



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

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

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

DANSK
MEDICIN
HISTORISK
ÅRBOG

1989-90

Dansk
medicinhistorisk
årbog 1989-90

Dansk medicinhistorisk årbog 1989-90

Udgivet af

Dansk medicinsk-historisk Selskab
Medicinsk Historisk Selskab på Fyn
Jydsk medicinhistorisk Selskab

Redaktionen:

Jens Donner, Aarhus
Tage Grodum, Aabenraa
Ejnar Hovesen, Aarhus
Hans Larsen, Ørbæk
Bengt I. Lindskog, København

Redaktionssekretær:

Tage Grodum
Embedslægeinstitutionen
Amtshuset
H.P.Hansensgade 42
6200 Aabenraa
tlf. 74 62 19 16

Revisor:

Poul Reinhardt Kruse, København

Trykt hos:

Poul Kristensen Grafisk Virksomhed Herning
Kongelig Hofleverandør

Indhold

Forord	7
Ejnar Hovesen in memoriam	9
<i>Bengt I. Lindskog</i> : Några tankar runt vårt medicinska språk ...	11
<i>Ole Secher</i> : Den danske kamp for den frie luftvej	27
<i>Harald Roesdahl</i> : Som jeg husker det	64
<i>Niels Fjeldborg</i> : Arbejderes livsbetingelser, sygelighed og dødsårsager i den tidlige industrialismes periode o. 1870-1885	69
<i>Vagn Schmidt</i> : Slægten de Meza, en jødisk indvandrerfamilies integrering i det danske samfund	95
<i>Carsten M. Schmidt</i> : Røntgenologiens udvikling i Sydsjælland 1896-1972	122
<i>Jens Staubrand</i> : Spørgsmålstegnet ved dødsårsagen i Søren Kierkegaards sygejournal	142
Dansk medicin-historisk Selskab	167
Medicinsk Historisk Selskab på Fyn	168
Jydsk medicin-historisk Selskab	170
Jydsk medicinhistorisk museum	171
Københavns universitets medicinsk-historiske museum	172
Medicinsk-historisk Samling, Næstved	174
Vilhelm Møller-Christensen in memoriam	175
Curricula vitarum	177

Forord

Som følge af sygdom afløstes professor *Franz Bierring* under tilrettelæggelsen af 1988-årbogen af overdyrlæge Hans Larsen som medlem af redaktionen. I forbindelse med at lektor *Jørgen Koch* i 1989 ønskede sig fritaget for formandshvervet for Dansk Medicinsk-Historisk Selskab, er dettes nye formand professor Bengt I. Lindskog indtrådt i årbogens redaktion. Desværre blev professor *Ejnar Hovesen* pga. sygdom nødt til i foråret 1990 at frasige sig redaktionsarbejdet og er blevet remplaceret af kredslæge Jens Donner.

Såvel Franz Bierring som Jørgen Koch og Ejnar Hovesen har gennem mange år udført et stort arbejde med årbogen, som de herved takkes for.

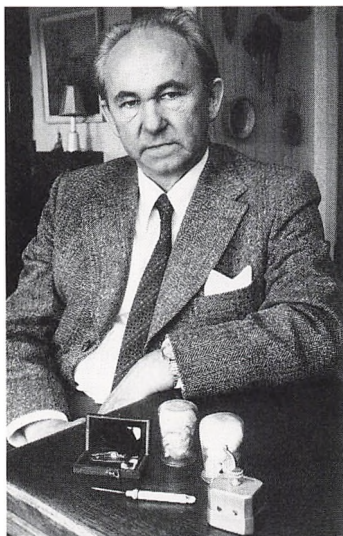
Hidtidige årgange af Dansk medicinhistorisk årbog er altid udkommet et stykke hen i det efterfølgende kalenderår. Gennem mange år har det været redaktionens håb, at årbogen kunne udkomme i slutningen af det år, årstallet angiver. Dette har af økonomiske grunde ikke kunnet lade sig gøre, da en sådan »indhentelse« ville medføre udgivelsen af 2 årbøger inden for samme kontingentår. Med nærværende årbog løses problemet ved, at den bærer årstallene 1989-90. Fremover tilsigtes, at årbogen udkommer sidst i det år, som er anført i titlen.

September 1990

Redaktionen

In memoriam

Ejnar Hovesen 21.3.1920-18.6.1990



Det hænder, at et menneske opnår den lykke at gøre både »højrehånds-« og »venstrehånds«-arbejder ikke blot betydningsfulde, men næsten lige vægtige.

Ejnar Hovesen sagde engang: »Jeg har jo altid være museumsmand med venstre hånd, selv om jeg har været lykkelig for min lægegerning«.

Ejnar Hovesen tog lægeeksamen i 1945 og allerede i 1956 – 36 år gammel – blev han overlæge i Grenå.

Han kom til at virke 25 år i denne gerning – og han var en afholdt læge blandt patienter og kolleger.

I Medicinhistorisk årbog er det dog især »venstrehåndsarbejdet«, som skal omtales. Ejnar Hovesen havde allerede i sin tidligste ungdom stor interesse for historiske emner, og med det fag, han valgte, blev det naturligt medicinens historie, der kom til at stå i centrum, selv om denne »specialitet« ikke blev enerådende. I 1959 blev han formand for og daglig leder af Djurslands Museum, som han udbyggede i betydelig grad, og som han var med til at skaffe fine rammer. Han var formand indtil 1980. Han ledede selv flere arkæologiske udgravninger – ja,

havde den enestående oplevelse inden for 3 måneder at være med til at fremdrage to af de helt store jordfund i Danmark: Kirialfundet med de over 70.000 sølvmønter og sølvskatten fra Balle. Sideløbende med arbejdet i Grenå optog det medicinalhistoriske ham mere og mere. Han foretog flere rejser i udlandet, og han fik mange venner inden for de kredse, som beskæftigede sig med medicinens historie, ikke mindst i Skandinavien, hvor han kom til at betyde meget for samarbejdet og fællesskabet.

I 1972 stiftede Ejnar Hovesen Jydsk Medicinhistorisk Selskab. Han blev dette selskabs formand indtil sin død. Med baggrund i selskabet opfordrede han til indsamling af instrumenter, effekter, bøger etc. af medicinalhistorisk interesse, specielt fra Jylland. Denne opfordring blev mødt med stor forståelse – og i 1982 kunne Jydsk Medicinhistorisk Museum åbnes i den gamle professorbolig ved Fødselsanstalten i Aarhus – i vid udstrækning indrettet egenhændigt af Ejnar Hovesen. Han var museets formand til sin død.

Efter sin afgang som overlæge blev et dyberegående studium af Ole Worm taget op – og dette førte til en disputats, som forsvarede i april 1987. Aarhus Universitet knyttede Ejnar Hovesen til fakultetet som adjungeret professor i medicinens historie ved samme lejlighed – en udnævnelse, som glædede ham meget, specielt på fagets vegne.

Ejnar Hovesen skrev ud over disputatsen mange medicinhistoriske artikler, dækkende et meget vidt spekter. Og han var en afholdt foredragsholder. Siden 1973 sad han i denne årbogs redaktionsudvalg.

Ejnar Hovesen nåede meget. Han nåede ikke at se den idé, som han den sidste tid arbejdede intenst med: et stort nybygget museum på grundlag af sammenlægning af de videnskabshistoriske og de medicinhistoriske samlinger i Aarhus, ført ud i livet. Forhåbentlig vil det, han var med til at sætte igang, en dag blive virkelighed.

Ejnar Hovesen var en meget beskeden mand i sin fremtræden – altid hjælpsom og altid dybt interesseret i vort fag, dets nutid og fortid.

Æret være hans minde.

J. E. Donner

Några tankar runt vårt medicinska språk

Bengt I. Lindskog

I alla fackspråk och även i det medicinska är den exakta betydelse av ord avgörande för förståelsen. Matematikern har sina siffror och formler. Botanikern har Linnés sexualsystem som utgångspunkt i sina diskussioner.

Samma exakthet kan hos vissa vetenskaper till och med uttryckas på olika sätt. $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ eller etanol eller etylalkohol är tre olika sätt att exakt uttrycka samma sak. Det är typiskt för naturvetenskaper att röra sig med mätbara storheter. Medicinen är enligt många en naturvetenskap, enligt andra en humanistisk, enligt de flesta en blandvetenskap.

Varje yrkesgrupp har sitt fackspråk med speciella termer. Så skall det vara, men av alla grupper tycks läkarna vara den grupp som har det största antalet konstiga ord. Men EDB (data)folket håller på att ta över idag.

Denna artikel vill redogöra för bakgrunden och utvecklingen av vårt medicinska språk samt belysa problem i användandet av medicinsk terminologi. Bakgrunden till att jag vågar ta upp detta ämne är att jag sedan snart 20 år har skrivit medicinska lexika och ordböcker samt i snart 30 år intresserat mig för medicinens historia. De två intressena hör samman menar jag.

Redan de gamla grekerna

säger vi ofta i historia. Här är det synnerligen befogat. De antika grekerna skapade en ny grundval för medicinen. De sorterade bort demonläran och de filosofiska tankarna och införde naturvetenskapliga observationer som grund för sin syn på medicinen. Den främste representanten är *Hippokrates* som föddes på ön Kos omkring 460 f.Kr. Han verkade där intill dryga 90-årsåldern om man får tro de gamla. Han arbetade inte bara med medicinens etik i sin berömda läkared utan han skrev också ned ett stort antal sjukdomshistorier. Han ville av observationer lära sig och andra läkare hur det gick för människor med vissa sjukdomstecken. Vilka patienter skulle man behandla och vilka skulle man trösta? Prognosen dvs. förloppet av sjukdomen var mycket viktigare än diagnosen dvs. utrönandet. Bakgrunden var troligen ekonomisk ty läkarna fick naturligtvis ett större arvode om patienten överlevde.

De hippokratiska böckerna skrevs på samtidens grekiska. Då fanns inga medicinska termer endast vanliga grekiska ord som prognos = förutvetande och diagnos = särskännande el utrönande. Pankreas är ett gott exempel på namngivning. Vi uppfattar pankreas som en term för bukspottkörteln som har ett bestämt sätt att fungera. För grekerna var det bara ett stycke kött som låg där. Pankreas betyder 'bara kött' el. 'kött alltsammans' på grekiska. Jfr. Panam Airlines som fritt översatt betyder 'det amerikanska flygbolaget som flyger överallt'. Grekerna trodde att den visa naturen placerat ett stycke kött framför aorta för att skydda eller polstra aorta. Aorta är också grekiska och betyder 'den upphängda'. Hippokrates använde det ordet om luftrören – bronkerna. Det var Aristoteles som gav det dess nuvarande betydelse.

Från Grekland till Rom

På 200-talet föll Grekland för Roms militära makt, men kulturellt sett blev det tvärtom. I det långa loppet har alltid kulturen segrat över politiken. Med kulturen följde vetenskap och där fanns medicin. Detta visar hur medicinens historia – ja – till och med de medicinska termer-

nas historia får ses som en del av den allmänna historien. Allt flätar sig samman. I Rom hade man på denna tid en ytterst primitiv medicin med magi som huvudingrediens. Det är därför utan förvåning som man konstaterar att romarna mycket sparsamt har bidragit till medicinens utveckling. Det är främst deras juridiska och administrativa intelligens som framträder klart inom medicinen. De har börjat med sjukhus och samlat ihop sin tids vetande, men inte mycket mera.

Det var inflyttade grekiska läkare som styrde den medicinska utvecklingen i Rom. Dessa hade god utbildning och fann snart att det lönade sig ekonomiskt att lämna grekiska fosterjorden och resa till det nya imperiets huvudstad. De gjorde stor lycka med sin konst. *Galenos* t ex blev i mitten av andra århundradet e.Kr. kejsarlig livläkare både hos kejsarfilosofen Marcus Aurelius och hans oduglige son Commodus.

Alla ledande läkare i Rom var greker och skrev naturligtvis sina medicinska böcker på grekiska. I Rom kunde hela den bildade klassen grekiska. Där hade grekiska då samma anseende som franska hade hos oss på 1700-talet.

Från det antika Rom har vi bara två medicinska skrifter bevarade på latin. Den ena är skriven av *Cato d ä* på första delen av tvåhundralet f.Kr. Cato hatade intensivt allt grekiskt och speciellt de grekiska läkarna. Kanske hade han haft otur och träffat på en charlatan och lycksökare eller kommit i konflikt med en grekisk läkare. Alltnog. Han skrev en egen lärobok i medicin på latin för sin sons räkning, så att sonen skulle slippa söka grekisk läkarhjälp. Så har han nämligen själv uttryckligen motiverat bokens tillkomst. Att sedan bokens metoder och rekommenderade mediciner är helt grekiska kommenterar Cato icke.

Celsus har författat den andra kända medicinska skrften på latin från romartiden. Den skrev han under det första århundradet e.Kr. Han levde alltså samtidigt som Jesus. Det är ett verk på åtta böcker kallade 'De medicina'. Celsus var inte läkare, men han hade grekiska källor. Dem sammanfattade han och därmed hela sin tids medicinska vetande. Det var en stor både journalistisk och medicinsk bragd.

Medicinen i Rom

Det var alltså via grekiska läkare, som skrev på sitt eget språk, som romarna fick kunskap om den då moderna medicinen men romarna ville naturligtvis sprida kunskapen sedan de väl tillgodogjort sig den. Därför översatte man böckerna från grekiska till latin. Celsus kan sägas vara den förste, men han var ett undantag på sin tid. Det dröjde till 3- och 400-talen e.Kr. innan detta arbete verkligen satte fart.

Då hade grekiska som de välsituerades språk tonats ned. De romerska polikerna talade inte grekiska sinsemellan som Caesar och hans vänner gjort. Förmågan att tala och förstå grekiska dog ut i Rom. På samma sätt försvann ju latinet som vetenskapligt talspråk hos oss på 17-1800-talet. Men på 400-talets Rom kunde man läsa latinska översättningar. Tyvärr var det stor politisk oreda i Rom på denna tid och ett flertal grekiska originalverk har försvunnit. Några finns kvar i översättning. De skrevs för hand. Det faktum att vi idag har några sådana manuskript kvar gör att vi kan bilda oss en uppfattning om hur man arbetade och hur den medicinska terminologin såg ut på den tiden i Rom.

Grekiska blandas med latin

I stor utsträckning blev det en språkblandning i de latinska översättningarna. De grekiska svåröversatta orden fick latinska ändelser – motsvarande hur vi dag gör danska genom att ta bort den latinska ändelsen. När det gällde anatomiska termer tog översättarna till rent inhemska (latinska) ord.

Detta gör att vi har fått en egendomlig blandning av grekiska och latinska ord med likartad syftning i vår nutida terminologi. Så t ex kallar vi öra för *auris*, som är latin, men öroninflammation för *otitis*, som är grekiska. Näsa heter *nasus* från latin, men näsinflammation heter *rhinitis* från grekiska. På motsvarande sätt har vi *cerebrum* – *encephalitis* och *ren-nefritis* osv.

Orsaken är att det kulturellt sett lågt stående latinska folkspråket i likhet med varje annat folkspråk redan hade egna benämningar på

kroppens viktigaste delar och organ varför översättning här var både möjlig och lämplig. Sjukdomarna däremot betecknade något abstrakt som folkspråket inte rymde i sig. Därför fanns det inga latinska namn på dem utan man lånade in de grekiska. Sålunda kom latinet att dominera inom anatomi (kroppskännedom) och grekiska inom patologi (sjukdomslära).

Ibland lyckades översättarna dock skapa egna latinska sjukdomstermer för de grekiska, på samma sätt som *Cicero* lyckades latinisera filosofins språk. Exempel på det är grekiskans 'karkinos' krabba, kræfta. Det är ju lätt att sätta ett latinskt originalord för det nämligen 'cancer'. Likadant har det gått i de skandinaviska språken, där vi säger 'kræft' eller kræfta. En varbildning kallade grekerna för 'apostema' men Celsus lanserade det latinska ordet 'abscess', som är det som gäller idag.

En del av översättarnas latinska ord slog igenom och blev allmänt accepterade – andra icke. Exempel på det senare är följande citat från Celsus /De medicina,II:1/: Nam longis morbis senectus, acutis adulescentia infestatur. = Ty av långa sjukdomar plågas ålderdomen, av skarpa ungdomen. Det latinska ordet acutus för 'häftig, skarp' har överlevt, men inte 'longus'. Det har konkurrerats ut av det grekiska chronikos. Det finns många andra exempel på detta. Varför vet vi inte. Det tillhör språkets än utforskade lagar.

En språkligt och terminologiskt intressant romare är *Caelius Aurelianus* på 400-talet e.Kr. Han anger ofta den grekiska termen inom parentes efter sitt eget förslag till latinsk översättning. På så sätt kunde varje läkekunnig läsare följa honom helt. En kapitelrubrik har han översatt så här till latin: De suspirio sive anhelitu quem Graeci asthma vocant = Om suckan eller flämtande, vilket grekerna kallar astma. Suspirium och anhelitus överlevde inte utan det är det grekiska namnet astma som segrat i den terminologiska kampen.

Samma problem möter jag idag. Det är inte ovanligt att man ber mig komma med ett svenskt ord i stället för en engelsk term. Engelskan dominerar ju dagens medicinska språk. Ibland lyckas jag finna ett ibland inte. Någon enstaka gång får jag också genomslag av mina förslag men varför det ena går men inte det andra har jag aldrig be-

gripit och ej heller av språkforskare fått svar på. Motsatsen händer ofta också. Man ber mig skapa en grek-latinsk term för det eller det. Senast ville man ha en term för sjuka-hus-sjukan (sick building disease). Det arbetar jag på fortfarande men tror mig inte om att kunna klara.

Medicinens språk under medeltiden och senare

Men åter till historiens marker. Vad hände med det medicinska språket under medeltiden och framåt? Ända fram till renässansen är latinet det helt dominerande lärda språket i västerlandet. Grekiska sjönk ner till kuriosaplanet. Därför blev alla grekiska medicinska ord latiniserade. Ytterligare ett par århundraden höll latinet sin särställning. Inte förän på 1700-talet naggas det i kanten och from då håller det på att följa grekiska ned på kuriosaplanet. Under de två århundradena efter renässansen skrevs det oerhört mycken medicinsk litteratur. Då stadfästes de latinska termerna till den grad att de sedan fått fotfäste i hela den vetenskapliga världen oberoende av världsdel. Så t ex använder även kineserna och andra för oss exotiska folk med egen gammal fin kultur i sitt vetenskapliga medicinska språk de grek-latinska termerna. Orsaken måste vara att den västerländska medicinen spreds med den västerländska politiska erövringen av övriga världen under 17- & 1800-talet.

Visserligen har ett antal nya termer skapats sedan antiken men alla har fått följa samma mönster som de latinska redan har.

Där står vi alltjämt.

Moderna språk i medicinen

Medicinens språk har fått en fortsatt utveckling. Under 1700-talet dominerade franskan i Europa. Vi har fått ett flertal termer därifrån. Exvis lavemang, ackuschör. Tyskland intog en stark ställning under 1800-talets senare hälft och början av 1900-talet, men egendomligt nog har vi ytterst få bestående termer från tyskan. Däremot har vi efter senaste världskriget fått in alltflera anglo-amerikanska ord i medicinen och därmed ett stort antal termer. Där har vi det egendomliga för-

hållandet att det finns flera rena engelska ord men många engelska ord är ju angliserat grek-latin, t ex large for date: penicillin, radioimmunoassay.

Medicinshistoria och medicinsk terminologi

Låt oss ta ett berömt nordiskt exempel. I Köpenhamn arbetade på 1600-talets mitt den kände anatomen *Thomas Bartholin*. Han fann vid sina anatomiska studier ett dittills okänt kärlsystem. Vätskan som flöt däri var helt vattenklar, så Bartholin kallade det för källvattensystemet eller på latin lymfsystemet. Han skrev en skrift om det, eftersom det inte hade skrivits om det någonstans tidigare. Nu hände det som inte är ovanligt inom den vetenskapliga världen nämligen att en annan man något tidigare på annat håll hade gjort samma iakttagelse. Det var *Olaus Rudbeck* i Uppsala. Han var så stolt över sin upptäckt att han demonstrerade den för sin drottning Kristina, som ju var mycket vetenskapligt intresserad. Nu ville olyckan det att Rudbecks skrift i ämnet kom ut några månader efter Bartholins.

Vem skulle ha äran av att vara dessa kärls upptäckare?

Det utbröt en intensiv prioritetsstrid mellan herrarna, som både hade ett häftigt temperament. Striden var egentligen än häftigare mellan herrarnas elever. Beskyllningarna haglade mellan Köpenhamn och Uppsala. Bartholins namn på de nyupptäckta kärnen var lymfkärl. Rudbecks term var serösa kärl, vilket terminologiskt var bättre, eftersom det ju inte är källvatten som flyter inne i kärnen.

