovsing som Knud Faber hørte til en lille kreds af læger, som sluttede op om Chr. Bohr (1855 – 1911) og Carl Julius Salomonsen (1847 – 1924) i deres bestræbelser for at bringe den danske medicin ud af den isolation, som den ifølge Knud Faber dengang befandt sig i. Knud Faber og Thorkild Rovsing blev derfor almindeligvis anset for at være nært forbundne. Da Thorkild Rovsing begyndte at tage Knud Faber til indtægt for ideen om "gastroptosen," dvs. mavesækkens sygelige nedsynkning og dens afhjælpning ved et kirurgisk indgreb, "gastropexi," måtte Knud Faber sige officielt fra. Dette medførte en strid mellem de to professorer, som blev velkendt i lægestanden og også i offentligheden (9. pp. 88 – 95). Knud Faber skriver i sine personlige erindringer om en episode ved et studenterjubilæum, hvor også Thorkild Rovsing var tilstede, at mødelederen foreslog,

"at da både han og jeg var til Stede, skulle vi som gode Studenterkammerater afslutte vor strid ved at drikke et Glas sammen. Rovsing var villig hertil, men det var umuligt for mig at beslutte mig hertil. Det mindede mig for meget om Rovsings Indstilling overfor mig. Jeg havde jo efter ham fuldstændig Uret, men personligt havde han ikke noget imod at tilgive mig, men det var netop en saadan "Tilgivelse," jeg ikke kunde gaa med til. Sagen var for mig alt for alvorlig og af største Betydning for mange Patienters Ve og vel, særlig unge Kvinder. Det skulle ikke forplumres ved en velment men ubetænksom Gestus, som vel nok vilde have faaet Applaus i Forsamlingen.

Jeg kunde derfor ikke overvinde mig til at dreje mig om og med mit Glas møde Rovsings, men blev staaende stift uden at reagere. Det gav jo nogen Misstemning i Selskabet, og det har i den efterfølgende Tid ofte tynget paa mig. Der vilde jo næppe være gaaet noget af min Personlighed tabt, hvis jeg havde højet mig, men jeg kan ikke sige andet end, at jeg ikke kunde handle anderledes" (8, pp.36-37).

Knud Fabers syn på lægevidenskab: Videnskabelig klinik!

Knud Faber fremsætter sit syn på lægevidenskaben i sin rektortale ved Københavns Universitets Årsfest i 1917, den er blandt andet gengivet i Knud Faber: Personlige Erindringer fra 1949 (8). Når man prøver at sætte sig ind i Knud Fabers synspunkter, må man hele tiden huske på, at Knud Faber taler til sin tid og ud fra denne tids forudsætninger, men dele af hans synspunkter må siges at have en mere almen og tidløs gyldighed, selv om de er fremsat så tidligt som i 1917. Jeg forsøger i vidt omfang at bruge Knud Fabers egen formulering. Han kommer først med nogle indledende betragtninger:

“Man hører undertiden den Opfattelse gjort gældende, at nu er Sygdommene beskrevne, nu gælder det kun om at studere deres Aarsager og finde midlerne imod dem. Det er saaledes ikke mange Aar siden, at en af Nutidens største Fysiologer Russeren Pavlov i et Foredrag, hvor han med fuld Ret frembævede de store Forhaabninger; man maa have til den eksperimentelle Patologis videre Udvikling om Klinikken brugte den Vending, “at den kliniske Medicin nu skarpt havde fastslået de forskellige Sygdomstyper og har givet en tilnærmelsesvis fuldkommen Morfologi af de sygelige Tilstande.” En saadan Ytring viser en yderst mangelfuld Forstaaelse af Klinikens Maal og Standpunkt. Der gaar ikke en Dag, hvor Lægen ikke støder paa Fænomener; hvis Aarsag er ham ubekendt, og hvor han til en vis Grad vanker i Mørke, og saalænge det er Tilfældet, er der brug for kliniske Undersøgelser saavel som experimentelle og anatomiske. Der dannes da ogsaa stadig nye Sygdomsbilleder; man kunne sige, at der afsløres stadig nye Sygdomme, som altid har levet iblandt os, men som ikke har været erkendte (8, pp.51-52).

Årsfesten var i 1917 en mindefest for reformationen, idet det var 300 år siden Luther opslug sine teser på kirkedøren i Wittenberg. Knud Faber gør opmærksom på, at inden for videnskaben skal Luther også hyldes som

“den store Oprører mod Datidens Autoritetstro og Dogmelærdom (...) i den Kamp for Aandens Frigørelse, som Europa gennemgik (...) i denne Kamp har Videnskaben deltaget og ikke mindst lægevidenskaben, hvis resultater i så høj grad har bidraget til at forandre Menneskenes Livsvilkaar” (8, pp. 43-44).

Knud Faber beskriver herefter lægevidenskabens renæssance og reformation som en bevægelse, der søgte bag de arabiske og latinske oversættelser tilbage til den originale græske kilde. Han nævner i den forbindelse Paracelsus, der kasserede den overleverede lærdom og opfordrede til at gøre

egne erfaringer. Men Paracelsus fik ikke varig betydning, da han kun søgte midler mod sygdom og ikke interesserede sig for kendskab til sygdommene eller til den menneskelige organisme. Dette skete i det 16. og 17 århundrede med Vesalius inden for anatomen og Harvey indenfor fysiologien sammen med mange andre videnskabsmænd. Knud Faber beskriver nu "Den videnskabelige klinik" på følgende måde:

"Det falder mig som Kliniker, som Hospitalslæge, naturligt at dvæle noget ved det store videnskabelige arbejde, der under denne udvikling er udført af de "observerende" Læger ved Sygesengen, særlig paa Hospitaler og Kliniker, og jeg finder saameget mere Grund hertil, som man ikke altid finder den rette Forstaaelse af dette Arbejdes videnskabelig Natur. En Kliniker er for mange det samme som en Praktiker. Hans opgave er at anvende Videnskaben, ligesom en Ingeniør anvender Fysiken. Forskningen er overladt Teoretikerne. For den videnskabelige Læge er Sagen imidlertid anderledes end for Ingeniøren. Naar en Kirurg planlægger en Operation efter sin Videns om Sygdommens Natur og om Legemets Bygning, naar en Mediciner anordner en Diet eller anvender et Medikament ud fra sine fysiologiske og farmakologiske Kundskaber, saa er det anvendt Videnskab, men ved Siden deraf udføres der i Klinikken et ægte videnskabeligt Arbejde, der har til direkte Formaale at forstaa Sygdomsforløbene, at opbygge en Lære om Sygdommene og derved skabe det vigtige Grundlag, hvorpå den anvendte Videnskab bygger" (8. pp. 47-48).

"... den videnskabelige Klinikers Arbejdsmetode. Hans første Opgave er at observere, at iagttage og undersøge Patienterne, og til denne Undersøgelse bruger han ikke blot Øjne, Ører og Fingre, men flere og flere af Fysikens, Kemiens, Fysiologiens og Bakteriologiens Metoder, efterhaanden som de udvikler sig. Han følger dernæst Sygdommen i hele dens Forløb og undersøger Organerne efter Døden, alt for at skelne de uligeartede Tilstande fra huerandre. Men han nøjes ikke blot med Analysen. Han søger at opbygge et Sygdomsbillede, som kan kendes igen i Tide. Han bruger til denne Syntese de samme Evner som en Forfatter, der ud af Livets Mangfoldighed skaber Karaktertyper; hvis Handlinger med Lovmæssighed fremgår af Karakterens Grundfaktorer. På lignende Måde gælder det for Lægen at skabe Sygdomstyper, hvis Forløb han forud kan fastslå, når han ikke griber ind for at standse det" (8 pp.57-58).

"Da Klinikken altsaa, som vi har set, langt fra er færdig med sit Arbejde, kan Klinikerne ikke nøjes med at være Praktiker. Han maa være Læge og undervise i Lægekunsten, men tillige maa han arbejde paa Fremskridtet i den videnskabelige Klinik, og i den Retning arbejdes der rundt om i alle Kulturlandes Hospitaler og kliniske Laboratorier af tusinder af undersøgende og observerende Læger. De store

Fremskridt kan sjældent henføres til enkelte Læger, som vi har givet eksempler derpaa, de fremtræder som oftest som Resultater af de manges Bestræbelser rundt omkring, som et Afklaringsresultat af internationale Diskussioner” (8, p56).

Ovenstående korte uddrag af rektortalen giver en karakteristik af Knud Fabers videnskabelige klinik og dermed hans grundsynspunkter vedrørende den lægens rolle i forståelsen og udforskningen af sygdommene. Det er bemærkelsesværdigt, at Knud Faber tydeligvis allerede i 1917 har forståelse af, at lægevidenskabelig forskning er et teamwork. Synspunkterne i rektortalen lægger han til grund for beskrivelsen af Parisermedicinen og den rolle, den kom til at spille i lægevidenskabens udvikling.

Knud Faber og Parisermedicinen, oplægget.

Festskriftet, “Strømninger i den nyere Tids medicinske Klinik med særligt Hensyn på Nosografien,” går helt op til den tid, 1919, hvor det er affattet. Den seneste tid er behandlet ud fra de overvejelser, man kunne gøre sig på daværende tidspunkt, noget af dette kan ikke siges at have blivende værdi, men kun en begrænset historisk værdi, det er for meget tidsbestemt. Derimod er Knud Fabers behandling af oplægget til Parisermedicinen og hans behandling af denne og den efterfølgende tid af så stor værdi, at det kunne overvejes at genoptrykke hele festskriftet. Knud Faber omtaler selv festskriftet i “Mit Universitetsliv.” (9, pp. 101-102), hvor han skriver, at bogen på grund af formen for offentliggørelsen næppe blev videre læst i den danske lægeverden, den blev herhjemme nærmest forkæret, men den kom i to udgaver på engelsk og blev mødt med interesse fra engelske og amerikanske kolleger. Han skriver:

“Ved Nosografi tænkte jeg ikke paa en nærmere Udpenning af de umiddelbart iagttagelige Symptomer ved de forskellige Sygdomme, men derimod på det videnskabelige arbejde, der tilstræber at skabe Sygdomsenheder med loubunden Optræden og Forløb, og jeg søgte at vise, ad hvilke Veje man var naaet til vort nuværende Standpunkt. Jeg frembævede, at det var ved Klinikernes Samarbejde med den teoretiske Forskning, Fremskridtene blev naaede, og at netop ved dette Samarbejde fik de kliniske Laboratorier deres store Betydning... Jeg var klar over, at Nosografien naturligvis ikke var et endeligt Maal, men et Middel i Bestræbelserne for at forstaa Sygdomsfænomenerne, og da det er en særlig Opgave for Kliniken, fortjente den at frembæves” (9, p. 101).

I det følgende gengives nogle væsentlige dele af denne del af festskriftet og hertil i så stor udstrækning som muligt med Knud Fabers egne ord, herved gives også er lille indtryk af hans særdeles klare stil. Knud Faber begynder med at opsummere udviklingen i lægevidenskaben siden renæssancen, hvor i anatomen Vesalius (1514-1564) kunne

“sætte Kronen på Værket med sin berømte Fremstilling af Menneskets Anatomi, hvorved denne i sine Hovedtræk blev klarlagt”. (5, p.9)

Om fysiologien hedder det:

“Fysiologien grundlagdes noget senere ved Harveys (1578-1657) Opdagelse af Blodets Kredsløb, der fuldstændiggjordes ved Malpighis (1628-1694) Paavisning af Haarkarnettene og Blodets Kredsløb deri (...) Samtidig med at studere den normale Anatomi interesserede man sig ganske vist tillige for de sygelige Forandringer: man fandt i Indvoldene (...) det, de saa, blev for dem kun Enkeltiagttagelser, Kuriositeter, Abnormiteter, uden at man deraf drog slutninger til Sygdomslæren” (5, p. 9).

Herefter nævnes blandt flere andre Thomas Bartholin (1616-1680) og Bonetus (1620-1689) som de, der begyndte at sammenholde de anatomiske fund med sygdommene, men det var først med Morgagni (1682-1771) og hans berømte værk “De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis” en egentlig systematisk undersøgelse af sygdommenes sæde begyndte.

Knud Faber citerer Francis Bacon (1561-1626) for to hovedveje til fremskridt i medicinen:

“For det første skulde man genoptage den gamle af Hippokrates benyttede Fremgangsmåde at nedskrive Beretning om de forskellige Sygdomstilfælde og deres Forløb til Helbredelse eller Død og ved saadanne Observationer fortsætte den Beskrivelse af Sygdommene, som den gamle græske Medicin havde begyndt, men som senere ganske var ophørt. For det andet burde man ved anatomiske Undersøgelser finde de sygelige forandringer i Organerne, “the footsteps of diseases,” og sammenholde dem med Sygdommene og deres Symptomer”. (5, p. 11)

Ifølge Knud Faber blev det

“Sydenham (1624 -1689) som Forkæmper for den nøgne lagttagelse af sygelige Naturfænomener knyttede den afbrudte Tråd mellem den græske Medicin og Nutiden (...) kan han betegnes som den videnskabelige Nosografis Grundlægger” (5,p. 11)

Sydenham skriver ifølge Knud Faber:

“For det første må alle Sygdomme reduceres til visse og bestemte Arter (species) med samme Nøjagtighed, som vi ser Botanikerne gøre det med Hensyn til Planterne.

Dernæst maa ved Beskrivelsen alle Hypoteser og ethvert filosofisk System fuldstændig lægges til Side og Sygdomsfænomenerne beskrives med samme Nøjagtighed, som Malerne anvender ved deres Portrætter(...)

For det tredje maa man ved Beskrivelsen vel adskille de særlige og konstante Fænomener fra de accidentielle, som kan variere paa Grund af Patienternes Alder og Konstitution eller paa grund af forskellig Behandling.

Endelig må man lægge Mærke til den Aarstid, da Sygdommen optræder, idet nogle Sygdomme følger Aarstiden lige saa sikkert som mange Fugle og Planter.” (5, p. 12)

Knud Faber skriver nu:

“Bag disse Sydenhams Principper for Udviklingen af en videnskabelig Nosografi ligger en fast Overbevisning om Muligheden af at fastslaa konstante Sygdomsbilleder, hvilket den Gang ikke var almindelig accepteret. I Virkeligheden siger Sydenham, er det min Anskuelse, ar Hovedgrunden til, at man ganske mangler en nøjagtig Sygdommenes Naturhistorie, er at søge i en almindelig Udbredt Antagelse af, at Sygdommene ikke er andet end forvirrede og uregelmæssige Følger af en forstyrret og svækket Natur, og at det følgelig er frugtesløst Arbejde at forsøge at give en Beskrivelse af disse” (5, p.13).

Knud Faber refererer nu Sydenham for at være stærkt imod alle tidens iatrokemiske (efter Faber kemiatiske) spekulationer, dog anerkendte Sydenham kemiens betydning i tilberedningen af lægemidlerne, ligesom Sydenham anerkendte den nylig tilkommende “kinin” i behandlingen af malaria, Sydenham anerkendte således specifikke lægemidler, men mente, at man skulle være glad, om man fandt et sådant i hver generation. Sydenham mente også, at kendskab til anatomen var nødvendig, men samtidig, at der var noget særegenligt, guddommeligt ved alle akutte og de fleste af de kroniske sygdomme, således man ikke kunne opdage noget ved undersøgelse af kadavere.

Sygdomsklassifikationerne.

Selv om der tidligere havde været lidt forsøg på sygdomsklassifikationer, så var det Boissier de Sauvages (1706 - 1767), som i 1731 tog Sydenhams opfordring til klassifikation af sygdommene op med en lille bog: *Traité de classes des maladies*. Han var både botaniker og læge, og hans bog inspirerede Carl von Linné (1707-1778), som han korresponderede med gennem 30 år. De Sauvages hovedværk blev *Nosologia methodica sistens morborum, genera & species* fra 1763. Han vælger at klassificere sygdommene efter symptomer, idet en inddeling efter anatomiske principper ikke lod sig gennemføre og årsagerne var som regel ukendte.

Knud Faber skriver:

"I alt omtaler Sauvages 2400 forskellige Arter af Sygdomme. De inddeles i Klasser (i alt 10), disse igen i Ordener (ialt 40), Ordnerne i Slægter (første Klasse saaledes alene i 78 Slægter) og Slægterne i Arter; hvis antal som sagt løber op til 2400 (...) I virkeligheden bestod Nosologien væsentlig i en beskrivelse af Symptomer; idet man ved forskellige Arter nærmest forstod de forskellige Omstændigheder; hvorunder Symptomer opstod. En saadan Symptombeskrivelse var saare langt fra at nærme sig det Sydenhamske Ideal, at give en beskrivelse af Sygdommene.

At der imidlertid ved Sauvages' Nosologi var imødekommet en stor Trang, derom videde det, at den i de følgende Aar fik en Række Efterlignere og Efterfølgere. Allerede samme Aar 1763 udgav Linné til Brug for sine Tilhørere en kortfattet Genera morborum, og i de følgende Aar ser vi store Nosologier efter Sauvages Mønster udkomme i de forskellige Lande. Saaledes (...) af Cullen (1712-1790) i Edinburg 1772 (...) Den eneste af disse Nosologier, der betyder et virkeligt Fremskridt, er Cullens, idet han i stor Udstrækning søgte at simplificere Systemet ved at indskrænke Arternes Antal og så meget som muligt at samle de enkelte Symptomer til, hvad vi nu vil kalde Symptomkomplekser (...) Alligevel afviger hans System ikke paa gennemgribende Maade fra de andre nævnte, thi ogsaa hans Inddeling var rent symptomatisk.

Det samme gælder den af Fredr. Ludv. Bang (1747 - 1820) i København i 1789 udgivne "Praxis medica systematice exposita, selectis diarii nosocomii Fredericiana illustrata." Den danske Nosologi, der som Titlen angiver grundedes på kliniske Iagttagelser paa Frederiks Hospital, har i øvrigt samme Fortrin som Cullens, idet den i høj Grad simplificerer Systemet ved at undgaa den sædvanlige stærke Udpensling af de enkelte Symptomer; og den fik i tysk Oversættelse en stor Udbredelse og var meget benyttet.

Skønt alle disse Nosologier prætenderede at fuldføre Sydenhams

Tanke og Program at beskrive Sygdommene paa samme maade, som man beskrev Planterne i de botaniske Systemer. saa afveg de dog principielt fra hans Arbejdsmetode. Naar Sydenham beskrev en Sygdom, var det ham om at gøre at karakterisere den ved dens særlige Forløb og ved den særlige Kombination af Symptomer; den frembød. Det 18de Aarhundredes Nosologer dannede derimod ingen nye Sygdomsbilleder, De bogførte og ordnede kun de kendte og alle Steder fra hentede Beskrivelser af Sygdomssymptomer og efterlod Nosografiens Problem paa omtrent samme Standpunkt som paa Sydenhams Tid.

Hvad Forskel var der i det hele taget på et Symptom og en Sygdom? Dette spørgsmål havde man ikke engang stillet, endmindre forsøgt at løse. Linné havde ganske vis som et synspunkt udtalt, at symptomata se habent ad morbum ut folia et fulcra ad plantem (symptomer forholder sig til sygdom som blade og stængler til planten), men noget Forsøg paa at samle Symptomerne til bestemte Sygdomsenheder gjorde man ikke (...) Der var i visse Henseender en Lighed mellem disse Nosologier og Linnés System for Dyr og Planter. Ligesom Linné ofte anviste de enkelte Arter Plads i Systemet efter ganske overfladiske Kendemærker, anbragte man i Nosologierne i samme Klasse Symptomer, der lignede hinanden, men som havde ganske forskellig Betydning og Patogenese. Man kan til dels sige, at det følgende Aarhundrede arbejdede paa at erstatte disse mere eller mindre kunstige nosologiske Systemer med et naturligt System, der var mere i overensstemmelse med Fænomenernes Natur.

For at denne Opgave kunne tages op, fordredes der imidlertid en bel Revolution i Kliniken. En saadan Revolution fandt sted i Frankrig samtidig med og kort efter den store politiske Revolution, da man paa saa mange maader ogsaa i Videnskaben brød med Fortiden og begyndte et nyt aandeligt Liv" (5, pp.20 -23).



Fig. 2. Medalje fra studenterne ved Knud Fabers 25 års jubilæum som dr. med. (fra Riiskjær)

Pariserskolen og den anatomiske Diagnostik.

I såvel Foucaults som Ackerknechts bøger (1 og 2) gives en nærmere analyse af, hvorledes de omvæltninger, som den franske revolution medførte, også gav omvæltninger inden for medicinen med nyordning og nytænkning til følge. Knud Faber nøjes med at skrive, at den store politiske revolution brød med fortiden og begyndte et nyt åndeligt liv, hvilket også gjaldt medicinen. Knud Faber begynder med at omtale Pinel (1745-1826) og Bichat (1771-1802). Pinel huskes i dag mest for sin indsats i psykiatrien, hvor han i stor udstrækning fjernede tvangsmidlerne og dermed humaniserede psykiatrien (1, p. 546 og 10, pp. 494-497), men han var andet en læge for psykiatriske patienter.

Knud Faber skriver:

“Pinel stod for saa vidt med det ene Ben i den gamle Tid, som hans Hovedværk er en Nosologi i Lighed med det 18de Aarhundredes mange Nosologier. Men Pinels “Nosologie philosophiques,” der udkom i 1798, er vidt forskellig fra de ældre Samlinger af Symptombeskrivelser. Han fremhæver netop, hvor vigtigt det er at komme bort fra de enkelte og stadig skiftende Symptomer og betragte sygdommen som et udeleligt hele med lovbundet regelmæssigt Forløb og Symptomer, men hans særlige personlige Indsats ligger dog navnlig i den Maade, han søger at skabe en anatomisk Inddeling af de akutte Betændelsessygdomme. Medens man tidligere fra anatomisk Synspunkt talte om Hovedets, Brystets, Underlivets Sygdomme etc. og om de enkelte Organers Sygdomme, delte han Betændelserne, Phlegmasierne, i følgende fem Ordener: 1) Hudens, 2) Slimhindernes, 3) de serøse Membraners, 4) Bindevævet og 5) Muskulernes og Leddenes Sygdomme. Han søgte herigennem for første Gang at paavise en Sammenhæng og Overensstemmelse mellem alle Slimhindernes Sygdomme, de serøse Hinders Sygdomme etc. Det lykkedes kun meget ufuldkomment at gennemføre dette Forsøg, men Ideen var frugtbar og blev optaget og fuldkommengjort af Bichat.

Man plejer i Reglen og med Rette at nævne Xavier Bichat som den, der satte Skellet mellem de to Aarhundreders Medicin. Det lykkedes dette unge Geni i de faa Aar, han virkede, ikke blot fuldstændig at revolutionere Anatomien og Fysiologien ved sin “Anatomie generale,” men han drog også selv Konsekvenserne af den nye Væusanatomi overfor den patologiske Anatomi og Kliniken. Han viste, hvorledes de giver forskellige Symptomer. Tidligere kendte man væsentlig kun syge organer, som de f. Eks. Beskrives hos Morgagni, nu opløses et Organs sygelige forandringer i de forskellige Væuslidelser, der forløber ganske forskelligt. Hjærnens Substans og dens Hinder har hver

deres Sygdomme, Bronchierne, Lungerne og Pleura ligeledes, og Perikardiets Sygdomme er forskellige fra selve Hjærtets. De forskellige Væv bliver syge paa samme Maade, hvilket Organ de end tilhører, og vi faar derfor ved Betændelserne to Rækker Symptomer. Den ene Række afbænger af det betændte Vævs Natur, den anden af Funktionsforstyrrelsen i det Organ, der er sygt, f. Eks.: Smerter, Feber, Sygdommens Varighed og Udgang er omtrent de samme, hvilken serøs Hinde, der end angribes, men er det Pleura, faar Patienten Hoste og Aandedrætsbesvær, er det Peritonæum, faas Brækning og Obstipation, er det Arachnoida, faas psykiske Symptomer etc.

"Il me semble," siger han som Konklusion. "Que nous sommes à un époque, où l'anatomie pathologique doit prendre un essor nouveau. Otez certains genres de fièvre et d'affections nerveuses, tout est presque alors en pathologie du ressort de cette science. La médecine fut long-temps repoussé du sein des sciences exactes, elle aura droit de leur être associée ua moins pour le diagnostic des maladies, quand on aura paartout uni à la rigoureuse observations, l'examen des altérations qu'éprouvent nos organes" og han tilføjer "Qu'est l'observation, si on ignore la, où siège la mal."