Facit av striden blev, att Rudbeck fick äran av att ha varit först med upptäckten eftersom han offentligt demonstrerat kärnen innan Bartholins skrift publicerades, men det var Bartholins term som slog igenom till eftervärlden. I sak var båda herrarna lika duktiga var och en på sitt håll. Men varför just B:s term slog igenom är ej utrett. Jag tror att Bartholin hade ett vidare kontaktnät och flera läste och citerade hans böcker.

Hybridord

är något man ibland diskuterar inom medicinsk terminologi.

Hybridord betyder ord sammansatta av delar från olika språk. Några exempel är vasografi, venografi och vesicografi, där vaso-, veno- och vesico- är latin och -grafi grekiska. På ren grekiska skall de heta angiographi, phlebographi och kystographi. Ett överflöd av liknande exempel finns i vår terminologi. Gammaldags språkvårdare höll hårt på 'rena' ord. Tidigare gick diskussionens vågor höga ibland. Jag tillhör dem som säger att grek-latin är i detta sammanhang ett *enda* språk med en stor och lång gemensam bakgrund och intet av de två delarna har företräde framför den andre. Låt dem blandas hur som helst bara inte förståelsen skadas.

För övrigt finns det gott om hybridord i våra skandinaviska språk. Nylonskjorta är ett exempel. Stalinism ett annat. Där har ett ryskt egenamn fått ett grekiskt suffix (efterstavelse. Byggnation är svenska /danska/ i första ledet och latin i andra.

Ett praktexempel på språkblandning (Dock ej inom medicinen) är namn av typen DEMOKRATISKA FOLKREPUBLICEN NORD-KOREA. Demo- är grekiska för folk, -krat är grekiska för välde, re- är latin för sak, välde och - publik är latin för folklig. Man har alltså begreppet 'folk' inte mindre än tre gånger på olika språk i detta uttryck.

Förkortningar

finns ofta i medicinsk terminologi. Man talar till och med om ett förkortningsraseri. Ändelser skrivs inte ut ja flera led av ordet kan försvinna. T ex app i st f appendicitis. T i st f tablettae. Det finns språkvrare som förfasar sig över detta och säger att det bottnar i okunnighet om latin och dess ändelser. Ja, det är möjligt men vad då? Det är ett tidsbesparande sätt att skriva och även använt i högsta grad av romarna själva och de måste ju ha kunnat sina ändelser. Tänk på SPQR Senatus Populus Que Romanus (den romerska senaten och

folket) och AD ANNO DOMINO (Herrens år). Alla förkortningar är bra så länge alla inblandade förstår dem helt och fullt.

Jag har ofta fått förfrågan om man inte skall ha med en lång lista av förkortningar inom medicinsk terminologi i mina lexika, men hittills har jag vägrat. Dels finns det så många dels är oenigheten om vad de betyder i olika sammanhang än så stor att ett besvärligt samordningsarbete återstår.

Hur styrs vår terminologi idag?

Vi vet inte hela sanningen, men utan tvivel har de akademiska lärarna ett stort inflytande på sina elever liksom de medicinska tidskrifterna. Det lär finnas något 10 000-tal idag! Språket är levande och lever ett eget liv, som än ej är utforskat. Se bara på våra vanliga slangord. De skiftar starkt med årtionden, liksom talspråket överhuvudtaget. Om en 1500-tals dansk skulle läst detta hade han/hon haft svårt att följa med.

Andra faktorer som påverkar utvecklingen av det medicinska språket är dagspressen och dagens TV liksom lexika och sjukdomsklassifikationer, som används mycket i diagnossynpunkt och statistiska sammanhang. Flera stora medicinska fält har samlat sig för att skapa en enhetlig internationell terminologi. Anatomerna har gått i spetsen och på sina kongresser sedan 1895 bestämt vilka anatomiska namn som skall gälla. T ex BNA Basel Nomina Anatomica som 1935 ändrades til JNA Jena-nomenklaturen, som ändrades 1950 til PNA = Paris-nomenklaturen. Nu revideras den vartannat år. Ibland kan det vara svårt att följa med i svängarna.

Eponymer

Personnamn på sjukdomar, syndrom eller anatomiska strukturer kallas eponymer. De är väldigt intressanta kulturhistoriskt sett. De levandegör mycket inom medicinens historia. Men här skiljer sig mina intressen åt. Jag själv blir tveklugen i mina uppgifter. Som medicinshistoriker tycker jag det är bra med eponymer, men som terminolog

tycker jag inte om dem. De brister ofta i klarhet och deras innehåll skiftar med tid och rum, varför jag som terminolog förerdrag en beskrivande term.

Det viktigaste med all medicinsk terminologi är klarheten.

Språket är vårt viktigaste kommunikationsmedel. Vi måste lära oss hantera det rätt och varsamt. Vi måste anpassa det till den situation det gäller. Läkaren får inte tala latin till en patient som inte förstår det. Då kunde han ju lika gärna använda kinesiska eller afrikansk dialekt. Det gäller även när man skriver för läkarkollegor. Vi har blivit alltmera engelskinfluerade. I Ugeskrift (1983: 145: 1006) pekar professor *Povl Riis* på detta och beklagar sig över läkarnas ständiga uttryck som 'drug of choice' eller ännu värre 'drug of first choice'. Han tillägger: »Hvis man vil vælge at lægge sig tæt op ad det engelske udtryk, kan man ty til et låneord af oversættelsetypen 'førstevalgspræparat'. Men det er vanskeligt at se, hvorfor man ikke kan nå samme sproglige styrke og præcision ved at bruge ordet 'foretrukne', eller endog det helt enkle, at tale om at en behandling for tiden anses for den 'bedste', 'næstbedste' osv. I alle tre typer udtryk er der nemlig tale om præferencer inden for en skala, så hvorfor ikke udtrykke denne rangstilling ved hjælp af et så enkelt og let forståeligt udtryk som muligt?« Det är tydligt att även danska läkare använder 'sorte tal' sinsemellan.

Forskning och medicinska termer

Den naturvetenskapliga medicinens forskning har följt relativt rakt utstakade spår. Läkare har observerat vissa tillstånd (sjukdomar), som är karakteristiska och efterhand upptäckt att dessa tillstånd utvecklar sig åt ett speciellt håll.

Först kommer här alltså intresset för prognosen – framtidsvyn, precis som på Hippokrates' tid. Pekar prognosen på att patienten invalidiseras eller dör känner sig forskare manade att söka gåtans svar. Efter att ha kartlagt problemet söker man tillståndets (sjukdomens) orsak – etiologi. Först därefter kan forskare börja söka efter behandlingen – terapin. När behandlingen är klar inriktar sig forskningen på tillståndets (sjukdomens) undergrupper, som nu pockar allt hårdare

på uppmärksamhet. Helheten splittras alltmera och kunskapen ökar.

Inom medicinens språk finns slående likheter. Språket och termerna måste hänga med i svängarna. Den term, som ett allmänt tillstånd först fick, måste genom ökad kunskap antingen överges eller begränsas eftersom den var skapad med andra förutsättningar och inte längre svarar mot vad vi senare lärt oss veta. En terminolog måste därför även följa med medicinens utveckling och hålla intensiv kontakt med första forskningsfronten. Inte så att han måste forska själv inom alla områden men väl helst hålla personlig kontakt med forskare.

Vad händer sedan en term accepterats? Jo, då dyker nya forskningsrön fram som gör att termen inte befinns vara helt adekvat. Purister och neologister dyker upp på arenan och kräver att nya termer skall brukas. Inte sällan har hela språkutvecklingen gjort att även äldre välkända fenomen fått en annan och ny innebörd. Hur skall denna terminologiska 'oreda' lösas?

Här träder språkets delvis okända naturlager åter in och bestämmer termers fortsatte livsöde. Skall ordet brukas i sin gamla betydelse eller skall det få gradvis en ny innebörd? Varken statliga eller privata nomenklaturcentraler tycks ha avgörande inflytande på detta.

Det svåraste fältet att förklara är immunologin. Den förutsätter ofta stora kunskaper inom flera medicinska fält främst kemi.

Ett fält där det snabbast sker förändringar är det mikrobiologiska. Mikroorganismer med gamla välkända namn får nya indelningar med tilläggsnamn i form av undergrupper (subspecies) osv. Plötsligt försvinner hela släktnamn och ersätts med nytt, och efter något år återfinns namnet i en underavdelning. Det är verkligen intensiva och varierande livsöden som många bakteriologiska termer får. De kan variera lika mycket som människoöden.

I New Scientist oktober 1983 beklagar sig en skribent, *Bernhard Dixon*, över att en bakterie bytt namn sex gånger under lika många decennier. Enligt WHO finns över 80 olika engelska namn på en och samma drog.

Vårt medicinska fackspråk är ett av våra viktigaste arbetsinstrument och har krav på exakthet och god förståelse. Vad gör vi för att få ett

sådant språk? Forskning och utvecklingsarbete förekommer ytterst sällan. Undervisning sker eventuellt om någon råkar ha intresse och det händelsevis finns någon som vill lyssna.

HUR FÅ DET BÄTTRE???

Varför språkvård?

Att bestämma språkvårdens syfte är inte lätt. Det finns en puristisk synpunkt som säger att allt nytt är dåligt, men det mesta har en gång varit nytt. Den svenske skalden *Tegnér* formulerade det så här: »All bildning står på ofri grund till slutet, blott barbariet var en gång fosterländskt«. Kulturutbytet nationer emellan har lett till att vi alla lever på lån. Tänk bara på ord som medicin, problem, idé och typ, varav det första är latin och de tre senare är grekiska. Vi importerar tänkesätt och med dem ord. Jag illustrerade det hos romarna som importerade sjukdomsbegreppen.

‘Globbledigook’ kallar amerikanarna den språkliga variant som säger ‘never say in one short word what can be said in three long ones’. Globbledigook ger – tror man – auktoritet och tyngd åt medicinska utlåtanden. Jag vet det från min tid som försäkringsförtroendeläkare. Tjänstemännen ersatte läkarintygen utifrån hur långa de var. Ju längre desto värdefullare var deras resonemang. När jag någon gång opponerade mig med påpekandet att just detta korta besked var allt vad vi behövde blev det ändå en låg ersättning till doktorn. Vi kan exemplifiera det med att jämföra uttrycket: ‘Sedan föregående undersökning har hjärtat blivit större’ med detta: ‘Vid jämförelse med föregående undersökning har hjärtat ökat påtagligt i storlek.’ Det är som att säga till lille Kalle så här: ‘Det är väldigt vad lille Kalle ökat i storlek vid jämförelse med det tillfälle då jag såg honom sist’.

Namngivning

av nya ämnen är ofta svårt. Det har t ex kommit ett flertal nya blodtryckssänkande mediciner som kallas beta-blockare. Deras generiska namn är av typ propranolol, atenolol. När ett nytt kommer fram har det först en lång sifferkombination som namn.

Senare skall det få ett generiskt namn och helst inom samma klass som de andra. Alltså måste namnet sluta på -olol.

1986 kände man till en peptid som isolerats i panceras den hade bokstavsnumret Peptid G. Snart hittade man att den hämmade insulinproduktionen och namnet blev då pancreastatin – innan man visste alla andra egenskaper, som senare visade sig mera betydelsefulla.

Galanin är en annan peptid som är nyupptäckt. Den avspjälkas från en precursor. 1987 upptäckte man att samma precursor också avspjälkade ytterligare en peptid. Då fick den namnet galaninassocierad peptid (GAP), därför att inom forskargruppen var det den just då intressantaste peptiden.

En peptid som hittas hos diabetiker i amyloid har fått tre olika namn från tre olika håll. 1. Amylein; 2. dap = diabetesassocierad peptid och 3. IAPP = Insulin Associerad PyloPeptid. Forskarna kan få svårt att följa med i sitt eget fält. Det behövs verkligen täta personliga kontakter.

Runt 1980 hittade man en kroppsegen substans med av naturen avsedd effekt man än ej känner till. Den effekt man först hittade fick ge namnet Diazepambindande inhibitor. Detta namn kommer att bli helt absurt, när man forskat färdigt på ämnets verkliga effekt på kroppen.

Nästa exempel berör frågan om namn på virus. Man kan nämligen söka patent på namnet på ett nytt virus.

Vi fick en ny sjukdom för cirka 10 år sedan. Den kallas AIDS och dess virus heter f.n. HIV. Dess första namn var LAV eller HTLV-III (ibland med tillägget ARV). LAV = Lymf Adenopathi Virus. Forskarna är inte eniga om vem som var först med upptäckten. Antingen var man först i Paris hos *Luc Montaigner* eller också hos *Robert Gallo* i National Cancer Institute i USA. Enligt artikel i World Medical

News oktober 1985 (14/10-85 p28-29) hade Gallos patentansökan på virusnamnet beviljats i USA, medan fransmännens förhalats. Eftersom Gallo är offentligen ställd kom inkomsterna från det kommersiellt tillverkade antikroppstestet att hamna hos den amerikanska regeringen.

Redan i slutet av sept. 1985 hade cirka en halv miljon dollar från 14 milj sålda tester kommit in till statskassan. Detta eftersom USA inte godkände Montaigners patentansökan för LAV. Alltså kunde inte franska tester säljas i USA – men Frankrike hade beviljat patent för HTLV-III, så tester utvecklade från Gallos virus kunde konkurrera med fransmännens test på hemmaplan, men fransmännens kunde ej konkurrera med amerikanerna. Även namn kan ha sina följder i modern medicin.

Forståelse

Svårigheten att kommunicera är stor i synnerhet inom dagens sjukvård. Läkare och patienter fattar inte alltid varandra.

Orsaken till detta är mångfacetterad. En faktor är olika kännedom om medicin. Läkaren står på en helt annan kunskapsbas än patienten. En annan faktor är just fackspråket, som många läkare blandar in i sitt tal utan att patienterna kan följa med. Flera förslag till förbättringar har sett dagens ljus, men till syvende och sist är det på det personliga planet som samtalen skall äga rum och med ett positivt intresse ökar förståelsen mellan parterna.

I Journ of the Royal Society of Med (Vol 82 Jan -89 p33-36) diskuteras 'What physicians have in common with Sherlock Holmes.' Exempel dras på att läkarna måste rätta sitt språk efter det som patienterna har, annars får läkarna tokiga el vilseledande svar.

Tre språk

Avslutningsvis vill jag framhålla att vi idag har tre olika nivåer inom det medicinska språket. Den första gäller det rent vetenskapliga och internationella som finns förtecknat i lexica och ordböcker. Det andra gäller det vardagliga talspråket som medicinskt utbildad personal har,

när medicinska problem ventileras. Det är ofta ett slarvigt, provinsialt och ofullständigt språk, som bygger på att alla inblandade slarvar lika mycket och ändå fullt ut förstår varandra. Det tredje är det språk som föres mellan patienter och sjukvårdspersonal. Oftast är det denna nivå som de flesta diskussioner om vårt medicinska språk handlar om.

Ett annat problem som ej avhandlats här är accentueringen av de medicinska uttrycken liksom stavningen, men historien får anses vara slut för denna gången.

SUMMARY

Some ideas about our medical language

A short review of the authors opinion about the medical language is given. The old Greek did not create the medical language. They spoke ordinary old greek words. The Latins had words for the anatomical parts but not for the diseases. They accepted the greek words in a Latin way. That is why we have to-day a mixture of greek and latin in the medical language as later generations continued the latin way in handling the communication. Later on modern languages have contributed, but only a little. All new terms created after the Latin time followed the same pattern. Abbreviations are used much today. So did the Latins too. It is not known how our medical language is directed nowadays. Many factors exist as TV, Radio, Press, teachers, lexica. Eponyms love the medical historian but hate the medical terminologist. Some examples are given of the implement of given name to new drugs and virus and peptides. The communication with medical language appears on three level. 1. The international accepted scientific terms, 2. The discussions between hospital and medical personal and 3. The patient-doctor (medical personal)-level.

Litteratur side 26

LITTERATUR

- Bendz, G.: Studien zu Caelius Aurelianus und Cassius Felix. Lund 1964
Bendz, G.: Emandationen zu Caelius Aurelianus. Lund 1954
Berg, B.: Personligt meddelande. 1989
Celsus: Åtta böcker om läkekonsten. Sv. övers. Odenius. Lund 1906
Gotfredsen, E.: Medicinens historie. København 1973
Roy, J.: Soc. Med. 82, 33-36, 1989
Lindskog-Zetterberg: Medicinsk Terminologi/Lexikon. Stockholm 1981
Lindskog-Zetterberg: Medicinsk Ordbog A-Z. Ølstykke 1979
Lindskog, S.: Personligt meddelande. 1989
Löwegren, M. K.: De hippokratiska skrifterna. I & II. Lund 1909
New Scientist. 20 oct, 214, 1983
Riis, P.: Ugeskrift for Læger. 145, 1006, 1983
World Medical News. 14 oct, 28-29, 1985



– *et bindeled til europæisk forskning*

JANSSENPHARMA^{AS}

HAMMERBAKKEN 19 · 3460 BIRKERØD · TLF. 42 81 10 44

Den danske kamp for den frie luftvej

Af Ole Secher

Det er næsten på dagen 40 år siden forløberen for dette nu højt agtværdige Selskab: »Dansk Anæsthesiologisk Forening« blev foreslået dannet.⁵⁶ (Stiftet den 29. oktober 1949). Det er derfor en særlig ære at tale i aften og dermed indlede en forhåbentlig lang række forelæsninger om anæsthesiologiske emner. Når denne forelæsningsrække har fået mit navn, er det en betydelig kompliment til mit mere end 40-årige virke, men i lige så høj grad en kompliment til de 20, der var med til dannelsen af Foreningen og dermed skabte et fundament for det nye fag, Anæsthesiologi.

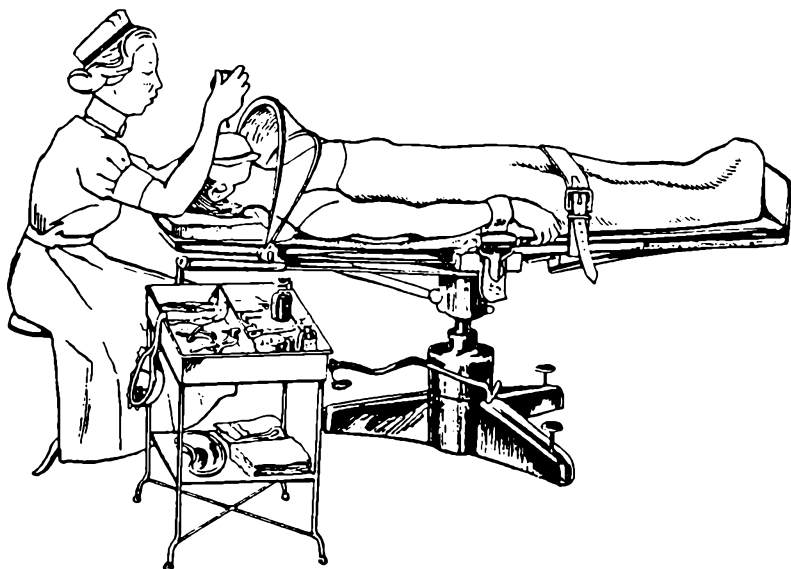
I dag er der ikke ret mange af medlemmerne, der har kendskab til den præ-anæsthesiologiske periode, og hvorfor der opstod et behov for et nyt fag, når de fleste kirurger udtalte deres tilfredshed med det, de kaldte »Narkoser«. Brugen af lokalanæsthetica mestrede de selv, »Narkoserne« overlod de til andre!

Hvad var det, vi, som de yngste på de kirurgiske afdelinger, fik udleveret til varetagelse af »Narkoserne«? Dette kan illustreres med én figur fra Nordisk Lærebog i Kirurgi fra 1940,²⁵ som vi læste efter. Kapitlet »Narkose« var affattet af kirurgen, professor *Jan Paul Strömbeck* (1896-1955), Lund og Stockholm, der blev en af anæsthesiologiens fortalere i Sverige. Udstyret bestod af:

1. »narkosebord« med et passende indhold.
2. En maske. Wanschier, Ombredanne eller en åben maske.

Under de betingelser, der således blev givet, var det nok ikke så

Holdt som foredrag i forkortet form i Dansk anæsthesiologisk Selskab den 22. september 1989 som den første »Ole Secher-Forelæsning«.