Hele Bichats patologiske Lære og Forskningsprogram var ved sine nye Synspunkter og sine mange aandfulde Udgangspunkter overordentlig vækkende og befrugtende, og i lige så høj Grad synes hele hans Personlighed at have virket. Der er i hans Skrifter en Glød og Begejstring, som endnu ikke kan undlade at betage Læseren, og det samme prægede hans Liv. Han tilbragte sin hele Dag på Sektionsstuen og skrev sine Værker om Natten, og han naaede kun derved saa langt, inden han døde i sit Livs 31te Aar, 1802. Hans Eksempel har sikkert paavirket de mange unge begavede Læger, som netop i disse Aar begyndte deres videnskabelige Løbehane.

Størst Tilslutning fik Bichats Ideer ved den kliniske Skole paa Hotel Dieu, hvis Chef Corvisart (1755- 1821) med Iver dyrkede den patologiske Anatomi sammenholdt med Klinikken, og paa hvis Sektionsstue de unge studerende Bayle (1774-1816) og Laënnec daglig færdedes (...) Skolens gennembrydende geni var Laënnec, hvis "Traité de l'auscultation médiate" hører til de værker, der har gjort mest Epoke i Medicinen og da særligt i den medicinske Klinik.

Det er i Aar (1919) netop 100 Aar, siden denne Bog saa Lyset, og fra dette Tidspunkt blev Lægens Opgave ved Sygesengen en anden end tidligere. Det gjaldt nu ikke blot om at observere men om at undersøge Patienterne. Tillige betyder Laënnec's en Revolution i Nosografien, i den Maade, hvorpaa man i Fremtiden søgte at beskrive og at klassificere Sygdomsfænomenerne.

I Fortalen til anden Udgave (1826) fremsætter Laënnec sin Forskningsmetode med følgende Ord:

“Le but que je me suis constamment proposé dans mes études et recherches a été la solution de trois problèmes suivants:

1. distinguer sur les cadavre un cas pathologique, aux caractères physiques que présente l’altération des organes;

2. le reconnaître sur le vivant, à de signe certains, et autant que possible physiques et indépendant des symptômes, c’est-à-dire du trouble variable des actions vitales qui l’accompagnement;

3. combattre la maladie par les moyens que l’expérience a montré être les plus efficaces; en un mot, j’ai tâché de mettre, sous le rapport du diagnostic, les lésions organiques internes sur la même ligne que les maladies chirurgicales.” (...)

Naar det gjaldt om at genfinde de hos de døde erkendte anatomiske Forandringer hos de levende, hos Patienterne, saa var man imidlertid langt tilbage, og det var på dette Punkt, han gjorde det største Fremskridt, da han i 1816 fik Ideen til den middelbare Auskultation, idet han opfandt Stetoskopet. Paa en langt fuldkomnere Maade end ved Perkussionen alene kunne han ved Stetoskopien, ved Auskultationen komme ud over de subjektive Symptomer og paavise de ønskede sikre objektive Tegn paa de sygelige Forandringer i Organerne (...). Før Laënnecs Tid bestod den Undersøgelse, en Læge kunne foretage af en Patient, kun i at tagtage Patientens Udseende, føle hans Puls, se paa Tungen, Urinen o.l. Nu kunde en virkelig objektiv Undersøgelse foretages, i alt Fald af Brystorganerne. Kravet om objektive Kriterier var stillet, og Sygdomsbeskrivelsen havde derved faaet en ganske ny Basis. Hvad Pinel og Bichat havde givet Spiren til ved deres anatomiske Ideer, gav han Liv i Kliniken.

Ved at sammenholde Fundet hos Patienten med Sygdomsførløbet og Sektionsresultaterne, skabte Laënnec en Række ganske ny og klassiske Sygdomsbilleder. Han beskrev saaledes som den første Lungeemfysemet, det akute og kroniske Lungeødem, Bronchiektasierne, Lungegangrænet og Levercirrhosen. Han beskrev endvidere Pneumothorax, og han adskilte Pneumonien fra Bronchierne og fra Pleuriten (...). Efter at have gjort denne Adskillelse gav han af Pneumonien en klinisk og anatomisk Beskrivelse, som den dag i dag staar ved Magt.

Som hans største Bedrift staar dog hans Beskrivelse af Tuberculo-sen. Man kan sige, at han først skabte Begrebet Tuberculose som en Sygdomsenhed (...). Først Laënnec samlede imidlertid Tuberculo-sen til en enkelt Sygdom og lærte at adskille den fra lignende Tilstande. Anatomisk viste han, at de milicære Tuberkler, de større gule Tuberkler, den graa og den gule Infiltration alt er samme Proces i forskellige Stadier (...). Han forstod også, at Tuberculo-sen i andre Organer og Sclerofulosen var Led af samme generelle Sygdom.

(...) For at man kunne gennemføre disse omhyggelige Observatio-

ner ved Sygesengen og Obduktionsbordet, fik Hospitalsgerningen pludselig en Betydning for Videnskaben, som den aldrig forud havde haft. Det var paa Hospitalernes Sygestuer, den forlangte omhyggelige Undersøgelse af Patienter kunde foregaa, det var paa Sektionsstuerne, Bichat og Laënnec havde gjort deres anatomiske Studier, og det var der, Arbejdet fortsattes.

Det var Resultaterne af saadanne grundige Patientundersøgelser og lige saa omhyggelige Sektionsfund, som Andral 1823 samlede i sin klassiske "Clinique médicale," der blev en Model for for alle den følgende Tids klinisk-nosografiske Arbejder (...)

Paa samme Maade arbejdede Louis (1787-1872), der efterhaanden blev den ledende Aand i Pariserskolen (...) han citerer som sit Motto for sit Arbejde om den tyfoide Feber Rousseaus bekendte Ord fra Émile "Je sais, que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui le juge, et que moins je mets du mien dans les jugements que j'en porte plus je suis sûr d'approcher de la vérité." (...)

Som dette Citat antyder, var han mere metodisk end genial, næsten pedantisk eksakt mere end fornyende, og han gav derfor Skolen en vis tør Retning, lagde mere og mere Vægt paa en talmæssig Dokumentation af Sygdomsfænomener, "numerisk Metode." (...)

Han danner herved i visse Henseender en Modsætning til en anden af Skolens mest fremragende Medlemmer, Bretonneau (1778-1862). Dennes mærkelige og begavede Kliniker levede som Hospitalslæge i Tours. Lige saa frugtbar han var paa originale Ideer, som han mundtligt berigede sine Elever med, lige så vanskeligt synes det for ham at samle sig om at skrive dem ned. Han har egentlig kun efterladt sig ét større Arbejde, nemlig hans Bog om Diffterien, der udkom 1826. Man kan sige, at med Bretonneau begyndte først Diffteriens videnskabelige Historie, idet først han ved at sammenstille Svælgdiffterien med Croup til en ætiologisk enhed skabte Diffteriens Sygdomsbillede (...)

Det, som nu til Dags særligt interesserer hos Bretonneau, er de almenpatologiske Betragtninger, han fremsatte om specifikke Betændelser og i det hele om specifikke Sygdomme. Det er efter Bretonneau langt mere Betændelsens Specificitet end dens Intensitet eller dens sæde i forskellige Væv, der har Indflydelse paa Sygdomsfænomenerne (...) En saadan specifik Betændelse er den membranøse, difteriske Betændelse i Svælg, en anden den tyfoide Feber, hvor der på Tarmens Slimhinde findes et Slags pustuløst Eksantem paa lignende Maade som Koppesygdommen har sit bestemte Eksantem paa Huden. Paa Paavisningen af en Sygdoms specifikke Karakter beror Diagnostiken, Prognosen og Behandlingen. I Virkeligheden har efter Bretonneau Sygdommenes Specificitet altid været underforstaaet, det viser de forskellige Navne, man har givet de cutane

Betændelser; "også de Læger, som nægter at acceptere den, fordi den strider mod deres Teorier, bøjer sig for den i deres Praksis."

Særlig interessant er den Maade, hvorpaa Bretonneau ad eksperimentel Vej søger at støtte sin Teori om Specificiteten. Ved Hjælp af Kantarideekstrakt lykkedes det ham hos Hunde at fremkalde en difteritisk eller krupøs betændelse med Membraner paa Mundens og Svælgets Slimhinder eller paa Konjunctiva. Betændelsens Udseende var ganske som ved rigtig Difteri, men Sygdommens Forløb var ganske anderledes, den forløb som en yderst godartet Lidelse uden Feber eller anden Almentiden. Der manglede "ce quelque chose de spécial, ce "quid divinum," qui ne peut être saisi, et qui, de l'aveu d'Hippocrate, échappe a tout explication." Han standser som Sydenham ved dette "quid divinum," denne gaadefulde Faktor, som bestemmer Sygdommens Gang, det specifikke.

Bretonneau havde ikke den samme Indflydelse paa sin Samtid som Louis, og under dennes Ledelse blev den rent anatomiske Diagnostik mere og mere dominerende, men det ses let, i hvor høj Grad hans Synspunkter og Tankegang betegner en videre Udvikling af Laënnecs Nosografi, og i hvor høj Grad den blev saaledes støttet af den stadige Opstilling af nye mere eller mindre specifikke Sygdomsbilleder fra de nævnte forskellige Klinikere.

Det var imidlertid ikke saaledes, at Perioden ved sin Fødsel ikke havde Vanskeligheder at kæmpe mod. Den fandt tværtimod straks ivrige Modstandere, og Laënnec og Louis havde tværtimod en bitter Modstander i den noget fantastiske, men som Agitator begavede Broussais. Striden spillede en stor Rolle i Paris i Begyndelsen af Aarhundredet og endte med Broussais' Nederlag, men nogle af de af ham forfægtede Synspunkter har det Betydning at fremdrage, fordi de betegner visse Principper i den kliniske Forskning og har i lang tid bevaret et vist Liv mellem Klinikerne, navnlig i Tyskland.

Broussais gav sin Lære Navnet, "den fysiologiske Medicin," fordi han ønskede at lægge mere Vægt paa de syge Organers Funktionsforstyrrelser end paa anatomiske Forandringer. Han var for saa vidt Elev af Bichat, som han søgte at lokalisere Sygdommen til enkelte Organer, men han kæmpede mod Skolens Tendens til at opstille bestemte Sygdomsbilleder med lovmæssigt ordnede Forløb og at karakterisere de enkelte Sygdomme som afgrænsede Individuer, Symptomerne knyttede sig efter Broussais netop uden Lovmæssighed sammen til stadig varierende Symptomgrupper, man saa aldrig to tilfælde, der var ens. Det gjaldt derfor om at trænge ind i hvert enkelt Tilfældes Fysiologi. At betragte Tuberculosen som en Sygdomsenhed var uberettiget, anatomisk set var Tuberculosen kun kronisk Betændelse i Lungerne, en kronisk Pneumoni, uden særlige Karakterer. Betændelsen skyldtes igen overalt en formindsket eller forstær-

ket grad af den "Irritation," som for ham var Livets Princip. De patologisk-anatomiske Skoles Opstillen af Sygdomme er efter Broussais i Virkeligheden kun en fortsættelse af de ældre Nosologers ubeldige Tanke, at opfatte Sygdommene som særlige Væsener ligesom Planterne. Dette var "Ontologi," og det var særligt den og den dermed følgende "fatalistiske" opfattelse af Sygdommens Forløb, han forfulgte med sit Had og sin Foragt.

"De grupper af Symptomer, som man giver ud for Sygdomme, er metafysiske Abstraktioner, som aldeles ikke repræsenterer en konstant, uforanderlig sygelig Tilstand, og som man ikke kan være vis paa at genfinde i Naturen. Det er kunstige Enheder (entités factices) og alle de, der studerer Medicinen med denne Metode, er Ontologer."

"At betragte den Rækkefølge af Symptomer, man har iagttaget, som et nødvendigt og uforanderligt Forløb af en Sygdom, det er at skabe en kunstig Enhed, det er at lave Ontologi."

Broussais rammer for saa vidt Centret i Pariserskolens Bestræbelser, som vi træffer denne Tendens til at opstille "kunstige Enheder," d. v. s. Ioubundne Sygdomsenheder, hos alle skolens Koryfæer lige fra Pinel med sine essentielle Febre til Laënnec med Tuberculosen og Bretonneau med de specifikke Slimhindelidelser, og der er en diametral Modsætning mellem disse Bestræbelser og Broussais' fysiologiske Medicin, som fanatisk kæmper mod alt specifikt. Det er den samme Divergens, som fandtes mellem Kemiatrien paa den ene side og Syd- enham og Locke paa den anden Side, og under en eller anden Form vil vi møde den igen gennem hele det 19de Aarhundrede.

Broussais havde jo Ret i, at Sygdomsbegreberne er abstrakte Begreber, opstaaede i den menneskelige hjerne, men han saa ikke, at det samme gælder for alle Artsbegreber, ogsaa botaniske og zoologiske, som han netop frembævede som Modsætning til de medicinske "kunstige" Enheder. Selv efter at de naturhistoriske Artsbegreber er berøvede deres platoniske Guddommelighed, er de lige saa nødvendige for os i den biologiske Videnskab, og det samme gælder de medicinske. Først naar man glemmer, at Arsenbeden er et fra Enkeltiagttagelserne abstraheret Begreb og tillægger den en absolut Værdi, først saa kan man tale om Ontologi.

Betragtningen af Sygdommene som Enheder, som en Slags Væsener, paatrængte sig Klinikerne som en uimodstaaelig Magt lige fra Sydenham til Bretonneau, men det gav Kritiken en vis Styrke, at man ganske savnede Forstaaelse af, hvad der var det inderste Princip i en Sygdomsarts Afgrænsning fra andre Sygdomstilstande.

Skønt man satte de anatomiske Organforandringer i Forgrunden, var man dog for meget Kliniker til alene at holde sig dertil, man forstod, at der i Symptomernes Sammenknytning og Forløb var Love, som man ikke kunde skubbe til Side, og allerede hos Bretonneau fin-

der vi som omtalt Begyndelsen til en Forstaaelse af Gaadens Løsning, og hans Ideer viste sig senere yderst frugtbare” (5, pp.24 -35).

Hermed slutter Knud Faber sin gennemgang af Parisermedicinen, han forsætter med at beskrive den effekt den havde på udviklingen i det øvrige Europa, og hvorledes man fra hele Verden (Europa og Nordamerika) valfartede til Paris for at lære af Parisermedicinen, og den kliniske bevægelse bredte sig hurtigt til andre lande. For til fulde at forstå Knud Faber, følges hans skildringer lidt videre. Han nævner Dublin i Irland, hvor Graves (1797-1853) var det mest fremtrædende navn og London, hvor (1793 -1860) og Bright (1789-1858) var de mest fremtrædende navne, og yderligere, at disse skoler arbejdede med beslægtede synspunkter på klinikken som Pariserskolen. Som følge heraf blev en række sygdomme beskrevne med ”patognomoniske” symptomer. Om Danmark skriver han:

”I Danmark var det Overlægen paa Frederiks Hospital Seligman Tri-er (1800-1863) der først optog Stetoskopien som diagnostisk Metode, og i 1830 udgav han den første lille Anvisning til Stetoskopiens Kunst i Skandinavien. Nogen Fortsættelse af det videnskabelige Arbejde fandt dog først sted senere, da C. E. Fenger (1814-1884) paaaviste ”Gjenlydene i det menneskelige Bryst” og i det hele overførte de fran-ske Ideer, særlig Louis’ statistiske Metode, her til Landet”. (5, p. 37)

I den tysksprogede verden var det i Wien hos klinikerer Skoda (1805-1881) og patologen Rokitansky (1804-1878), som tog Pariserskolens fysiske undersøgelsesmetoder op, man havde jo også her allerede med Auenbrugger (1722-1809) påbegyndt perkussionen som undersøgelsesmetode. Men man fulgte her patologen Rokitansky i, at klinikken skulle ganske være underordnet patologien jævnfør hans udtalelse:

”at den patologiske Anatomi matte være Grundlaget, ikke blot for Lægernes Viden, men også for deres Handlen, da den indeholdt alt, hvad der fandtes i Medicinen af positiv Viden og Grundlaget derfor!” (5, p. 39).

Knud Faber går herefter over til at beskrive udviklingen i Tyskland med Virchow (1821-1902) som en førende skikkelse under kapiteloverskriften ”Den fysiologiske medicin.” Denne var i virkeligheden er fortsættelse af Broussais’s synspunkter om at lægge mere vægt på organernes funktionsforstyrrelser end på de anatomiske forandringer. Den tysk fysiologiske medicin var en reaktion på en tidligere såkaldt ”naturhistorisk medicinsk skole,” der opfattede sygdomme som en slags parasit på den sunde organisme, med Knud Fabers ord:

"Man oversaa Forskellen mellem Sygdomsaarsag og Sygdommen selv og skabte paa denne Maade en "Ontologi" af en ganske anderledes haandfast Karakter, end man hidtil havde kendt den" (5, p.42).

Virchow og fæller tog imidlertid også stærk afstand fra Pariserskolens patolog-anatomiske sygdomslære og tesen om specifikke sygdomme, som Broussais jo også havde erklæret for en skadelig ontologi. Knud Faber citerer her fra Wunderlichs (1815-1877) indledningsartikel i første hæfte af "Archiv für physiologische Heilkunde fra 1842" følgende om sygdomsbe-
rebet:

"En saadan Betragtningmaade, som tager abstrakte Begreber for Ting, forudsætter dem som virkelig eksisterende og straks behandler dem som Eksistenser, bedder Ontologi. Saa hyppigt end dette logiske Misgreb har indsnøget sig i Medicinen og har bredt sig der, saa vil det dog efter Broussais Tid næppe mere komme til orde."

"Til de mest udbredte og farligste Konsekvenser af Ontologien hører Opstillingen af Sygdomsspecies, som man har klassificeret på samme Maade som Planterne. Ved at hæve dem op til Species, fik disse ontologiske Personifikation en Slags naturhistorisk Status" (5. pp. 43-44).

Virchow selv udtrykker efter Knud Faber selv sine synspunkter på den kliniske forskning og patologisk fysiologi således i programerklæringen til første bind af "Archiv für pathologische Anatomie und pathologische Physiologie und für klinische Medicin 1847" således:

"Det Ideal, hvorefter vi vil stræbe, saa vidt vore Kræfter tillader det, er, at den praktiske Medicin bliver den anvendte teoretiske, og den teoretiske bliver patologisk Fysiologi. Den patologiske Anatomi og Kliniken, hvis Berettigelse og Selvstændighed vi fuldt ud anerkender, gælder for os væsentlig som Kilder til nye Spørgsmaal, hvis Besvarelse tilkommer den patologiske Fysiologi."

I en derefter følgende Artikel "Über die Standpunkte in der Wissenschaftlichen Medizin" fortsætter han; Den patologiske Fysiologi modtager sine Spørgsmaal dels fra den patologiske Anatomi, dels fra den praktiske Medicin; den skaber sine svar, dels fra Iagttagelse ved selve Sygesengen, og dermed er den en del af Kliniken, dels ved Eksperimenter paa Dyr. Eksperimentet er den sidste og højeste Instans i den patologiske Fysiologi."

Som Wunderlich stiller han sig afvisende overfor al Ontologi, al Tale om specifikke Sygdomme og dermed følgende specifik Terapi. "I Sandhed" fortsætter han i næste Hæfte af Arkivet, "Terapien kender særdeles godt den Kæmpe, hvis langtrækkende Skygge har kvalt saa

mange friske Spirer i alle Medicinens Provinser og har afbleget saa mange venlige Blomster før Tiden. Det er Ontologien, som har slaaet ikke mindre Saar i den patologiske Mikroskopi end i Terapien og Diagnostiken (...) Med Ontologien bortfalder ogsaa den patologiske Teleologi i hele sit Omfang (...)” I en bekendt Afhandling fra 1849 (“Die Einheitsbestrebungen in der wissenschaftlichen Medicin) pointerer Virchow yderligere: ”Tilintetgørelsen af den ontologiske Opfattelse af Sygdommene er ogsaa en Tilintetgørelse af den ontologiske Terapi, af Specifikernes Skole. Terapiens Genstand er ikke Sygdommene, men Betingelser, overalt drejer det sig kun om Forandringer i Livsbetingelserne. Sygdom er intet andet end Livet under forandrede Betingelser”(5, pp. 44-46).

Den sidste sætning i citatet fra Virchow er den fysiologiske medicins og patologis definition på sygdom og dermed et kendt og benyttet slagord. Men det er kun som ideologi, at Knud Faber er så kritisk overfor den fysiologiske patologi og medicin. Han skriver lidt senere:

“Naar vi ser paa hele den tyske Medicins Udvikling i denne frugtbare Periode, saa var det i første Række indenfor de teoretiske Grene af Medicinen, at Blomstringen fandt Sted. Den eksperimentelle Fysiologi fik sin mægtige Udvikling, og rundt om ved Universiteterne rejste sig det ene fysiologiske Institut efter det andet. Den patologiske Anatomi udviklede sig under Virchow og hans mange Elever til en mægtig og ganske selvstændig Videnskab, og et lignende Fremskridt i den almindelige medicinske Tankegang, som Bichat fremkaldte ved sin almindelige Anatomi, bevirkede Virchow ved sin Cellularpatologi, og i det hele taget ved den gennemarbejdelse med Mikroskopet, som blev hele den patologiske Anatomi til Del”(5, p. 46-47).

Resten af dette kapitel omhandler de følgende udviklinger i den tyske og franske medicin, hvor brydningerne mellem for eller imod sygdommens specificitet stadig florerede mellem på den ene side den eksperimentelle medicin og på den anden side den kliniske. Knud Faber nævner her Trousseau (1801-1867) fra Hotel Dieu i Paris som en stor kliniker, som til stadighed hævdede specificiteten.

Det næste kapitel kaldes “Den bakteriologicaliske Klinik.” Her nævnes Pasteurs (1822-1895) og Kocks (1843-1910) grundlæggende arbejder i bakteriologicalien, som måske snarere i dag burde kaldes mikrobiologien, da også vira er omfattede. Hermed er efter Knud Faber endegyldigt diskussionen om ontologien afskaffet, og Sydenham, Bretonneau og Trousseau har fået ret, der fandtes specifikke sygdomsbilleder og sygdomsårsager.

Parisermedicinens særlige betydning ifølge Knud Faber.

Som det fremgår af ovenstående mange uddrag af Knud Faber, kredser han i udtalt grad om sygdomsbegrebet. Denne optagethed må forstås ud fra de tidligere citerede bemærkninger i "Mit Universitetsliv" om nosografien som et

"videnskabeligt Arbejde om at fastslå Sygdommenes Specificitet som Sygdomsenbeder med loubunden Opræden og Forløb".

Dette sammenholdes med at han i "Den videnskabelige Klinik" sammenligner en læges og klinikers arbejde med en ingeniørs. Ingeniøren anvender fysikken, men overlader forskningen til teoretikerne. Knud Faber mener imidlertid, at for den videnskabeligt arbejdende kliniker er sagen anderledes. Kirurgernes og medicinernes arbejde er anvendt videnskab, men som tidligere citeret, så

"ved Siden deraf udføres der i Kliniken et ægte videnskabeligt Arbejde, der har til direkte Formaal at forstaa Sygdomsfænomenerne, at opbygge en Lære om Sygdommene og derved skabe det Grundlag, hvorpaa den anvendte Videnskab bygger."

Dette i samarbejde med teoretikerne, men udgangspunktet er klinikerens møde med patienten.

Knud Faber hævder sygdomsspecificiteten samtidig med, at han mener, at der ligger et videnskabeligt arbejde i fra klinikkens side at forstå og opbygge en sygdomslære. Det er ud fra dette han vurderer Parisermedicinen.

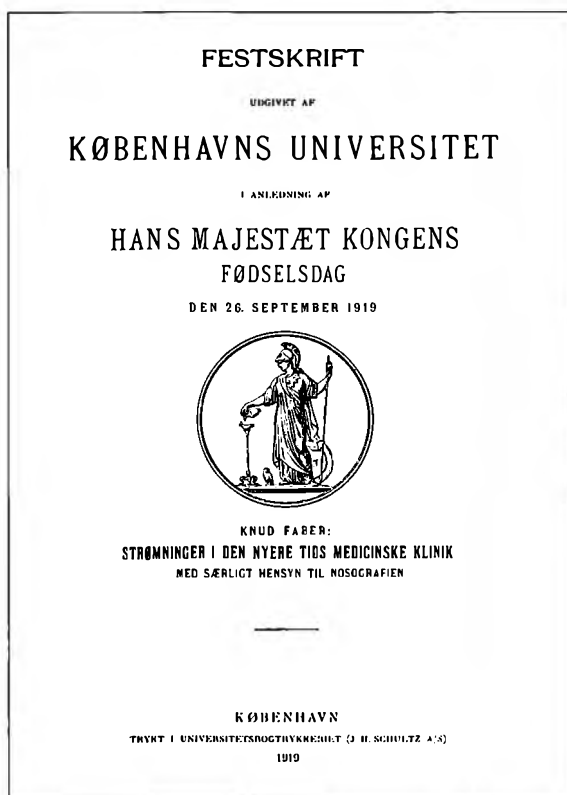
Bichat, Laënnec og deres efterfølgere repræsenterer således et stort fremskridt i sygdomslæren ved hævdelsen af sygdomsspecificiteten og ved at indføre og udbygge erkendelsen af sygdom dels ved nye undersøgelsesmetoder, dels ved systematiske obduktioner. Sygdommenes sæde i organismen blev flyttet fra de enkelte organer til vævene, hvilket gav større forståelse for sygdomsprocesserne. Broussais, hans "fysiologiske" medicin og modstanden mod "ontologien" vandt sideløbende frem, men begge opfatelser eksisterede samtidig.