En svensk »Narkos syster« i funktion. Hun bruger en Schimmelbush-maske. I bordet det almindelige tilbehør, flaske med æther og chloroform, mundspærrer, tungetang, »brækskål«, servietter m.m.

underligt, at kvaliteten af »Narkoserne« ikke var høj. Disse var dog på ingen måde værre end i andre lande; selv i England, hvor der kun var et mindre antal »Anæsthesiologer« på et mindre antal hospitaler, var det det samme!

Det, der kan undre, var den ringe vægt, der blev lagt på »den frie luftvej«, fordi det meget ofte var manglen heraf, der begrænsede de kirurgiske indgrebs muligheder og varighed. De eneste midler, der blev anvendt til vedligeholdelse af den frie luftvej var »Heiberg-Esmarch's håndgreb«, fingertryk på angulus mandibulae, en pean med en tampon og en tungetang.

Hvorfor var de sådan, da der, på det tidspunkt vi begyndte, fandtes apparatur i videste forstand til sikring af luftvejen?

Grunden hertil må nok søges i en knap 100-årig tradition for, hvordan universelle anæsthesier udføres. Det kan derfor være af interesse

at se på, hvordan udviklingen har været og specielt på, hvordan varetagelsen af de frie luftveje har formet sig i Danmark.

De apparaturer og metoder til anæsthesi, som blev benyttet her i landet, har fortrinsvis fulgt den kirurgiske udvikling i Tyskland og i væsentlig mindre grad i Frankrig og England.

Det er dog nødvendigt med visse basale informationer om kirurgernes opfattelse af situationen og deres forståelse af de kirurgiske muligheder. Under krigen 1939-45 var der ikke sket væsentlige fremskridt på de kirurgiske afdelinger med hensyn til anæsthesierne, langt de fleste kirurger var tilfredse med tingenes tilstand. Nok havde de ved møder fået forelagt tilfælde, hvor patienter havde fået foretaget intrathoracale indgreb, hvortil der var brugt specielt apparatur, som laryngoskop, trachealkateter og store apparater, men det var nu at overdrive sagen, hvis det skulle overføres til deres patienter. Lige efter krigen blev de pludselig stillet over for det meget nye, som kom fra England og USA, som også omfattede bedre anæsthesier og det, som måske var mest afskrækkende, speciallæger, til administration af anæsthesierne ved hjælp af meget kompliceret apparatur.

For os, der tog denne opgave op at skaffe bedre anæsthesier, var det helt evident, at sikring af den frie luftvej hos patienterne og dermed sikring af en fri respiration var det primære, og det som kunne overbevise kirurgerne om nødvendigheden af speciallæger. De komplicerede apparater virkede mere som »imponatorer«.

Ved søgning i den medicinske litteratur efter et bestemt emne er det ofte muligt at finde eksempler på læger, der er fremkommet med behandlingsforslag, som var meget fremsynede, men ikke fik betydning, fordi de brød med den gængse tænkemåde, og den tekniske baggrund manglede. Det gælder også her i landet, og den frie luftvej er et typisk eksempel.

I 1798 fremkom *Poul Scheel* (1773-1811) obstetriker, stadslæge, med en disputats om fostervandets tilstedeværelse i luftrøret hos foetus og nytten heraf.⁶⁴ I denne omtaler han til sidst nogle praktiske forslag til fjernelsen af fostervandet. Dette kan ske ved blæsning med munden mod barnets mund efter rensning af dets svælg og mund med en fjeder

D. Paul Scheel
aber
Beschaffenheit und Nutzen
des
Fruchtwassers
in der Luftröhre
der menschlichen Früchte
dessen Berücksichtigung in der gerichtlichen
Arzneikunde und beim Scheintode neugeborener
Kinder, und über das Fruchtwasser
überhaupt.

Aus
dem Latein. mit Anmerkungen.

Erlangen
bei Johann Christian Schubart.
1800.

eller bedre med en sprøjte, hvortil der er sluttet et bøjeligt kateter af »resina elastica«. Dette nedføres i trachea for derefter at anvendes til indblæsning af luft. Det var første gang i verdenslitteraturen et sådant forslag fremkom på tryk! Genialt, men glem! *Daniel Herholdt* (1764-1836), der blev professor i medicin, anså fostervandets tilstedeværelse i trachea som patologisk og anbefalede et lige elfenbensrør til fjernelse heraf. Hans forslag (1802) gik ud på, at alle jordemødre skulle have et sådant rør!²⁷

Det er Poul Schel, der som den første foreslår en rationel behandling af asphyxiske nyfødte, og for dette kan hans navn stadig findes nævnt i international litteratur.

Ved indførelsen af æter og chloroform som bedøvelsesmidler opnåedes i den første tid kun en analgesi. Proceduren tog ikke mere end et par minutters indånding, som på intet tidspunkt nåede et stadium af »afslapning« af musklerne. Der var derfor ingen grund til særlige foranstaltninger til sikring af en fri luftvej, alle reflekser var til stede. Apparatet var det simplest mulige, en klud, et kræmmerhus, en maske. Skulle patienterne opereres i områder, der var nær ved luftvejen, undlodes anæsthesi, som det var tilfældet, da *S. A. V. Stein* (1797-1868), professor på Frederiks Hospital, foretog læbeplastikken i 1848.²² Det tog mindst 10 år eller mere, inden alle operationspatienter blev tilbudt anæsthesi. Den gode kirurg var ham, der kunne operere »lynhurtigt« og sikkert.

De længerevarende operationer begyndte med ovariotomierne omkring 1860 – de første laparotomier – og først efter, at *Joseph Lister* (1827-1912) havde indført sin epokegørende opdagelse af antiseptikken (1867), kunne disse operationer gennemføres med rimelig sikkerhed. Fra dette tidspunkt udviklede kirurgien sig til det, vi kender i dag, og hermed fulgte jævnt stigende krav til anæsthesierne. Anæsthesien var en del af kirurgien. Dette medførte en nødvendig interesse for

Titelblad til Poul Scheels' disputats, som kom i en tysk udgave år 1800.



Oskar Bloch (1847-1926), professor i klinisk kirurgi, Frederiks Hospital 1897-1904, overlæge fra 1885. Professor i operativ kirurgi 1904-13.

de frie luftveje, særlig når det gjaldt specielle operationer, der kunne kompromittere passagen.

I de første mange år findes der ikke oplysninger om, hvordan den frie luftvej blev sikret under en anæsthesi. Det, der optog tidsskrifternes spalter om anæsthesi, var i vid udstrækning for og imod chloroformen og dødsfald i tilslutning til brugen heraf.

Den første danske artikel, hvor der findes en omtale af, hvordan der skabes en fri respiration under en anæsthesi, er *Oskar Bloch's* (1871-1952) oversigt over »Den chirurgiske Anæsthesering« i 1878.⁵ Han var reservekirurg på Frederiks Hospital. Det er en lang og, som det var hans vane, ordrig artikel på godt 80 sider. Heri omtales, men dis-

kuterer ikke, hvad der bør gøres i den akutte situation, fremtrækning af tungen med en tang. Endvidere kan Heiberg-Esmarch's håndgreb (1874) [*Jacob Heiberg* (1833-88), Christiania, *Johann F. A. Esmarch* (1823-1908), Kiel] bruges, et permanent fremadrettet tryk på anguli mandibulæ, og som en sidste udvej, tracheostomi.

Bloch udtaler meget kategorisk: »Her i Danmark bruges altid Chloroform eller Chloromethyl«. Anvendes æther, er der hyppigere brækning end ved anvendelse af chloroform, men han har ingen angivelse af forebyggelse eller behandling af det, som i dag med rette kaldes »anæsthesiologens mareridt«.

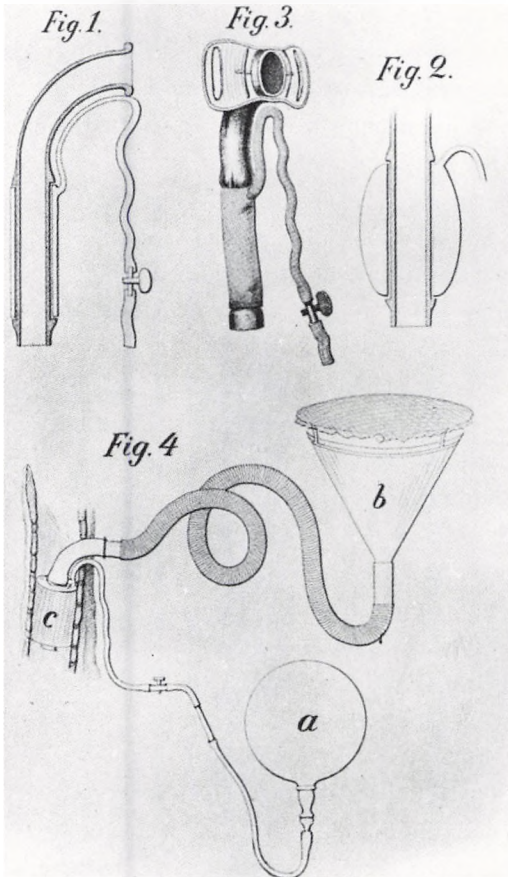
Bloch omtaler brugen af Trendelenburg's [*Friedrich Trendelenburg* (1844-1924), Berlin] tragt, når operationen kan kompromittere den frie luftvej. Dette apparatur blev specielt omtalt i Ugeskriftet i 1873 i et syv siders referat af Trendelenburg's artikler herom fra 1871-73.^{57, 83} Det geniale ved apparatet var især den lufttætte forbindelse mellem tracheostomikanylen og trachea, der opnåedes ved en ballon, som omgav kanylen. Den meget lange – ca. 60 cm – slange kan nok have givet nogen modstand for en fri respiration. Tragten med flonelsevertræk var stedet, hvor chloroformen blev dryppet. Apparatet har været brugt herhjemme, men nævnes kun få gange i litteraturen.

Det var også Trendelenburg, der angav »Trendelenburg's leje« i 1881. Dette brugtes især til gynækologiske operationer, da det, når det var stejlt, gav god plads. Til gengæld var det en hindring for en fri respiration, og mange patienter må have haft hjerneødem, når operationen var overstået. Nu anvendes det mere fysiologisk.

I 1855 skete der noget interessant, idet den spanske sanglærer, *Manuel Garcia* (1805-1906), der arbejdede i London, holdt foredrag i Royal Society. Her meddelte han, hvordan det var muligt at observere stemmebåndene ved hjælp af et spejl. Det blev starten til et nyt medicinsk fag, laryngologien og senere til brugen af direkte laryngoskoper.^{12, 82}

Den 5. juli 1878 foretog kirurgen *William Macewen* (1848-1924), Royal Infirmary, Glasgow, året efter han var blevet professor, den første intubation på en vågen patient med henblik på anæsthesi og operation af et tungeepitheliom, og det gik godt. I alt foretog han fire

»Trendelenburg's tragt«.
Illustration i artiklen fra
1871.



intubationer, men den fjerde patient døde, da chloroformen blev givet, og dermed *opgav han* metoden. Ideen til intubation kan han vel have fået under sin første ansættelse på Belvidere Fever Hospital i Glasgow. Her kunne han, som så mange andre, observere, hvordan patienter blev kvalt af difteriske belægninger, inden de kunne nå at blive tracheostomerede.³⁹

I denne periode må der være foretaget et stort antal tracheostomier især for difteritilfælde, mindre for anæsthesi og operation efter Trendelenburgs princip. Operationer omkring luftvejene var trods alt

sjældne. Allerede i 1881 kunne *Oskar Bloch*, der på dette tidspunkt var prosector på Kommunehospitalet, meddele om 16 patienter ud af 30 tracheostomerede, der var døde, og som havde »decubitus« efter en tracheostomikanyle. Endnu en grundig og lang artikel, som sluttes med det, som i dag nok er mest interessant, illustrationer af tidens kanyler.⁶

Oskar Bloch, der var overkirurg på Frederiks Hospital fra 1886, var ikke den, der anvendte de af andre beskrevne metoder. I *Hospitalstidende* fra 1893 beskriver han den af ham anvendte fremgangsmåde ved operationer i mundhulen. Efter tracheostomi hældes chloroformen på en »flere Gange sammenlagt Lærredslap, som ved Hjælp af nogle lange Pincetter holdes i nogle Centimeters Afstand fra Kanylens Munding«. Aditus laryngis og pharynx tamponeres, så blod og sekret ikke løber ned i trachea. Han havde nok stået sig bedre ved anvendelsen af Trendelenburg's tragt.⁷

Tracheostomien var også hovedmetoden, når der skulle skaffes en fri luftvej i den akutte situation, som kan opstå, når – især børn – får fremmedlegemer i »den gale hals«. Eksempler herpå findes i kirurgen *Joakim Bondesen's* (1852-1908), senere korpslæge og overlæge ved Vaccinationsanstalten, foredrag i Medicinsk Selskab den 4. februar 1890, meddelt i *Hospitalstidende* samme år.⁸ Heri har han samlet 13 tilfælde af børn alle indlagt og behandlet på Kommunehospitalet. 9 blev tracheostomeret, af dem døde 3, og 2 døde uden tracheostomi. Dødsårsagen var kvælning eller efterfølgende pneumoni. Direkte laryngoskopi kunne ikke foretages på det tidspunkt.

Lignende tilfælde, 3 i alt, blev meddelt i *Hospitalstidende* 1902 af *Urban Hansen* (1876-1965) fra Præstø Amts Sygehus i Næstved. Behandlingen var tracheostomi og fjernelse af corpus alienum.⁹ Samme år kunne *Holger Mygind* (1855-1920) meddele om et mere specielt tilfælde fra Kommunehospitalets øreafdeling. En to-årig dreng fik foretaget adenotomi uden anæsthesi og umiddelbart i tilslutning hertil respirationsstandsning, cyanose af læber og bleghed af ansigtet. Derefter tracheostomi og fri respiration. Der blev ikke påvist aspiration af adenoidt væv og tilfældet blev klassificeret som en voldsom larynx-spasme.¹⁰

Larynxspasme kan være en betydelig fare for den frie respiration og især på det tidspunkt. Jeg har til trods herfor ikke set komplikationen omtalt andet sted.

Holger Mygind havde allerede i 1894 diskuteret universel anæsthesi til adenotomi⁴⁹ med *Arnold Larsen* (1859-1901), der praktiserede i Nykøbing Falster. Larsen havde holdt et foredrag i den lokale forening om akut og kronisk næsekatar, hvori han kom ind på emnet om anæsthesi til adenotomier hos børn.³⁸ Diskussionen omhandlede nu mest chloroform eller æter eller slet ingen anæsthesi.

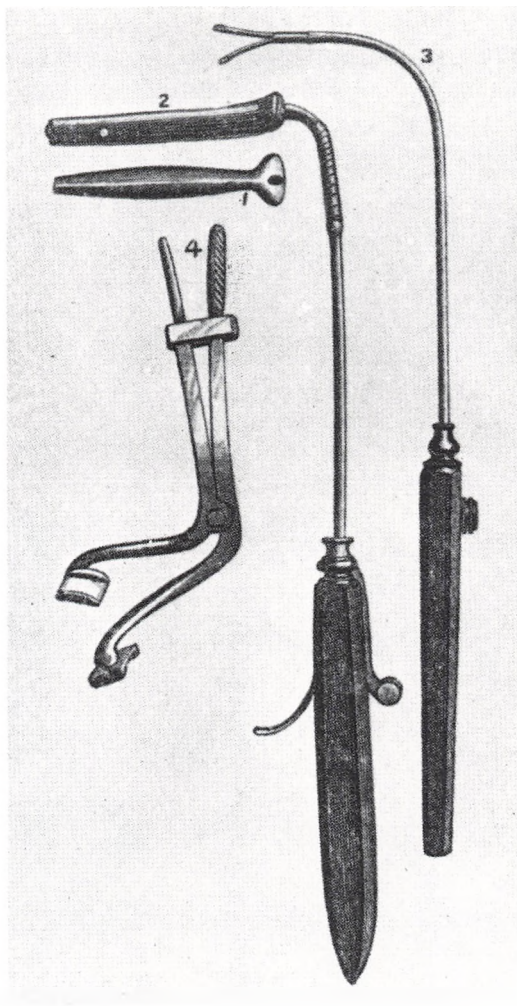
Situationen med difteriske børn, der blev kvalt af belægnings, oplevede den amerikanske børnelæge *Joseph O'Dwyer* (1841-98) også. Han var ansat på Foundling Hospital, New York, et børnehospital. Efter langvarige forsøg på lig indførte han sit apparatur til intubation af larynx (1882), men det blev først bekendtgjort i 1884.⁵⁴ Metoden blev ikke særlig vel modtaget af hans kolleger, men blev hurtigt kendt og brugt. Det fik en betydelig indflydelse på udviklingen. Nok var det ikke første gang, indførelsen af et kateter i trachea blev foretaget, men det var første gang, det blev brugt til så mange patienter med livsreddende resultat. I 1887 kunne O'Dwyer meddele om 50 tilfælde behandlet i privatpraksis.⁵⁵

O'Dwyer's apparatur fandt da også anvendelse herhjemme. Ved et møde i Medicinsk Selskab i København den 26. november 1889 fremkom børnelægen professor *Harald Hirschsprung* (1830-1916) med en beskrivelse af apparaturet og en forevisning heraf.²² Katetrene – og der er flere forskellige størrelser – nedføres langs en finger ved hjælp af et krumt indføringshåndtag. I den efterfølgende diskussion var Oskar Bloch meget negativ i sine udtalelser.

Kort efter – 19. februar 1890 – kunne en af Børnehospitalets læger, *Anders Nielsen Andersen* (1861-1925) senere praktiserende i Lemvig, give den første meddelelse om apparaturets vellykkede brug til et 2½ års barn med en postdifterisk larynxstenose.²

Behandlingen med O'Dwyer's apparatur blev også benyttet af den senere professor i øre-næse- og halssygdomme, *Ernst Schmiegelow* (1856-1949). Ved mødet den 14. oktober 1890 berettede han om tre patienter, to børn og en voksen, der alle var behandlet med succes.⁶⁶

Illustration til O'Dwyer's artikel fra 1885, som viser kanylen (1) påsat det krumme håndtag (2). 3 er det håndtag, hvormed kanylen fjernes. 4 er en mundspærrer.



I to senere foredrag fulgte Schmiegelow brugen af intubationen op. Først omtalte han yderligere 12 tilfælde af akutte og kroniske stenoser af larynx hos børn og voksne ved mødet i Medicinsk Selskab 17. november 1891.⁶⁷ Dernæst talte han om samme emne ved den laryngologiske sektion ved den internationale kongres i Rom 1894.⁶⁸

En omtale af O'Dwyer's apparatur anvendt til anæsthesi her i landet

har jeg ikke fundet. I 1893 blev det brugt til anæsthesi af kirurgen, professor *Karel Maydl* (1853-1903) i Prag. Hans O'Dwyer-kateter kunne forbindes til en Trendelenburgs-tragt.⁴⁴

Inden da havde O'Dwyer i 1888 udformet sine katetre på en ny måde og kombineret dem med *George Fell's* (1850-1918) apparat til det, som blev kaldt Fell-O'Dwyers's apparat. Fell, der var ørelæge i Buffalo, havde til sit apparat til kunstig ventilation (1887) brugt en fodbetjent blæsebælg, slange, ventilstykke og maske, meget enkelt.⁴⁵ Dette satte O'Dwyer nu i forbindelse med sit ændrede kateter. Apparatet, som kunne levere et overtryk, blev benyttet til thoraxkirurgi-



»Junker's Flaske« i Camillus Nyrop's (1811-83) udgave. Ferdinand Edelbert Junker von Langeegg (1828-1901?), østrigsk læge, arbejdede i London. På billedet ses Mill's håndtag. Medicinsk-historisk Museums eksemplar.