Parisermedicinens hævde af sygdommenes sæde i vævene sammenlignes med Virchows hævde af "cellularpatologien," begge var stadier på sygdomslærens vej. Den endelige bekræftelse af sygdommenes specificitet kom med Pasteurs og Kocks påvisning af specifikke sygdomsårsager.

Udover Parisermedicinens fortjenester i henseende til sygdomslæren må også nævnes, at hospitaler som steder for studiet af sygdommene blev fremmet under denne periode.

Knud Faber ville næppe have accepteret Parisermedicinen som blot en "konstruktion" af senere medicinhistorikere, men han hævder Parisermedicinen som en af de væsentlige milepæle i medicinhistorien på linie med den tidligere Morgagnis erkendelse af sygdommenes lokalisation i organerne og den senere Virchows cellularpatologi. Hertil kommer, at med Pariser-

Fig. 3. Titelbladet på *Strømninger i den nyere Tids medicinske Klinik*



medicinen begyndte den regulære undersøgelse og ikke kun observation og udspørgen af patienterne. Hans diskussion af sygdomsbegrebet i relation til Parisermedicinen og senere er ikke uden interesse, det spillede en stor rolle dengang, og sygdomsbegrebet som sådant er vel stadig til diskussion den dag i dag!

Kapitlerne i hans bog om Den bakteriologiske Klinik, Den funktionelle Diagnostik og Konstitutionspatologien (nu genetik) er stærkt situationsbetingede og knyttede til tiden op til og omkring 1919, og har nok nogen medicinhistorisk interesse, men i henseende til Parisermedicinen uden særlig betydning. Jeg vil derfor ikke referere yderligere til disse. Der er unægtelig sket en voldsom udvikling inden for medicinen siden Knud Faber fortalte om sin opfattelse af "videnskabelig klinik" og skrev bogen "Strømninger i den nyere Tids medicinske Klinik," men jeg mener, at hans syn på Parisermedicinen står uanfægtet, og hans videnskabelige klinik er endnu aktuel i den forstand, at der stadig kan ske ændringer i sygdomsbilledet og det sidste sygdomsbillede næppe er beskrevet. Væsentlige dele af disse hans synspunkter har værdi ud over den tid, hvor de blev fremsat.

Lægerne kan stadig ved sygesengen opdage væsentlige spørgsmål, som kræver videnskabelig undersøgelse, og hvis løsning i sidste ende kommer patienterne til gode. Afstanden mellem patient og læge må ikke live for stor.

I henseende til vurdering af Parisermedicinens betydning er Knud Faber et væsentlig supplement til Foucault og Ackerknechts skildringer, og ønsker man at sætte sig ind i denne betydningsfulde del af medicinhistorien, får man meget lettere et bedre overblik ved at begynde med Knud Faber.

I Fødselsår og dødsår for nævngivne personer er i vidt omfang tilføjet af NKJ.

II Jeg har gennemført danske antikvarier på nettet og ikke fundet denne bog. Den engelske oversættelse findes på abebooks.co.uk i flere eksemplarer, hvor tilmed den danske udgave findes hos en amerikansk antikvarboghandler. Lige så findes den engelske udgave i nogle eksemplarer på amazon.co.uk. De engelske udgaver er illustrerede. Mit eget "lasede" danske eksemplar er købt antikvarisk for få kroner; interesserede kan evt. finde bogen i antikvarboghandleres rodekasser. Ifølge bibliotek.dk er det kun et par kommunale biblioteker ud over Universitetsbibliotekerne, som har bogen.

Litteratur

1. Gotfredsen, Edv.: Medicinens historie. 2. udgave. København 1964.
2. Foucault, Michel: Naissance de la clinique. Paris 1963. da. overs.: Klinikens Fødsel. København: Hans Reitzels Forlag. 2000. Sideangivelser i teksten til den danske udgave.
3. Ackerknecht, Erwin Heinz: Medicine at the Paris Hospitals 1794-1848. John Hopkins Press Baltimore 1967.
4. Hannaway, Caroline & Ann La Berge (ed.): Constructing Paris Medicine. The Wellcome Institutes Series in the History of Medicine. Clio Medica 50. Amsterdam-Atlanta 1998.
5. Faber, Knud: Strømninger i den nyere Tids medicinske Klinik med særligt Hensyn til Nosografien. Københavns Universitets Festskrift 1919. Engelsk udgave: Nosography. The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times. Hoeber, New York 1923 og 1930. Sideangivelser i teksten til den danske udgave.
6. Rosdahl, Nils og Bonderup, Gerda (red.): Forebyggelse, Kontrol, Rådgivning. Nils Rosdahl, København 2007.
7. Riiskjær, A. H.: Professor Knud Faber. Privattryk, A. Strandbygaard, Skjern 1957.
8. Faber, Knud: Personlige erindringer. Gyldendal, København 1949.
9. Faber, Knud: Mit Universitetsliv fra Volontør til Emeritus. Gyldendal, København 1943.
10. Porter, Roy: Ve og vel – Medicinens historie fra Oldtid til Nutid. København 2001. Oprindeligt The Greatest Benefit to Mankind. HarperCollins 1997.

Summary

Knud Faber and the Paris Medicine in the 19th Century.

Niels Kristoffer Jensen

The so-called "Paris medicine" in the beginning of the 19th century initiated by the French revolution has always been regarded as something special and of great importance for the development in the medical field and this period has attracted many authors and historians for interpretation. Foucault and Ackerknecht are the latest authors that have given an estimation. A need, however, was felt for a new reinterpretation. The papers of a conference at the College of Physicians in 1992 was published in The Wellcome Institute Series in the History of Medicine in 1998 under the name of "Constructing Paris Medicine" that should elucidate the problem. In Denmark we have a rather early estimation due to professor Knud Fabers book from 1919, which was translated into English in 1923 and 1930.

Apoteket i Broager

Den problemfyldte vej til oprettelsen af et apotek på Broagerland

Af Jürgen Hansen og Verner Andersen

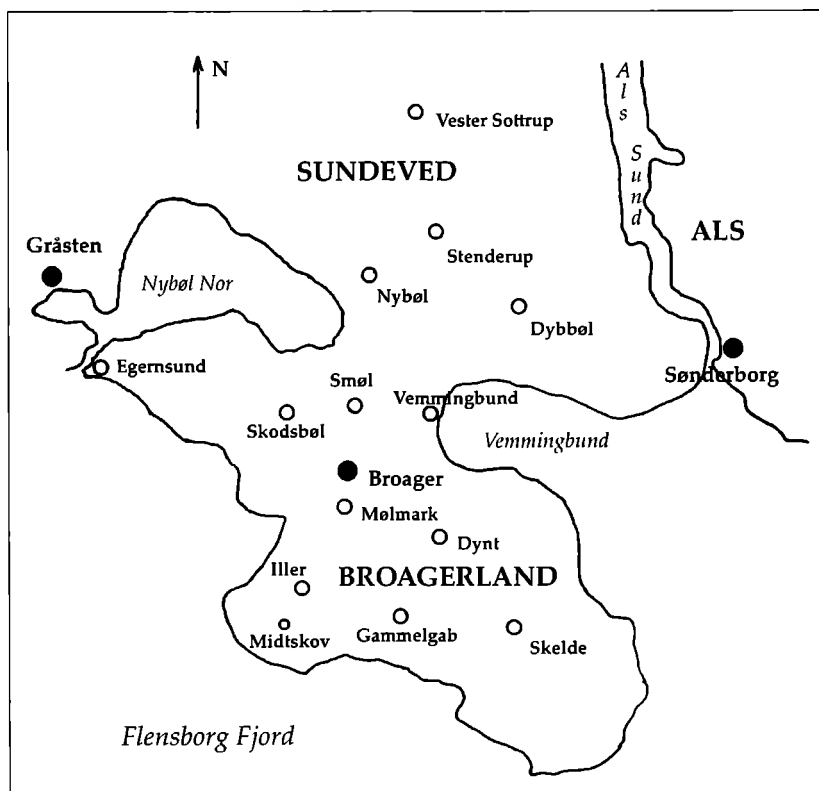
I værket *De danske Apotekers Historie* er de sønderjyske apotekers historie fra 1864 til 1920 stedmoderligt behandlet. Det har sikkert spillet ind, at den første udgivelse af værket på fire bind sluttede umiddelbart efter Anden Verdenskrig, hvor mange ikke havde lyst til at beskæftige sig med tyske forhold. Det kan endvidere skyldes, at arkiverne har været vanskeligt tilgængelige, som beskrevet under omtalen af Tinglev Apotek i dette værk.

I *De danske Apotekers Historie* er der udførligt gjort rede for de bestræbelser, der blev udfoldet for at få oprettet apoteker i Danmark. Alene registret over de andragender om oprettelse af nye apoteker, som Dansk Farmaceutforening (indtil 1909 Farmaceutisk Medhjælperforening) havde indsendt til myndighederne i perioden 1874-1921, fylder 13 sider.⁽¹⁾ Tilsvarende oplysninger for Nordslesvig findes ikke i dette værk for perioden 1864-1920.

Ifølge de årlige beretninger af dr. Johannes Bockendahl, der var regeringsmedicinalråd for provinsen Slesvig-Holsten, blev der i perioden 1871-1894 i Nordslesvig ansøgt om koncessioner i Agerskov, Ballum, Broager, Jels og Toftlund. Agerskov fik i 1873 en koncession, men på grund af manglende ansøgere blev der ikke oprettet et apotek. Ansøgningerne fra Ballum 1871 og Broager 1881 blev afslået. I perioden 1871-1894 blev der yderligere kun givet koncessioner til Jels og Toftlund. Der blev således i perioden 1864-1920 ifølge *De danske Apotekers Historie* kun oprettet fire nye apoteker i Nordslesvig, nemlig: Jels Apotek (koncession 1871, åbnet 1872), Toftlund Apotek (koncession 1876, åbnet 1877(2)), Tinglev Apotek (koncession 1897 efter flere års sagsbehandling, åbnet 1898) og Broager Apotek.

Organisationen af sundhedsvæsenet i hertugdømmet Slesvig fra 1852 til 1864

Medicinaladministrationen i hertugdømmerne lå indtil 1852 i Det Slesvig-Holstenske Sanitetskollegium i Kiel. Den medicinalhistoriske udvikling i hertugdømmerne indtil 1864 er indgående beskrevet af Johannes Brix i bogen *Lægevirke i Sønderjylland før 1864*. Frederik den VII udstedte den 19. december 1852 en forordning alene for hertugdømmet Slesvig, der medførte oprettelsen af særlige "Over-Medicinal-Autoriteter". Hertugdømmet blev inddelt i såkaldte "Physicatsdistricter". Under overtilsyn af det nyetablerede Ministerium for Hertugdømmet Slesvig i København blev administrationen af medicinalvæsenet varetaget dels af "Det kongelige Sanitetskollegium" for hertugdømmet Slesvig dels af en af kongen udnævnt "Medicinalinspecteur".(3)



Figur 1. Kort over Broagerland med nærmeste omgivelser. Kortet er påført de stednavne, der er omtalt i artiklen. Kortet er fremstillet til formålet.

Sanitetskollegiet skulle primært afgive betænkninger i medicinalsager for Ministeriet for Hertugdømmet Slesvig og stå til rådighed for domstolene og øvrighederne i hertugdømmet. Medicinalinspektøren skulle føre tilsyn med samtlige medicinalanstalter og medicinalpolitiet. Desuden skulle alle autoriteter henvende sig til ham i alle sager vedrørende administrationen af medicinalvæsenet. Sammen med et af sanitetskollegiets lægekyndige medlemmer skulle medicinalinspektøren afholde "Physicatsexamen" og sammen med et af de farmaceutiske medlemmer afholde "Apotheker-Examen" samt prøver for apotekermedhjælpere. Desuden skulle medicinalinspektøren visitere apotekerne. Medicinalinspektørens beføjelser blev i 1855 præciseret nærmere.(4) Medicinalinspektøren kunne pålægge samtlige "Over- og Underøvrigheder" at gennemføre de sundhedsfremmende foranstaltninger, der ansås for nødvendige.

Hertugdømmet Slesvig inddeltes ved forordningen af 1852 i 17 "Physicatsdistricter". I hvert distrikt skulle der være en kongelig udnævnt "Physicus" (kredslæge). Sønderborg fysikatsdistrikt bestod af Sønderborg by, Sønderborg amt, Sønderborg hospitalsdistrikt, Nordborg amt, de Augustenborgske godser, det Gråstenske gods Avnbølgård og grevskabet Rewentlow-Sandbjerg med Ballegård og Bojskov. Broagerland hørte således under Sønderborg fysikatsdistrikt.

De i 1852 gennemførte organisatoriske ændringer har givetvis været påkrævede efter krigen 1848-1850. Ved implementeringen af forordningen blev antallet af fysikatsdistrikter i hertugdømmet Slesvig øget fra 12 til 17, og en stor del af de eksisterende kredslæger blev udskiftet og erstattet med læger med den rette politiske holdning.(5)

Den preussiske administration af sundhedsvæsenet fra 1864 til 1870

Efter krigen i 1864 blev den største del af hertugdømmet Slesvig og hertugdømmet Holsten i 1867 indlemmet i kongeriget Preussen under betegnelsen provinsen Slesvig-Holsten. Preussen ønskede at modernisere administrationen i den nye provins ved at indføre de administrative strukturer, der var gældende i de øvrige preussiske provinser. Der blev således for provinsen Slesvig-Holsten udpeget en overpræsident som øverste preussiske myndighed og en regeringspræsident, der ledede provinsialregeringen i byen Slesvig. De slesvigske amter, købstæder, godser etc. blev samlet i kredse, og for hver kreds udnævntes en landråd. De underste led i forvaltningssystemet blev kun ændret i begrænset omfang. Herredsfogedembedet bibeholdtes, om end embedets arbejdsfelt ændredes, og i visse tilfælde foretoges reguleringer af distriktets grænse.

Det hidtidige "Kongelige Sanitetscollegium" for hertugdømmet Slesvig blev allerede i 1864 ændret til "Schleswig-Holsteinisches Sanitätscollegium". Af ændringer i relation til forordningen af 1852 var blandt andet, at sanitetskollegiet fremover skulle tage sig af samtlige eksaminationer samt af overrevisionen af apotekerne. Endvidere blev medicinalinspektørembedet nedlagt og cirkulæret af 1855 sat ud af kraft. I stedet blev en medicinalråd med mere begrænsede beføjelser udnævnt for hertugdømmet.(6) I 1869 blev sanitetskollegiet opløst og erstattet af et "Provinzial-Medicinal-Collegium" for provinsen Slesvig-Holsten.(7)

Organisationen af sundhedsvæsenet efter 1870

I 1870 blev medicinalvæsenet i provinsen Slesvig-Holsten fuldstændigt omdannet efter preussisk mønster.(8) De hidtil adskilte medicinalinspektorer for Slesvig og Holsten, som for Slesvig blev ledet af medicinalråd dr. Hansen i Haderslev og for Holsten af medicinalråd dr. Johannes Bockendahl i Kiel, blev slået sammen. Til det nyoprettede embede som regeringsmedicinalråd for hele Slesvig-Holsten blev den tidligere medicinalråd, dr. Johannes Bockendahl, udnævnt.(9)

Til regeringsmedicinalrådets opgaver hørte alt vedrørende sundhedsområdet. Bockendahl sørgede for at indsamle data fra de forskellige fysikatsdistrikter og lavede omhyggelige statistikker. På baggrund heraf udarbejdede han årligt en beretning, "Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein". En tilsvarende beretning havde han allerede udgivet for Holsten fra 1865, medens han var medicinalinspektør der. Disse beretninger fra hans hånd udkom sidste gang i 1895 for året 1894. Beretningerne gav en overordentlig grundig beskrivelse af sundhedsvæsenet. Hensigten var at tjene den almene forbedring af medicinalvæsenet.(10) Regeringsmedicinalråden varetog også de faglige opgaver i forbindelse med oprettelsen af nye apoteker.

De i 1870 gældende preussiske apotekerlove og forordninger samt efterfølgende lovændringer kom til at få stor betydning for befolkningen på Broagerland i forsøgene på at få oprettet et apotek i Broager.(11)

For at blive apoteker krævedes en approbation, en tilladelse, som kun kunne tildeles på basis af de nødvendige eksamener og kvalifikationer. Approbationen var gældende i hele Tyskland. Farmaceuten kunne søge om koncession til at oprette et apotek i hele landet under hensyn til gældende bestemmelser.(12) Forudsætningen for at kunne oprette et nyt apotek i en by, flække eller landsby var, at der var et dokumenteret behov, som for eksempel en betydelig befolkningstilvækst eller en stigende vel-

stand.(13) Når der søgtes om nye koncessioner, skulle der i øvrigt tages mere hensyn til befolkningens behov end til de bestående apotekers interesser.

Ansøgningen skulle efter reglerne sendes til den stedlige politimyndighed (for Sønderborg fysikatsdistrikt var det amtmanden indtil 1867 og landråden efter 1867), som sendte den videre til regeringen i Slesvig. Herfra blev politimyndigheden bedt om at afgive en rapport vedlagt en udtalelse fra kredslægen. Rapportens konklusion var afgørende for, om ansøgningen blev godkendt af regeringen.

Da der, som det senere fremgår af ansøgningerne fra Broagerland, flere gange har været tale om at oprette et filialapotek, nævnes kort, at reglerne i almindelighed ikke tillod oprettelsen af filialapoteker. Det fremmede ikke farmaceuternes karrieremuligheder. Filialapoteker var midlertidige foranstaltninger, der specielt blev oprettet i badesæsonen ved de store badesteder. Baggrunden for denne regel var, at et apotek skulle give et tilstrækkeligt stort afkast året rundt for at kunne tiltrække kvalificerede farmaceuter.(14) Dog blev filialapoteker senere mere almindelige.

Der er naturligvis jævnligt kommet nye ændringer og tilføjelser til de eksisterende apotekerlove, men lovsamlingerne af Staas i 1870 og 1882 giver et tilstrækkeligt grundlag til at kunne forholde sig til de efterfølgende omtalte ansøgninger om at få et apotek på Broagerland.

Nærmeste apoteker for befolkningen på Broagerland

De nærmeste apoteker for befolkningen på halvøen Broagerland, der strækker sig ud i Flensborg Fjord, lå i Gråsten og Sønderborg (Fig. 1). Gråsten, eller rettere de gråstenske godser med undtagelse af Avnbølgård, hørte ifølge forordningen af 1852 under Aabenraa fysikatsdistrikt. Privilegiet til at oprette et apotek i Gråsten opnåede hertug Christian Karl Friedrich August af Augustenborg i 1828 under forudsætning af, at der var en autoriseret læge bosiddende i Gråsten.(15) Hertugen stillede et hus til rådighed for et apotek, men bortforpagtede det derefter til farmaceut Lorenz Henningsen, der havde tilbudt at betale den højeste afgift til hertugen. Henningsen skulle for egen regning indrette apotek og laboratorium.(16) De hertugelige besiddelser blev efter krigen 1848-1850 overtaget af staten. Ved lov af 27. november 1863 blev det vedtaget, at apoteket skulle afhændes, men kun når der kunne opnås en passende høj pris.(17) Krigen 1864 forsinkede imidlertid salget af apoteket. Det blev først solgt i 1872.(18)

Apoteket i Sønderborg eksisterede sandsynligvis allerede flere år før 1668, grundlagt af en af de i Sønderborg residerende hertuger, men den

daværende apoteker Moritz Leuchter søgte først kongeligt privilegium i 1668, da Sønderborg kom under den danske krone.(19)

Forsøg på oprettelse af et apotek i Broager i 1867

Det fremgår af en skrivelse af 12. februar 1867 fra regeringen i Slesvig til amtmanden i Sønderborg, at farmaceut Christian August Holm i Flensborg har søgt om tilladelse til at anlægge og drive et apotek i Broager.(20) Amtmanden bliver anmodet om at afgive en rapport (Bericht).

Amtmandens rapport, der er dateret 11. april 1867, viser, at der var en positiv indstilling til et apotek i Broager. Af rapporten fremgår det, at fattigkollegiet i Broager havde afgivet en erklæring om, at det var trængende nødvendigt med et apotek i Broager, hvorimod herredsfogden for Nybøl Herred, der på dette tidspunkt endnu varetog politimyndigheden, var betænkelig.

Amtmandens rapport er en længere redegørelse til støtte for et apotek i Broager. Argumentationen byggede delvis på herredsfogdens betænkeligheder, som gik på, om apoteket kunne opnå et tilstrækkeligt kundegrundlag og dermed en tilstrækkelig omsætning til at kunne eksistere. I rapporten diskuteredes det, om befolkningen i Egersund ville benytte apoteket i Gråsten eller Broager. Gråsten kunne enten nås med færgen fra Egersund, hvilket medførte en ekstra udgift, eller ad landevejen uden om Nybøl Nor, hvilket var en stor omvej (Fig. 1).

Det betragtedes også som givet, at mange mennesker fra Nybøl og en del fra Dybbøl ville søge et apotek i Broager, da det også kostede at komme over pontonbroen ved Als Sund. Kundegrundlaget blev skønnet til at være omkring 5.000 personer. Heri var ikke medregnet det store antal fremmede teglværksarbejdere, der om sommeren arbejdede på de mange teglværker på Broagerland. Disse blev ikke medregnet, fordi det skønnedes, at apotekeren ikke var interesseret i disse kunder på grund af den nødvendige kreditgivning til sæsonarbejdere.

Ifølge amtmanden kunne apotekerne i Sønderborg og Gråsten ikke gøre krav på, at der skulle tages hensyn til dem, så længe henholdsvis pontonbroen og færgen udgjorde en ikke uvæsentlig ekstra omkostning. Ifølge reglerne skulle der også tages mere hensyn til befolkningens behov end til de bestående apotekers interesser.(21) Amtmanden anså det ikke engang nødvendigt at give magistraten i Sønderborg anledning til at komme med en udtalelse. Hvorledes et apotek i Broager ville påvirke apoteket i Gråsten, kunne han i øvrigt ikke tage stilling til. Så vidt det var amtmanden

bekendt, var apoteket i Gråsten stadig ejet af staten og bortforpagtet på trods af loven af 27. november 1863 om salg af apoteket. Amtmanden støttede således entydigt oprettelsen af et apotek i Broager, idet han mente, der var et behov herfor.

Rapporten havnede efter alt at dømmes i syltekrugken. Af en skrivelse af 28. august 1868 fra regeringen i Slesvig til landråden i Sønderborg ses, at der var sendt en skrivelse fra regeringen til amtshuset den 5. september 1867, og af en notits i margenen på skrivelsen af 28. august 1868 fremgår det, at 1867-skrivelsen var videresendt til herredsfogden i Broager den 14. september 1867. Imidlertid synes sagen ikke at være kommet videre. Herredsfogden havde ifølge amtmandens rapport været betænkelig og havde derfor sandsynligvis ikke følt sig tilskyndet til at fremme sagen. I skrivelsen af 28. august 1868 anmodedes landråden derfor om en snarlig redegørelse i sagen vedrørende oprettelsen af et filialapotek i Broager. Hvorfor der i skrivelsen omtales et filialapotek, er der ingen forklaring på. Landrådets besvarelse af skrivelsen af 28. august er ikke fundet, men svaret må anses for at have været negativt.

Siden apotekssagen indledtes i begyndelsen af 1867 og til skrivelsen af 28. august 1868 forelå, havde provinsen Slesvig-Holsten som tidligere omtalt fået det gamle administrative system af amter erstattet med et system af kredse. Denne omlægning var formentlig medvirkende til forsinkelsen af apotekssagen. Den nyudnævnte landråd Matthiesen i Sønderborg var tilsyneladende ikke positivt stemt for et apotek i Broager. Der blev i hvert fald dengang ikke oprettet et apotek på trods af, at det i bekendtgørelsen vedrørende indførelsen af kredse hedder: "Er [landråden] hat sich durch unmittelbare Kenntnißnahme an Ort und Stelle über die Verhältnisse und Bedürfnisse sowohl der Einzelnen als der Gesammtheit zu unterrichten, den Interessen aller Klassen seine dauernde und hingebende Aufmerksamkeit zu widmen und die Förderung des Wohls der Kreis-Eingesessenen seine erste und vornehmste Sorge sein zu lassen."(22)

Et nyt forsøg i 1881

Befolkningen på Broagerland har dog ikke været tilfreds med fortsat enten at skulle til Gråsten eller Sønderborg for at komme på apotek. Der var i 1880 et stort ønske om at få et filialapotek til Broager. På dette tidspunkt boede der i Gammelgab en landøkonomisk foregangsmand, gårdejer C.P. Wolff, der også var revisor for Broager Spare- og Laanekasse. Ved sparekassens generalforsamling den 6. februar 1880 luftede han tanken om at oprette et filialapotek. I generalforsamlingsprotokollen kan følgende læses: "Gaardejer Wolff i Gammelgab motiverer et Forslag til at komme Projectet

med et Filialapotheks Anlæg her imøde ved mulig Bevilgelse af Pengelaan til Kjøb af Localitet for et saadant Foretagende. Det er Sognets Interesse at have et Hjælpeapotek her, personlige Hensyn bortses aldeles fra. Der gjøres af Lærer Viereck opmærksom paa, at netop Bevilgelse af Retten til Anlægget af et Filialapothek er afhængig af at Medicinalinspectorat seer at Anlægget er saa paatrængende for Sognet, at det gjerne derfor bringer et Offer. Afstemning viste en Enighed fra Forsamlingens Side i Principet.”(23)

Der skulle dog gå yderligere et helt år, før sagen blev taget op igen. Denne gang med et konkret forslag om at sparekassen skulle yde et lån til projektet. Ved generalforsamlingen den 4. februar 1881 blev andragendet fremført, og i generalforsamlingsprotokollen er følgende skrevet: “Gaardejer C.P. Wolff andrager paa Laan af 10000 M til Oprettelsen af et Apothek. Forslagsstilleren motiverer sit Andragende og Herr Dithmer til Renneberg tilbyder sit Aftægtshus i Broager By til Afstaaelse for saadant Øjemed mod en Kjøbesum af 6000 M 00. Forslagsstilleren bemærker da endvidere, at forsaavidt Huslejligheden kan erholdes for 6000 M saa indskrænkes Laansbegjæringen til samme Sum. Der bemærkes, at det synes heldigt om en Commission eventuelt havde Tilsyn med Laanets rette Anvendelse i tilseende Husejendoms Værdi. Andragendet vedtages med Bevilgelsen af et Laan indtil 10000 M og Directionen for Sparkassen skal have Tilsynet med dette Laans rette Anvendelse ved Huskjøb. Laanet skal forrentes med 4 p. Ct. pro Anno og aarligt Amortisationsbeløb een p. Ct.”(24)

Dette initiativ er kort omtalt i Broager Sparekasses 100-års jubilæumsskrift.(25) Det er værd at lægge mærke til, at Wolffs oprindelige projekt med et filialapotek i mellemtiden var blevet opgraderet til et egentligt apotek. Wolff har sandsynligvis brugt tiden siden 1880 til at sætte sig ind i apotekerlovene og er gået bort fra ideen om et filialapotek. En ansøgning må i løbet af foråret 1881 være blevet sendt til landråden. Af en oversigt i Sønderborg landrådsarkiv fremgår det, at en ansøgning vedrørende oprettelsen af et apotek var modtaget fra 527 selvstændige indbyggere i kirkesognet Broager. Af samme oversigt fremgår det, at von Tschirschnitz, der var landråd i Sønderborg fra 1879 til 1912, anmoder kredslæge Schmiegelow, der var kredslæge i Sønderborg fra 1864 til 1901, om en udtalelse i sagen. Kredslægens udtalelse er heller ikke fundet, men den må have været negativ, idet landråden i sin rapport af 16. maj 1881 til regeringen i Slesvig ikke kan støtte ansøgningen fra Broagerland. I afslaget fremfører landråden, at afstandene fra det fjerneste sted på Broagerland til henholdsvis apotekerne i Gråsten eller Sønderborg ikke var større end afstandene flere steder på Als. Hvis en tilladelse blev givet til oprettelsen af et apotek i Broager, kunne andre fjerntliggende områder med lige så god ret kræve et apotek. Der var dengang i det administrative system en generel, udbredt frygt for en dominoeffekt, en frygt for at befolkningen andre steder så også ville have oprettet apoteker.

Landråden nævner dog, at beboerne på Broagerland skulle over broen ved Als Sund eller med færgeren over sundet ved Egersund for at komme til henholdsvis Sønderborg eller Gråsten. Landråden mente imidlertid ikke, at dette hverken var et tidsmæssigt eller økonomisk problem. Det var ikke forbundet med lange ventetider at komme over med færgeren ved Egersund, og færgetaksten skulle i nærmeste fremtid nedsættes fra 10 til 8 Pfennig pr. tur, hvorved der kunne spares 4 Pfennig på en tur frem og tilbage. Ligeledes skulle brotaksten ved Sønderborg reduceres minimalt i nærmeste fremtid. Når landråden så indgående beskæftigede sig med transportomkostningerne, kan det antages, at netop færge- og brotaksterne har været anført som et væsentligt argument i ansøgningen fra Broagerland.

Landrådets hovedbegrundelse for afslaget var imidlertid, at det planlagte apotek i Broager ville blive for lille til at kunne eksistere, men samtidig ville et apotek i Broager kunne skade apotekerne i Gråsten og Sønderborg alvorligt. Dette forekommer at være et paradoks, og begrundelsen må siges at have været i strid med intentionerne i loven.(26) Det var imidlertid vigtigt for landråden, at de eksisterende apotekers kundegrundlag ikke blev formindsket, idet dette kunne forringe apotekernes omsætning og dermed bidrage til dårligere apoteker. En væsentlig forudsætning for at et apotek havde gode og uforfalskede medicinalvarer var, at apotekets drift kunne betale sig, og at omsætningen var så stor, at varerne ikke blev gamle og fordærvede.(27)

Desuden anførtes i rapporten, at apoteket i Sønderborg netop var blevet solgt til en uforholdsmæssig høj pris, og at den nye apoteker skulle bruge betydelige beløb til istandsættelse af apoteket. Da apotekeren forventede, at hans apotek skulle være og forblive levedygtigt, blev disse forhold af betydning for afgørelsen. Beboerne på Broagerland kom således til at bøde for, at den nye apoteker havde købt apoteket i Sønderborg for dyrt.

Kredslægens og landrådets manglende støtte til et apotek i Broager har efterfølgende medført følgende notits i medicinalråd Johannes Bockendahls *Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein für das Jahr 1881* (28): "Die Gewährung neuer Apothekenconcessionen für Süderbrarup, Schenefeld, Broacker wurde versagt." Kortere kan det næppe skrives.

Her synes apotekssagen at slutte foreløbig. Det var ikke mangelen på økonomisk ophækning fra Broagerland, der var den begrænsende faktor, ej heller mangelen på en passende bygning. Teglværksejer Hans Heinrich Dithmers ejendom i Broager har mange år senere fungeret som lægekonsultation og -bolig på adressen Vestergade 33.

Købmand Weber, Broager, ansøger i 1897 om koncession til et apotek

Apotekssagen var dog ikke glemt på Broagerland. Behovet var sandsynligvis stort og stigende, og presset fra befolkningen øgedes. Købmand Peter Weber, der havde sin købmandshandel i Broager (ejendommen fik senere adressen Storegade 31, bygningerne blev nedrevet 1992), søgte i 1897 om koncession til at oprette et apotek.

Dette fremgår af flere siders bemærkninger udarbejdet af landråden og dateret 5. november 1897. Landråden gør heri detaljeret rede for afstandene fra de forskellige landsbyer på Broagerland og i Sundeved til Sønderborg. Det angives, at Gråsten kan nås fra Egersund i løbet af 5 min (hvilket dengang var en umulighed), hvorimod afstanden til Broager er 6,1 km. Desuden oplyses om antal indbyggere i de forskellige landsbyer på Broagerland og de nærmeste i Sundeved. I alt kommer befolkningstallet op på 3.705 indbyggere (uden Egersund), og hvis indbyggertallet i Nybøl og Stenderup lægges til, er antallet 4.448. På Broagerland alene inklusive Egersund er der 4.691 indbyggere. Desuden anføres, at udgifterne ved passagen over pontonbroen over Als Sund snarest ville bortfalde.

Også ved denne ansøgning indhenter landråden en udtalelse af kreds-lægen, som atter må have været negativ i sin vurdering. Den 30. november 1897 foreligger landrådets svar til regeringspræsidenten i Slesvig. Heri henviser landråden til sin rapport af 16. maj 1881, hvis indhold ifølge landråden i al væsentlighed stadig er gældende, og som i øvrigt er i overensstemmelse med kreds-lægens synspunkter. I tillæg anføres, at forholdene siden 1881 på ingen måde har forandret sig til fordel for ansøgningen. Derimod er en jernbaneforbindelse mellem Gråsten og Sønderborg oprettet, og samtidig er broafgiften ved Als Sund bortfaldet, hvilket taler mod at oprette et apotek i Broager. Desuden er der også oprettet en dampskibsforbindelse fra Skelde til Sønderborg med to ugentlige afgang. Landråden anmoder derfor regeringspræsidenten om at afslå ansøgningen.

Set gennem nutidens briller forekommer landrådets argument om togforbindelsen mellem Gråsten og Sønderborg ikke at have noget med sagen at gøre. Afstanden fra Broager til nærmeste togstation, Vester Sottrup, var godt 6 km. Derfra skulle man så videre med toget til enten Gråsten eller Sønderborg, hvilket ville betyde en betydelig ekstraudgift. Der var næppe mange, der tog den omvej.

Der arbejdes videre med sagen

Trods afslaget blev der arbejdet videre med sagen lokalt. Allerede året efter den 4. oktober 1898 behandledes sagen på et møde i Broager Kommuneråd.(29) På mødet anmoder købmand Weber kommunerådet om at måtte bede Ministeriet om at tildele Broager Sogn en koncession til et apotek i Broager. Desuden ønskede Weber, at kommunekassen dækkede halvdelen af omkostningerne i forbindelse med indhentning af tilladelsen, såfremt landråden godtog en ny ansøgning. Kommunerådet accepterede enstemmigt Webers forslag.

Dagsordenen for mødet omfattede foruden apotekssagen også to andre emner nemlig opsætning af vejskilte for samtlige veje i Broager og en vejudvidelse. Købmand Weber var efter datidens normer særdeles initiativrig. Sidstnævnte emner blev overdraget til kommuneforstanderen til videre behandling.

Mødet kan have været ekstraordinært, da det ikke er protokolleret i kommunerådets kronologiske protokol, men på et separat standardark. Mødet var kommet i stand på foranledning af købmand Weber, der siden 1. juni 1897 havde været kommunerådsmedlem i Broager. Webers initiativrigdom kan således have været en medvirkende årsag til, at han hænges ud i landrådets rapport i 1901.

I øvrigt ser det ikke ud til, at der blev sendt en ansøgning til Ministeriet om en koncession til et apotek i Broager, idet der ikke i landrådets arkiv foreligger skrivelser, der viser, at der igen i 1898 blev sendt en ansøgning.

Der søges igen 1901

Der gik dog ikke mange år, før der igen blev søgt om at oprette et apotek i Broager. Dette fremgår af landrådets skrivelse af 3. september 1901, hvor han indhenter udtalelser fra apotekerne Koch i Sønderborg og Witt i Gråsten. Samtidig indhentes kredslægens udtalelse. På dette tidspunkt var der udnævnt en ny kredslæge, der hed Bahrs. Denne afgiver sit svar 22. september 1901.

I landrådets skrivelse af 23. september 1901 til regeringspræsidenten i Slesvig anføres atter det velkendte afslag med henvisning til de to foregående rapporter fra 1881 og 1897. I argumentationen går landråden endda så vidt som til at påstå, at beboerne i Egersund under alle omstændigheder ville hente deres medicin i Gråsten på grund af den bekvemme forbindelse dertil. Beboerne i Sundeved ville heller ikke hente deres medicin i Broager, da de nu blev behandlet af læger fra Gråsten og Sønderborg, og lægerne med-

bragte medicinen. Behovet for et apotek i Broager kunne landråden derfor ikke anerkende.

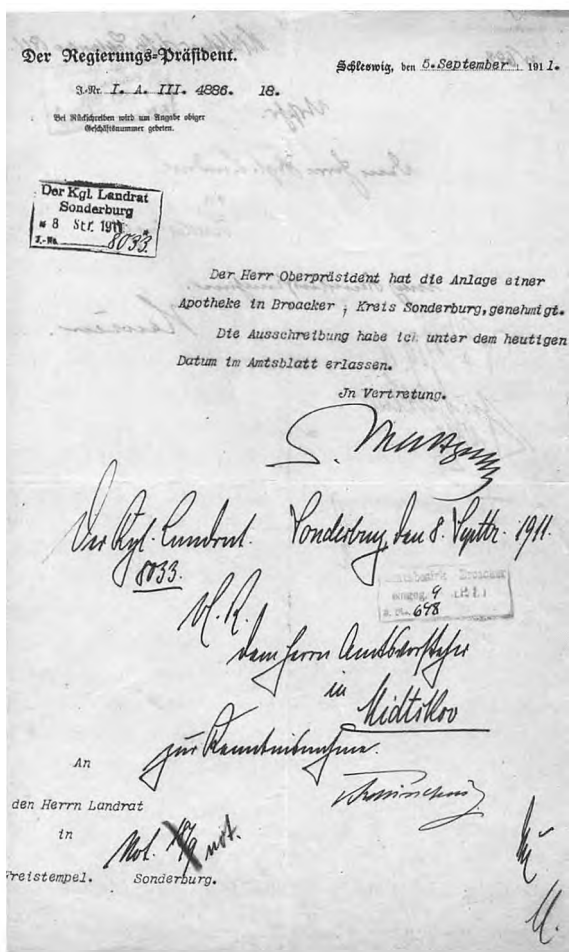
Regeringspræsidenten har sandsynligvis ikke været tilfreds med dette summariske afslag, idet landråden 31. oktober samme år sender et nærmere begrundet afslag. Landråden konstaterer indledningsvis, at hverken ansøgningen fra Broager af 19. maj 1901 som det forhold, at et stort antal underskrifter støttede ansøgningen, har gjort indtryk på ham. Han skriver om, hvor let det er at få den store befolkningsmasse til at skrive under på petitioner, specielt når det drejer sig om spørgsmål, der ikke koster underskriveren noget. Landråden vil dog ikke bestride, at apotekssagen interesserer halvøens befolkning, men kritiserer underskriftindsamlingen, der efter hans mening er sket i stor hast. Desuden kritiserer han kommuneformstanderne på Broagerland, fordi de har stillet sig i spidsen for bevægelsen. Man får nærmest det indtryk, at landråden anser det for at være en sammensværgelse. Han peger på, at der blandt de over 2.000 underskrifter er tjenestefolk, mandlige såvel som kvindelige, og mange sønner og døtre, hvorved det store antal underskrifter daler i værdi. Derudover antager han, at færre end 20 af underskriverne har læst petitionen og påstår, at såfremt det havde drejet sig om en sag, som ville have belastet kirkesognet, ville de fleste have afholdt sig fra at underskrive petitionen.

Landråden går endda så vidt, at han beskylder enkelte særdeles ivrige personer med særlig interesse i sagen for at have sat gang i bevægelsen og nævner i den sammenhæng ansøgeren fra 1897, købmand P. Weber, Broager. Peter Weber var som nævnt medlem af kommunerådet i Broager. Formålet skulle efter landrådets mening udelukkende være at få mere handel til byen for at gøre Broager til et handelsmidtpunkt. Han anerkender dog Webers store indsats for de mange fremskridt, der omkring århundredeskiftet blev gjort i Broager. Selv om landråden skriver, at han altid er rede til at være behjælpelig, så insinuerer han, at apotekssagen ene og alene drejer sig om rent forretningsmæssige interesser.

Med dette menneskesyn er det ikke så underligt, at landråden bevarer sin negative indstilling - på trods af, at omkring halvdelen af samtlige indbyggere på Broagerland har skrevet under. Sluttelig anfører han endog, at "die massenhafte Einführung der Fahrräder" letter transporten. Det ville altid være muligt at finde en cyklist, der kunne hente medicinen. Han undlod heller ikke at nævne, at dr. Hansen i Broager (Anton Heinrich Carl Otto Hansen), så vidt det var landråden bekendt, havde fået telefon, hvilket der også burde tages hensyn til. Skulle ansøgningen fra Broagerland blive tilgodeset, ville der på kort tid komme flere tilsvarende ansøgninger fra Sønderborg kreds, som i givet fald ville være lige så berettigede.

Regeringspræsidenten må have været tilfreds med denne grundige redegørelse. Skrivelsen fra regeringspræsidenten med afslaget blev sendt 25. november 1901 med besked om at meddele afslaget til kommuneformstan-

Figur 2. Skrivelse af 5. september 1911 fra regeringspræsidenten i Slesvig til landråden i Sønderborg med tilladelse til at oprette et apotek i Broager. Skrivelsen er modtaget den 8. september, og en meddelelse er videresendt til amtsforstander Hans Hansen i Midtskov. Dokumentet findes i Sønderborg landrådsarkiv 1867-1920.



der Jens Hansen i Broager. Denne kendte imidlertid allerede afgørelsen, idet han må have henvendt sig direkte til regeringen i Slesvig, inden det officielle afslag forelå. Af en afskrift af en skrivelse fra overpræsidenten, dateret 16. november 1901, til kommuneforstander Hansen fremgår afslaget. Det fremgår også, at 10 kommuneforstandere stod bag ansøgningen af 19. maj 1901. Der har altså også været en kommuneforstander uden for Broagerlands ni landkommuner, der har været medansøger.

Landrådets negative holdning står i skærende kontrast til Broager Kommuneråds positive og saglige støtte til apotekssagen. Referatet af rådets møde den 2. april 1901 viser, at der overhovedet ikke var tvivl om behovet for et apotek, og om apoteket ville være levedygtigt. Kommunen ville stil-

le en egnet bygning til rådighed eller bygge en ny bygning til formålet. Kommunerådet foreslog en forrentning af købs- eller byggesummen på 5 % pro anno. Skulle apoteket mod forventning ikke give det fornødne afkast, var regeringen i Slesvig berettiget til at nedsætte rentefoden. Desuden skulle apotekeren fritages for kommuneskatter i de første 10 år.(30)

Det er utænkeligt, at disse favorable etableringsbetingelser ikke skulle have været anført i eller vedlagt ansøgningen af 19. maj 1901. Det er derfor besynderligt, at landråden i sit nærmere begrundede afslag af 31. oktober 1901 kunne anføre, at såfremt det havde drejet sig om en sag, som ville have belastet kirkesognet, ville de fleste have afholdt sig fra at underskrive petitionen. Landråden må imidlertid have lagt betydelig mere vægt på eksistensgrundlaget for apotekeren i Sønderborg, end på at befolkningen på Broagerland fik hurtig og nem adgang til at købe medicin.

I øvrigt viser forhandlingsprotokollerne for kommunerne Dynt, Egernsund og Mølmark, at apotekssagen også var blevet behandlet af kommuneforsamlingerne i disse kommuner, og at kommunerne støttede sagen. Dynt lå kun 2,6 km fra Broager, men havde 11,8 km til apoteket i Sønderborg, da vejen over Vemmingbund ikke altid var farbar med et hestekøretøj. Beboerne i Dynt oplevede den store afstand som en besværlighed, der øgedes år for år.(31) Kommuneforsamlingen i Mølmark var overbevist om, at et apotek i Broager ville være en god forretning for indehaveren. For beboerne ville fordelene også være store, i særdeleshed tidsbesparelsen. I stedet for at køre til Sønderborg med hestevogn kunne man, hvis der var et apotek i Broager, få medicinen i løbet af få minutter ved at sende et barn efter den.(32)

Utilfredshed blandt borgerne på Broagerland

Offentligheden og herunder kommuneforstanderne har naturligvis ikke dengang haft kendskab til landrådets argumentation, om end kommuneforstander Jens Hansens direkte og formentlig uhørte henvendelse til regeringen i Slesvig lader formode, at man atter forudså et afslag og ville gøre et utraditionelt forsøg for at forhindre det. Hvis der havde været aktindsigt, ville det formentlig have udløst en klage over landråden. Behovet for et apotek i Broager har givetvis været stort. Afstandene til de nærmeste apoteker i Gråsten og Sønderborg var på trods af alle transportmæssige fremskridt stadig betragtelige - især når detastede.

I *Sonderburger Zeitung* fra 30. juni 1905 er der et længere læserbrev, der dels handler om glæden over den netop givne tilladelse til bygning af en jernbaneforbindelse mellem Skelde og Vester Sottrup (indviet 1910) dels og i særdeleshed om utilfredsheden med, at det endnu ikke er lykkedes at

oprette et apotek i Broager.(33) Skribentens glæde var derfor begrænset, og bedrøvelsen over det manglende apotek var for nylig igen blevet vakt til live ved en konkurrence, hvor følgende lille digt fik førstepræmien:

Kennst Du das Nest?

*Weit ins Land schauender Doppelturm,
Der schon trotzte manchem Sturm;
Ritterlicher Drachentöter,
Klaffende kleine wie große Köter;
Völlig der Neuzeit angepaßtes
Anti-Hühneraugen-Straßenpflaster!*

*Elektrische Straßenlampen,
Auch feucht-fröhliche Kneipanten,
Reiterfest und Holzfabrik,
Eisenbähnle "Lad Di Tid",
Wenningbunder Ostseebäder; -
Aber nicht mal 'nen - Ap'ibeker!*

I læserbrevet omtales den gamle, trofaste, pålidelige "Botenfrau" (budkone) flere gange (budkone er en pendant til den danske rejsebud-institution). Det har sikkert dengang været almindeligt, at der blev sendt bud efter budkone, når der skulle hentes medicin på apotekerne i Sønderborg eller Gråsten. Det var også rationelt, at budkone, formedelst et vist beløb pr. patient kunne hente medicin for flere patienter samtidig. Skulle det gå hurtigt, kunne medicinen vel leveres til den syge inden for nogle timer?

Apoteket oprettes i 1912

Der skulle imidlertid gå endnu en årrække, før der blev oprettet et apotek i Broager. Af en skrivelse af 19. maj 1911 fra landråden til regeringspræsidenten i Slesvig fremgår det, at amtsforstanderen for Broager amtsdistrikt den 5. maj 1911 havde ansøgt om oprettelsen af et apotek (amtsforstanderne afløste pr. 1. oktober 1889 herredsfogderne, men overtog et langt mindre distrikt end herredsfogderne administrerede; der var således to amtsforstandere på Broagerland - for henholdsvis Broager og Egersund amtsdistrikter). Det ses af skrivelserne, at der er ved at ske en kovending i landrådets holdning. Selv om han interesserer sig meget for Broager: "So sehr ich mich für das Aufblühen der Halbinsel Broacker und insbesondere der großen Gemeinde Broacker interessiere", fastholder han sine standpunkter fra 1881, 1897 og 1901. Transportmulighederne til Gråsten og Søn-

SLESVIG
POSTKARTE — BREVKORT



fra Dr. Warnecke
Hof Apotheke



Schleswig

Broager, d. 19.3.20

fra Dr. Warnecke

Schleswig

Lilla, man mår sig af en
bæltings Anvendelse som
1 kg. Bil. Arsenicos. (fwl.)

Johannsen
Broager, Apotheker

24/3 20

Figur 3. Helsag sendt fra Broager den 19. marts 1920 til Dr. Warnecke, Hof Apotheke, Schleswig. Afsenderen, apoteker Kröger, beder om at få tilsendt 1 kg "Dil. Arsenicos. (fwl.)". Helsagen er forsynet med ovalt violet stempel med teksten: "Apotheke in Broacker / Fernspr. 104 / Richard Kroeger". Helsagen er i privat eje.

derborg var således blevet forbedret siden 1901, idet jernbaneforbindelsen fra Skelde via Dynt, Broager og Skodsbøl til Vester Sottrup blev indviet i 1910 med forbindelse derfra til Gråsten og Sønderborg. Landråden lander dog sluttelig på en løsningsmodel, der indebærer, at en eventuel anbefaling betinges af, at apotekeren i Sønderborg efter forhandling er rede til at opføre en filial i Broager. Skrivelsen slutter med ordene: "Ich glaube annehmen zu können, daß derselbe darauf eingehen wird." Filialapoteker var i mellemtiden blevet mere almindelige. Indretningen af filialapoteker var enklere, idet samtlige lægemidler skulle rekvireres hos stamapoteket.