Ernst Schmiegelow (1856-1949). Leder af den otologiske poliklinik på Kommunehospitalet 1884-97, og på Frederiks Hospital 1989-1910. Overlæge på Rigshospitalet 1910-27, professor extraordinarius 1916. (Rigshospitalet).



ske indgreb blandt andre af den kendte kirurg *Rudolf Matas* (1860-1957) i New Orleans.⁴³

Jeg skal nu vende tilbage til det mere anæsthesi-tekniske. Den af *Ferdinand Edelbert Junker von Langeegg* (1828-1901?), østrigsk læge, som arbejdede i London, konstruerede flaske (1867) opnåede at blive ret populær herhjemme til administration af chloroform. Det var gynækologen *Frantz Howitz* (1828-1912), som introducerede den efter en studierejse til London i 1868.⁷³ I 1878 fremkom chloroformisten *Joeph's Mills* (?-1893), St. Bartholomew Hospital, London, med en modifikation. Han erstattede masken med et bøjeligt metalkateter og administrerede chloroformen gennem næsen eller munden. Dette gav mulighed for operationer i de øvre luftveje.⁸⁰ Senere blev katetret erstattet af et stift krummet rør med håndtag, som også fik betydelig

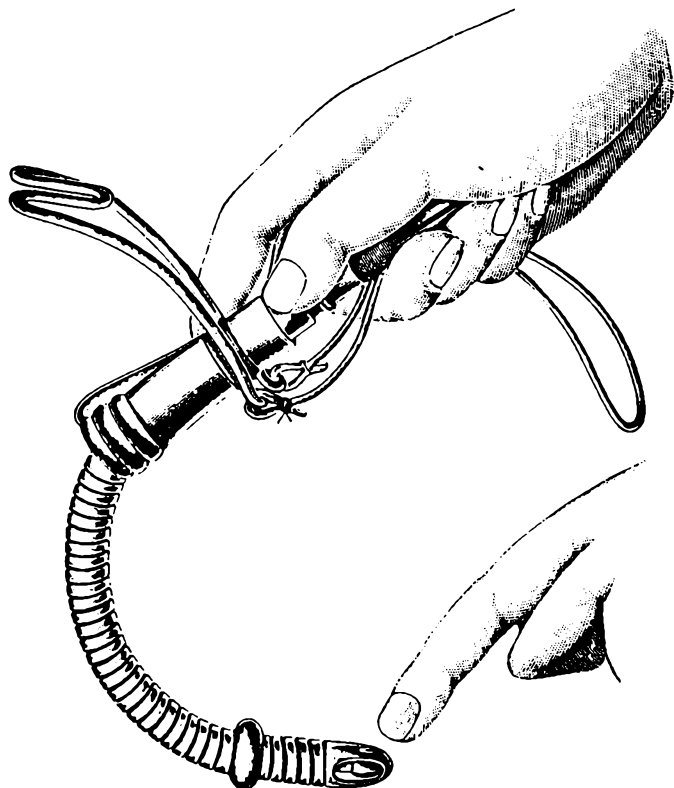
anvendelse herhjemme. Så sent som i 1950-erne brugte overlæge *Vagn Fogh-Andersen* (1886-1967) det til hareskårsoperationer på Diakonissestiftelsen.⁷³

I årene før og efter århundredskiftet var kirurgien i en vældig udvikling og en begyndende specialisering tegnede sig tydeligt. Apparaturler til alle mulige former for undersøgelser blev udviklet. Til undersøgelse af de øvre luftveje angav således den tyske kirurg i Berlin, *Alfred Kirstein* (1863-1922) i 1895 et laryngoskop til direkte undersøgelse af larynx, et instrument han benævnte et »autoscop.«³² I 1896 angav *Gustav Killian* (1860-1921) i Freiburg det første bronchoskop.³³ Det er muligt, han fik ideen hertil fra oesophagoskopet, som blev indført i 1868 af medicineren *Adolf Kussmaul* (1822-1902), da også han var i Freiburg. Han var specielt interesseret i mavesygdomme.³⁴

Kussmaul deltog som læge i oprørshæren under krigen mod Danmark 1848-49 sammen med de tre tyske kirurger, *B. R. C. Langenbeck* (1810-87), *C. F. L. Stromeyer* (1804-74) og *J. F. A. Esmarch* alle fra Kiel.⁷⁷

Så vidt jeg kan se, fremkom professor *Schmiegelow* med den første meddelelse om brugen af disse instrumenter ved Medicinsk Selskabs møde den 16. oktober 1906.⁶⁹ Anvendelsen var centreret om diagnose og fjernelse af fremmedlegemer. Nogen betydning for anæsthesien fik disse nyskabelser først langt senere.

Hvad der derimod fik stor betydning var det apparatur, som *Frantz Kuhn* (1866-1929), Kassel, beskrev i 1905. Han blev læge i 1891 og fik derefter ansættelse på den kirurgiske afdeling i Giessen. Her arbejdede han med anvendelse af spiralkatetre til endoskopi. I efteråret 1897 foretog han en studierejse til USA, hvor han besøgte New York, Philadelphia og Baltimore. Det må anses for næsten sikkert, han stiftede bekendtskab med O'Dwyer's apparatur, og det er endda muligt, han traf O'Dwyer i New York.⁶³ I hvert tilfælde har han i sin udformning af apparaturet og dets anvendelse benyttet samme metodik som O'Dwyer, den krumme indfører, som følger langs med pegefingern. Slangen og tragten har han fra Trendelenburg. Han beskrev apparaturet, dets brug og resultater hermed i flere artikler og i en bog fra 1911.⁶⁶ Kuhn er vistnok den første, der angav et særligt apparat med et



»Kuhn's intubator«. Håndtaget er stukket ind i spiralkatetret. Bøjlen er beregnet til at ligge på kinden og fikses med en gummistrop (se fig. 13). Stykket foran fingeren hindrer, at patienten kan bide katetret sammen. Den distale tykke ring ligger på plicae vocales under intubationen. Fingeren peger på endestykkets tre huller, spidsen af indføringen ses. Illustration 1905.

tyndt kateter til fjernelse af sekret fra luftvejene. Det var måske spiral-tuben, som nødvendiggjorde det. Kun skade det blev glemt. Efter en beskrivelse i Hospitalstidende fra 1905 af *Holger Strandgaard* (1869-1936), senere overkirurg i Århus,⁸¹ blev »Kuhn's intubator« apparatet anvendt til bedøvelser for operationer omkring de øvre luftveje helt op til vor tid. Jeg har ikke fundet artikler specielt om dets anvendelse, men jeg har set det brugt i 1946 af professor *Ole Chievitz* (1882-1946)

på Finsen Institutet. Brugen af Kuhn's intubator nævnes kun af og til i artiklerne, således i en artikel i Ugeskriftet fra 1936, som omhandler en patient, der blev behandlet med Krogh's (August Krogh, 1874-1949) respirator på Københavns Amtssygehus i Gentofte for en morfingiftning. Da der opstod besværigheder med respirationen, blev en otolog tilkaldt for at nedlægge Kuhn's intubator, og alt gik godt.⁵³

En af de epokegørende begivenheder inden for medicinen var *Wilhelm Conrad Röntgen's* (1845-1932), professor i fysik i Würzburg, opdagelse af X-strålerne (hans egen betegnelse) i 1895. Nogle år efter århundredskiftet blev der mulighed for billedoptagelser på de store københavnske hospitaler. Særlig velegnede til disse undersøgelser forekom aspirerede fremmedlegemer. Den første meddelelse herom har *Nicolaj Schiødt* (1869-1952) i Ugeskriftet 1907.⁵⁵ Det var nu ikke, fordi resultaterne var bedre, men diagnosen var det. Vanskeligheden var effektive instrumenter til ekstraktion.

Inden jeg går videre med metoder til bevarelse af den fri luftvej, er det nødvendigt kort at omtale kirurgen, professor *Thorikild Rousing* (1862-1927). Hans primære fortjeneste inden for anæsthesien bestod i hans »korstog« for æteren med brug af *Oscar Wanscher's* (1846-1927) maske (1883). Hans foredrag i Medincinsk Selskab den 19. januar 1904, kort efter han havde overtaget afdeling C på Frederiks Hospital, overbeviste mange kirurger om æterens fortræffelighed og chloroformens forbandelse.⁷¹

Den metode, han benævnte »Morfin-æther narkose med afbrudt inhalation og Wanscher's maske«, blev i vid udstrækning accepteret og benyttet på de fleste af landets sygehuse. Hans »Underlivskirurgi« fra 1910 har i 1. bind hans forelæsning om »Bedøvelse«, hvori han priser metoden og har en trykt vejledning i fremgangsmåden, som blev udelt ved forelæsningen.⁶⁰ Det, der er mest interessant, er måske det, der ikke bliver sagt. Intubation og fri luftvej omtales ikke, ikke engang Kuhn's intubator, andre masker omtales kun kritisk eller slet ikke. Præmedikation omtales ikke; morfinen var en del af anæsthesien. Sekretionen af saliva kunne løbe ud af munden af sig selv eller ved drænage. Han angiver et mindre apparat til at suge slim bort fra svelget med, og nævner Holger Strandgaard, som den, der har konstrueret

Katetret er på plads og slangen med tragten holdes parat til tilslutning til katetret. Gennem slangen fra tragten til øret høres patientens respiration. Illustration 1905.



det! Det ligner betænkeligt den suger, som Kuhn angav – Strandgaard refererede Kuhn's artikel i 1905.⁸¹

Den anden forelæsning omhandlede brugen af lokal anæsthetica, men det anbefalede han bestemt ikke, når der var mulighed for anvendelsen af hans æther-metode.

Det bør også nævnes, at nok blev lokalanæsthesien opdaget af *Carl Koller* (1857-1944) i 1884 og først brugt her i landet af Ernst Schmiegelow, men den fik ikke rigtig succes, før novocainet blev opdaget i 1904 og afløste cocainet.⁷⁴ Først langsomt fandt kirurgerne frem til anvendelsesområderne. Rovsings negative indstilling til lokalanæsthesi



Oscar Wanscher (1846-1908). Korpslæge og kirurg ved Garnisons Sygehus 1879-90. Overkirurg Frederiks Hospital 1892, professor 1895.

har uden tvivl medvirket til den forholdsvis ringe anvendelse her i landet.

Den praktiserende otolog *Gottlieb Kiær* (1864-1942) holdt foredrag i Dansk Oto-laryngologisk Selskab december 1910 om emnet: Narkoser ved Adenotomi.³⁴ Her kommer han vidt omkring: Æther contra chloroform, siddende eller liggende stilling, ingen anæsthesi eller ætherus, andre anæsthetica m.m.

I den efterfølgende diskussion var der ni indlæg, men ingen omtalte specielt, hvordan luftvejen blev sikret. Det var patienternes stilling og æther/chloroform, der optog sindene. Efter de udtalelser, der faldt, tyder det ikke på en høj frekvens af komplikationer.

Lad mig gå over til den mere interessante diskussion, som fandt sted i 1917 om anæsthesi til tandekstraktioner.

Det begyndte ved et møde i Dansk Selskab for intern Medicin, det 10. møde den 30. marts 1917, hvor professor *Israel Rosenthal* (1851-1920), Kommunehospitalets II afdeling, holdt foredrag over emnet »Septiske Lungelidelser i Tilslutning til »Rømning« af Mundhulen«.»⁹

Han forelagde syv kasuistiske meddelelser, hvor patienterne havde aspireret tandstumper efter mundrydning i æter anæsthesi⁽⁴⁾ kvælstof-forilte,⁽²⁾ kloroform.⁽¹⁾ En patient døde af lungegangræn. Fire patienter blev behandlet med bronchoskopisk opugning, som ansås for en væsentlig grund til patienternes helbredelse. Røntgenundersøgelse havde ikke været nogen hjælp til påvisning af fremmedlegemerne. Rosenthal mente, han måtte advare mod disse mundhulerømninger i »fuld Nar-kose«.

Den efterfølgende diskussion i Ugeskriftet er mere interessant. Det første indlæg kom overlæge *Frederik Vermehren* (1865-1921), Frederiksberg Hospital, med. Han havde set fem lignende tilfælde, hvoraf



Wansch's maske (eller pose). Originalen blev fremstillet ca. 1883 og var af metal med en guttaperkapose.

to var døde. Han mente den stærke salivation ved brug af æther kunne spille en rolle for aspirationen af tandstumper eller inficeret væv. Han foreslår derfor *brug af atropin(!)*. Overlæge *Herman Bing* (1871-1966), Bispebjerg Hospital, kom ind på spørgsmålet, om der kunne gøres ansvar gældende. Otologen, *Holger Mygind*, havde foretaget bronchoskopierne og opfordrede medicinerne til at benytte denne behandling ved lungeabscesser. Han var enig i æterens betydning for aspirationerne, men mente de kunne undgås ved *brug af Kuhn's intubator*. *Nikolaj Schiødte* kunne også referere et tilfælde. Yderligere ytrede overlæge *Sophus Bang* (1866-1950) fra Kommunehospitalet sig.

Rosenthal afsluttede med bemærkninger om at undgå »universel narkose« og i stedet anvende »lokal narkose« (!), idet han også anså den rigelige salivation ved brug af æther som en særlig fare.

Dermed var diskussionen ikke slut. Der kom ikke mindre end 18 indlæg i Ugeskriftet herom. Det første var af *Oskar Horn* (1877-1954), men er uden interesse.²³ Bedre er et af *Hugo v. Thun* (1878-1922), senere kirurg i Nakskov, som foreslår liggende stilling frem for halv-siddende.²⁴ Prakticus *Hans Thomsen Jensen* (1878-1922) på Strynø foreslår fornuftigt nok lokalanæsthesi og beskriver sin teknik.²⁵ Overlæge *Bing* kommer med endnu et tilfælde af død.⁴ Kredslæge *Frederik Ingerslev* (1867-1918) mener, det er for svært med nedlægning af et krumt rør. Han mener – noget naivt, at fremgangsmåden bør fastlægges fra officiel side!²⁶ (Det er, som kunne det være i dag). Praktiserende læge i Brande, senere overlæge og grundlægger af *Niels Steensen's Hospital*, *Hans Christian Hagedorn* (1888-1971) bedøvede sine patienter liggende, noget *Bing* bifalder. Han anbefaler dog lokalanæsthesi.¹⁸ *Chr. Baastrup* (1885-1950), senere røntgenoverlæge på Bispebjerg Hospital, mener dog, det er farefrit, når »narkosen« udføres rigtigt i siddende stilling med afdækning af svælget med en svamp.⁹ *Ingerslev* forsvarende endnu en gang sit synspunkt.

Også Rosenthal følte det nødvendigt at blande sig i det, han havde været årsag til. Han mener disse mundrydninger foretages for ofte. Er det nødvendigt, er lokalanæsthesi at foretrække. Docenten i kirurgi på Tandlægeskolen, *Max Melchior* (1862-1942), er enig i indskrænkningen af narkose til det mindst mulige. Patienterne skal møde fa-

stende(!), de får en let narkose med bevarede reflekser. Afdækning af larynx og siddende stilling foretrækkes. Han nævner bestemmelsen om tandlægers ret til benyttelse af lokalanæsthesi pr. 12. marts 1918, hvortil han giver nogle gode råd.⁴⁵ Som hygiejniker er *Ingerslev* ikke tilfreds med diskussionen, da der ikke er givet en løsning på problemet(!). Han vil have faste regler for indikation, anæsthesi og fremgangsmåde!

Hagedorn griber igen pennen og skriver om dagspresse kontra fagpresse, og er ikke for Rosenthal's forslag om pressens meddelelse til publikum. Hagedorn kan ikke godtage den siddende stilling, da den kun kan øge risikoen for aspiration. Tandlægens bekvemmelighed kan ikke være afgørende. Praktiserende læge, *Carl Winther* (1896-1956) i Kolding, har ekstraheret 3608 tænder hos 704 patienter, der alle fik lokalanæsthesi. Han anbefaler det.⁸⁶ *Rosenthal* kommer igen med en kommentar til *Hagedorn* og det samme gør *Melchior*, der forsvarer den siddende stilling. *Sophus Alsted* (1871-1963), Nørre Sundby, protesterede, forståeligt nok, meget kraftigt over for *Ingerslev*'s synspunkter.¹ Diskussionen afsluttes med et indlæg af praktiserende læge i St. Heddinge, *Harald Christian Rem* (1877-1962), der henleder opmærksomheden på patienternes manglende forståelse for tændernes bevarelse. Ekstraktion hos lægen betaler sygekassen, tandbehandling skal de selv betale.¹⁸

Når denne lange diskussion er medtaget, er det, fordi den på bedste måde belyser nogle af de vanskeligheder, som både hospitalslæger og praktici stod med. For øvrigt kom der i 1926 en lignende, men betydelig kortere diskussion.

Den praktiserende læge i Give, *Åge Gullestrup* (1894-1964) mente, risikoen for aspiration af tænder og tandstumper kunne mindskes betydeligt, hvis den bedøvede patient anbragtes i rygleje med hovedet sænket og lagt på siden.¹⁷ Max *Melchior*, fra Tandlægeskolen, mente ikke, det kunne være tilrådeligt, og denne stilling ville give for mange vanskeligheder med anlæggelse af tænger. Risikoen for aspiration kunne mindskes til et minimum, hvis der anvendtes lokalanæsthesi, som bør læres grundigt af læger og tandlæger.¹⁷

Valdemar Hartvig-Møller (1880-1934) fra Horbelev kunne derimod

anbefale »den universelle Chloræthylnarkose, hvori Tænder kan ekstraheres uden synderlig Fare for Aspiration«. Da den varer kort, kan han maksimalt ekstrahere seks tænder. Han anvendte en Sudek's maske og fremgangsmåden var: »Såsnart han (patienten) begynder at famle – Masken væk – Extraction – Hovedet forover – og Pt. kan rejse sig ...«. Ret imponerende!²⁰

Herefter kom der ikke flere indlæg. Max Melchior kom dog i 1930 tilbage til Ugeskriftet med en artikel, hvor to patienter havde aspireret tænder i »Narkose«, uden omtale af hvordan. Den ene patient hostede tanden op og kom sig. Den anden døde af en lungeabsces.

I det foregående er brugen af atropin nævnt et par gange, men der findes ikke i den tidlige danske medicinske litteratur arbejder om brugen af atropin/scopolamin og morfin som præmedikation. Rovsing har ingen omtale heraf, han benyttede morfinen som en del af anæsthesien i en dosis på 15 mg en time før.

To artikler omtaler brugen af scopolamin/morfin til anæsthesi. Først redegøres i 1904 for disse stoffers anvendelse til øreoperationer. Forfatteren er *Valdemar Saxtorph Stein* (1864-1931), der praktiserede i København.⁷⁸ Den anden er fra 1911 af *Rangvald Hastrup* (1873-1957), St. Josephs Hospital, som kombinerer de to stoffer med æther i en lang og ordrig beskrivelse af anæsthesiens forløb. Arbejdet er baseret på 300 anæsthesiers forløb.²¹

Begge artikler er inspireret af psykiateren *Eugen Schneiderlin* (1881-?)⁷⁹ og kirurgen *Berthold Korff's* (?-1918) i Freiburg,³⁵ arbejder fra 1900 om scopolamin-morfin (med og uden æther/chloroform) til anæsthesi. Scopolamin-morfin blev indført af *Richard von Steinbüchel*, Graz, til fødsler i 1903 under betegnelsen »Dämmerschlaf«. ⁷⁹ Artikler om denne metodes brug herhjemme har jeg ikke fundet, men det har givetvis været brugt.

Artiklen af Hastrup er nok den, som kommer nærmest en omtale af præmedikation, selv om det primære formål med anvendelse af stofferne var anæsthesi. Aftenen før fik patienten Veronal 75 cg for mænd og 50 cg for kvinder. En time før operationen 0,6 mg scopolamin og 1,2 cg morfin for mænd, 0,4 mg og 0,8 cg for kvinder. Alle fordelene ved brugen heraf er nævnt. Nogen forklaring på, hvorfor det ikke fik

Ivan Magill (1888-1985).
Anæsthetist ved Queens
Hospital, Sidcup. Senere
Brompton and Westminster
Hospital.



almen udbredelse som præmedikation, har jeg ikke. Det blev bare ikke brugt, til trods for den sekretionshæmmende virkning af scopolamin var velkendt og kunne have hjulpet på mangen en patients obstruerede luftvej og nedsat de postoperative pneumoniers antal. Præmedikation, som en del af operationsforberedelsen af patienten, opstod først med anæsthesilægerne, altså da vi begyndte.

I de næstfølgende mange år sker der ingen tekniske forbedringer til vedligeholdelse af den frie luftvej. Interessen centrerer sig om brugen af lokalanæsthetica, nye metoder herfor og nye anæsthetica. Komplikationer til spinalanæsthesier fik en særlig omtale.