Bedre sent end aldrig, kunne man sige. Landråden må have været under stærkt pres. I hele sin funktionsperiode havde han været negativt indstillet. Aldrig før havde trafikforbindelserne været så gode, og alligevel måtte han nu gå ind for oprettelsen af et apotek i Broager. Hvorvidt forhandlingerne med apotekeren i Sønderborg havde været positive, meddeles der intet om, men ved en skrivelse af 5. september 1911 foreligger tilladelsen fra regeringspræsidentens kontor i Slesvig til at oprette et apotek i Broager (Fig. 2). Meddelelsen herom sender landråden til amtsforstander Hans Hansen i Midtskov, som kvitterer for modtagelsen i skrivelsen af 14. september 1911.

Oprettelsen af et apotek i Broager bliver allerede annonceret i Amtsblatt den 16. september 1911, og ansøgningsfristen sættes til 1. november 1911. Ansøgningerne skulle sendes til regeringspræsidenten.(34)

Derefter skulle der udnævnes en apoteker. Der er ikke fundet materiale, der indgående belyser perioden fra tilladelsen blev givet til januar 1912. En afskrift af skrivelser i sagen, der er skrevet på regeringspræsidentens papir og stilet til landråden den 24. januar 1912, foreligger dog i Sønderborg landrådsarkiv. Heri nævnes, at der er udarbejdet et koncessionsdokument den 17. januar 1912, og at tegningerne over indretningen af apoteket skulle indsendes til godkendelse før påbegyndelse af indretningen.

Ifølge afskriften er farmaceut Richard Kröger inde i billedet. Kröger skal efter at være flyttet til Broager aflægge ed hos landråden medbringende sin approbation.

Farmaceut Richard Kröger - første apoteker i Broager

Richard Kröger, hvis fulde navn var August Johannes Richard Kröger, var født i Altona den 30. januar 1869. Han var søn af manufakturhandler Jürgen Heinrich Hermann Kröger og Molly Auguste født Pahl.(35) Kröger bestod tysk apotekereksamen i 1893(36) og boede i Hamburg. Kröger forblev ugift. Han fik tildelt koncession til at oprette og drive et apotek i Broager. Denne koncession kunne hverken videregives i arv eller sælges. Indehave-

ren havde heller ikke ret til at anbefale en efterfølger. Disse regler var i 1894 blevet præciseret i en bekendtgørelse.(37) Koncessionen skulle gå tilbage til staten, når en apoteker døde eller holdt op som apoteker.

For ikke at miste koncessionen skulle Kröger inden for en given frist indrette et selvstændigt apotek med alle nødvendige faciliteter samt opbygge et varesortiment. De farmaceutiske præparater, som han ikke selv var i stand til at fremstille, skulle han erhverve hos autoriserede apotekere eller handelshuse. Figur 3 viser et eksempel på et medikament, som apoteker Kröger ikke selv fremstillede og derfor købte hos andre autoriserede apotekere. Krøgers bestilling, der bestod af 1 kg "Dil. Arsenicos. (fowl)", blev sendt til apoteker, dr. Warnecke, Hof Apotheke i Schleswig. Arsenikken var på trods af giftigheden beregnet til behandling af mennesker.(38) Endvidere skulle Kröger efter koncessionen følge love og forordninger for apotekervæsenet og i øvrigt forholde sig, som det sømmede sig for en samvittighedsfuld apoteker, i overensstemmelse med den aflagte ed.

Når indretningen af apoteket var tilendebragt, skulle dette meddeles til "Königlicher Regierungs- und Geheimer Medizinalrat". Først efter den efterfølgende visitats ville tilladelsen til at åbne apoteket kunne blive givet. Indretningen af et apotek var detaljeret beskrevet ved en forordning fra 1894.(39) Kravene var omfattende, da der skulle tages hensyn til fremstillingsprocesserne og sikres en forsvarlig opbevaring af medicinen. Der skulle således være flere lokaler, herunder officin, giftrum, kælderrum, laboratorium og støderum.

Kröger sender 14. februar 1912 en attesteret afskrift af koncessionsdokumentet til landråden, som videresender dokumentet til kredslægen. Den 8. maj 1912 meddeler Kröger landråden, at han nu bor i Broager, at apoteket vil være indrettet i løbet af få dage, og at han gerne vil have fastsat en termin for edsaflægningen. Sidstnævnte finder sted den 14. maj 1912 kl. 15.30.

Endelig - den 6. juni 1912 - sender regeringspræsidenten i Slesvig en skrivelse til landråden med meddelelse om, at apoteket er blevet visiteret og fundet i orden, og at Kröger må åbne forretningen (Fig. 4). Dermed var der oprettet et selvstændigt apotek i Broager. Apoteket blev indrettet i lejede lokaler med kælderadgang i en ejendom med fire lejligheder beliggende Møllegade 3. Den smukke ejendom, der var bygget omkring år 1900 af bygmester Friedrich Wilhelm Horn, blev nedrevet i 1995. Ejendommen ejedes fra 1908 til 1919 af distriktsskorstensfejmester Paul Wilhelm Otte. I 1919 købte købmand Jens Johannsen Olesen ejendommen.(40) Kröger havde i øvrigt forkøbsret til ejendommen ifølge kontrakten af 30. januar 1919 mellem Otte og Olesen, men benyttede sig ikke af muligheden for at købe ejendommen. Figur 5 viser apoteket efter Genforeningen i 1920. Det

Der Regierungs-Präsident.

Slesvig, den 6. Juni 1912.

Nr. I A III 2888. 18.

Bei Nachschreiben wird um Angabe obiger
Sachsituation gebeten.

Kgl. Landrat Sonderburg
8-JUN-1912
Journal-Nr. 5255

*V. J. M. H.
Sind. Adm.
v. d. L.
M. H.*

Die neu konzessionierte Apotheke des Apothekers Richard Kröger in Broacker, Kreis Sonderburg, ist am 31. v. Mts. revidiert und in ordnungsmäßigem Zustand befunden worden. Dem Apotheker Kröger ist die Erlaubnis zur Eröffnung des Betriebes erteilt worden.

In Vertretung.

An
den Herrn Landrat
in
Freist. Sonderburg.

Figur 4. Skrivelse af 6. juni 1912 fra regeringspræsidenten i Slesvig til landråden i Sønderborg. Apoteket i Broager var blevet visiteret den 31. maj og fundet i orden. Apoteker Richard Kröger havde hermed lov til at åbne apoteket. Dokumentet findes i Sønderborg landrådsarkiv 1867-1920

fremgår af billedteksten,(41) at den tyske betegnelse "Apotheke" efter Genforeningen blev ændret til "Apothek" ved at overmale det sidste bogstav. Navnet kunne endnu anes på bygningen i 1930'erne.(42) Det er sandsynligt, at Kröger boede i en af de andre tre lejligheder, idet apotekeren efter forskrifterne skulle bo i den ejendom, hvor apoteket var indrettet.

I arkivet for Sønderborg fysikat findes for hvert af de fire apoteker en oversigt over indehaverne og de medhjælpere, der var ansatte på apotekerne.(43) Som det ofte var tilfældet på mindre landapoteker, var der også på apoteket i Broager kun farmaceutisk arbejdskraft i kortere perioder (Tabel 1). Det skyldtes sandsynligvis en kombination af apotekerens ønske om at få en rimelig økonomi i driften og farmaceuternes manglende lyst til at bosætte sig i de mindre byer.

Tabel 1. Fortegnelse over medhjælpere ved apoteket i Broager fra oprettelsen i 1912 til 1920.

Navn	approbation	Dato for tiltrædelse	fratrædelse
Walter Max Friedrich Ludwig Richter	31. juli 1911	31. maj 1912	1. okt. 1912
Johs. Franz Eduard Wilh. Bochnisch	30. okt. 1903	1. jan. 1913	15. april 1913
Fried. Ewald Klempp	22. sept. 1911	14. aug. 1913	21. okt. 1913
Reinhard Ufken	29. febr. 1897	2. maj 1914	2. aug. 1914
Adolf Saasch	2. okt. 1914	24. maj 1919	30. sept. 1919
Edel Marie Møgeltoft Jørgensen	efterår 1918	1. okt. 1919	

Efter apoteker Krøgers tidlige død den 14. august 1920 blev farmaceut Marx Jantzen ansat den 3. oktober 1920 som ansvarlig bestyrer af apoteket. Den 5. januar 1921 fik apoteker Johannes Conrad Ousen bevilling til at drive Broager Apotek.(44)

De fem forsøg på at oprette et apotek på Broagerland begyndende i 1867 og til det endelig lykkedes i 1912 samt de første ni år af Broager Apoteks historie er hermed beskrevet. Dermed er den manglende del af apotekets historiske beskrivelse kommet på plads. Apotekets følgende historie vedrørende bygning af et nyt apotek i 1922 på Storegade 21, efterfølgende apotekere og omdannelsen af Broager Apotek til en filial af Gråsten Apotek er beskrevet i *De danske Apotekers Historie*.(45)

Erkendtlighed

Forfatterne er fhv. direktør Peter Hermansen, Broager Sparekasse, megen tak skyldig, for at måtte få indsigt i de apoteksrelevante oplysninger i generalforsamlingsprotokollerne fra årene 1880 og 1881. Fru Anni Friedrichsen, Broager, takkes ligeledes for oplysningerne om apoteket.



Figur 5. Apoteket i Broager, Møllegade 3. Fotoet er fra tiden efter Genforeningen, men før apoteket flyttede til Storegade 21 i 1922. Fotoet stammer fra Dam & Schæffer: s. 444, 1947. Ifølge Dam & Schæffer fandtes officinet bag de to vinduer længst til venstre, hvilket bekræftes af fru Anni Friedrichsen. Dette er også i god overensstemmelse med reglerne, der foreskrev, at officinet i reglen skulle befinde sig i stueetagen. Fotoet gengives med tilladelse fra Medicinsk Museion, Københavns Universitet.

Litteratur

- Amtsblad, udgivet af den Kongelige Regjering i Slesvig. Slesvig 1870.
- Amtsblatt der Königlichen Regierung zu Schleswig. Schleswig 1869, 1894, 1911.
- Bockendahl J. Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein für das Jahr 1877, 1881. Kiel 1878, 1882.
- Brix J. Lægevirke i Sønderjylland før 1864. Sønderjyllands Lægekredsforening, 1980.
- Broager Sparekasse. Generalforsamlingsprotokol for Broager Spare- og Laanekasse. Generalforsamlinger den 6. februar 1880 og 4. februar 1881.
- Chronologisk Samling af de i Aaret (1852, 1855, 1863) emanerede Forordninger, Rescripter etc. for Hertugdømmet Slesvig.
- Dam E, Schæffer A. De danske Apotekers Historie. Bind II 1928, Bind IV 1947. København.
- Grodum T. Embedslægevesenet og fysici i hertugdømmet Slesvig indtil 1864. Dansk Medicinhistorisk Årbog, 1986.
- Hahn-Thomsen P, Yhman G, Kelbæk A. De danske Apotekers Historie. Bind VI. København 1985.
- Korse A. Broager Spare- og Laanekasse og dens Mænd gennem 100 Aar. Et Festskrift til 100 Aars Jubilæet 13. April 1845 - 13. April 1945. Sønderborg 1945.
- Kruse PR, Møller N. De danske Apotekers Historie. Bind VII. København 2001.
- Schmidt D. Historisches Taschenbuch über die Entstehung der Apotheken sowol im allgemeinen, als insonderheit der in dem Königreich Dännemark und den Herzogthümern Schleswig-Holstein-Lauenburg. III. Abtheilung. Flensburg 1835 (nytryk 1988).
- Schæffer A. De danske Apotekers Historie. Bind V. København 1966.
- Sonderburger Zeitung, Nr. 150. 30. juni 1905.
- Staas W. Die Preußischen Apothekergesetze mit sämmtlichen Ergänzungen und Erläuterungen für den praktischen Gebrauch zusammengestellt. Tredje oplag. Berlin 1870.
- Väterlein I. Johannes Bockendahl (1826-1902). Erster a.o. Professor der Gerichtlichen Medizin und der Geschichte der Medizin der Universität Kiel. Kiel 1976.
- Verordnungsblatt für das Herzogthum Schleswig 1864 und Januar 1865. Schleswig 1865.
- Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein. Kiel 1868.

Noter & henvisninger

1. Kronologisk Oversigt over Andragender om Oprettelse af nye Apoteker indsendte af Dansk Farmaceutforening (Farmaceutisk Medhjælperforening) i Aarene 1874-1921, bilag s. I-XIII. I: Dam & Schæffer, 1947.
2. Bockendahl. s. 23. 1878.
3. Forordning, angaaende Oprettelsen af særlige Over-Medicinal-Autoriteter for Hertugdømmet Slesvig, samt dette Hertugdømmes Inddeling i Physicats-districter. Chronologisk Samling, Nr. 148 af 19. december 1852. s. 190-196. Slesvig 1856.
4. Circulaire fra Ministeriet for Hertugdømmet Slesvig til Overøvrighederne, angaaende Medicinal-Inspectorens Embedsstilling. Chronologisk Samling, Nr. 88 af 11. august 1855. s. 115-116. Slesvig 1856.
5. Grodum. s. 38-39.
6. Verordnung, betreffend die Ober-Medicinal-Behörden für das Herzogthum Schleswig. Af 13. juli 1864. Verordnungsblatt, 23. stykke, 22. juli 1864, Nr. 81. s. 110-111. 1864.
7. Bekanntmachung betreffend die Auflösung des Schleswig-Holsteinischen Sanitäts-Collegiums und die Errichtung eines Medicinal-Collegiums für die hiesige Provinz. Af 30. juli 1869. Amtsblatt, 30. stykke, 21. august 1869, Nr. 564. s. 224. 1869.
8. Väterlein. s. 62.
9. Meddelelse af 22. april 1870 om udnævnelsen af professor, dr. Johannes Bockendahl til regeringsmedicinalråd for provinsen Slesvig-Holsten. Amtsblad, 17. stykke, 30. april 1870, Nr. 278. s. 117. 1870.
10. Väterlein. s. 69.
11. For specielt interesserede henvises til følgende lovsamlinger: Staas W. Die Preußischen Apothekergesetze mit sämtlichen Ergänzungen und Erläuterungen für den praktischen Gebrauch zusammengestellt. Tredje oplag. Berlin 1870. og Staas W. Die Apothekergesetze nach Deutschem Reichs- und Preußischem Landes-Recht. Mit sämtlichen Ergänzungen und Erläuterungen für den praktischen Gebrauch zusammengestellt. Fjerde oplag, bearbejdet af C. Zander. Berlin 1882.
12. Staas. s. 4.
13. Ibid. s. 17.
14. Ibid. s. 22-23.
15. Schmidt. s. 119-122; Dam & Schæffer. s. 722. 1928.
16. Schmidt. s. 121-122.
17. Lov om Afhændelsen af Apotheket i Graasten. Chronologisk Samling, Nr. 47 af 27. november 1863, s. 361. Slesvig 1865.
18. Dam & Schæffer. s. 722. 1928.
19. Schmidt. s. 107-115.
20. Landsarkivet for Sønderjylland. Sønderborg landrådsarkiv 1867-1920. Polizeisachen. Sect. 20. Medizinal-Angelegenheiten. 744. 1866-1919. Die Apotheken. Hvis ikke der i artiklen henvises til andre arkiver i apotekssagen, findes omtalte skrivelser i dette arkiv.
21. Staas. s. 17.
22. Bekanntmachung, betreffend die Einführung der Kreisbehörden im Herzogthum Schleswig. Af 9. april 1868. Verordnungsblatt, 52. stykke, 17. april 1868, Nr. 201. s. 597-598. 1868.
23. Broager Sparekasse. Generalforsamlingen den 6. februar 1880.
24. Broager Sparekasse. Generalforsamlingen den 4. februar 1881.
25. Korse. s. 53.
26. Staas. s. 17.
27. Sundhedskollegiets Klage til Kongen. Farmaceutisk Tidende, 17. Årg. s. 6-10. 1907.

28. Bockendahl. s. 46. 1882.
29. Landsarkivet for Sønderjylland. Preussiske landkommunale arkiver i Nordslesvig 1867-1920. Broager sogn. 6. Broager kommune. 1. 1872-1917. Forhandlingsprotokol. Udskrifter af forhandlingsprotokol 1896-1913. Møde 4. oktober 1898.
30. Broager Rådhus. Verhandlungs-Protokoll für die Gemeinde Broacker 1893-1907. Møde den 2. april 1901.
31. Landsarkivet for Sønderjylland. Preussiske landkommunale arkiver i Nordslesvig 1867-1920. Broager sogn. 7. Dynt kommune. 1. 1893-1922. Forhandlingsprotokoller. Protokol 1894-1916. s. 15. Møde 6. april 1901.
32. Landsarkivet for Sønderjylland. Preussiske landkommunale arkiver i Nordslesvig 1867-1920. Broager sogn. 11. Mølmark kommune. 1. 1871-1921. Forhandlingsprotokoller. Protokol 1893-1921. s. 21. Møde 30. marts 1901.
33. Sonderburger Zeitung. 30. juni 1905. Læserindlæg af Jes paa Bakken.
34. Anlage einer Apotheke in Broacker, Kreis Sonderburg. Amtsblatt, 55. stykke, 16. september 1911. Nr. 1227. s. 702. 1911.
35. Kirchenbucharchiv, Kirchenkreisverband / Evangelisches Zentrum Rissen, Hamburg. Taufregister Altona Hauptkirche. Årgang 1869. s. 37, løbenr. 860; Dam & Schæffer. s. 443. 1947. Her opgives fejlagtigt fødselsdagen til 20. januar 1869.
36. Landsarkivet for Sønderjylland. Fysikatsarkiver. Sønderborg Fysikat. 1901-20. Div. fortegnelser. nr. 465. Fortegnelse over apotekere etc. Broacker; Dam & Schæffer. s. 443. 1947.
37. Bekendtgørelse om apotekervæsenet. Af 30. juni 1894. Amtsblatt, 32. stykke, 28. juli 1894, Nr. 795. s. 351. 1894.
38. Fowlers arsenikdråber blev lanceret af den engelske farmaceut og læge Thomas Fowler i 1786 som middel mod feber. Styrken blev internationalt fastsat til 1 % arsenik. Dråberne skulle lugte af lavendel. På Krøgers tid var anvendelsen især "styrkende" og "fedende", noget der kunne være god brug for i efterkrigstidens Tyskland, hvilket kan forklare den store mængde. Doseringen var 5-10 dråber 3 gange daglig efter maden. Det blev anbefalet, at man lod dråberne indgå i miksturer (flydende lægemidler, der skulle indtages skefuldevis).
39. Vorschriften über Einrichtung und Betrieb der Apotheken, Zweig-(Filial-) Apotheken, Krankenhaus-Apotheken (Dispensiaranstalten) und ärztlichen Hausapotheken. Af 16. december 1893. Amtsblatt, 8. stykke, 24. februar 1894, Nr. 154a. s. 49-57. 1894.
40. Landsarkivet for Sønderjylland. 6. Sønderborg amtsret: grundbøger og grundakter. 13. Broager ejerlav. artikelnummer 207, blad 185.
41. Dam & Schæffer. s. 444. 1947.
42. Fru Anni Friedrichsen, Broager, har boet i denne ejendom. Hendes forældre flyttede i 1934 ind i stueetagen til venstre, en af ejendommens daværende fire lejligheder. I netop denne lejlighed med adgang til kælder var apoteket blevet indrettet i 1912. Hendes far, Hans Christian Koschmieder, købte Møllegade 3 i 1950. Hun erindringer fra sin barndom, at navnet "Apothek" endnu kunne anes på husmuren.
43. Landsarkivet for Sønderjylland. Fysikatsarkiver. Sønderborg Fysikat. 1901-20. Div. fortegnelser. nr. 465. Fortegnelse over apotekere etc. Broacker.
44. Dam & Schæffer. s. 443. 1947.
45. Medens oplysningerne om Broager Apotek for Genforeningen er sparsomme i værket De danske Apotekers Historie, kan interesserede finde informationer både om apotekerne siden Genforeningen og om apotekets omskiftelige skæbne i Dam & Schæffer. s. 443-448. 1947; Schæffer. s. 30-31; Hahn-Thomsen, Yhman & Kelbæk. s. 26-27; Kruse & Møller. s. 173.

Summary

The pharmacy at Broager An odyssey finally resulting in the pharmacy at Broager

Jürgen Hansen and Verner Andersen

A brief description is given of the attempts made between 1867 and 1911 to establish a pharmacy in the village of Broager. Broager is located in the middle of Broagerland peninsula in the south-eastern part of Sønderjylland, Denmark. After the war in 1864 between Denmark and Prussia/Austria the Duchy Schleswig was occupied and became part of the Province Schleswig-Holstein in 1867. Broagerland was part of the province until 1920.

The first attempt, in 1867, was made by a pharmacist from Flensburg - before the administrative changes of 1867 were implemented - and his attempt was accepted by the authorities. However, the following administrative changes in Schleswig-Holstein in 1867 delayed the matter which finally was not approved. The authorities in Schleswig-Holstein - including the district medical officer - were not in favor of the idea of a pharmacy at Broager and, thus, could not recommend the applications from 1867, 1881, 1897, and 1901. Arguments by the "Landrath" to the 1901-application were partly related to the risk of getting similar applications from other villages in his district and partly to the negative effects on the income of the existing pharmacists at the nearest pharmacies in Gråsten and Sønderborg. The fact that ten local authorities (kommuneforstandere) supported the application in 1901, and that about half the population had signed the petition, did not affect the "Landrath".

The fifth application in 1911 by the "amtsforstander" was successful, and a pharmacy was established at Broager June 6 1912. The first pharmacist was August Johannes Richard Kröger, born at Altona January 30 1869. His colleagues until 1920 are listed. Kröger died August 14 1920. The five attempts to establish the pharmacy in Broager are not described in *De danske Apotekers Historie*, where only information regarding the pharmacy and pharmacists in Broager after 1920 can be found.

Billeder fra Delfin Apoteket i København

Af Poul R. Kruse, Edith Kruse, Svend Norn og Henrik Permin

Den kraftige stigning i Københavns befolkning i midten af 1800-tallet medførte, at voldene blev åbnet for en udvidelse af byen uden for voldene og søerne (1). I 1860'erne og 1870'erne blev voldene sløjfet og erstattet af parker og bebyggelse. Botanisk Have blev anlagt, og Kommunehospitalet blev taget i brug i 1863, ti år efter koleraepidemiens hærgen i København (2, 3). Der kom fart over forstædernes bebyggelse, og farmaceuternes organisation, Pharmaceutisk Medhjælperforening, indså behovet for oprettelsen af apoteker i de nye områder (4, 5). Dens ansøgninger til Sundhedskollegiet resulterede i, at der i 1885 blev åbnet to nye apoteker, Sorte Hest Apotek på Vesterbrogade og Nørrefarimagsgades Apotek på hjørnet af Nørre Farimagsgade og Frederiksborggade. Da apoteker Harald Barfoed overtog sidstnævnte apotek i 1922, blev navnet ændret til Delfin Apoteket.

Her skal der gives et billede af Delfin Apoteket og apotekerfaget i 1800- og 1900-tallet, fordi et sådant billede afspejler udviklingen inden for farmacien. Det skal bemærkes, at apotekerfagets historie i 1800-tallet også afspejler kemiens udvikling. Kemiske eksperimenter og analyser samt fremstilling af lægemidler foregik således i apotekslaboratoriet, og fremtrædende farmaceuter underviste på universitetet og læreanstalter og var banebrydere inden for kemien.

Den farmaceutiske uddannelse

Ved 1800-tallets begyndelse sporede en stigende interesse for kemien, hvor udviklingen nu muliggjorde et mere frugtbart arbejde inden for denne disciplin af naturvidenskaben. Det var kemiens gennembrudsår som selvstændig naturvidenskab. Vejen til kemien gik gennem apotekslaboratoriet. Her startede også den farmaceutiske karriere for de to apotekersønner, Hans Christian Ørsted og hans yngre kollega, William Christopher Zeise. De skulle senere få betydning for både den naturvidenskabelige forskning og den farmaceutiske uddannelse. Begge blev de professorer ved Københavns Universitet, Ørsted i fysik og Zeise i kemi (6-9). Ørsteds opdagelse af elektromagnetismen er velkendt, men han var også den første, der frem-

stillede aluminium og isolerede alkaloidet piperin fra peber. Zeise grundlagde studiet af sulfider og organiske svovlforbindelser, blandt andet thio-ler. I sine unge år startede Zeise som lærling på Kongelig Hof-Apotek i København under apoteker Gottfried Becker. Becker var en dygtig kemiker, der havde studeret kemi hos Antoine Lavoisier i Paris, og han holdt forelæsninger i kemi ved Det Medicinske Fakultet ved Københavns Universitetet som ekstraordinær professor uden løn. H.C. Ørsted fulgte her Beckers forelæsninger, og senere underviste Ørsted selv sammesteds i kemi, før han blev professor i fysik.

Det er vigtigt at understrege, at den farmaceutiske uddannelse startede som en 4-årig mesterlære på apoteket med hovedvægten på det håndværksmæssige (5, 8). Fremskaffelse, tilberedning, opbevaring og udlevering af lægemidler var vigtige elementer i uddannelsen. Kendskab til latin var nødvendigt, da farmakopeerne og recepterne var skrevet på latin. Læretiden blev fra 1811 afsluttet med en eksamen, den farmaceutiske medhjælpereksamen, som gav ret til at fungere som apoteksmedhjælper, det vil sige med kompetence til at udføre alt fagligt apoteksarbejde selvstændigt og på eget ansvar. Denne eksamen gav dog ikke ret til at søge bevilling til at drive et apotek. Hertil krævedes den farmaceutiske kandidateksamen, hvor læger ved Det Medicinske Fakultet og apotekerne i København fungerede som eksaminatorer (5, 8). Studerende i dag ville utvivlsomt have klaget, for eksamenskravene var ikke defineret. Professorerne Ørsted og Zeise havde arbejdet ihærdigt for at højne den farmaceutiske uddannelse,

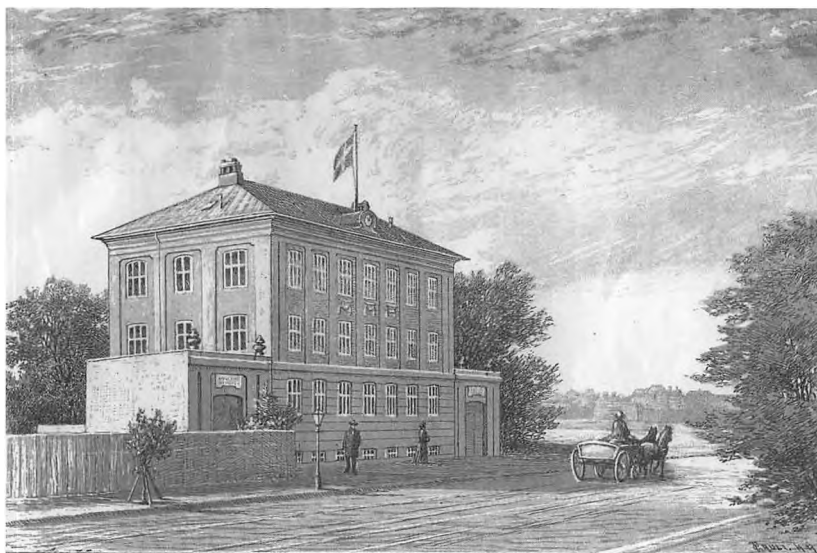


Fig. 1. Den Farmaceutiske Lærestalt i Stockholmsgade 1892.

og deres anstrengelser resulterede i definerede og skærpede eksamenskrav, som blev indført i 1828. Men de større krav understregede kun yderligere den følelige mangel på en studieordning, selv om visse lærebøger blev anbefalet. Hertil kom også mangelen på egen læreanstalt. En apoteksmedhjælper, der ønskede at forberede sig til den farmaceutiske kandidatexamen, måtte derfor gennem et års tid deltage i spredte forelæsninger og øvelser ved Københavns Universitet og Polyteknisk Læreanstalt. Undervisningen foregik helt eller delvist sammen med lægestuderende og ingeniørstuderende. Det kunne være fysik ved Universitetet i Studiestræde, uorganisk kemi ved Universitetets Kemiske Laboratorium i Ny Vestergade, organisk kemi ved Polyteknisk Læreanstalt i Studiestræde, botanik i Botanisk Have, farmakognosi ved Universitetet, mikroskopi ved Kirurgisk Akademi i Bredgade og farmaci ved Universitetets Kemiske Laboratorium i Ny Vestergade. Hertil kom talrige besøg hos manuduktører i Nørregade, Studiestræde, Dosseringen og andre steder (5).

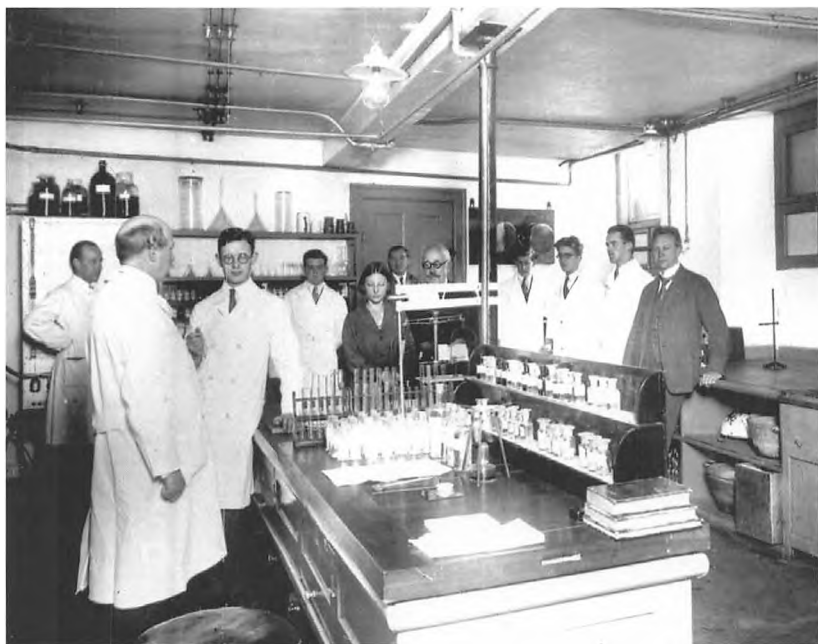


Fig. 2. Apoteker Harald Barfoed (til venstre) med eksaminander og censorer ved den praktiske prøve i lægemiddelpræparation ved den farmaceutiske medhjælpereksamen i Delfin Apotekets laboratorium. Den praktiske prøve blev populært kaldt for "kælderfaget" – man var "oppe i kælderen" – da laboratoriet lå i kælderetagen. Med bestået medhjælpereksamen var man exam.pharm. og kunne konditionere på et dansk apotek.

De dårlige studieforhold resulterede i, at etatsråd Christian Ditlev Ammentorp Hansen, apoteker og grundlægger af firmaet Chr. Hansens Teknisk-Kemiske Laboratorium, hvor bl.a. osteløbefabrikationen var en økonomisk succes, tog initiativ til at bygge en farmaceutisk læreanstalt for egne midler og derefter skænke den til staten. Den Farmaceutiske Læreanstalt blev opført i Stockholmsgade og indviet i 1892. Det var en fornem, ståtelig og palæagtig bygning, der i aviserne blev betegnet som "Eremitageslottet" (Fig. 1). Der blev nu indført en studieordning. Læretiden på apoteket blev fastsat til 3½ år og afsluttedes med medhjælpereksamen, hvoraf store dele blev afholdt på Læreanstalten. Herefter blev den farmaceutiske kandidatuddannelse, som foregik på Læreanstalten, normeret til 1½ år. Hovedvægten i undervisningen lå på de botaniske, farmakognostiske og især kemiske fag, en naturlig følge af den syntetiske lægemiddelkemi opblomstring i udlandet.



Fig. 3. Delfin Apotekets facade mellem Nørre Farimagsgade (til højre) og Frederiksborggade (til venstre). Plakatsøjlen er siden fjernet. Apoteket havde lokaler i kælderen, i stueetagen og på første sal.

Dynamiske apotekere

Delfin Apoteket afspejler i særlig grad den dynamiske faglige udvikling, som fandt sted inden for apoteksfarmacien i 1800- og 1900-tallet. En medvirkende årsag var, at apotekerne her, ud over varetagelsen af apotekets drift, også fik pålagt den opgave at gennemføre den praktiske del af den farmaceutiske medhjælpereksamen i apotekets laboratorium (4). Fig. 2 viser eksaminationen i faget lægemiddelpræparation. Apoteker Harald Barfoed (1878-1955) ses til venstre i billedet sammen med eksaminander og censorer i apotekets galeniske laboratorium. Dette eksamensansvar måtte naturligvis medføre en udvælgelse af særligt kompetente farmaceuter til lederstillingen som apoteker. Apotekets historie viser da også helt klart, at dets indehavere, apotekerne Preben Hempel, Alfred Valdemar Krarup, Johannes Siim og Harald Barfoed, var meget kompetente fagfolk (4, 10). Ud over ansvaret for dele af den farmaceutiske medhjælpereksamen har flere af apotekerne også virket som censorer ved den farmaceutiske kandidateksamen. Af videnskabelig forskning kan nævnes Krarups undersøgelser på Landbohøjskolens Forsøgslaboratorium over havre med henblik på fedtrige typer. Endvidere Siims botanisk/farmakognostiske forskning i Marburg over *Hyoscyamus niger* (bulmeurt), som resulterede i den filosofiske doktorgrad (dr.phil.), idet dr.pharm.-titlen først blev indført i 1942 (5). Her til kommer en fremtrædende indflydelse på den faglige udvikling, som



Fig. 4. Delfin Apotekets ekspeditionslokale, officinet. I baggrunden ses indgangen til recepturen.



Fig. 5. Cand.pharm. Ejner Vikjær Andersen i recepturen, hvor den individuelle medicin tilberedes. Til højre ses udgangen til officinet.

fremgår af Hempels arbejde i Farmakopékommisionen og som assessor pharmaciae i Sundhedskollegiet. En skelsættende begivenhed i apotekernes historie var oprettelsen af DAK-Laboratoriet ved apoteker Barfoed, men herom senere.

Apoteket – dets virksomhed og lægemidler

Efter denne præsentation af apotekets chefer skal der gives et billede af apoteket, dets virke og lægemidler. Som et københavnsk forstadsapotek af en vis størrelse kunne personalet tælle omkring 15 personer, som omfattede 4-5 farmaceuter (kandidater og apoteksmedhjælpere), adskillige defektricer (i dag benævnt farmakonomet), ufaglært personale til flaskeskylleriet og fying af dampkedlen i kælderen og budet, der bragte medicinen ud til kunderne, samt elever, det vil sige apoteksdisciple og defektriceelever. Arbejdstiden var lang, og den vagthavende farmaceut kunne med en klokke vækkes om natten til en ekspedition i apotekets ekspeditionslokale, officinet.

På apoteker Barfoeds tid fremtrådte Delfin Apoteket som vist på fig. 2-9. Ved publikums indtræden i apoteket mødte deres blik det farverige og



Fig. 6. Cand.pharm. Ole Kaj Constantin Hansen ved dampbordet i galenisk laboratorium i kælderen, hvor safter fremstilles i større skala.

*Fig. 7. Apoteks-
kælderen, hvor
salver opbevares
køligt i stentøjs-
krukker.*



smukke officin med den karakteristiske apotekerduft (Fig. 4). Recepten, skrevet på latin, blev afleveret ved skranken. Var det færdig-medicin gik det hurtigt, men en indviklet præparation i recepturen kunne tage tid. Så kunne øjet frydes over de snorlige rækker af smukke flasker og porcelænskrukker samt de talrige skuffer i ædel træsort. Recepturen lå ved siden af officinet, og her blev medicinen tilberedt til efterfølgende udlevering ved skranken. Fig. 5 viser den ansvarlige farmaceut (receptaren), som tilbereder den individuelle medicin. Her udrides zinkhvidt (zinkilte) med vaselin til zinkpasta i en porcelænsmorter ved hjælp af en pistil. Salven har en svag antiseptisk og adstringerende virkning, som blev anvendt ved mange hudlidelser. Fenolholdigt tjære, fint svovlpulver eller hudirriterende midler som pulveriseret spansk flue kunne også anvendes i salver. Her må man erindre, at tiden ikke rådede over kendskab til patogenesen bag hudlidelserne, og derfor var det ikke muligt at forske i lægemidler med specifik målrettet virkning. De mange standflasker, som ses på billedet, indeholdt halvfabrikata, som var produceret i apotekets laboratorium til brug for tilberednin-

gen af den individuelle medicin i recepturen. Fremstilling af piller var tidskrævende. Lægemiddelstoffet blev udrevet med pulveriseret lakridsrod og andre hjælpestoffer, hvorefter blandingen blev fugtet med glycerin eller sukkersaft til en plastisk masse, som blev udrullet til en lang streng på et pillebræt. Strengen blev herefter gennemskåret til 50 fragmenter ved hjælp af et pillejern, og de blev herefter trillet til kuglerunde piller.

Laboratoriet var apotekets stolthed, for her blev der produceret lægemidler i større skala, og et mindre analyselaboratorium tillod kontrol af råvarer og færdig medicin. Fig. 6 viser dampbordet, hvor man kunne opnå en skånsom kogning af safter. Et rørsystem forsynede en række dobbeltvæggede gryder med damp fra dampkedlen i kælderens. Her blev der fremstillet store mængder af hostesaft som ipecacuanha- og senegasaft. Røddernes indhold af alkaloider og saponiner betingede den ekspektorerende virkning (11, 12). En hostestillende virkning blev opnået med kodeinsaft. Særlig populær var det spiritusholdige lakridsudtræk Kongen af Danmarks Brystdråber, der tillige indeholdt anis- og fennikelolie samt ammoniakvand. Den blev produceret i store balloner på 50 liter og gav apoteket en god omsætning. Når det sidste udtræk fra lakridsrødderne skulle presses ud af



Fig. 8. Cand.pharm. Ole Kaj Constatin Hansen arbejder i kælderlaboratoriet med den lille gasfyrede autoklave til sterilisation af injektionsmedicin. Til venstre på bordet ses filtrering af opløsninger til fremstilling af hostesaft.



*Fig. 9. Produktion af
tabletter ved hjælp
af tabletmaskine.*

plantematerialet, var differentialpressen et meget effektivt redskab. Differentialpressen ses til venstre på Fig. 6.

De mange infektiøse hudlidelser og parasitært betingede lidelser som fnat krævede megen salvebehandling. Salver eller halvfabrikata heraf blev i stor skala fremstillet i laboratoriet. Lægemidlet blev udrevet med salvegrundlag som vaselin, lanolin og olivenolie. Salvemøllen var redskabet til at udrydde de faste partikler, så salven blev fin og lind. Salver blev opbevaret i stentøjskrukker i den svale apotekskælder (Fig. 7).

Fremstilling af sterile lægemidler som injektionsvæsker og øjendråber krævede en autoklavering. Den blev indført i 1930'erne. Fig. 8 viser laboranten, som skruer låget på autoklaven, således at ampullerne kan varmebehandles ved 120°C i 20 minutter. Fremstillingen var efterhånden blevet avanceret. Tidligere ville farmaceuten have opløst lægemidlet i destilleret vand, som ikke nødvendigvis var sterilt, hvorefter opløsningen blev fyldt på glas med korkprop. Med den nye teknik var risikoen for vækst af mikroorganismer stærkt reduceret, ligesom indhold af korkpartikler var elimineret.

Også tabletfremstillingen vandt indpas på apotekerne i 1930'erne og blev efterfølgende en væsentlig del af apotekets daglige arbejde. Tabletfremstillingen afspejler en teknologisk udvikling, som muliggjorde masseproduktion af lægemidler på apotekerne i konkurrence med lægemiddelinindustrien. Apotekets tabletmaskine (Fig. 9) kunne producere omkring 5.000 tabletter pr. time.

Stærkt medvirkende til tabletfremstillingens fremmarch på apotekerne var, at Danmarks Apotekerforening, hvor apoteker Barfoed var næstformand, i 1922 etablerede DAK-Laboratoriet, Danmarks Apotekerforenings Kontrollaboratorium, som fra 1924 udgav bøger med titel af »DAK-Præparater«, indeholdende forskrifter for erstatningspræparater for industriens lægemidler, heriblandt tabletpreparater.

Apotekerne oplevede imidlertid en stigende konkurrence fra lægemiddelinindustrien, som betød en stadig dalende lægemiddelfremstilling på apotekerne til fordel for industrien. Afviklingen af apotekernes lægemiddelfremstilling, inklusive tabletproduktionen, sluttede i 1990, og siden da foregår al lægemiddelfremstilling i industrielt regi. I dag er det apotekernes opgave at varetage udlevering af lægemidler samt at yde rådgivning om sikker brug af medicin, sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Historien om Delfin Apoteket i København slutter med apotekets nedlæggelse i 2002. Som for mange andre nedlagte apoteker blev lokalerne herefter anvendt til cafévirksomhed.

I 1933 lod apoteker Harald Barfoed Delfin Apoteket gennemfotografere. Fotografierne blev indsat i to album, der blev opbevaret på apoteket. Tidligere hospitalsapoteker Erik Dauv-Pedersen affotograferede billederne i 1995 og digitaliserede efterfølgende disse. Fig. 2-8 viser et udvalg af disse fotografier, medens Fig. 1 og 9 hidrører fra Dansk Farmacihistorisk Samling.

Litteratur

1. København fra Absalon til i dag. Kraks Tidstavler. Kraks Legat. København, 1953: 9.
2. Salmonsens Konversations Leksikon. 2. udg. Vol 3. København: Schultz Forlag, 1915: 745-7.
3. Salmonsens Konversations Leksikon. 2. udg. Vol 14. København: Schultz Forlag, 1923: 365.
4. Dam E, Schæffer A. De Danske Apotekers Historie. Vol 3. København: Levin & Munksgaards Forlag, 1933: 446-54.
5. Kruse PR, Møller N. Apotekervæsenets historie i Danmark. København: Danmarks Apotekerforening, 2001.
6. Dansk Biografisk Leksikon. Vol 26. København: Schultz Forlag, 1944: 439-43.
7. Dansk Biografisk Leksikon. Vol 26. København: Schultz Forlag, 1944: 575-86.
8. Kofod H. Fra mesterlære til akademisk studium. Træk af dansk farmaceutisk uddannelses historie. Archiv for Pharmaci og Chemi 1967; 74: 1129-41.
9. Veibel S. Kemi i Danmark. Vol 1. Kemiens historie i Danmark. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, 1939.
10. Schæffer A. De Danske Apotekers Historie. Vol 5. København: Danmarks Apotekerforening, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, 1966: 314-6.
11. Poulsson E. Lærebog i Farmakologi for Læger og Studerende. Kristiania: H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard), 1908: 137-42.
12. Møller KO. Farmakologi. Det teoretiske grundlag for rationel farmakologi. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, 1958: 467-71.

Summary

Pictures from the Dolphin Pharmacy in Copenhagen

Poul R. Kruse, Edith Kruse, Svend Norn and Henrik Permin

The development of the pharmacy in the 19th and 20th centuries is illustrated by education and activity in the Dolphin Pharmacy in Copenhagen. The career within chemistry and pharmacy started with an apprenticeship of 4 year in the pharmacies. The Dolphin Pharmacy was responsible for part of the examination, i.e. the examination of the preparation of medicine. Passing the examination the chemist's assistant was free to prepare and to dispense medicine. Graduation as a pharmaceutical candidate was necessary to obtain license. Lectures in chemistry, physics, pharmacy, botany and pharmacognosy were obtained at the University of Copenhagen and the Polytechnic, but no curriculum was available. A rational education was obtained later on by the establishment of the School of Pharmacy in 1892. The proprietor pharmacists of the Dolphin Pharmacy were excellent scientists who contributed to the development of pharmacy. Pictures of the pharmacy from about the 1930s show the manufacture of medicines on the basis of a prescription and a pharmacopoeia. Ointments containing zinc white, sulphur and tar were used for various skin diseases and for the tiresome cough; cough mixtures containing codeine or extract of ipecacuanha root were used. In the 1930s the medicine for injection was sterilized and the tablet machine was the breakthrough for a rational production in the pharmacy. However, at the end of the 1900s it was no more possible to compete with the pharmaceutical industry and all the production of medicine was taken over by the industry.

Dansk Medicinsk-Historisk Selskab

Beretning 2006 præsenteret og godkendt ved selskabets generalforsamling 8. febr. 2007

Der blev afholdt ordinær generalforsamling d. 22. februar 2006.

Efter valg og efterfølgende konstituering fik bestyrelsen følgende sammensætning.

Speciallæge i samfundsmedicin
Nils Rosdahl (formand)
Borgevej 22, 2800 Lyngby
Tlf. 4588 3427
nrosdahl@dadlnet.dk

Professor, dr.pharm. Poul R. Kruse
(næstformand)
Pharmacon a/s
Milnersvej 42, 3400 Hillerød
Tlf. 4820 6000
epkruse@webspeed.dk

Cand.phil., ph.d. Bodil Haarmark
(sekretær)
Nordskrænten 27, 2980 Kokkedal
Tlf. 4557 1814
bodilhaarmark@hotmail.com

Overlæge, dr.med. Henrik Permin
(kasserer)
Medicinsk Klinik 1
H.S Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV
Tlf. 3531 3531
henrikpermin@hotmail.com

Forskningsassistent, cand.mag, ph.d.
Søren Bak-Jensen
Medicinsk Museion
Fredericiagade 18, 1310, Kbh. K
Tlf. 3532 3806
sbj@mm.ku.dk

Overlæge Karin Garde
Sct. Hans Hospital
4000 Roskilde
Tlf. 4633 4633
Karin.garde@shh.regionh.dk

Professor, dr.odont. et med.
Inger Kjær
Tandlægeskolen
Panuminstituttet
Nørre Allé 20 2200 Kbh. N
ik@odont.ku.dk

Bestyrelsen afholder normalt møder forud for de videnskabelige foredragsaftener, men har i 2006 også holdt to længerevarende aftenmøder. I møder deltager vanligtvis også

formanden for Medicin Museions Venneforening. Formandskabet har i 2006 skiftet fra professor em., dr.med. Mogens Osler til tidl. overlæge Sven Erik Hansen.

Selskabet havde ved udgangen af beretningsåret 261 medlemmer. Kontingentet er fortsat 200 kr. for ordinære medlemmer og 100 kr. for studerende.

Da vort selskab efter bemyndigelse fra generalforsamlingen i 2005 blev selskab optaget i Dansk Medicinsk Selskab, fik vi det år tilskud til dækning af udgifter til en udenlandsk foredragsholder. Det blev ikke anvendt i 2006, da vi udelukkende havde danske foredragsholdere. DMS har nu annonceret, at der også skal betales et lille kontingent for ikke-lægelige medlemmer, hvilket bestyrelsen finder skal afholdes inden for det ordinære kontingent.

Bestyrelsen har været fokuseret på i størst mulig udstrækning at **inddrage medlemmerne i selskabets liv**. Vi har derfor i flere breve end normalt orienteret om aktiviteterne. Brevene har normalt været udsendt i forbindelse med fremsendelse af publikationer. De snart adskillige opfordringer om at medlemmer fremsender deres email-adresser har ikke båret frugt i en sådan udstrækning, at vi kan benytte denne metode til orientering.

Et særligt initiativ har været en opfordring til medlemmerne (og evt. andre) om at skrive **erindringer** fra deres professionelle liv i sundhedsvæsenet. Selskabet har indgået en aftale med Medicinsk Museion om, at disse erindringer kan indgå i dets arkivalier med de beskyttelsesklausuler, som forfatterne måtte ønske. Der er kommet nogle henvendelser, og bestyrelsen

vil gerne gentage opfordringen. Henvendelse til ph.d. Søren Bak-Jensen, sbj@mm.ku.dk eller Medicinsk Museion, Fredericiagade 18, 1310 Kbh. K.

Vi har endvidere i bestyrelsen indgående drøftet, hvorledes man har kunnet **spredde kendskabet til selskabet**. Det har medførte forskellige initiativer. Der er blevet udarbejdet en "flyer", der kort fortæller om selskabet. Den bruges til fremlægning ved møder, hvor potentielle medlemmer er til stede. Jeg har skrevet en kort artikel om selskabet i det medlemsblad, som lægekredsforeningen for Region Hovedstaden udgiver. Der har i slutningen af året været en lille men glædelig stigning i medlemstallet.

Bestyrelsen har et stort ønske om at rekruttere unge og yngre medlemmer. Vi har derfor besluttet at udskrive en **konkurrence om den bedste medicinhistoriske studenteropgave** med en pris på 10.000 kr. Konkurrencen er åben for alle studerende ved de lange, videregående uddannelser, idet man dog har undtaget egentlige afsluttende specialer. Ved årets afslutning var der indkommet tre forslag, og efter en sagkyndig bedømmelse har bestyrelsen besluttet at tildele prisen til Nadia Lyhne Larsen for hendes OSVAL 2-opgave "Hysteriets eksistens" med uddeling ved generalforsamlingen. Prisvinderen er på tidspunktet for generalforsamlingen blevet cand. med.

Bestyrelsen har endvidere besluttet at man efter ansøgning kan støtte et yngre medlem under 40 år, (som dog skal have været med-

lem i mindst ét år) i forbindelse med en kongresrejse, hvor den pågældende har fået antaget et foredrag. Støtten er op til 10.000 kr. for dokumenterede udgifter.