Det er for så vidt mærkeligt, at brugen af laryngoskoper og trachealkatetre ikke finder omtale i dansk medicinsk litteratur, da de blev

publiceret i 20-erne. Prototypen for laryngoskopet fremkom *Chevalier Jackson* (1865-1958), Philadelphia, med i 1913.²⁸ Det blev modificeret af *Ivan Magill* (1888-1985), Sidcup, Great Britain, der også beskrev sin tang i 1920⁴⁰ 41. Sammen med *Edgar Stanley Rowbotham* (1890-1979) udviklede de trachealkatetre⁶¹ 62 og senere metoden for blind nasal intubation 1928. Trachealkatetre med ballon (cuff) blev beskrevet af *Ralph Milton Waters* (1883-1979), Madison, og *Arthur Guedel* (1883-1956), Los Angeles, USA, i 1928.¹⁶ Et sådant kateter var beskrevet i 1893 af kirurgen *Victor Eisenmenger* (1864-1932). Ideen til kateterballonen havde Eisenmenger fra Trendelenburg's ballon omkring tracheostomikatetret. Yderligere forsynede han ballonen med en lille kontrolballon, som det bruges i dag. Katetret forbandt han til en Trendelenburgs tragt ligesom Maydl. De arbejdede samme sted i Prag.¹¹

Et tilsvarende kateter blev udformet i 1898 af den hollandske kirurg, *Willem Jacob van Stockum* (1860-1913), Rotterdam.⁸⁰

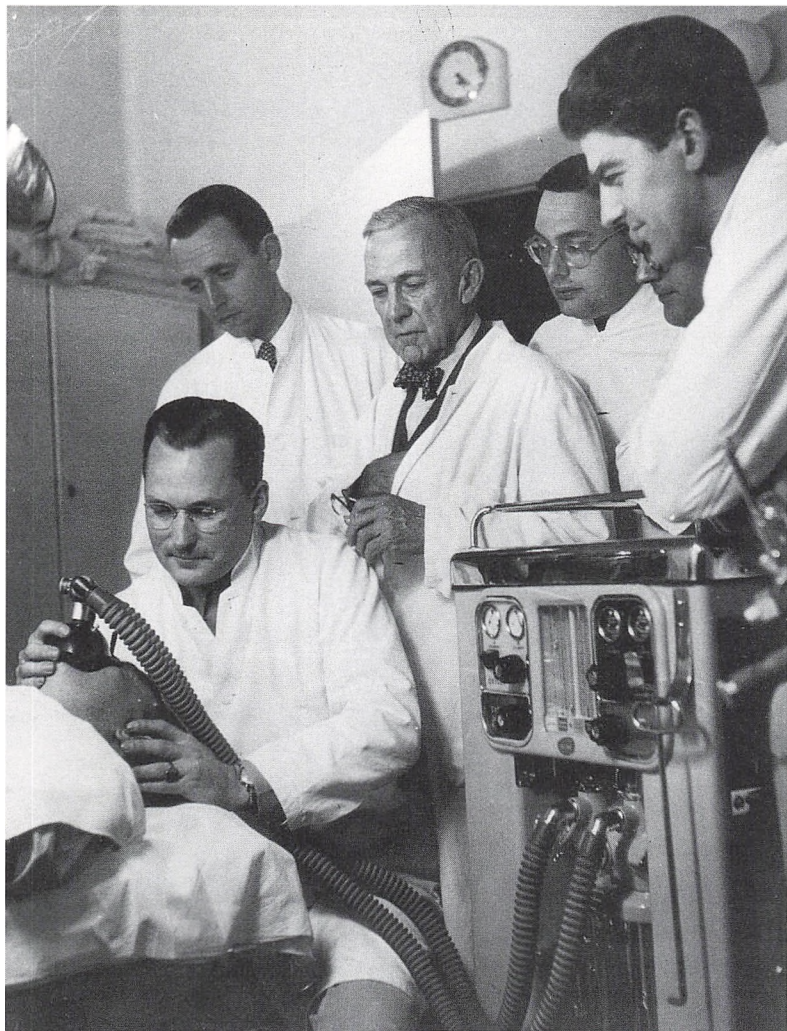
Waters beskrev sit »to and fro« system med CO₂ absorption og trachealkateter i 1924.⁸⁵

Den manglende interesse herfor skyldes nok til en vis grad Rovsings betydelige indflydelse, og de, der forsøgte andet end det, han docerede, blev ugleset.⁷⁶ Morfin-æther med Wanschler's maske var bedst!

30-erne blev stort set passeret på samme måde uden væsentlige fremskridt, kun få nye stoffer kom til. Især vakte »Evipan« stor interesse, men også »Avertin« fik en vis omtale.

I USA blev *Ralph Waters* udnævnt som professor i anæsthesiologi ved Universitetet i Madison, Wisconsin i 1933, den første i verden. Den første i Europa blev udnævnt i 1937, da *Robert Reynolds Macintosh* (1897-1989) blev udnævnt til Nuffield-professor ved Universitetet i Oxford.

Det, der ændrede tingenes tilstand og stillede krav til en fri luftvej, var indførelsen af thoraxkirurgien, der i væsentlig grad var baseret på en overtryksventilation og muligheden for jævnt væk at foretage oprensning af trachea og bronchiesystemet. Mange af patienterne led af de nu forsvundne sygdomme, bronchieectasi og tuberkulose, som ofte havde pus og sekretionsansamlinger i lungerne. Dermed blev der også



Dette billede er fra maj 1950 og taget i anledning af åbningen af Anæsthesiology Centre Copenhagen. Midt i billedet står Ralph Waters (1883-1979), det er Stuart C. Cullen (1907-79) der anæstheserer Thue Poulsen (1915-69). Udenom står Bjørn Ibsen, Henning Poulsen, Erik Wainø Andersen og Ole Secher.



indført et andet meget væsentligt apparatur på operationsstuerne »sugepumper«, som kunne benyttes af såvel kirurg som anæsthesilæge. Hvorfor de fremkom så sent er ubegribeligt, men der har vel ikke været et tilstrækkeligt marked for dem.

Jeg skal ikke her gentage historien om indførelsen af thoraxkirurgien,⁷⁵ men blot fremføre nogle enkelte punkter. Thoraxkirurgernes interesse centrerede sig om thorax og respiration, og dermed fandt de også frem til de postoperative atelektaser efter stagnation eller aspiration. En sygdom, som kirurgerne ikke kendte og, som jeg har hørt, de benægtede tilstedeværelsen af på deres afdelinger. Den første meddelelse her i landet om atelektaser og deres behandling er fra 1940, hvor *Erik Husfeldt* (1901-84) forelagde to patienter, der fik store atelektaser behandlet med bronkoskopisk sugning og derefter var helbredte. Den ene patient var opereret for et hernie, den anden havde fået foretaget en mundrydning.²⁴ Begge patienter blev behandlet på Kommunehospitalet.

Anæsthesierne til thoraxoperationer begyndte omkring 1940, men trachealkatetre og laryngoskoper fandtes dårligt nok, overtrykket appliceredes ved en tætsluttende maske. Da *Ernst Trier Mørch* (1908-) overtog anæsthesierne for Husfeldt og senere for *Tage Kjær* (1901-76) på Øresundshospitalet foranledigede han gummifabrikken »Schønning og Arvé«, der producerede gummihandsker, til at fremstille trachealkatetre med ballon. De var sorte, noget stive, lidt krumme, og ballonen sprang let, men de var absolut brugbare. Et par år efter krigen ophørte fabrikationen, da det blev muligt at få Magill-katetre fra England og laryngoskoper. Indtil da var det det lige upraktiske Negus-laryngoskop (*Victor E. Negus* (1887-1974) London), der blev brugt. Som anæsthesiapparat, der kunne give overtryk, anvendtes et Mac Kesson's Nargraf fremstillet af Simonsen & Weel.⁷⁶

Den første danske beskrivelse af trachealintubation findes i det hæfte, som Simonsen & Weel udsendte i 1940 som vejledning i brug af

Robert R. Macintosh (1897-1989), Nuffield-professor i anæsthesiologi 1937-65 Oxford, det første professorat i Europa. Sir Robert ses her sammen med Lady Ann, 1986.

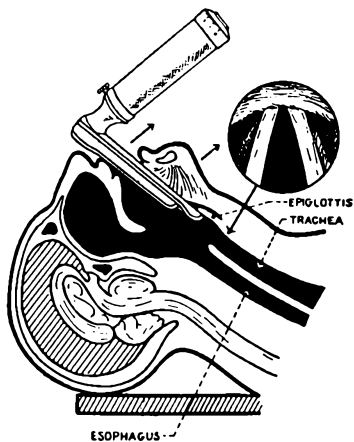


Ernst Trier Mørch
(1908-). Anæsthesilæge
ved Rigshospitalet
1943-49, rejste derefter til
USA.

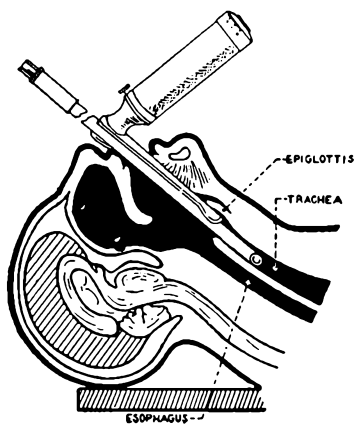
Nargrafen. Den var skrevet af Trier Mørch, og illustrationerne var fra *Frederick W. Clement's* (1892-1979), Toledo, Ohio, bog om brugen af N_2O .

S & W havde på dette tidspunkt planlagt en import af apparaterne, men fremstillede dem så selv under krigen, ca. 50 i alt, ret imponerende.

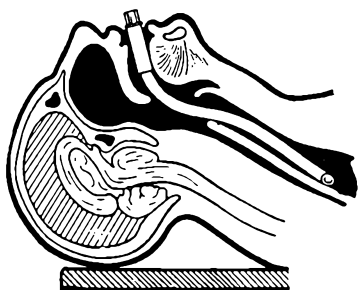
Det bør nævnes, at der i 1943 og 1945 fremkom to artikler i Ugeskriftet om aspirationsfaren efter brækning, »anæsthesiologens mareld«. *Alfred Jessing* (1902-) fra Dronninglund Sygehus beskrev et tilfælde, hvor patienten døde,³⁰ og Trier Mørch en artikel om prævention og behandling. Indtil da havde emnet kun været omtalt som bemærkninger i artikler om andre emner og intet om faren for aspiration.³¹



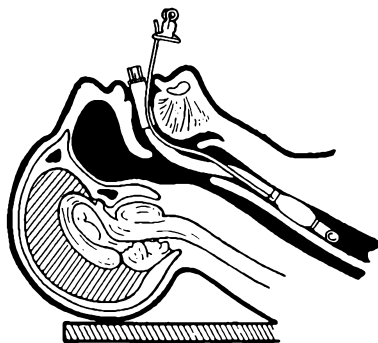
3) Laryngoskopets forreste Del har passeret Epiglottis.
Øverst Larynx set gennem Instrumentet.



4) Intra-Tracheal Kathetret føres gennem Laryngoskopet ind i Trachea.



5) Intra-Tracheal Kathetret rigtigt anbragt.



6) Katheter med Manchet i rigtig Stilling.

Intubation. Illustration fra F. Clement's bog. Nitrous Oxide-Oxygen Anesthesia fra 1939.

Den sidste meddelelse om anæsthesi til operationer omkring de øvre luftveje, som skal omtales her, er skrevet af ørelægen *Karsten Kettel* (1899-1973) fra Hillerød: *Æthernarkoseteknik ved Tonsillectomi* fra 1944. Artiklen omhandler kun en omtale af Boyle-Davis' mundspærre forbundet til et næsten for primitivt »anæsthesi apparat«, luftgennem-bobling af æther i et stort reagensglas.³¹

I november-december 1945 var Trier Mørch i England for at studere anæsthesi. Om dette holdt han foredrag den 10. februar 1946 i Kirurgisk Selskab og forelagde her alle nyheder om metoder og apparatur. Dette møde blev skelsættende, fordi kirurgerne nu besluttede at gøre noget for anæsthesierne. Dette har fundet omtale i et tidligere foredrag her i Selskabet.⁷⁵

Det skal dog nævnes, at *Jens Foged* (1897-1956) på Bispebjerg Hospital's kirurgiske afdeling A havde fået *Willy Dam* (1914-) ansat i 1942 til varetagelse af anæsthesierne på afdelingen.⁷⁵

Jeg er nu nået frem til det tidspunkt, hvor vi som »speciallæger« begyndte at overtage anæsthesier og sikre de frie luftveje. Vi var kun 20 læger fortrinsvis i København med én i Århus og én i Odense. Alt efter som anæsthesierne blev bedre de steder, hvor vi arbejdede, blev kirurgerne efterhånden overbeviste om nødvendigheden af speciallæger; der blev ligefrem rift om os og sendt bud efter os fra hospitaler i provinsen.

Jeg har med denne fremstilling søgt at belyse nogle af de vanskeligheder, universel anæsthesi var årsag til. Ansvar for dem havde de praktiserende læger og kirurgerne. De følte sig befriet, da de blev fritaget for ansvaret for anæsthesierne og dermed for de vanskeligheder, som jævnt væk opstod. I dag er alle disse vanskeligheder løst! Kampen for den frie luftvej er vundet! Nu er det helt andre slags vanskeligheder, der opstår!

En tak til Medicinsk-historisk Museum for lån af apparatur og billeder og til fru Karen Mark, Rigshospitalets anæsthesiafdeling, for udarbejdelse af manuskriptet.

SUMMARY

The Danish struggle for free airways.

Forty years ago it was decided to establish a Danish Anæsthesia Society. Few of the present day anæsthetists know of the circumstance when the small group of doctors, who had decided to take up anæsthesia as a speciality, started their work in the hospitals.

When we took over, the equipment mostly consisted of simple masks, open or closed, and some accessory equipment. It was evident from the beginning that the securing of a free airway was important to improve the quality of the anæsthetics. Generally speaking the surgeons were satisfied with the circumstances, and what was necessary for intrathoracic operations was too complicated for the general work.

The introduction of ether and chloroform did not give special airway problems, it was analgesia for a very short period with retained reflexes. Until antiseptic methods were introduced, longer lasting intraperitoneal operations were not possible. Operations near the upper airways were done without anæsthesia or through a tracheostomy.

Trendelenburg's funnel was the first equipment to overcome the difficulties and it was used in Denmark. Macewen's method with intubation was not tried, but tracheostomy was a common operation for patients with obstruction, also when this was due to foreign bodies or in a special case of laryngospasm.

O'Dwyer's instruments were used in this country a few years after their introduction in USA, and also for different cases. The equipment was not used for anæsthesia as was the case in other countries.

The Junker-bottle was widely used with the Mill's-handle and up to our day particularly for harelip and cleft palate operations.

Oesophagoscopes, laryngo- and bronchoscopes were introduced here in 1906. The main equipment for operations round the upper airways was Kuhn's intubator and it was still so when we started.

The main reason for the slow changes in the methods used for anæsthesia, was that the professor of surgery Thorkild Roving thought that nothing was better than the use of a Wanschermask with ether, when the patient was pretreated with morphine. Local anæsthesia was of little interest.

The ENT-doctors discussed anæsthesia for adenotomy which was a problem in those days. Most important was anæsthesia for tooth extraction. In 1927 the chief physician Rosenthal gave a talk about septic lung diseases after the aspiration of teeth and he presented seven cases. This of course led to a long discussion and more than fifteen doctors gave their opinion. This discussion illustrates the difficulties with anæsthesia at that time.

Premedication was not used until very late although articles about the use of morphine-scopolamine were presented.

In the twenties the technique for intubation with laryngoscope and rubber tube was published in England and USA, but not mentioned in Danish literature. Suction pumps also came very late.

The changes took place when the thoracic surgery started just before the war. Intubation and overpressure anæsthesia started. In connection with the instruction for the use of Mac Kesson-apparatus, Dr. Trier Mørch gave the first description in Danish of intubation.

The danger of aspiration during anæsthesia appeared very late in Danish literature.

All the difficulties which existed during the first hundred years of anæsthesia have now been overcome. Today it is quite other problems, which must be overcome.

LITTERATUR

De med * mærkede referencer har jeg ikke læst. De er citeret efter de i listen anførte bøger og artikler. Titlerne på arbejderne er derimod fundet frem fra kataloger og bøger.

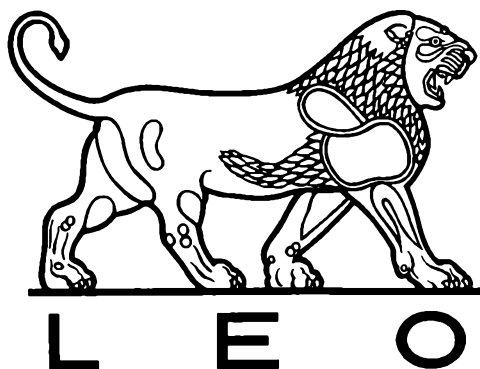
De med + mærkede artikler er genoptrykt i: A. Faulconer og T. E. Keys: *Foundation in Anesthesiology*. Charles C. Thomas, Springfield Ill. USA, 1965.

1. *Alsted, S.* Pålæg fra Sundhedsautoriteterne – og Lægens Frihed i Valget af Terapi. Ugeskr Læger 1918; 80, 749-50.
2. *Andersen AN.* Et Tilfælde af vanskelig Dekanylement helbredet ved Intubation af Larynx. Hosp Tid 1890; 3.R.B.8., 189-93.
3. *Atkinson RS, Rushman GB & Lee JA.* Synopsis of Anaesthesia. 10. udg. Wright, Bristol 1987.
4. *Bing HI.* Narkose ved Rømning af Mundhulen. Ugeskr Læger 1818; 80, 406-07, 536-37.
5. *Bloch O.* Den kirurgiske Anæsthesering. Bibl Læger 1878; 6.R.B.8., 105-42, 317-61.
6. *Bloch O.* Om Dekubitus af Trachea's Slimhinde, frembragt ved Trakeostomikanylen, og om Valget af Trakeostomikanyler. Hosp Tid 1881: 2.R.B.8, 61-75, 81-92, 101-112, 121-127, 141-150, 161-169.
7. *Bloch O.* Preliminær Trakeotomi med Tamponade af Farynx og Aditus laryngis ved Operationer i Mundhulen m.m. Hosp Tid 1893; 4.R.B.1, 1137-45.
8. *Bondesen J.* Om fremmede Legemer i Luftvejene. Hosp Tid 1890; 3.R.B.8, 954-67, 977-87.
9. *Baastrup C.* Tandextraktioner i universel Narkose, Ugeskr Læger 1918; 80, 539-41.
10. *Duncum B.* The development of inhalation anaesthesia. Oxford University Press, London 1947.
- 11.* *Eisenmenger V.* Zur Tamponnade des Larynx nach Prof. Maydl. Wien med Wsch 1893; 43, 199.
12. *Falbe-Hansen J.* Strubespejlets oprindelse og en skæbnesvanger følge deraf. København 1967.
- 13.* *Fell GE.* Forced respiration in opium poisoning – its possibilities and the apparatus best adapted to produce it. Buffalo Med and Surg J 1887; 28, 145.
14. *Gillespie N.* Endotracheal anaesthesia. 3. udgave ved BJ Bomford & KL Siebecker. University of Wisconsin Press. Madison 1963.
15. *Gotfredsen E.* Medicinens Historie 2. udg. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, København 1964.
16. *Guedel A & Waters RM.* A new intratracheal catheter. Anesth & Analg 1928; 7, 238. Genoptrykt privat.
17. *Gullestrup A.* Tandudtrækning under Bedøvelse. Ugeskr Læger 1926; 88, 250.
18. *Hagedorn HC.* Tandextraktioner i universel Narkose. Ugeskr Læger 1918; 80, 493-95, 666-67.
19. *Hansen U.* Tre Tilfælde af Fremmedlegemer i Luftvejene. Hosp Tid 1902; 4.R.B.10, 995-98.
20. *Hartvig-Møller V.* Tandudtrækning under Bedøvelse. Ugeskr Læger 1926; 88, 351-52.