Et særligt initiativ har været bestyrelsens beslutning om at foretage en **modernisering af selskabets vedtægter**, der sidst blev revideret i 1981. Vi ville gerne åbne for muligheden af at få 'institutions-medlemmer' og vi ville også gerne føre vedtægterne up-to-date på områder, hvor der allerede var sket ændringer i selskabets funktioner. Vi fandt det også naturligt, at vi i forbindelse med vedtægtsændringen også fastsatte nye valgeregler med begrænsninger af bestyrelsesmedlemmers funktionsperiode.

Bestyrelsens forslag til vedtægtsændringer blev enstemmigt vedtaget ved den ekstraordinære generalforsamling 7. december 2006.

Bestyrelsen har i forbindelse med fremlæggelsen af vedtægtsændringerne tilkendegivet, at alle medlemmer ville betragte sig som værende på valg, hvis vedtægterne også bliver vedtaget ved den ordinære generalforsamling. Under alle omstændigheder vil kun to medlemmer af bestyrelsen være villige til genvalg. Der skal derfor under alle omstændigheder findes en ny formand og et antal nye medlemmer til bestyrelsen.

Alle medlemmer har nok den mest konkrete kontakt med selskabet ved modtagelsen af **Dansk Medicinhistorisk Årbog**, der normalt kan udsendes inden jul, hvilket

beklageligvis ikke lykkedes i 2006. Udgivelsen af årbogen er muliggjort ved økonomisk støtte fra **Cand. Pharm. Povl M. Assens Fond**. Fra selskabet har overlæge, dr.med. Henrik Permin og professor em., dr.med. Henrik Wulff deltaget i redaktionen. Der synes at være relativt ukendskab til mulighederne for at publicere medicinhistoriske artikler her, og medlemmerne opfordres til at overveje det. Årbogen er et eksempel på samarbejdet mellem vort selskab og Jysk Medicinhistorisk Selskab og Medicinsk Historisk Selskab for Fyn. Det kunne dog være en overvejelse værdt at få vurderet, om der kunne være andre områder for samarbejde, fx fælles invitation af udenlandske forskere. Jeg havde derfor foreslået et fælles møde mellem formændene for de tre selskaber, som desværre ikke kunne gennemføres i 2006.

Vi har i 2006, i lighed med tidligere år, udsendt **Medicinsk Museions Årsskrift** til alle medlemmer og har ydet et ikke ubetydeligt økonomisk bidrag.

Bestyrelsen har haft en principiel diskussion om selskabets politik vedrørende udsendelse af medicinhistoriske bøger. Den endte med, at vi fandt det mest konstruktive vil være, at selskabet kun udsender bøger til medlemmer, der eksplicit ønsker dem. Dette vil fremtidigt også gælde for Årsskriftet men dog ikke for Årbogen.

Konkret har selskabet haft mulighed for at købe et antal bøger til normalt til stærk reduceret pris, og de er så blevet tilbudt medlemmer-

ne og udsendt i den orden bestillingerne er indkommet. Det har vist sig, at efterspørgslen er omkring 30 eksemplarer pr. bog.

Selskabets politik på dette område er bl.a. muliggjort, også i 2006, af en generøs donation fra **Kommunelæge Vilhelm Christian Eilshou Holms Legat**.

I beretningsåret har der været tale om følgende højer:

Mogens Osler: Præventionens og familieplanlægningens historie.

Aja Høy Nielsen: Emil Cold 1865-1953, Læge i Esbjerg.

Ib Brorson, E.Mortensen, John Sjöberg: Under den grønne fane (armeens læge-etat 1848-1850)

Selskabet har arrangeret følgende foredrag og andre arrangementer i beretningsåret:

22 februar: (efter generalforsamlingen)

1. Dr.med Inge Reimann:

Simon Crügers betydning for udvikling af kirurgien i Danmark

Abstract: En vigtig milepæl i kirurgiens historie i Danmark var udskillelse af kirurgien fra barbervæsenet, som fandt sted i 1700-tallet. Tiden var moden til at højne kirurgien, således som det var sket flere steder i Europa. Især Frankrig var forbilledet. I 1736 udnævnte Christian d. VI Simon Crüger til generaldirektør for kirurgien i Danmark og Norge. Det indebar, at han blev leder af det nyoprettede Theat-

rum anatomica-chirurgicum beliggende i Købmagergade. Det var en stilling som indbefattede undervisning og eksamination med efterfølgende eksamen i fagene anatomi og kirurgi. Han styrede alle sager inden for kirurgien endeligt; det gjaldt også udnævnelser, og han havde især inden for universitetet mange fjender. Han ønskede at bevare den kirurgiske uddannelse som en selvstændig uddannelse adskilt fra universitetet, en adskillelse som før øvrigt varede til 1842. Han var utvivlsomt en fremragende kirurg, en dygtig underviser og administrator, men han var ikke nogen lærd videnskabsmand. Han bør huskes bl.a. for sin fornyelse i uddannelsen af de tidligere håndværksuddannede barberkirurger til kirurger.

2. Professor em., dr.med. Mogens Osler

Træk af fødselstangens historie.

Resumé : Først så sent som i begyndelsen af 1600-tallet begyndte "lægerne" at udvikle instrumenter til brug ved langvarige, komplicerede fødsler, der ikke kunne afsluttes ved naturen og derfor ubehandlede ville føre til både moderens og fostrets død. De fleste af disse instrumenter var beregnet til at destruere fosterets hoved og formindske dets omfang og derefter trække fosteret ud.

Midt i 1600-tallet opfandt Peter Chamberlen d. Ældre den ikke-beskadigende fødselstang men holdt tangens konstruktion hemmelig. Omstændighederne herom gennemgås i foredraget. I begyndelsen af 1700-tallet slap hemmeligheden

ud, og der er siden udarbejdet en lang række tangmodifikationer. De væsentligste af disse gennemgås i foredraget. Først så sent som i sidste halvdel af 1900-tallet blev tangforløsninger stort set erstattet af forløsning med vacuum extractor (sugekop). De forskellige tangtyper vil blive demonstreret i tilslutning til foredraget.

22. marts:

Museumsinspektør, cand.comm., ph.d. Camilla Mordhost, Medicinsk Museion

Kuriositeter, Kategorier og kundskaber: Ole Worms renæssancemuseum i et medicinsk perspektiv

Resumé: I 1622 overtog Ole Worm professoratet i medicin. I de samme år anlagde han en samling, der skulle blive ét af de mest berømte museer i Europa i samtiden. Med udgangspunkt i den velkendte frontispice fra museumskataloget Museums Wormianum vil Worms indsamlingsbestræbelser og systematik blive fremlagt og sat i relation til hans forskning.

Hvad der ved første øjekast ligner en broget samling af konkylier og koraller, fuglefødder, fisk og figurer, ski og skjolde viser sig ved nærmere analyse at aftegne en særlig videnskultur, som udfoldede sig i tidligt moderne museer i Europa. En videnskultur, der forenede det undersøgende med det undervisende, det kategoriserbare med det kuriøse.

19. april:

Professor em., dr.med. Ernst Goldschmidt og ph.d.-stipendiat, læge Nina Jacobsen, Dansk Institut for

forskning i nærsynethed

Nærsynethed og livsstil i et historisk perspektiv.

Resumé: Resume: Fra de senere år er der publiceret myopidata fra Taiwan, Hong Kong og Singapore med prævalenser over 90%. Tilsvarende data var kendt fra Sverige og Norge i slutningen af 1800-tallet, men myopifrekvensen i de højere svenske skoler aftog dramatisk i de følgende årtier, muligvis som følge af skolehygiejniske foranstaltninger. I Danmark har prævalensen været ret stabil gennem ca. 125 år med omtrent ti gange så mange nærsynede blandt studerende som blandt ufaglærte.

Hvorfor bliver børn nærsynede? Det ved vi stadig ikke, men sikkert er det, at både arvelige faktorer og forhold i miljøet spiller en rolle. I et aktuelt ph.d.-studie undersøges betydningen af uddannelse, motion og kost medinddragende historiske data.

29. april:

Forårsudflugt til **Statens Serum Institut.**

Administrerende direktør, dr.med. Nils Strandberg Pedersen berettede om instituttets historie, dets opgaver gennem tiderne og om de potentielle mikrobiologiske udfordringer i fremtiden.

Han demonstrerede herefter instituttets nyligt åbnede vaccineproduktionsafdeling sammen med afdelingens chef i Miljø og sikkerhed, biosafety officer ph.d. Vibeke Halckjær-Knudsen. (medlemmer fra Dansk Farmacihistorisk Selskab var medindbudt)

7. september:

Overlæge Karin Garde, Sct. Hans Hospital.

Professionelle kvinder i psykiatrien

Resumé: Foredraget beskæftiger sig med de uddannede kvinder, som søgte ind i psykiatrien fra de sidste årtier af 1800-tallet frem til ca. 1960.

Sygeplejerskerne var de første, fulgt af læger, og senere i 1900-tallet kom hele den tværfaglige gruppe af psykologer, beskæftigelsesterapeuter, socialrådgivere, fysioterapeuter og lærere, først i den nyoprettede børnepsykiatri, senere i den almene psykiatri.

De kvindelige lægers indtog i lægestanden var tornestrøet. De blev mødt med betydelig mistro, dels på grund de formodninger, der florerede om deres motivation for at blive læger, såsom at de var drevet af et seksuelt motiv, eller omvendt - at de var kønsløse, dels var der skrækblandede fantasier om faren ved, at en kvinde kunne blive en mands overordnede.

I den psykoanalytiske bevægelse var de kvindelige læger og psykologer langt mere velkomne og prægede bevægelsen langt mere end i den almene psykiatri, hvor de kvindelige psykiatere efterhånden fandt deres plads især i lavprestigeområder som geronto- og børnepsykiatri.

Endelig beskrives det aktuelle hierarki i psykiatrien.

5. oktober: **Overlæge Torsten Sørensen, Gyn/obst afd. Kolding Sygehus**

Træk af ovariotomiens historie - Privathospitalet på Jelling Mark
Foredraget blev med kort varsel

aflyst på grund af sygdom. Det vil søgt blive afholdt i foråret 2007.

Professor em., dr.med Mogens Osler gav med ultrakort varsel en redegørelse om Foreningen for Familieplanlægning (nu Sex & Samfund) og dens 50-årige historie.

9. november: **overlæge Sven Erik Hansen**

Udviklingen af glukokortikoidhormoner som lægemiddel et forløb gennem mere end 150 år.

Resumé: I 1949 blev binyrebarkhormonet kortisons indgribende terapeutiske effekt påvist ved behandling af patienter med kronisk leddegigt. Optakten til dette gennembrud startede i 1849 med Addisons første kliniske observationer af patienter med mangeltilstande på dette hormon og med Brown-Séquards forsøg på sig selv med injektion af testikelekstrakt fra dyr i 1889. Udviklingen er gået videre ad tre konvergerende linier: farmaceutisk udvikling af og klinisk brug af organoterapi - behandling med, oftest svagt virkende, ekstrakter af endokrine organer og mange andre biologiske substanser. For det andet fysiologisk forskning om de endokrine kirtlers og hormonernes funktion, og for det tredje afklaringen af hormonernes kemiske struktur. Da man efter 1949 hurtigt blev klar over kortisonets anvendelsesmuligheder ved en bred vifte af sygdomme kunne efterspørgslen slet ikke imødekommes. Det viste sig nemlig meget vanskeligt og kostbart at fremstille det syntetisk. Som en erstatning for

kortison blev en allerede kendt omvej taget i brug: ekstrakter fra hypofysen med det binyrebarkstimulerende hormon ACTH. Samtidigt forsøgte man med transplantation af hypofyser fra dyr til mennesker og med forskellige metoder til hos patienter at stimulere hypofysens egenproduktion af ACTH. Men i de følgende år fandt den farmaceutiske industri i et hektisk kapløb frem til nye produktionsveje for kortisonlignende stoffer med udgangspunkt i plantematerialer og med benyttelse af mikrobielle enzymesystemer, og fra 1955 fik man uhindret adgang til steroid-præparater med kortisoneffekt som stadig benyttes i dag.

Min gennemgang vil fokusere på optakten til gennembruddet i 1949 og på den videre udvikling fra 1949 til 1955.

Torsdag 7. december kl. 19.30

Fhv. overlæge Ib Brorson. "Danske læger under den grønne fane; rammerne for Armeens Læge-Etat i krigen 1848-1850"

Resumé: Kort om oprettelse af Armeens Læge-Etat som følge af den slesvig-holstenske opstand d. 24. marts 1848. Herunder en status over militærlægernes tjenstlige forhold, over de bestående militære sygehuse og "Lazaret-Inventar-Depoter".

Formålet med Krigsministeriets "Cirkulære m.h.t. Armeens Læge-Etat" af 26. marts 1848.

Opbygningen af krigssanitetstjenesten, dens kapacitet, udstyr m.v. baseret på hovedpunkterne i "Plan til Sundhedstjenestens Gang på

Armeens Krigsfod 1848" og de følgende års bestemmelser.

Sanitetspersonalets opgaver, herunder dets fastlagte samarbejde med Armeens Intendantur.

Beskrivelse af patientfordeling i lazaretter og rekonvalescentdepoter samt pensionsforhold ved dødl og invaliditet.

Beskrivelse af de sanitetsmæssige forhold efter udfaldet fra Fredericia og slaget ved Isted samt en gennemgang af tabstallene i de tre krigsår, herunder dødsårsager som krigslæsioner, ulykker, sygdom og selvmord.

Forud for dette møde blev der afholdt ekstraordinær generalforsamling., hvor bestyrelsens forslag til ændrede vedtægter blev enstemmigt vedtaget.

Bestyrelsen håber, at medlemmerne vil følge selskabets aktiviteter gennem vor hjemmeside, www.dmhs.suite.dk der også indeholder links til andre interessante nationale og internationale hjemmesider om medicinhistorie med annoncering af møder m.v.

Nils Rosdahl

Jydsk Medicinhistorisk Selskab

Beretning 2006

Bestyrelsen efter general-
forsamling den 8. maj 2007

Formand: Overlæge, dr. med.
Bjarne Møller-Madsen
e-mail: bmm@neuro.au.dk

Næstformand: Professor, dr. med.
Markil Gregersen
e-mail: mgr@retsmedicin.dk

Kasserer: Overlæge, lic.med. Mag-
ne Juhl
e-mail:
magne.juhl@sygehusviborg.dk

Sekretær: Museumsinspektør,
mag.art. Hanne Tegllhus
e-mail: hanne.tegllhus@si.au.dk

Professor, dr. med. Albert Gjedde
e-mail: albert@pet.au.dk

Sygeplejerske Aja Høy-Nielsen
e-mail: hoy@esenet.dk

Overlæge, dr. med. Ulrik Pedersen
e-mail:
ulrikpedersen@hotmail.com

Overlæge Frank Mirz
e-mail: frank@mirz.dk

Læge, ph.d. Lene Warner Boel
e-mail: lwboel@dadlnet.dk

Medlemstal ved udgangen af 2006:
148

Medlemskontingent kr. 200, stude-
rende kr. 100.

Følgende møder og aktiviteter har
været afholdt i selskabet:

Tirsdag den 28. februar
Tema: Den spanske syge

Museumsinspektør, ph.d. i kunsthistorie Mette Kia Krabbe Meyer:

Som en høj, sort bølgering, Jørgen Stein og den spanske syge

Direktør Lars P. Nielsen, Statens Seruminstitut, Afdeling for Virologi, København:

Den Spanske Syge – genoplivning af et virus

Onsdag den 29. marts

Tema: Polioepidemien

Overlæge dr. med. Ellen Errebo Larsen:

Polio. En sygdom som næsten er udryddet.

Tidligere overlæge Ole Juhl, Aalborg:

En ung læges oplevelser i 1952-53 under polioepidemien

Tirsdag den 9. maj

Generalforsamling

Tema: *Difteri*

Tidligere overlæge, dr. med. Klaus Jensen, Sverige (tidl. Statens Serum Institut, København):

Forfatter af bl.a. Bekæmpelse af infektionssygdomme - Statens Serum Institut 1902 - 2002. Heri beskrives bl.a. hvordan Statens Serum Institut blev etableret for 100 år siden for at sikre fremstilling og forsyning af serum til behandling af danske patienter med den dødelige halsbetændelse difteri.

Årsudflugt

- Lørdag den 16. september

Medizin- und Pharmaziehistorische Sammlung der Universität Kiel, en rundvisning på Universitetshospitalet og Slesvig Domkirke med Bordesholmaleret.

Udflugten arrangeret i samarbejde med Medicinsk Historisk Selskab på Fyn.

Onsdag den 8. november

Pens. Generallæge Svend Trier, Århus:

Embedslægekursus for 50 år siden

Der blev vist en kortere film i forbindelse med foredraget.

Museumsinspektør Hanne Teglhus viste rundt i Steno Museets særudstilling:

REFLEKSION – Ole Worms kabinet og renæssancen

Tirsdag den 5. december (julemøde)

Overlæge dr. med. Peter Kramp:

Træk af retspsykiatriens historie

Efter foredraget serveredes ost og rødvin

Hanne Teglhus

Medicinsk Historisk Selskab for Fyn

Årsberetning 2006

Bestyrelsen efter valg og konstituering efter generalforsamlingen 13. februar:

Overlæge Niels Kristoffer Jensen,
Elmelundsvej 24, 5200 Odense V,
formand

Overlæge, dr.med
Flemming Brandrup,
Vestergade 30, 5600 Faaborg,
næstformand

Speciallæge Søren Meltofte,
Middelfartsvej 79, Blanke,
5466 Asperup,
kasserer

Tandlæge
Marianne Gjerløv Lauritzen,
Holger Bisgaardsvej 1,
5620 Glamsbjerg,
kasserer

Gudrun Hauge,
Musvågevej 95, 5210 Odense NV

Lektor Bernard Jeune,
Klaregade 23, 5000 Odense

Apoteker Allan Kelbæk,
Hesselager Apotek,
Langgade 5, 5874 Hesselager

Professor, overlæge, dr.med. Hans
Jørn Kolmos, Carl Baggers Alle
2A, 5220 Odense SV

Apoteker Nis Clausen,
Rugvang 35, 5210 æresmedlem

Afdelingsleder
Bent Collatz Christensen,
Svalevænget 10, 5210 Odense NV,
æresmedlem

Cheflæge Ib Søgaard,
Vinkelvej 24, 7900 Nykøbing Mors
tilforordnet

Professor, dr.med.
Jens Zimmer Rasmussen,
Olaf Ryesgade 5, 5000 Odense C,
tilforordnet

Formandsberetning: Ved udgangen af 2006 har selskabet 61 medlemmer. Kontingentet 200 kr. 100 kr. for studerende

22. oktober døde en af selskabets æresmedlemmer, nemlig apo-

teker Nis Clausen. Han havde været med fra stiftelsen af selskabet, og havde i mange år fungeret som særdeles samvittighedsfuld kasserer. Vi vil mindes ham med taknemmelighed som en af selskabets pionerer.

Der har i årets løb været afholdt følgende møder og udflugter:

Generalforsamling og møde 13.

februar: Til bestyrelsen genvalgtes Flemming Brandrup, Niels Kristoffer Jensen, Marianne Gjerløv Lauritzen. Frank Vous Kristiansen ønskede at udtræde, i hans sted valgtes Søren Meltofte. Eskil Thybo genvalgtes som revisor, mens Palle Gad nyvalgtes.

Ved det efterfølgende møde fortalte

Cand.phil., ph.d. Bodil Haarmark om "Tidlig dansk industridesign: apoteksemballage og -etiketter.

Møde 3. april: Peter Bützer: Nobelprisen i medicin og fysiologi 2005 – *Helicobacter pylori* i mavesårets patogenese – et paradigmeskift.

Møde 8. maj: Ole Hartling: Erkendelse – tro eller viden – eller både og?

Møde 25. september: Lektor, dr.phil. Gerda Bonderup: Det Medicinske Politi – forebyggelsespolitikken ca. 1750 – 1860.

Møde 30. oktober: Adjunkt Camilla Mordhorst: Kuriositeter, kategorier og kundskaber. Ole Worms renæssancemuseum i et medicinsk perspektiv.

Møde 11. december: Nick Nyland: Praktiserende læger i Danmark 1900-2000, En professions historie.

Udflugt lørdag 16. september: arrangeredes som sædvanligt sam-

men med Jysk Medicinhistorisk Selskab, i år tilmed med deltagelse af også med nogle fra Dansk Medicinsk Historisk Selskab fra København, som en Bustur til Sydslesvig. I Slesvig besøgte vi Sct. Petri Domkirke med det i den danske kanon optagne "Brüggemann-Alter" og også Frederik IIs gravmæle inden turen gik til Kiel, hvor frokosten blev indtaget på Universitetets restaurant. Herefter gik vi til Medizinhistorisches Museum, hvor vi først fik en gennemgang af Universitetets historie og dets relationer til Danmark og dernæst fik en grundig gennemgang af museet samt Universitetshospitalet.

Øvrige meddelelser: Kassereren nedlagde grundet øget egen arbejdsbyrde sit kassererjob omkring 1. dec. Niels Kristoffer Jensen overtager midlertidigt dette indtil generalforsamlingen 2007.

Niels Kristoffer Jensen

Bog anmeldelser

Anmeldelse af: Nick Nyland: De praktiserende læger i Danmark 1800-1910. Træk af det historiske grundlag for almen medicin. Odense uden år. ISBN 8789375874. 334 sider. 333 kr. hos www.SAXO.dk og Alment praktiserende læger i Danmark 1900-2000. En professionshistorie. Odense 2006. ISBN-10: 8789021134, ISBN-13: 9788789021134. 158 sider. 150 kr. hos forf.: nicknyland@dadlnet.dk.

Den første bog er en revideret udgave af forfatterens ph.d. afhandling fra 1999, og forfatteren skriver selv, at den anden bog er en fortsættelse af ph.d. afhandlingen. Nick Nyland skriver i den anden bog, at den handler om praktiserende læger og i første række henvender sig til disse. Det er dog alt for beskedent af forfatteren at nøjes med de praktiserende læger som målgruppe. Nok er begge bøger primært set ud fra sygdomsdiagnostiserende og behandlende lægers synspunkt, men det bliver også i nogen grad ud fra patienternes synspunkt. Forf. giver i den første bog en slags oversigt over de reelle diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder, som stod til rådighed fra tidernes morgen, samt dækningen af den medicinske og kirurgiske service for befolkningerne. En slags medicinens historie, som supplerer de sædvanlige medicinhistorier, der mere fokuserer på de store fysiologiske og medicinske erkendelser gennem tiderne og på koryfæerne, som gjorde opdagelserne.

1800-tallet var det århundrede, hvor humoralpatologien blev forladt og grundlaget for nutidens medicin blev lagt, herunder også sammenlægningen af universitetsmedicinen med den profane, men nok mere nyttige barberkirurgi til enhedsmedicin. Vi får gennem den første bog et godt indtryk af, at alt dette var en proces, og at det ikke skete på én gang. Der var heller ikke så store skel mellem de forskellige slags læger, en læge kunne beherske al diagnostik og terapi! Det var også dette århundrede, hvor samfundet eller staten opdagede, at det kunne være nyttigt ikke alene for borgerne, men også for staten at ofre sundhedstilstanden opmærksomhed. Alt dette beskrives i den første bog. I tilgift får man som en beskrivelse og eksempel på en af datidens praktiserende læger, nemlig digteren og stiftsfysikus Emil Aarestrups forhold som praktiserende læge og noget om hans retssag mod byretsdommer Schwensen i Nysted. Nyland fortæller også, godt nok meget kort, lidt om de forskellige måder at angribe medicinshistorien på: traditionel, social, kritisk og "modkritisk" medicinshistorie. Dette kan være nyttigt for mere jævne læger som nærværende anmelder, men dog også lidt interesserede i historien.

Bog nr. 2 omhandler mere specifikt organiseringen af de alment praktiserende læger, som efterhanden bliver et særligt speciale inden for læge-

gerningen, med bogens ord, fra helfagslæge, hvor huslægen klarede de hele, til delfagslæge, der i stigende grad henviste til speciallæger. De for især den praktiske side af lægegerningen og for sygekasserne relevante del af samfundsudviklingen omtales. I forbindelse hermed kommer forf. ind på mange emner, som ikke alene har interesse for de alment praktiserende læger. Sygekassernes begyndelse blev omtalt i den første bog, men her får vi historien om deres blomstringstid og sluttelige nedlæggelse for at blive erstattet af den rent statsbetalte sygesikring. Der omtales den socialdemokratiske dominans af sygekasserne og om det fordyrende element sygekasserne udgjorde, og med et billede af en sygekasse dominerende på et gadehjørne. Lægerens forhold til sygekasserne var ambivalent. Nu var der jo da ikke kun sygekasser i de store byer, men også på landet, anmelderen husker, at der skulle en rekvisition til lægebesøg hos den praktiserende læge, og jeg skulle hente den hos sygekasse kassereren. Her bestod kontoret kun i et hjørne af kassererens spisebord og kontordamen var hans kone. Den dominerende sygekasser var nu nok i de store byer, men der var også en anden virkelighed. Der er en del om den offentlige sundhedspolitik og lidt om risikoen for nationalisering af lægegerningen, og de praktiserende lægers holdninger og bidrag hertil med op og nedgangsperioder for de alment praktiserende læger.