21. *Hastrup R.* Scopolamin-Morfin-Æternarkose. Ugeskr Læger 1911; 73, 3-13, 35-46.
22. *Hirschsprung H.* Intubation af Larynx. Bibl Læger 1890; 82, 31-41. Med Selsk Forhandl 1889-90; 1890, 38-41.
23. *Horn O.* Om septiske Lungelidelser i Tilslutning til »Rømning« af Mundhulen. Ugeskr Læger 1917; 79, 1656-57.
24. *Husfeldt E.* To tilfælde af lungeatelectase behandlet med bronchoskopisk aspiration. Ugeskr Læger 1940; 102, 601-04.
25. *Ingebrigtsen R, Kjærgaard S & Petrén G.* Nordisk Lærebog i Kirurgi. 3. udg. Bind 1. Munksgaards Forlag, København 1940.
26. *Ingerslev F.* Narkose ved »Rømning af Mundhulen«. Ugeskr Læger 1918; 80, 443, 559-60, 636.
27. *Ingerslev E.* Poul Scheel særlig i obstetricisk Henseende. Festskrift for Julius Petersen ved hans 70 års Fødselsdag. København 1910.
- 28.+ *Jackson C.* The technique of insertion of intratracheal insufflation tubes. Surg Gyn Obst 1913; 17, 507-09.
29. *Jensen HT.* Narkose ved Rømning af Mundhulen. Ugeskr Læger 1918; 80, 176-78.
30. *Jessing A.* Aspirationsfaren ved narkose. Ugeskr Læger 1943; 105, 1307-09.
31. *Kettel K.* Æthernarkoseteknik ved Tonsillectomi. Nord Med 1944; 24, 2095-96.
- 32.* *Kirstein A.* Autoskopie des Larynx und der Trachea. Berl klin Wschr 1895; 32, 476-78.
- 33.* *Killian G.* Über directe Bronchoskopie. Münch med Wschr 1898; 45, 844-47.
34. *Kiær G.* Narkose ved Adenotomi. Dansk oto-laryngologisk Selskabs Forhandl. 1909-10. Ugeskr Læger 1911; 73, 390-404.
- 35.* *Korff B.* Die Narkose des Hern Dr. Schneiderlin. Münch med Wschr 1901; 48, 1169.
36. *Kuhn Franz.* Die perorale Intubation. S. Karger, Berlin 1911. Genoptrykt 1980.
37. *Larsen A.* Akut og kronisk Næsekatarr. Bibl Læger 1894; 7.R.B.5, 372-405.
38. *Larsen A.* Kloroformnarkosen ved Operation for adenoide Vegetationer. Hosp Tid 1894; 4.R.B.2, 968-71.
- 39.* *Macewen W.* Clinical observations on the introduction of tracheal tubes by the mouth instead of performing tracheostomy or laryngotomy. Brit med J 1880; II, 122-24, 163-65.
40. *Magill JW.* Forceps for intratracheal Anaesthesia. Brit med J 1920; II, 670. Genoptrykt. Wood Library-Museum of Anesthesiology 1980.
- 41.* *Magill JW.* Improved speculum for anaesthesia. Lancet 1926; I, 500.
- 42.* *Magill JW.* Endotracheal anaesthesia. Proc R Soc Med 1929; 22, 83-88.
- 43.* *Matas R.* Intralaryngeal insufflation for the relief of acute surgical pneumothorax. Its history and method with description of the latest devices for this purpose. JAMA 1900; 34, 1371.
- 44.* *Maydl K.* Über die Intubation des Larynx als Mittel gegen das Einfließen von Blut in die Respirationsorgane bei Operationen. Wien med Wsch 1893; 43, 102.
45. *Melchior M.* Tandekstraktioner i universel Narkose. Ugeskr Læger 1918; 80, 589-91, 709-10.
46. *Melchior M.* Tandudtrækninger i universel Narkose. Ugeskr Læger 1926; 88, 303-04.

47. *Melchior M.* 2 Tilfælde af Munddrydning under Æthernarkose med Aspiration af Tænder i Lungerne. Ugeskr Læger 1930; 92, 239-43.
48. *Mushin WW & Rendell-Baker L.* The principles of thoracic Anaesthesia. Past and present. Blackwell, Oxford 1953.
49. *Mygind H.* Om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer. Hosp Tid 1894; 4.R.B.2, 893-98, 971-73.
50. *Mygind H.* Et Tilfælde af pludselig Kollaps mod Standsning af Respirationen og Cyanose (Glottisspasme?) som Følge af Adenotomi for adenoide Vegetationer-Trakeotomi-Helbredelse. Hosp Tid 1902; 4.R.B.10, 466-70.
51. *Mørch E Trier.* Aspirationsfaren under narkoser. Ugeskr Læger 1945; 107, 549-55.
52. *Mørch E Trier.* Om anæsthesier i England. Nord Med 1946; 32, 2264-70.
53. *Nielsen AL.* Et tilfælde af morfinforgiftning behandlet med Krogh's respirator. Ugeskr Læger 1936; 98, 396-97.
- 54.* *O'Dwyer J.* Two cases of croup treated by tubage of the glottis. N Y Med J 1885; 42, 605-07.
- 55.* *O'Dwyer J.* Fifty cases of group in private practise treated by intubation of the larynx, with a description of the method and the dangers incident thereto. Medical Record 1887; 32, 557-61.
56. *Poulsen H.* Dansk anæsthesiologi – fortid, nutid og fremtid. Bibl Læger 1976; 168, 20-25.
57. *Redaktionelt.* Tamponade af luftrøret. Ugeskr Læger 1873; 3.R.B.16, 42-48.
58. *Rem HC.* Til Diskussionen om Tandudtrækning i Narkose. Ugeskr Læger 1918; 80, 889-90.
59. *Rosenthal I.* Septisk Lungelidelser i Tilslutning til »Rømning« af Mundhulen. Ugeskr Læger 1917; 79, 1551-59.
Tandekstraktion i universel Narkose. Ugeskr Læger 1918; 80, 560-62, 709.
60. *Rovsing T.* Underlivskirurgien. Bind 1. Gyldendal, København 1910.
- 61.* *Rowbotham ES.* Intratracheal anaesthesia by nasal route for operations on mouth and lips. Brit med J 1920; II, 590.
- 62.+ *Rowbotham ES & Magill IW.* Anaesthetics in the plastic surgery of the face and jaws. Proc R Soc Med 1921; 14, 17-27.
63. *Schadewaldt H.* Franz Kuhn – The inaugurator of »peroral intubation«. Privattryk, Hamborg 1980.
64. *Scheel Poul.* Beschaffenheit und Nutzen des Fruchtwasser. Erlangen 1800.
65. *Schiødtte N.* Fremmede Legemer i Lungerne. Ugeskr Læger 1907; 412, 919-30, 943-53, 963-73.
66. *Schmiegelow E.* Intubation af Struben (3 kasuistiske Bidrag). Ugeskr Læger 1890; 4.R.B.22, 481-88, 509-18, 533-45.
67. *Schmiegelow E.* Intubation af Struben (12 kasuistiske Bidrag). Nord Med Arkiv 1892; Nr. 11, 1-26.
68. *Schmiegelow E.* Om Intubation hos Voksne. Ugeskr Læger 1894; 5.R.B.1, 549-54.
69. *Schmiegelow E.* Om Oesophago-Tracheo-Bronchoskopi. Hosp Tid 1906, 4.R.B.14, 1296-76.
- 70.* *Schneiderlin E.* Die Skopolamin – (Hyosin) Morphium-Narkose. Münch med Wsch. 1903; 50, 371.

71. *Secher O.* Wanscher's pose eller æter kontra kloroform. *Bibl Læger* 1961; 153, 435-59.
72. *Secher O.* Stein's Plastik. *Med Forum* 1973; 26, 61-66.
73. *Secher O.* Junker's flaske og ovariotomien i Danmark. *Dansk Medicinhistorisk Årbog* 1974; 3, 29-63.
74. *Secher O.* Opdagelse af lokalanæsthesien. Freud – Cocain – Koller. *Dansk Medicinhistorisk Årbog* 1978; 7, 48-74.
75. *Secher O.* Oprakten til dansk Anæsthesiologi. *Bibl Læger* 1984; 176, 219-250.
76. *Secher O.* En dansk anæsthesimetode i amerikansk strejflys. *Dansk Medicinhistorisk Årbog* 1986; 14, 92-107.
77. *Secher O.* Danske læger tyske kirurger og noget om slesvigske krige. *Dansk Medicinhistorisk Årbog* 1988, 16, 65-91.
78. *Stein VS.* Mastoidaloperationer i Scopolamin-Morfin-Narkose. *Hosp Tid* 1904; 4.R.B.12, 1065-83.
- 79.* *Steinbüchel R. von.* Vorläufige Mitteilung über die Anwendung von Scopolamin – Morphium – Injektionen in der Geburtshilfe. *Zbl. Gynäk* 1902; 26, 1304-06.
80. *Stockum W J van.* Tamponnierende Intubatie. *Nederl T Geneesk (Part 2)* 1898; 34, 178.
81. *Strandgaard H.* Peroral Tubage med og uden Tryk. *Hosp Tid* 1905; 4.R.B.13, 423-25.
82. *Sykes WS.* Essays on the first hundred years of Anaesthesia. Vol. 2. Churchill Livingstone, Edinburgh 1982.
- 83.* *Trendelenburg F.* Beiträge zu den Operationen an den Luftwegen. Tamponade der Trachea. *Arch Klin Chir* 1871; 12, 121-33.
84. *Tuhn H v.* Om Spørgsmålet Lungeaffektioner som Følge af Tandekstraktioner. *Ugeskr Læger* 1917; 79, 1657.
- 85.+ *Waters RM.* Clinical scope and utility of carbon dioxide filtration in inhalation anaesthesia. *Anesth & Analg* 1924; 3, 20-22.
86. *Winther C.* Tandekstraktioner i lokal Anæsthesi. *Ugeskr Læger* 1918; 80, 708-09.



Forskningen på LØVENS KEMISKE FABRIK er et godt eksempel på, at Danmark kan være med til at skabe nye medicinske behandlingsmuligheder.

Resultatet af Løvens forskning har været en række original produkter, der i dag benyttes i hele verden - en god valutaindtægt til Danmark.

LØVENS KEMISKE FABRIK ejes af den selvejende institution, LEO-fondet, og er således sikret fuld uafhængighed. Fondet støtter forskning inden for medicin, kemi og farmaci.

LØVENS KEMISKE FABRIK beskæftiger 2500 medarbejdere, heraf ca. 300 i forsknings- og udviklingsafdelingerne i Ballerup.

Som jeg husker det

Af Harald Roesdahl

Meget dramatiske begivenheder, som tillige har gjort et stærkt følelsesmæssigt indtryk, kan, når de er oplevet på nært hold, føles som mejslet ind i ens erindring, men efter 50 års forløb er hukommelsen næppe længere helt sikker i detaljerne, og man må vel medgive, at også sådanne erindringer kan være påvirket af den bearbejdelse af stoffet, som er foregået i den forløbne tid.

I foråret 1940 fungerede jeg som 1. reservelæge ved Haderslev Amtssygehus, som var amtets kirurgiske hovedservice.

Jeg erindrer, at jeg ligesom mange andre vidste, at der d. 8. april lige syd for vor grænse var stort tysk troppeopbud. Men jeg havde også hørt, at det havde der efter krigsudbruddet været en gang tidligere, og kompetente militærpersoner var ikke overbevist om, at det gjaldt et angreb på Danmark, for oplysninger, som man havde fået fra passerende fiskebilchauffører om formationernes opmarch, tydede ikke sikkert derpå.

Naturligvis var det danske militær dog i højt beredskab.

Det var ikke med fornemmelsen af, at den næste dag skulle blive en afgørende dag i ens liv, at man den aften gik i seng, selv ikke efter at man i den sidste radioavis kl. 22 havde hørt, at der gennem Storebælt gik store tyske flåde- og forsyningsstyrker mod nord, og at der ved den norske sydkyst var foregået uafklarede torpederinger. Det var vel et led i krigen mellem de allerede krigsførende!

Jeg blev vækket tidlig om morgenen ved telefonopringning fra min svigermor. Min svigerfar var amtmand og på det tidspunkt politiadjutant Kr. Refslund Thomsen, Aabenraa. Han havde lige fået meddelt, at store tyske militærstyrker havde overskredet grænsen, og at der

foregik blodige kampe med garnisonen fra Søgaard-lejren på hovedvej 10 mellem Kruså og Aabenraa. Umiddelbart bagefter hørtes larm af mange flyvemaskiner, og en portør kom løbende med et eksemplar af det nu så kendte »Oprop«.

Lægestaben ved Haderslev Amtssygehus bestod foruden af min kone og mig, vi var reservelæger og boede ved sygehuset, af en turnuskandidat og overlæge Knud Lunn, som boede ude i byen.

Jeg alarmerede straks overlægen og sygehuset, og vi gik hurtigt i gang med at udskrive og hjemsende så mange af patienterne som muligt, for at gøre klar til, hvad der måtte komme. Dette gik meget glat, for alle var nu klar over, at der foregik noget uoverskueligt, og alle patienter ønskede helst at være i deres hjem.

Imens fik vi at vide, at soldaterne fra kasernen var gået i stilling i byens sydlige udkant, og vi hørte, at politibiler med højttalere kørte gennem byen og proklamerede mobilisering. Haderslev var det eneste sted, hvor denne stående ordre blev gennemført, og en del unge mænd fra byen nåede op på kasernen og blev iklædt uniform.

Selv skulle jeg ved mobilisering møde på flyvestationen på Agersø i Storebælt, en i denne situation indlysende umulig ordre at efterkomme, så jeg blev, hvor jeg kunne gøre nytte.

Et godt råd

Samtidig tilrådede politiet på det alvorligste byens borgere at holde sig inden døre, et godt råd, som imidlertid fik den stik modsatte virkning, idet folk strømmede mod Sønderbro, hvor man forventede at se noget spændende.

Situationens alvor blev først rigtig klar, da skudsalverne begyndte at falde, og man virkelig så sårede og døde.

Den første, der blev indbragt til sygehuset, var da også en civil person, der »lige skulle over gaden for bedre at kunne se«, netop som der kom en maskingeværssalve fra en tysk panservogn. Han havde meget svære blødninger fra læsioner i begge lår.

Derefter gik det hurtigt, for ind bragtes nu døde og sårede soldater. Jeg visiterede og foretog den første nødvendige behandling assisteret

af sygeplejersker ledet af dygtige og kompetente diakonisser, mens den øvrige del af lægestaben arbejdede på operationsstuen.

100 pct. tab

De første indbragte soldater var besætningen fra kanonen ved Hertug Hans hospitalet, som havde kæmpet mod de første af de tyske panservogne, som kom ad Aabenraavejen.

Denne deling havde 100 pct. tab. Føreren, kornet Westerby var dræbt, kanoneren dødelig såret, han døde under den straks iværksatte operation, og de tre andre var alle ukampdygtige på grund af skudlæsioner. Den ene havde ikke mindre end fem skud gennem arme og ben.

Den næste var en dræbt civilperson. Han havde på 1. sal stået i sit åbne vindue ud mod hovedgaden, da den tyske panserkolonne passerede, og var da ramt af et pistolskud gennem hovedet. Muligvis har han villet banke sin shagpipe ud på vindueskarmen, noget en vagtsom tysk soldat kan have mistolket.

Også fra en af det danske militær anbragt spærrestilling over Sønderbro indbragtes en dræbt soldat og vistnok flere sårede, jeg husker det ikke længere nøjagtigt.

Mens kampen stod på her, kom kapitulationspåbudet.

Imidlertid fortsatte de første tyske panservogne skydende op ad Nørregade helt op til kasernen, hvor der højt oppe i luftspejdeplatformen dræbtes en soldat. Af to civile kasernearbejdere, som ville krydse gaden, blev den ene dræbt og den anden dødeligt såret.

Desuden fik en soldat et skud gennem stålhelmen, uden at der i øvrigt krummedes et hår på hans hoved, og en civil tilskuer, som stod i en døråbning, blev ramt af et opspringende projektil og havde, ligeledes usandsynlig heldigt, kun fået en overfladisk hudlæsion fortil på halsen, lige passende til en enkelt sutur.

De tyske tab

Ejendommeligt nok tilhørte de fleste af de civile sårede og døde det tyske mindretal.

Hvor mange døde og sårede, der den 9. april indbragtes på Haderslev Amtssygehus husker jeg ikke, men Haderslev var stedet for de største tab både blandt militære og civile.

Min hukommelse svigter også, hvis jeg skal udrede, hvor længe hele aktionen varede, for i anspændte situationer skønner man kun usikkert om tidsforløbet.

Men jeg husker en tanke, som stadig gik mig gennem hovedet: Kommer der ikke snart nogle tyske soldater ind. Hvorfor kommer der ingen tyskere?

Årsagen dertil var, at det tyske militære sanitetsvæsen selv tog sig af sine egne sårede og døde, og at de blev bragt på lazaret i Flensborg, men det vidste jeg ikke.

Dog kom der som de sidste et par enkelte tyske soldater, men det var på grund af et færdselsuheld. De var med deres panservogn kørt mod et træ op ad Christiansfeldvej og havde slået hovederne. De fejlede ikke noget særligt og glædede sig til i fred at kunne nyde det dejlige danske sygehus. Næste dag blev de til deres skuffelse afhentet og ført til Flensborg.

Præcist arbejde

På sygehuset gik arbejdet ganske præcist og uden panik. Vi var naturligvis i starten alle ret chokerede, og de mange dramatiske og teknisk krævende hændelsesforløb forbrugte vel al vor energi.

Men følelsesmæssigt var alle stærkt påvirkede, og som tiden gik og den politiske situation afklaredes, hensattes man i tiltagende voldsom, afmægtig harme mod den uprovokerede angrebsmagt, der som en biting forvoldte denne ulykke.

De næste dages begivenheder påvirkede yderligere følelserne.

Jeg husker stadig provst Hjortkærs gribende afskedstale ved hospitalets kapel for de faldne soldater, og jeg husker, da de blomster- og

dannebrogssmykkede kister med de faldne soldater fra Søgaard førtes gennem byen med alle flag på halv.

Da de tyske militærkøretøjer nogle dage senere, sikkert ganske velmenende, men meget ubetænksomt, provokerede ved at være pyntet med papirdannebrogflag, angiveligt for at lykønske det danske folk med, at der var født en prinsesse, blev vist alle gadens nye mørklægningsgardiner trukket for ved højlys dag, som vi afmægtiges første tavse demonstration mod aggressorerne.

Det bedste sindbillede på vor frustrerede sjæls tilstand i de første besættelsesdage stod i udstillingsvinduet hos den meget danskbevidste boghandler Algreen-Petersen. Det var en opstilling med (eller måske kun et fotografi af) en gennemskudt dansk soldaterhjelme over et eksemplar af den tysk-danske ikke-angrebspagt.

Efter få dage blev dette tilløbsstykke fjernet efter ordre fra vor nye »værnemagt«.

SUMMARY

As I remember it

The author, who was a doctor at Haderslev County Hospital describes the fighting in Haderslev on April 9th, 1940, the day that Denmark was occupied by the Germans. Dead and wounded soldiers and civilians were brought to the hospital where doctors and nurses performed their duties professionally. The German soldiers who had been wounded were taken back to Flensburg and not to the hospital in Haderslev. The author also recounts his own and other Danish people's feelings on that day and during the events that followed.

Arbejderes livsbetingelser, sygelighed og dødsårsager i den tidlige industrialismes periode o. 1870-1885

Af Niels Fjeldborg

Forord

De senere årtier har frembudt en øget interesse og forståelse for det ydre milieus betydning for sundhed, sygdom og dødelighed i moderne industrisamfund.

På denne baggrund ville det være af interesse at forsøge en analyse af den tidlige industrialiserings indflydelse på disse forhold i perioden 1870-1885.

Indledning med problembeskrivelse

Problemet, der søges belyst, er, om industrialiseringen betyder noget væsentligt for sundhedstilstanden og i bekræftende fald, om årsagerne er at finde i forholdene på arbejdspladserne eller mere indirekte betinges af slette økonomiske forhold og deraf følgende dårlig ernæringstilstand og dårlige boligforhold.

Til belysning af disse forhold har jeg koncentreret mig om København, da det er den eneste del af landet, hvor industrien i dens tidligere faser gør sig gældende i større skala. To værker af særlig betydning for problemstillingen er Ole Hyldtofts disputats fra 1984 »Københavns Industrialisering 1840-1914«, og de meget ældre arbejder af Th. Søren-

sen fra 1880'erne om »De økonomiske forholds og beskæftigelsens indflydelse på dødeligheden«.

For at få en rimelig solid baggrundsbeskrivelse er det nødvendigt at søge en nærmere demografisk analyse af hovedstad versus resten af landet med hensyn til erhvervsfordeling.

Hvis det overhovedet skal være muligt at finde sammenhænge mellem industrialisme og helbredstilstand, må industrialismen have nået et vist niveau, og det har den i Danmark først o. 1870-1885.

Til en nærmere beskrivelse af livsvilkårene hører dels en analyse af arbejdstider, arbejds løn og prisforhold, dels en analyse af selve sygeligheden betinget af arbejdsulykker i den omhandlede periode, og til den ende er søgt oplysninger, dels hos Th. Sørensen (1887), dels i Jørgen P. Christensens (1975) arbejde »Lønudvikling inden for dansk håndværk og industri« og i Erling Olsen (1962) »Danmarks økonomiske historie siden 1750«, og desuden er anvendt Gyldendals Danmarkshistorie bind 9 (1985).

De store forandringer i samfundsforholdene, industrialiseringen og urbaniseringen gav anledning til i den meget liberalistiske periode efter næringsfriheden, fik tillige de alvorligste konsekvenser for den del af befolkningen, der måtte tage det tunge slæb.

Men udviklingen medførte dog også en langsomt voksende social forståelse, der gav anledning til en betydelig debat, stærkt stimuleret af den almindelige europæiske udvikling og af arbejderstandens voksende erkendelse af egne interesser og magtmuligheder udtrykt ved fagforeningers vækst. Det eneste, der kom ud heraf, var 1873 loven om børns og unges forhold i industrien. Den øvrige sociallovgivning blev først påbegyndt efter provisorietidens udløb med Maskinbeskyttelsesloven af 1889.

Industrialiseringens vækst og relative betydning for landets økonomi

Hvornår Danmarks industrialisering fandt sted har været genstand for megen diskussion; var det i perioden 1840-70, 70-90 eller 90-1914 eller først da værdien af industrieksporten passerede landbrugseksporten

engang i 1950'erne? Denne problemstilling er herværende arbejde uvedkommende, her drejer det sig om at finde en passende stor mængde mennesker beskæftigede ved industriarbejde, og hertil er modellen Danmark i slutningen af forrige århundrede velegnet. Her har vi en relativ stærk koncentration af industri i landets eneste nogenlunde store by, samtidig med at der findes en anden stor gruppe ikke industribeskæftigede, der kan tjene til kontrol, hvorved man undgår den usikre sammenligning, man ellers måtte have foretaget af sygeligheden før og efter industrialiseringens tilkomst, hvor forstyrrende forhold, som f.eks. optræden af epidemier, kunne fortegne billedet.

En klar definition af, hvad industri er, er ikke mulig, idet der har fundet en glidende overgang sted fra de oprindelige håndværk og deres værksteder, og først da der er kommet maskiner til og især sådanne, der er drevet af mekanisk energi, kan man tale om egentlig industri. Til yderligere præcision kan man jvf. Hyldtoft (1984)¹ kræve et vist antal ansatte f.eks. 6 arbejdere pr. institution.

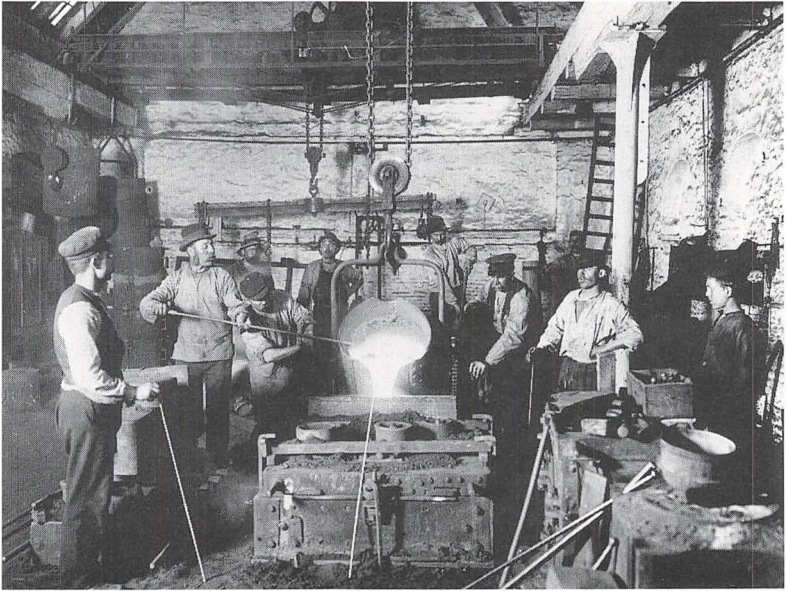
En anden forudsætning for bedømmelse af, hvornår væksten foregår, er den anvendte målestok: drejer det sig om væksten i investeringer, i antallet af arbejdere, i mængden af anvendt mekanisk energi, eller er det produktionen målt i enheder eller i kr. og øre?

Hos O. Hyldtoft et alii 1981² findes en opgørelse over industriarbejdere, virksomhedsantal og maskineffekt.

Tabel 1. Arbejdsstyrke og mekanisk kraft i hovedstaden.

	Industriarbejder	Virksomheder	Maskineffekt
1855	10.600	82	819 HK.
1873	21.400	182	2.384 HK.
1897	44.200	780	11.500 HK.

I Sv. Aage Hansens bog fra 1984³ findes oplysninger om bruttofaktoriindkomst for forskellige erhverv for hele landet, hvoraf nogle er udtaget, se tabel 2.



Mogensens jernstøberi, Christianshavn. Københavns Bymuseums samlinger, billedet stammer formodentlig fra ca. 1890.

Ved studier i det kongelige Bibliotek, Arbejdsbevægelsens Bibliotek og Arkiv og i Københavns Bymuseum har det vist sig vanskeligt at finde gode illustrationer af det egentlige arbejdsmilieu. Hertil kan der være flere grunde: fotografering var endnu en nyhed, som mest anvendtes til skildring af mennesker ved festlige eller højtidelige lejligheder og af interiører, der fandtes smukke. Det hårde slid i snavsede omgivelser har hverken arbejdsgiver eller arbejder, omend af forskellige grunde, ikke været interesseret i at gengive.

Tabel 2. Løbende priser i mill. kr.

	Landbrug	Håndværk + Industri	Alle erhverv
1855	260,9	74,1	469
1873	373,6	132,4	781
1895	360,1	205,8	1039

Tabel 3. Eksporten i samme år⁴

	Landbrug	Industri, i mill. kr.
1855	68,8	3,6
1873	121,7	11,7
1895 ¹	190	14

Af sådanne tal fremgår det, at Danmark endnu i slutningen af atten-hundredetallet var et decideret landbrugsland, men at industrien var på vej, omend den i første omgang overvejende producerede til hjem-meforbrug.

I 1881 blev arbejdsstyrken på landet passeret af mængden af alle ikke landbrugstilknyttede.

Industriens geografiske placering

Til nærmere belysning af erhvervsfordelingen over landet kan neden-stående tabel ud fra oplysninger fra Hans Chr. Johansen 1985⁶ tjene.

Tabel 4. Erhvervsfordeling i % af befolkningen: hele landet, Køben-havn i ().

	1840	1870	1880	1901
Landbrug	46 (0) ^x	44 (1)	45 (1)	40 (1)
Håndværk + industri	20 (35)	21 (35)	23 (38)	28 (45)

^x excl. Frederiksberg.

Udviklingen i provinsbyerne var nogenlunde som i København. Håndværk + industri 1840: 42, 1870: 40, 1880: 39, 1901: 45%, men som følge af disse byers lidenhed er den numeriske mængde industri-arbejdere selvfølgelig beskednen. De angivne tal må dog tages med den reservation, som disse tidligere optællingers usikkerhed betinger,⁷ f.eks. kunne provinsbyernes ligefrem faldende tal for håndværk og industri tyde på, at håndværk, der har været det dominerende, efter-hånden er blevet delvis erstattet af industriens mindre mandskabs-krævende produktionsform.

O. Hyldtoft 1984⁸ angiver, at industrialiseringen uden for København i den tidlige fase, til 1872, kun finder sted i noget større omfang i Odense, Århus, Ålborg og Fredericia, men efter 1872 flytter tyngdepunktet til provinsen.

Men hvorom alting er, så er der en langt større koncentration af industriarbejdere at finde i København.

Erhvervsfordelingen i København

Den samlede arbejdsstyrke i industrien er i den fokuserede periode i København⁹. 1873: 21.4000 = 9,1% af 236.000, 1897: 44.800 = 10% af 447.000 indbyggere; at det er virkelig industriel virksomhed, det drejer sig om, tyder det stadig større antal arbejdere pr. virksomhed på, 1855: 22,5, 1873: 27,9, 1882: 28,5, 1897: 30,9¹⁰.

Opgørelsen omfatter industri eksklusive fodtøjs-, beklædnings- og møbelindustri.

Af betydning for senere vurdering af sundhedstilstanden er arbejdsstyrkens fordeling på børn, kvinder og mænd af interesse, o. 1873 var der 900 børn = 4,0% af hele styrken i industrien, heraf halvdelen i tobaksindustrien; i 90'erne var antallet af børn (10-14 år) knap 1000 = nu 2%.¹¹ Kvindernes andel var ca. 33% i 1873 og 37% i 1897.¹²

Foruden arbejdere beskæftigede industrien også funktionærer og det i stadig stigende grad, 1872 o. 4,5% og i 1897 o. 8% af alle ansatte.

Konklusionen af ovenstående bliver, at der i perioden 1873 til 1897 sker en vækst af håndværks- og industriansatte arbejdere i hovedstaden fra ca. 21.000 til ca. 45.000, altså en ganske stor mængde ud af hele byens befolkning, der i samme periode steg fra 236.000 til 447.000, hvoraf langt over halvdelen stammede fra indflytning fra det øvrige land, især fra landsognene.¹⁴

Arbejdstid

Hvorledes var arbejdsforholdene for denne nye klasse i disse industrialismens tidlige tider? Arbejdstiden var, set med vore dages øjne uhyrlig. Jørgen P. Christensen, 1975,¹⁵ opsummerer sine undersøgelser

over arbejdstider i København 1872 til at udgøre 11 timer pr. døgn om sommeren og 7 timer om vinteren. Disse tal er nettotal, den reelle tid, der blev tilbragt på fabrikken, var et par timer længere. De angivne tider er de gennemsnitlige, men der var meget store forskelle mellem fagene, ligesom arbejdstiden kunne være meget forskelligt placeret i døgnets 24 timer,¹⁶ og i det hele må tallene tages med en del reservation, da der ikke foreligger klare aftaler mellem arbejder og arbejdsgiver førend i slutningen af århundredet, hvor fagforeningerne havde kæmpet sig frem som en reel magtfaktor.

For faglærte arbejdere var den gennemsnitlige netto arbejdstid i København¹⁷ 1872: 10,8, 1882: 10,3, 1892: 10,1 t/døgn.

For nogle faggrupper var arbejdstidsforholdene endnu mere belastende, specielt var bagerne plagede med 7 dages arbejdsuge og med en stor del af arbejdstiden som natarbejde.

Endnu et forhold, der falder naturligt ind under arbejdstidsproblematikken, er arbejdsløsheden, der altid har været knyttet til industrialismen, som en stedse tilbagevendende foreteelse. I de tidlige år manifesterede den sig som sæsonbetonede arbejdsløshedsperioder for murere, landarbejdere og søfolk.

I løbet af 60'erne var der, især i København, en ret udbredt arbejdsløshed på grund af tilvandring, og i slutningen af 70'erne optrådte en økonomisk krise med betydelige fald i beskæftigelsen, og i 1885-1887 optrådte igen en svær arbejdsløshedsperiode.¹⁸

G. Nørregaard¹⁹ angiver op til 2000 ledige arbejdsmænd i København i 1876, og senere på året var der måske flere tusinde arbejdsløse faglærte af enhver slags, og således fortsatte det også i 1877-1878 med arbejdsløshed af størrelsesordenen 30-60%, hvilket først skulle opleveres igen i 1932/33.

Økonomiske forhold

For at få et indtryk af de økonomiske forhold er det måske rimeligt først at se på hele landets 1) bruttofaktoringkomst, der er den samlede danske produktion ÷ værdien af indkøbte råstoffer og på 2) rådighedsbeløbet, der er bruttofaktoringkomst ÷ export + indførte varer



Kleinsmed, B og W, 1890. Et tidstypisk billede af en opstillet gruppe uden for arbejdsstedet, hvor der også var mere lys. Arbejderbevægelsens Bibliotek og Arkiv.

og tjenesteydelser = hvad der står til befolkningens disposition enten til konsumtion eller investering.²⁰

Med korrektion for beskatning og subvention af visse varer ser udviklingen i værdien af det endelige rådighedsbeløb i den undersøgte periode således ud:

Tabel 5.

	Bruttofaktor indkomst	Rådighedsbeløb markedspris	Konsumtion
1875	1296	1377	1170
1885	1545	1683	1441
1895	2065	2214	1896

Tallene er i mill. kr. og i faste priser med 1929 som indekssår. Til konsumtion bruges o. 87% af rådighedsbeløbet.²¹

Men det vigtigste for den her interessante gruppe er løn og priser.

Af de til konsumtion disponible beløb anvendtes 6-7% til kollektiv konsumtion, af de resterende beløb anvendes i

Tabel 6.

1875	47% til fødevarer	11% til husleje
1885	47% til fødevarer	13% til husleje
1895	47% til fødevarer	11% til husleje

beregnet på løbende priser efter tabel 9 i Sv. Aage Hansen, 1984.²²

Et vist indtryk af en stigende velstand fås ved sammenligning af forbrugsfordelingen på forskellige fødevarer, således udgjorde brød 23% og sukker + krydderier + te og kaffe 12% af konsumtionen i 1875, men ændrede sig i 1895 til 15% for brødet og 13% for »luksusvarerne«, mens kødkonsumtionen steg fra 37% til 42%.²³

Arbejdslønninger

Og nu til industriarbejdernes faktiske lønninger som basis for en nærmere belysning af levefoden. Den seneste og mest omfangsrige behandling heraf er Jørgen P. Christensens analyse 1975.²⁴ De fundne timelønninger stammer fra officielt statistisk materiale fra Københavns kommunes statistiske kontor.

Tabel 7. Timeløn for alle faglærte arbejdere i København²⁵ i øre.

1872	25,1 løbende vægt	25,5 1898 vægt	16,9 ufaglærte
1882	31,4 løbende vægt	32,2 1898 vægt	23,9 ufaglærte
1892	35,9 løbende vægt	36,6 1898 vægt	27,2 ufaglærte
1898	44,6 løbende vægt	44,6 1898 vægt	34,0 ufaglærte

Kvindernes timeløn i 1872: 11 og i 1897: 16,9 øre.²⁶

Det må absolut erindres, at disse tal er gennemsnit og beregnede og delvis skønnede, da der indgår en del usikkerhed med hensyn til arbejdstiden, akkordarbejdets mængde og årstidsvariationer for visse fag

og endelig også forskelle fra fabrik til fabrik, her før de egentlige overenskomsters tid.

Til en klarere opfattelse af, hvad arbejderne havde at leve af, er en dagløn-angivelse formodentlig bedre. En opgørelse over gennemsnitslønnen findes hos Jørgen P. Christensen 1975.²⁷

Tabel 8.

1872	2,79 kr.	arbejdere i almindelighed
1882	3,04 kr.	
1892	3,32 kr.	faglærte arbejdere
1898	3,84 kr.	

De angivne lønninger er kun de egentlige forsørgeres indtægter, men hertil kommer for mange familiers vedkommende koners og børns omend små, så dog supplementer til familiens udkomme, men ifølge undersøgelser af Knud Dalgård, citeret hos Jørgen P. Christensen 1975,²⁸ udgjorde mandens del af familiens indtægt 90%.

For til fulde at kunne bedømme familiernes faktiske indtægter ville høre viden om arbejdsløshedens omfang og varighed samt om sygdoms- og ulykkesbetinget fravær fra arbejdet, men om disse forhold findes endnu dårligere oplysninger.²⁹

Lønverdi

Men det egentlige interessante er, hvad man kunne få for disse indtægter. Som tidligere angivet udgjorde fødevarerforbruget fra 47 til 44% af hele befolkningens konsumtion, men ser man på arbejderbefolkningen for sig, udgør fødevarernes andel af lønnen i begyndelsen af perioden for faglærte arbejdere ca. 65%, for ufaglærte 75% og i slutningen af perioden, i 1895, er andelen faldet til ca. 55% og 65%.

Af den resterende del af indtægten skulle bolig, lys og varme samt beklædning klares.

Huslejudgiften var i 70'erne omkring 120-140 kr. om året og i 1897 o. 220 kr., hvilket var ca. 14% af totalforbruget, til varme og lys anvendtes ca. 15% og til beklædning og alt det øvrige de sidste 10-15%.

Også direkte skat skulle betales, og omend den kun udgjorde små beløb, årlig ca. 13 kr., var dette dog 1-2% af lønnen.

Spørgsmålet er til slut, om sådanne udgifter kunne dækkes af den faktiske indtægt, og meget tyder på, at dette periodevis ikke var tilfældet.

Der findes en opgørelse over faglærte provinsarbejderes årsindkomst sammenstillet med budgetsummen, hvorved forstås summen af priserne for de af budgettet omfattede poster.³¹

Tabel 9.

	Årsindkomst	Budgetsum	Difference
1870	581 kr.	801 kr.	÷ 220 kr.
1880	686 kr.	864 kr.	÷ 178 kr.
1890	759 kr.	771 kr.	÷ 12 kr.
1900	975 kr.	771 kr.	204 kr.

Som det ses, er der først balance i regnskabet omkring århundredskiftet, hvilket betyder, at koner og børn har været tvunget til at tage del i indtjeningen.

Selv om dette er provinsarbejdernes løn og budgetforhold, er de ikke principielt anderledes end i København.

Til eksemplificering af lønningernes værdi vil en lille række varepriser klargøre livsbetingelserne lidt tydeligere.³²

Tabel 10.

Kg-priser i København 1897.		Antal timer pr. enhed (timeløn 40 øre)
kød	66,2 øre	1,7 time
flæsk	86,8 øre	2,2 time
margarine	108,0 øre	2,7 time
rugbrød	11,4 øre	0,3 time
kartofler	4,8 øre	0,12 time
kaffe	280,0 øre/l	7,0 time
bajersk øl	10,0 øre/l	0,25 time
petroleum	14,7 øre/l	0,37 time

I 1893 kunne man møblere en 3 værelses lejlighed for en årsløn.

Boligen

Boligstandarden er en faktor af stor betydning for den almene hygiejne og herom oplyser en statistik fra 1880,³³ at af 5178 etageejendomme var der i 2218 mindre end 20 m² pr. beboer, og kun i 998 havde beboerne 40 eller flere m² til rådighed, ydermere indgår der i arealberegningerne gang og trappe samt murtykkelse.

I en anden opgørelse over lejlighedsstørrelser finder man, blandt 82.059 lejligheder, at ca. 50% bestod af 1 eller 2 værelseslejligheder med en moderat forbedring fra 1880-95 på 7,3%: fra 32,9 til 40,2% af 2 værelses og en tilsvarende nedgang fra 16,8 til 13,3% af 1 værelseslejlighed.³⁴

Tablel 11. Husstande fordelt efter antal værelser.

	1880	1895	1987 ³⁵	
vær. pr. lejl.	%	%	%	
1	16,8	13,3	3,0	
2	32,9	40,2	17,0	
3 + 4	31,3	30,6	50,3	
5	} 14,3	6,5	} 14,9	
6		4,0		} 12,9
7		2,4		
8 + 9	4,7	3,0	12,7	

3-4 værelses lejligheder udgjorde ca. 30% af hele massen.

Blandt de små lejligheder fandtes 1779 1-værelses med mere end 4 beboere og 1224 med mere end 8 beboere pr. bolig.

En sammenligning med 1987 standarden giver måske den bedste indfaldsvinkel til forståelse af niveauet dengang.

Konkluderende om livsbetingelserne for arbejdere i København i den sidste trediedel af forrige århundrede må konstateres, at der i alt fald op til omkring 1890 levedes meget tæt på eksistensminimum, og at enhver belastning af familien, det være sig ved arbejdsløshed eller sygdom, har været en katastrofe, samt at befolkningskoncentrationen i byens lejligheder har været særdeles stor.



Adelgade i København. Datering mangler. Det kgl. Biblioteks kort- og billedsamling.

Sygelighed og dødelighed

I en periode i en befolknings tilværelse, hvor de dominerende lidelser skyldes infektioner, hvad enten de er bakterie- eller virusbetingede eller de er insekttransmitterede, »tropiske sygdomme«, bliver alle aldersgrupper og især børn uden erhvervet modstandskraft angrebet, hvilket medfører, at befolkningens gennemsnitslevialder bliver lav.

Heroverfor står befolkninger, for hvem infektionssygdomme spiller en mindre rolle, og som derfor når en højere alder, men dermed også helt andre sygdomsmønstre, præget af kræft og nedslidningssygdomme i hjerte og kredsløb. Gennemsnitslevialderen var for mænd o. 1870-1879 45,5 år mod nu 71,6 (1986) i hele landet.

Til belysning af den postulerede forskel i sygdomsprofil har jeg gjort et uddrag af »Dødsårsagsstatistik for Staden København« og søgt at rubricere diagnoserne i samme kategorier, som i en moderne statistik for hele landet fra 1986.³⁶

Indbyggere i København 1880 234.850,
i Danmark 1986 5.116.273.

Tablet 12. Dødsårsager i % af alle døde.

	København 1880	hele landet 1986 ¹⁷
(alle døde	5876 = 25‰	58150 = 11‰)
Infektionssygdomme	25,5	0
Tuberkulose	15,8	0
Lungesygdomme	11,0	6,7
Hjertesygdomme	4,6	32,8
Apoplexi	1,7	9,1
Kræft	4,6	25,4
Ulykker	1,5	4,3
Selv mord	1,1	2,4
Tæring hos småbørn	6,4	0
	72,2%	80,7%

Diagnosernes sikkerhed er formodentlig rimelig god, netop fordi det drejer sig om København, hvor ligsyn hovedsaglig blev foretaget af læger, mens dødsattester i det øvrige land ofte blev udstedt af lægfolk, ligsynsmænd.