Begge bøger er smukt illustrerede med mange interessante og oplysende billeder. Vi får historien om, hvorledes befolkningen gik fra at være henvist selvbehandling og "kloge folk" til muligheden for sygdomsforebyggelse og behandling hos en professionel lægestand. I modsætning til medicinhistorie skrevet af professionelle historikere kan vi mærke, at bogen er skrevet af en selv praktiserende læge, og som derfor ved, hvor skoen trykker. Det gør bøgerne lidt mere interessante for en, der selv er læge, men også forfriskende for andre at se lægegerningen fra et lidt andet synspunkt.

Niels Kristoffer Jensen

Anmeldelse af Paul Warwicker: Polio. Historien om den store polioepidemi i København i 1952. Gyldendal 2006. 178 sider. Pris 199,00 kr. ISBN 87-02-04256-8.

Under omtalen af denne bog på bagsideomslaget angives det, at forfatteren havde undret sig over, at endnu ingen havde fortalt historien om dette stykke dansk medicinhistorie, som forløbet af polioepidemien i efteråret 1952 havde været, og som havde givet genlyd over hele verden. Videnskabeligt er historien nok beskrevet, men en sammenhængende beretning indehol-

dende beskrivelser af de medicinske hovedpersoner og set mere ud fra de involverede parter, særligt studenterventilatorernes synspunkt findes ikke. Af denne type findes stort set kun et lille skrift: Polioepidemien i Danmark 1952 -1953, på 24 sider udgivet udgivet af Medicinsk-Historisk Samling, Næstved, omhandlende lidt om forløbet og 7 studenter personlige erindringer om arbejdet som studenterventilatorer.

Warwicker vil med denne bog fortælle en mere sammenhængende historie med en smule om polioens historie, en del mere om den situation, som epidemien i 1952 satte hospitalsvæsenet i, og hvorledes denne katastrofale situation blev grebet an med omtale af den nytænkning i behandlingsprincipper, situationen gav anledning til. Resultatet blev som bekendt en helt ny og effektiv behandling af kronisk respirationsinsufficiens.

Der er lidt om omverdenens og mediernes reaktion, men situationen er nu primært set ud fra studenterventilatorernes verden. Forfatteren har talt med adskillige af de daværende studentervedhjælpere, kaldet ventilatorerne, blandt andre nogle af dem fra Næstved, som har udgivet tidligere omtalte skrift fra Medicinsk-Historisk Samling i Næstved. For mange af de studerende var det deres første introduktion til hospitalsverdenen, til alvorligt syge mennesker, og dette har tydeligvis gjort et dybt indtryk, i særdeleshed da disse unge mennesker kunne føle, at deres indsats gjorde en forskel på liv og død. Mange var kun på 1. del, en del var netop begyndt på studiet, på den dengang såkaldte "kantusse". På sin vis var de helt ukvalificerede. Den eneste kvalifikation de havde, var, at de måtte antages at være i det mindste normalt begavede og forventedes at være tilstrækkeligt ansvarsbevidste. Der var nok en slags instruktion, før man kunne begynde, men mange blev kastet lige ind i arbejdet med kun 5 minutters instruktion fra den mere eller mindre udmattede forgænger. Da det gik hedest til, var der flere, som måtte tage to vagter a 8 timer i træk, jeg hørte endda om nogle, som havde siddet i 24 timer med kun få minutters afløsning en gang imellem. Alternativet havde været, at så havde der ikke været nogen til at trække vejret for patienten.

Udover beretningen om dramatiske start på erkendelsen af muligheden for langvarig kunstig ventilation giver bogen et lille indblik i den hierarkiske struktur af datidens hospitalsvæsen. Henrik Permin giver i et efterskrift et lille rids over Blegdamshospitalets historie og videre skæbne samt korte CV'er for de i bogen omtalte læger, også disse, som dengang kun var studerende.

Rundt omkring i landet må der stadig sidde adskillige (pensionerede) læger som nærværende anmelder, der fik en slags ilddåb på lægegeringen ved at være studenterventilatorventilator i 1952. For sådanne kan bogen være et minde om en betydningsfuld tid i deres ungdom. Også de, der endnu lever af de mange andre personalegrupper, uden hvilke det hele ikke havde været muligt, kan have glæde af at blive mindet om denne periode af deres liv. Ventilatororganisationen var også starten på vagtbureauet,

som siden har været en værdifuld økonomisk hjælp til utallige studerende. For de læger, som ikke har været ventilatør eller vagt, og for alle andre er bogen ikke uden interesse ved at give et lille indblik i, hvorledes "nøden lærte nogen kvinde at spinde," og et indblik i hospitalsstrukturen dengang. Jeg har i det mindste læst bogen med stor glæde og vil gerne anbefale den til andre.

Niels Kristoffer Jensen

Anmeldelse af Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin. Af Morten A. Skydsgaard, Aarhus Universitetsforlag, 2006, 335 sider, 348 kr. ISBN 87 7934 228.

Det er ikke uden grund, at Morten A. Skydsgaard i titlen på sin som bog udgivne og lidt ændrede ph.d. afhandling bruger ordet "og." Bogen er andet og mere end en biografi over Ole Bang (1788 – 1877), den er med Ole Bang som omdrejningspunkt en slags oversigt over udviklingen inden for medicinen i Danmark i første halvdel af 1800-tallet, en tid, som med rette kan kaldes en brydningstid. Den begyndte med den hippokratiske medicins forståelse af sygdommene som en forstyrrelse i ligevægten, i "væskerne," med terapien som en hjælpende hånd til "naturens egen lægende kraft" frem til erkendelsen af den datidige mest betydningsfulde gruppe af sygdomme, de infektiøse, som forårsaget af specifikke agens og med mulighed for ofte specifik terapi og forebyggelse.

Ole Bang oplevede det hele, men om han erkendte den fulde betydning af den sidste tids, af bakteriologiens banebrydende erkendelser, er uvist, og han nåede ikke at forstå den nye laboratoriemedicins betydning for medicinens fremskridt. Han blev født ind i det bedste borgerskab i København, idet hans far var den i København toneangivende og internationalt kendte medicinske professor Frederik Ludvig Bang. Vi får i Skydsgaards bog et lille indblik i de akademiske, borgerlige og intellektuelle cirkler i det dengang lille og vel nok provinsielle København, og i den nepotisme, der karakteriserede dette miljø. Ole Bang blev tyve år gammel kandidat i 1808, herefter licentiat 1810, medicinsk doktor 1813, havde forskellige ansættelser og virkede som huslæge i adskillige år inden han 1818 blev professor i medicin ved Universitet efter stedbroderen Ole Mynsters død og endelig i 1825 overmedicus ved Frederiks Hospital. Efter kandidateksamen skulle han væsentligst leve af praksis som huslæge, hvilket i begyndelsen var sparsomt, men efterhånden blev Ole Bang modellæge med adskillige fornemme patienter og forbindelser helt op i den royale familie. I 1860, efter han var ophørt med de officielle stillinger, var hans indkomst ved praksis

således 9.500 rigsdaler om året, en betragtelig sum og den næsthøjeste lægeindkomst i København.

I samtiden var han således højt agtet, men eftertiden har bedømt ham anderledes og der gives eksempler på de ændrede synspunkter. Ole Bang blev efterhånden opfattet som dels uforstående overfor den lægevidenskabelige udvikling i samtiden og dels en hæmsko for udviklingen. Morten Skydsgaard søger nu en mere retfærdig vurdering, en slags rehabilitering af Ole Bang. Skydsgaard gennemgår Bangs levnedsløb og kommenterer hans personlighed og giver mange eksempler på hans poetiske åre, som gik i arv til barnebarnet Herman Bang. De udviklinger inden for medicinen og lægevidenskaben i tiden, og som Ole Bang var engageret i, gennemgås og kommenteres sammen med Ole Bangs standpunkter her, ligesom Ole Bangs fortjenester inden for undervisning, administration og (sparsomme) forskning gennemgås. Således introducerer Ole Bang den såkaldte Parisermedicin og dets brug af stetoskopet, som Ole Bang dog næppe værdsætter efter fortjeneste, brugen af stetoskopet overlades til andre at videreføre. Han skriver allerede i 1818, at medicinstuderende, som havde obduceret barselslig, fik en barselslignende sygdom, men dette er ikke fulgt op. Han ivrede for en sammenlægning af medicin og kirurgi, hvilket lykkedes i 1838. Han var kritisk overfor laboratoriemedicinen, som ikke i hans tid havde bragt resultater i patientbehandlingen, hvilket også var rigtigt indtil mikrobiologien viste resultater. I kapitlet om "Bang, Fenger og tyfus i en dansk brydningstid" sættes Bang og Fenger op som tilsyneladende modsætninger, men ifølge Skydsgaard er deres terapi den samme. Ole Bang er også i overensstemmelse med Hippokratiske traditioner optaget af meteorologiske forholds indvirken på helbredet samt vandets indflydelse på samme.

I det afsluttende kapitel forsøger Skydsgaard en vurdering. Til Ole Bangs fortjenester må regnes hans interesse for undervisning og hans, i overensstemmelse med Hippokrates, interesse for den enkelte patient, hans bestræbelser for at forene medicin og kirurgi i en samlet universitetsuddannelse og hans i første del af hans karriere videnskabelige indsats, som for eftertiden overskyggedes af hans senere lærebøger og populærvidenskabelige skrifter. Skydsgaard kommer ikke ind på, hvad der ville være relevant, nemlig at Ole Bang ikke fulgte sine begyndende videnskabelige indsatser op, og det er vel, hvad man i dag kunne bebrejde Ole Bang.

Skydsgaard kommer via Ole Bangs interesser ind på mange af tidens problemer udi medicinen. Det er næsten et kompendium over tidens medicin. I alt fald bliver læseren grundigt orienteret om de emner, der var oppe i tiden. Vi får indtryk af, at ideologiskift ofte er en proces over tid, og at flere ideologier kan eksistere samtidigt. For læsere, der i forvejen måtte være mere eller mindre velorienterede i denne periode, er der et nyttigt noteapparat og en fyldig litteraturliste. Skade kun at den ældre del af litteraturen, som ikke kan hjemlånes, er sværere tilgængelig for personer, der ikke bor

i nærheden af de relevante biblioteker. Der er et fortrinligt indeks.

Skal man anke over noget, må det være, at bogen virker lidt uoverskuelig, den er ikke strengt kronologisk men delvis emneorienteret, hvilket er nødvendiggjort af, at den må ifølge sagens natur kredse om Ole Bang.

Alt i alt må bogen stærkt anbefales enten som introduktion og/eller som supplement til den øvrige litteratur for denne periode. Vi får nok et mere nuanceret billede, men til egentlig rehabilitering af Ole Bang finder nær-værende anmelder dog ikke at bogen overbevisende tjener.

Niels Kristoffer Jensen

Anmeldelse af Forebyggelse Kontrol Rådgivning, Embedslægerne i 225 år, redigeret af Nils Rosdahl og Gerda Bonderup Pris incl. Forsendelse 150.- kr. henvendelse til redaktionen, c/o Nils Rosdahl, Borgevej 22, 2800 Lyngby, e-mail: nrosdahl@dadlnet.dk ISBN 978 87992048 0 9

I anledning af Embedslægeforeningens 125 års jubilæum og Embedslægevæsenets nu ændrede status til en integreret del af Sundhedsstyrelsen uden selvstændig konto udgiver foreningen nu en publikation om embedslægernes historie. Den består af en række selvstændige artikler, hvoraf nogle er lidt ændrede genoptryk af tidligere artikler i Ugeskrift for Læger og Månedsskrift for praktisk Lægegerning, om embedslægevæsenets og foreningens historie og de opgaver, embedslægerne skulle udføre, samlede af Gerda Bonderup og Nils Rosdahl som redaktører.

Bogen deles i en kronologisk og en tematisk del, hvor Gerda Bonderup i den kronologiske del skriver om det tidlige embedslægevæsen indtil ca. 1880, medens Nils Rosdahl deler den senere op i 3 dele: Mod et moderne sundhedsvæsen 1877 – 1914, Langsomme reformer og verdenskrige – tiden 1914 – 73 og Evalueringer og strukturændringer 1973 -2007. Tage Grodum og efter hans død fuldstændt af Jens Misfeldt skriver om embedslægeforeningens historie med omtale og fotografi af samtlige formænd. Endelig skriver Claus Lundstedt om Stadslægen i København gennem 365 år suppleret med bidrag af Bonderup og Rosdahl.

I den tematiske del skriver Henrik L. Hansen og Anne Fabricius om Miljømedicin, Tove Rønne om embedslægernes arbejde med smitsomme sygdomme, Jan Fouchard om embedslægernes opgaver ved patientklager og fagligt/personligt tilsyn med sundhedspersonalet i vore dage samt Om tilsyn med sådanne anstalter, hvor flere mennesker holdes samlede. Endelig skriver Henrik L. Hansen om Retsmedicin i embedslægevæsenet.

Bogen beskriver kort udviklingen i de offentligt ansatte lægers arbejde

fra at være også praktiserende læger til at kun beskæftige sig med det administrative og det kontrollerende arbejde. Strukturen af medicinalvæsenet blev i grove træk fastlagt med Medicinalkommissionen af 1908, som gennem 13 år foreslog den struktur, som, justeret med de ændringer, som samfundsudviklingen medførte, stadig gælder. Embedslægerne står i øjeblikket over for ændringer i deres status som selvstændigt væsen inden for Sundhedsstyrelsen, så der er en vis grund til at gøre status. I den tematiske del beskrives embedslægerens arbejde med tilsyn af medicinalpersonalet, kontrolfunktion m.h.t. hygiejne og miljø og overvågning af sygdomsforekomster. Opgaver, som vi almindelige læger næppe påskønner efter fortjeneste, men ikke desto mindre er helt nødvendige for velfærden. Bogen har vel størst interesse for embedslægerne, også som en statusberetning, men vi andre kan også have glæde af at blive mindet om nødvendige lægelige funktioner, om den Forebyggelse, Kontrol og Rådgivning, som vi i det daglige ikke tænker så meget over.

Niels Kristoffer Jensen

Thomas Bartholin: Anatomihuset i København 1662
Udgivet, oversat og kommenteret af Niels W. Bruun med en
efterskrift om anatomiske teatre i Europa af Hans-Otto Loldrup
Loldrups Forlag 2007. 272 sider. 375 kr. ISBN 8789242052

Hvis man under gravearbejder ved Frue Plads fandt betydelige levn fra det syttende århundredes København, ville det nok vække en del opmærksomhed og tiltrække publikum med forhåbninger om at se, røre eller ligefrem selv finde arkæologiske genstande. Aviserne ville skrive artikler om det, og fjernsynet ville indkalde eksperter til at knytte fundene sammen til en helhed.

Alene gennem mediedækningen ville man få en oplevelse af et uventet og spændende møde med fortiden.

Også ved en følgende udstilling på f.eks. Nationalmuseet ville monternes glas ikke udelukke suset fra en oplevelse af genstandene som autentiske.

En bog står anderledes stilfærdigt på sin hylde i 345 år og venter på at blive lukket op og lukket ind, men kan dog vise sig at rumme det hele og mere til. Thomas Bartholin (1616-1680) virkede som professor i anatomi ved Københavns Universitet og var internationalt anerkendt for sin påvisning af lymfekarrene (i konkurrence med svenskeren Oluf Rudbeck), og han ønskede med udgivelsen af denne bog i 1662 at give eftertiden en beskrivelse af universitetets anatomiske teater, hvor han selv havde foreta-

get offentlige anatomiske demonstrationer. I Bartholins bog kan man få svar på spørgsmål om, hvordan bygningen så ud (den nedbrændte i 1728), og hvad den rummede (bl.a. et naturhistorisk museum), og via de optrædende professorers trykte indlydelsesskrifter til de enkelte dissektionsforelæsninger kan man få indtryk af københavnernes holdninger til dette videnskabelige teater.

Der er lige den hage ved det, at Bartholin skrev på latin. Heldigvis findes der dog endnu i Danmark mennesker, som er i stand til at forstå latin, og som ønsker at videregive den overleverede viden til et større publikum. Et sådant menneske er Niels W. Bruun, og lad mig slå fast med det samme, at hans arbejde er kompetent og beundringsværdigt, således at Thomas Bartholin ikke kunne have ønsket sig det bedre.

Niels W. Bruun har ikke blot oversat hele teksten, men han har også forsynet den med en rigdom af kommentarer, nogle nødvendige for forståelsen, andre ud fra et overskud af kendskab til detaljer, som man vanskeligt selv ville kunne skaffe sig i løbet af mange år. Det er ikke oplysninger, man uden videre kan finde på nettet eller i opslagsværker, men kun ved læsning af andre 1600-tals forfattere og deres forgængere. Der var megen tyngende lærdom, som unge mennesker skulle tilegne sig, før de kunne gøre karriere på den tid, og det afspejler sig i teksten. Niels W. Bruun har haft tålmodighed til at gennemarbejde det hele, og det er meget betryggende, selv om man som moderne læser måske nøjes med at springe lystigt rundt imellem de utallige godbidder og glæde sig over de forrygende illustrationer.

Niels W. Bruun har tidligere udgivet denne tekst som et tillæg til en anden Bartholinpublikation. Denne gang får anatomihuset sin selvstændige udgivelse med mange flere kommentarer og en ny oversættelse, hvor meget lange sætningskæder er brudt op, så sproget virker mere indbydende. Bartholins sprog er dog så tæt forbundet med tankegangen, at der er grænser for, hvor meget man kan modernisere det uden totalt at miste særpræget.

Hans-Otto Loldrup har fuldstændiggjort beskrivelsen af det københavnske anatomihus med en 86 siders rigt illustreret gennemgang af det anatomiske teaters historie fra begyndelsen i Norditalien ca. 1300 og dets følgende udbredelse overalt i Europa. Bogen er i det hele taget et smukt værk.

*Af klassisk filolog Kirsten Jungersen
e-mail: kirstjun@hotmail.com*

Curricula Vitarum

Andersen, Verner. f. 1929, exam. pharm. 1952, cand. pharm. 1954, lic. pharm. 1977. Ansættelser: Forsvarets Forskningsrad (værnepligt) 1955-56, forskellige københavnske apoteker 1956-72, forskningsstipendiat 1972-73 på Institut for social Medicin, København. Apoteker på Dalum Apotek 1973-1999. Fagpolitisk aktiv i Dansk Farmaceutforening fra 1956, formand 1966-1972. Forfatter til talrige samfundsfarmaceutiske og farmacihistoriske arbejder. Årets apoteker 1997. Danmarks farmaceutiske Selskabs guldmedalje 2000.

Adresse: Fredens Alle 28, DK-5250 Odense SV.

E-mail: vandpost@mail1.stofanet.dk

Christensen, Jeanne Grættstrup. Født 1964. Cand. mag. i etnologi og arkæologi. Speciale i handicaphistorie. Museumsmedarbejder på Hospitalsmuseet på Kommunehospitalet 1996-2000. Forskningsassistent ved forskningsprojekt om Kommunehospitalets første år, set fra et patientsynspunkt 2000-2002.

Adresse: Hyhenvvej 6, DK-4735 Mern.

E-mail: jeannegch@yahoo.dk

Hansen, Jürgen. f. 1944. Cand. hort. 1969, lic. agro. 1975. Ansættelser: Afdeling for Fysiologisk Botanik, Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, København 1969-1975. Forskningsophold ved Universiteterne i Umeå, Sverige 1975-1976 og St. Paul, Minnesota 1976-1977. Førsteamanuensis ved Afdeling for Plantefysiologi, Tromsø Universitet, Norge 1977-1980. Afdelingsleder ved Statsfrøkontrollen, Lyngby 1981-1982. Forsker og seniorforsker ved Danmarks JordbrugsForskning, Årslev 1982-2000. Forskningsområde: Vegetativ formering af planter.

Adresse: Kesselstedet 4, Nr. Lyndelse, DK-5792 Årslev.

E-mail: jurgenhansen@mail.dk

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 og medredaktør af Dansk Medicinhistorisk Årbog fra 2002. Tidsskriftartikler om patologisk-anatomiske og medicin-etiske emner.

Adresse: Elmelundsvej 24, 5200 Odense C.

E-mail: nk.jensen@get2net.dk

Jesper Vaczy Kragh. F. 1968. Candl. mag. 1999. Ph.d. 2007. Post. Doc. 2007. Undervisningsassistent ved Institut for Historie og Samfundsforhold, Roskilde Universitetscenter, 2000. Undervisningsassistent ved Den humanistiske Basisuddannelse, Roskilde Universitetscenter, 2001-02. Forskningsrådsstipendiat, Statens Humanistiske Forskningsråd, ved Medicinsk Museion, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2002-06. Fellow ved Forskerkollegiet Københavns Universitet, 2007. Post.doc ved Medicinsk Museion, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, november 2007. Publikationer om somatiske behandlingsmetoder i dansk psykiatri, psykiatrihistorie, kulturelle, litterære og videnskabelige strømninger i mellemkrigstiden.

Adresse: Jesper Vaczy Kragh. Medicinsk Museion, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Fredericiagade 18, 1310 København K. Tlf. 35323805.

E.mail: jvk@mm.ku.dk

Kruse, Edith. Født 1944. Candl.pharm. 1968. Ansættelser: Informationsafdeling, H. Lundbeck & Co. A/S, 1969-1975, Lægeforeningens forlag 1981-2004, fra 1987 som forlagsredaktør. Konsulent ved Dansk Farmacihistorisk Samling siden 2004. Medlem af redaktionskomiteen for *Set & Sket* i Medicinsk-historisk Museum 1990-2003. Publikationer inden for det farmacihistoriske område, herunder bibliografiske oversigter.

Adresse: Løkketofte 39, DK-2625 Vallensbæk.

E-mail: epkruse@webspeed.dk

Kruse, Poul R. Født 1943. Cand.pharm. 1967; lic.pharm. 1978 og dr.pharm. 1991 på afhandlinger om farmaciens historie. Ansat ved Danmarks Farmaceutiske Universitet 1970-2002, fra 1978 som lektor. Leder af Dansk Farmacihistorisk Samling fra 2002. Adjungeret professor i farmaciens historie ved Danmarks Farmaceutiske Universitet 2002-2006 og ved Det Farmaceutiske Fakultet, Københavns Universitet, fra 2007. Formand for Dansk Farmacihistorisk Fond og Dansk Farmacihistorisk Selskab samt vicepræsident for The International Society for the History of Pharmacy. Konsulent- og redaktørhverv inden for det farmacihistoriske område.

Adresse: Løkketofte 39, DK-2625 Vallensbæk.

E-mail: epkruse@webspeed.dk

Kjartan Seyer-Hansen. Født 1939. Cand.med. 1964, BA (historie) 1999. Overlæge (intern medicin) 1981-2005.

Adresse: Strandvej 10, 5700 Svendborg

Norn, Svend. Født 1934. Cand.pharm. 1958, dr.pharm. 1971. Ansættelser: Farmakologisk Afdeling, H. Lundbeck & Co. A/S, lektor ved Farmakologisk Institut, Københavns Universitet, 1968 og docent her 1989-2001. Publikationer inden for farmakologi, allergologi og immunologi, desuden farmaci-historiske emner. Organisator og chairman af internationale kongresser inden for farmakologi og allergologi. Editorial board: Immunopharmacology; Eur. J. Pharmacol; Annals of Agricultural and Environmental Medicine. Konsulent ved Dansk Farmaci-historisk Samling og Esrum Kloster.

Adresse: Skovvang 1, DK-3460 Birkerød. E-mail: fisn@farmakol.ku.dk eller kirsten.norn@vip.cybercity.dk

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. 1989-2004 overlæge på Epidemiklinik M, Rigshospitalet og fra 2004 overlæge på Medicinsk klinik, Bispebjerg Hospital. Lektor/klinisk lærer ved Københavns Universitet fra 1987. Bestyrelsesmedlem i Dansk Medicinsk-Historisk Selskab 1991-2007 og sekretær 1991-2001. Medredaktør af Dansk medicin-historisk Årbog 1998-2006. Har skrevet artikler om infektionssygdomme, immunologi og medicin-historiske og medicinlitterære emner.

Adresse: Lungemedicinsk Klinik L, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.

E-mail: henrikpermin@hotmail.com

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 medicin-historiske emner.

Adresse: Vinkelvej 24, 7900 Nykøbing Mors