Diagnoserne fra 1880 giver anledning til nogle identifikationsproblemer, for det første er uddifferentieringen betydelig større end i nutidens statistikker, og en del kan ikke genfindes i vore dage som f.eks. avitaminoser og convulsiones, hvorved formodentlig forstås fødselskrampe (ecclampsia); men de store hovedgrupper, der dækker ca. ¼ af alle diagnoser viser tydeligt den indledningsvis anførte trend: infektionssygdomme går ned, mens kræft og andre alderssygdomme går op.

Dødeligheden i København viser sig bemærkelsesværdigt at være større: 2,46% end på landet: 1,8%.³⁸

Ser man på aldersfordelingen i by og på land³⁹ finder man nogen overvægt af yngre mennesker, som tegn på den indvandring fra landet, der har fundet sted, men til gengæld er der flere børn på landet, således at den samlede mængde af mennesker under 40 år er den samme på land og i by.

Tabel 13.

Aldersfordelingen i %	København	Landdistrikter
<15 år	28,2	34,8
15-20	8,0	9,0
20-40	<u>36,6</u> <u>72,8</u>	<u>26,8</u> <u>69,6</u>
40-60	19,5	19,1
>60	7,4	10,0

Ser man på dødeligheden i relation til alder, er den for de 0-5 årige 50% større i København end på landet, men da der er et betydeligt færre antal børn i hovedstaden findes forklaringen på nettooverdødeligheden ikke i denne aldersgruppe.

Ernæringstilstanden kunne tænkes at have haft nogen betydning for sygeligheden, men vurderet ud fra det noget grove kriterium legemshøjde, findes denne ens over hele landet ved sessionsundersøgelser af unge mænd i tiåret 1879-88.⁴⁰ Gennemsnitshøjden var 167,3 cm, altså betydelig lavere end i dag,⁴¹ hvilket kun kan tydes som en kvalitativt dårligere ernæringstilstand, men altså ens over hele landet. Desværre er det ikke lykkedes at finde højdemålinger relateret til sociale klasser.

En mere interessant vurdering af den store dødelighed i storbyen ville være en på arbejdsmæssige- og social-økonomiske forhold baseret analyse. Som en af de første i verden har Th. Sørensen foretaget sådanne undersøgelser, og fra hans hånd foreligger omhyggelige statistiske analyser af mortaliteten i såvel provinsbyernes som Københavns bys befolkninger med speciel henblik på sociale klassesforhold, og for arbejdernes vedkommende en uddifferentiering af de enkelte håndværks- og industrifags andel i dødeligheden.

Det anvendte statistiske materiale bestod dels af folketællingen for København 1870, dels af samtlige dødsattester for tiåret 1865-1874, men kun for personer over 20 år i erhvervsduelig alder.

Inden for de tre grupper, Th. Sørensen anvender,⁴² består *gruppe I* af håndværkere og fabriksarbejdere, arbejdsmænd, matroser, tyende med flere lignende (udeladt er mening af hær og flåde og tugthusfanger), i alt 60.120 personer, *gruppe II* lavere embedsmænd, underofficerer, lærere, håndværksmestre, småhandlende, værkførere med

flere, i alt 32.638 personer, *gruppe III* højere embedsmænd, akademikere, officerer, studerende, bog- og vinhandlere med flere, i alt 17.747 personer.

Ud fra disse to materialer opstiller han i tabeller først antallet af døde inden for seks forskellige sygdomskategorier såvel med hensyn til alder og køn som til de sociale klasser, dernæst beregner han ud fra folketællingen i 1870 dødeligheden pr. tusind levende inden for hver af de omtalte grupper ovenfor.

Hele materialet omfatter 110.505 individer, iblandt hvilke der indtraf 20.847 dødsfald på tiåret 1865-74 = 19%.

Ser man dernæst på den summariske dødelighed af samtlige individer opdelt efter køn, alder og de tre omtalte socialklasser, finder

Theodor Sørensen. 1839-1914. Foto, Det kgl. Bibliotek.

Født i Hobro, student 1857, med. eks. v. 1865, underlæge ved Sølvgadens lasaret 1864. Fra 1869 til 1892 praktiserende i Hobro.

Under sit virke som læge i hjembyen fattede han interesse for den fattige del af befolkningens kår, for ulykkestilfælde under arbejdet og dødelighedens afhængighed af økonomiske forhold og beskæftigelse. Disse problemer gjorde han til genstand for grundige statistiske studier, der var enestående for tiden.

I 1885 blev han medlem af en af indenrigsministeriet nedsat kommission »til Overvejelse af Spørgsmålene om Sygekassernes Ordning og om Arbejdernes Sikring mod Følgerne af Ulykkestilfælde under Arbejdet«. Resultatet heraf blev en betænkning i 1887, som igen resulterede i loven af 12. april 1892 om anerkendelse af sygekasser. Et af denne lov affødt embede som sygekasseinspektør blev Th. Sørensen nærmest tvunget til at overtage.

I 1903 blev han medlem af en kommission til behandling af spørgsmål om almindelig invaliditets- og alderdomsforsikring, betænkning herfra kom på Th. Sørensen dødsdag 20.12.1914, men undervejs havde samme kommission afgivet forslag om lov om anerkendte Arbejdsløshedskasser. Forslaget gik forbløffende hurtigt igennem rigsdagen som lov af 9.4.1907. Også denne lov bar så meget præg af Sørensens indsats, at han i sin alders otteogtresindstyvende år var selvsikret til det nye embede som arbejdsløshedsinspektør. Med de administrative erfaringer, 15 år som sygekasseinspektør havde givet ham, kombineret med enorm flid og det, der på nudansk hedder stor personlig udstråling, lykkedes det ham ved intimt samarbejde med de samvirkende Fagforbund (senere LO) og med landets kommuner at få det nye system til at fungere uden større protester fra nogen side.

Theodor Sørensen døde 75 år gammel, og begravelsen, der blev bekostet af arbejdsløshedskasserne, blev en meget stor højtidelighed med deltagelse af, blandt mange andre, talrige politikere fra såvel højre som venstre side.



Th. Sørensen 1984⁴³ en tydelig forskel mellem mænd i gruppe I og II, som i aldersintervallet 35-55 år er meget nær en faktor 2, og endnu i 55-65 årene finder han 75% flere døde i I end i II. Det samme mønster, omend ikke helt så grelt, tegner sig for kvinderne, men dertil gælder, at kvinderne i gruppe I næsten følger gruppe II's mænd, og at gruppe II's kvinder yderligere ligger på det halve af kønsfællernes dødsrisikogruppe I.

Fra dette system tegner der sig en tydelig undtagelse for de yngre kvinder, der i såvel i 20-25 som 25-35 års grupperne har en dødelighed på omtrent samme niveau, som de yngre mænd ca. 7%, hvilket utvivlsomt skyldes fødslerne, der både var flere og farligere da end nu, hvilket bekræftes ved det i dødsårsagsstatistikkerne angivne høje tal for dødsfald af barselsfeber⁴⁴ og af fødsler som sådan.

Ser man på socialgruppe II og III finder man en betydelig mindre forskel her, og for kvinder synes dødsrisikoen endog at være mindre for II'erne end for III'erne, men næppe significant, undtagen for de helt unge i gruppe III, der har ligeså store levechancer som deres mandlige jævnaldrende, hvilket nok skyldes en højere 1. gangs fødealder i overklassen.

Som basis for den følgende mere specificerede beskrivelse af dødelighedsmønstret for arbejderklassen i København kan landdistrikternes statistik tjene.

Uden at opdele landdistrikternes befolkning i klasser viser dødeligheden sig her at fordele sig på aldersklasserne omtrent som den bedst stillede sociale gruppe i København, de eneste, der også her har samme skæbne, som alle andre såvel i København som i provinsbyerne er kvinderne fra 20-45 år, hvor svangerskab, fødsler og barnepleje ud-sletter såvel geografiske som sociale skel.

Tilbage bliver, at det er meget mere risikabelt at være håndværker eller arbejder i København og næsten lige så farlig at være gift med sådanne. Børnedødeligheden følger fuldstændig det samme mønster som mændenes, især markant er forskellen på spædbørnsdødeligheden (0-1 år), der i 1875-79 incl. var 23,3% i København og 15,5% i provinsbyer, men 11,9% på landet.⁴⁵ Th. Sørensen har foretaget undersøgelser i et decideret fattigkvarter i København (Christianshavn)

og her fundet dødeligheder endnu større end for København som helhed.

Den uddifferentiering, Th. Sørensen fortog af sit materiale med hensyn til de mest alvorlige sygdomme, omfattede de 6 sygdomsgrupper, der var ansvarlige for over 55% af alle dødsfald i perioden.

Blandt disse seks var den største dræber infektionssygdommene, om hvilke det kan konstatere, at ingen forskel gør sig gældende mellem rig og fattig, og her finder man bekræftet, at sygelighed i forbindelse med fødsler, barselsfeber spiller den store rolle, idet unge kvinder i alle sociale lag har en omtrent dobbelt så stor dødelighed som mænd.

Tuberkulose dræbte hvert år omkring 6.000 danskere, svarende til 15% af alle dødsfald, og da mønstret for denne lidelses optræden er så typisk, skal Th. Sørensens tabel gengives.⁴⁶

Tabel 14.

alder	Af 1000 levende i hv. aldersklasse døde årlig				Dødsfald ved tuberkulose udg. i % af samtlige dødsfald			
	Gruppe I		Gruppe II + III		Gruppe I		Gruppe II + III	
	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.
20-25	4,3	1,9	3,3	2,6	54	26	57	48
25-25	4,5	2,6	3,3	2,7	47	34	50	38
35-45	6,0	4,0	3,1	2,4	31	30	31	29
45-55	8,8	4,4	3,4	2,4	25	22	20	23
55-65	13,3	4,5	4,4	2,2	21	22	13	13
0. 65	10,6	4,5	2,9	1,3	9	4	3	2

Det fremgår heraf, at tuberkulose rammer gruppe I's mænd meget hårdt og des mere jo ældre de bliver helt op til 65 års alderen, hvilket for øvrigt undrede Th. Sørensen, som det formodentlig også vil undre nutidens læger. Gruppe I's kvinder er også hårdt ramt, men slæber en snes år efter og når ikke så højt op i relativ dødelighed, og bliver til gengæld ved med samme frekvens livet igennem.

Tydningen af dette mønster for sygdomsudbredelse: først blandt mænd senere til kvinder, men med 2-3 gange så mange angrebne

mænd i klasse I som i klasse II + III, kunne være den, at klasse I er *den* med mindst modstandskraft, som bor tættest, og som på arbejdspladsen er sammen med kammerater i meget lang tid i små, dårligt ventilerede lokaler. Her henter mændene deres tuberkelbaciller, som de efterhånden smitter deres koner og børn med.

Det er interessant at læse, at Th. Sørensen om tuberkelbacillen, som var en nyopdagelse for den tid, noterer sig betydningen af »jordbunden« for bacillens trivsel, og her er han helt et barn af sin tids medicinske opfattelse, som i mange år havde erkendt hygiejnens betydning for epidemiske sygdommes forebyggelse, ikke mindst belært af koleraepidemien i 1850'erne.

Den tredje store gruppe, der er grund til at tage med her, er lunge-sygdommene, idet også denne sygdomsgruppe gav anledning til et meget stort antal dødsfald, og som viser et lignende mønster som ovenfor med en dobbelt så stor frekvens af døde blandt arbejdere som blandt mere velstillede mænd. Kvinderne har også her lavere frekvens end mænd, ca. det halve inden for begge sociale hovedgrupper, men dertil kommer det anderledes forløb, at dødeligheden bliver ved at vokse især for mænd op igennem årene. Dette bekræfter, at det ikke er en enkelt sygdom af infektiøs natur, men at det snarere drejer sig om kroniske degenerative lidelser, der meget vel kan have ydre faktorer som væsentlig baggrund. For de lavere lag er det formodentlig ikke mindst de dårlige forhold på arbejdspladserne, der har skylden. At mændenes risiko stiger særlig brat mod slutningen af livet, kunne måske delvis skyldes disses tobaksforbrug over for datidens ikke-rygende kvinder, men desuden kan man ikke se bort fra, at der utvivlsomt ved en række dødsfald i høj alder er skrevet lungebetændelse som dødsårsag i mangel af bedre diagnose.

Vender vi os nu til dødeligheden i forskellige erhverv, så findes, også hos Th. Sørensen,⁴⁷ opgørelser over i alt 13 faggrupper og 5 grupper af ufaglærte. Af denne statistik fremgår, at kun i to af grupperne er egentlige industriarbejdere dominerende: i tobaks- og jern- og maskinfabrikationen, de øvrige grupper omfatter også uden dørs håndværk af forskellig slags.

Blandt industriarbejderne er tobaksarbejderne den gruppe, der er

mest udsat med en dødelighed på ca. 2 gange gennemsnitsdødeligheden for alle 13 grupper, især når man ser på aldersgrupperne 20-35 og 35-55, over 55 år er den ikke hårdere ramt end andre, men der er ej heller ret mange tilbage i faget, når 55 års alderen er nået, hvorfor den statistiske sikkerhed bliver minimal.

Til sammenligning tjener, at andre lignende grupper med inden dørs og stillesiddende arbejde som skræddere og skomagere holder længere ud, og uden øget risiko.

Th. Sørensen konstaterer tillige, at tuberkulose spiller en meget stor rolle for tobaksarbejdere, men ikke for skræddere og skomagere.

I de to store bygningsfag murere og tømrere findes gennem alle aldersgrupper en betydeligt højere dødelighed blandt hine end blandt disse, men her er der ingen forskel på den tuberkulosebetingede dødelighed. At murere er mere udsatte for det danske vejrligs barskhed end tømrerne, kunne forklare forskellen i dødelighed. Der mangler desværre en nærmere specifikation af diagnoserne for disse to fag.

Ulykkestilfælde spillede kvantitativ ikke den store rolle, idet disse kun krævede 1,5 døde pr. 1000 mandlige⁴⁸ personer af arbejderklassen; dette tal er nok, som Th. Sørensen selv siger et minimumstal, da f.eks. sene dødsfald som følge af ulykkestilfælde ikke nødvendigvis behøvede at blive registrerede som hørende hertil. Ulykkesanmeldelsespligten for læger kom først med maskinbeskyttelsesloven i 1889.

De ret få ulykkesdødsfald, Th. Sørensen⁴⁹ ved sine undersøgelser fandt frem til, var i alt kun på 84, og heraf udgjorde håndværkere 31 og blandt disse fandtes 17 murere og 2 tømrere, som alle var døde ved fald. Af de resterende 51 dræbte fandtes kun 11, der direkte kunne forklares som maskinbetingede, resten skyldes nedstyrtning og færdsel.

Konklusion

København udviklede sig i sidste trediedel af forrige århundrede til en betydelig industriby, idet den befolkningsmæssigt næsten fordoblede sit indbyggertal, samtidig med at antallet af håndværkere og industriansatte mere end fordobledes.

Her er foretaget en nærmere analyse af levestandarden for den dårligst stillede halvdel af befolkningen med henblik på løn sat i relation til leveomkostninger og fundet, at denne gruppe har levet på et absolut eksistensminimum og helt uden socialt sikkerhedsnet.

Boligforholdene var dertil overordentlig trange og det almenhygiejniske niveau af ringe standard.

Dødeligheden er fundet op mod 50% højere i byen end i landdistrikterne, og blandt mange fags mandlige arbejdere dobbelt så høj som blandt de bedrestillede mænd.

Flere årsagssammenhænge må nok søges som forklaring på dette specielle mortalitetsmønster for den nye industribefolkning.

For det første boede man tæt sammen, hvilket gav gode spredningsmuligheder for infektionssygdomme, som derfor også kostede mange menneskeliv, det samme gjorde tuberkulose. Som forklaring på den skæve sociale fordeling af dødelighed kan tjene denne klasses yderligere sammenklumpning i byens slum, kombineret med en dårlig ernæringstilstand.

Hertil kommer mange arbejdspladsers uheldige indvirkning på helbredet, hvilket demonstreres af en betydelig forskellig dødelighed mellem fagene.

I de forløbne hundrede år er livslængden gradvis øget med næsten en menneskealder, og selv om der i denne periodes sidste halvdel er tilkommet mange medicinske landvindinger i form af vaccinationer og antibiotika, sukkersygebehandling og m.m., er disse fremskridt forudgået af betydelige forbedringer af realløn og boligforhold og dermed af den almene hygiejne, hvilket kan tjene som en bekræftelse på hypotesen om de ydre faktorer som væsentlige for et sundt liv.

SUMMARY

Life conditions, morbidity and mortality among labourers in the early industrial period about 1870-85.

A statistical survey of the industrial development and geographical distribution in Denmark in the last half of the 19th century is given.

The daily amount of working hours was 10 per day in six days each week.

The daily wages for a skilled worker were in 1882 3 kr. and for unskilled 2,4 kr. 65-75% of the wages were spent on nourishment.

Not until the end of the 1890ies balance between income and expenditure was achieved.

About 50% of the population was accommodated in flats including 1-2 rooms.

The mortality was characterized by the high rate, about 50% of deaths caused by infectious diseases including pneumonia and tuberculosis. Cardiac diseases, apoplexy and cancer were the death cause in only 11%.

A comparison of deathcauses in relation to social-classes and age shows, that the mortality in the working classes were twice as high as among the more wealthy.

Conclusively it might be postulated that a satisfactory explanation to the high mortality among the working classes has been found in a combination of poor housing conditions, minimal wages and miserable working conditions.

LITTERATUR

Christensen, Jørgen P.: Lønudviklingen inden for dansk håndværk og industri 1870-1914. I + II. København 1975.

Hansen, Jens Erik Frits: Kilder til levestandarden i Danmark 1850-1900. København 1974.

Hansen, Svend Aage: Økonomisk vækst i Danmark. Bind I: 1720-1914. Bind II: 1914-1983. København 1984.

Hyldtoft, Ole: Københavns industrialisering 1840-1914. København 1984.

Hyldtoft, Ole, H. Askgaard og N.F. Christiansen: Det industrielle Danmark 1840-1914. Herning 1981.

- Johansen, Hans Chr.: Dansk økonomisk statistik 1814-1980. Gyldendals Danmarks historie, Bind 9. København 1985.
- Nørregård, Georg: Arbejdsforhold inden for dansk håndværk og industri 1857-1899. København 1943.
- Sørensen, Th.: De økonomiske Forholds og Beskæftigelsens Indflydelse på Dødeligheden. Første Afdeling, Kjøbenhavn, 1884.
og Ulykkestilfælde under Arbejdet i Kongeriget Danmark for Femåret 1880-84. Kjøbenhavn 1887.
- Reprografisk genudgivet af Erik Strange Petersen under titlen: Th.Sørensen: Social-statistiske undersøgelser. Bind I og II. København 1984, med en grundig biografi og en komplet bibliografi over Th.Sørensens i alt 80 udgivelser samt de 5 kommissionsbetænkninger, hvorpå han har sat sit præg.
- Sammendrag af Statistiske Oplysninger, B. 10, København 1889.
- Statistiske Meddelelser, 3. R., B. 10, København 1890. 3. R., B. 11 og 12, København 1892.
- Statistisk tiårsoversigt, København 1988.

NOTER

1. O. Hyldtoft, Disp. 1984, s. 29.
2. O. Hyldtoft et alii, 1981, s. 22.
3. Sv. Aage Hansen, 1984, bind II, s. 237ff.
4. *ibid*, s. 285.
5. Gyldendals Danmarks historie, 1985, bind 9, s. 191.
6. Hans Chr. Johansen, Gyldendals Danmarks historie, 1985 bind 9, s. 34.
7. *ibid*, s.32f.
8. O. Hyldtoft, 1984, s. 24, 1. sp.
9. *ibid*, s. 139.
10. *ibid*, s. 250.
11. O. Hyldtoft, 1984, s. 253, 1. sp.
12. *ibid*, s. 254.
13. *ibid*, s. 261, sp. 1.
14. Hans Chr. Johansen, 1985, s. 29.
15. Jørgen P. Christensen, 1975, 1. bind s. 43f.
16. *ibid*, s. 51.
17. *ibid*, s. 60.
18. Svend Aage Hansen, 1984, bind I, s. 258.
19. G. Nørregaard, 1943, s. 332 f. cit fra Socialdemokraten.
20. Hans Chr. Johansen, 1985, s. 88.
21. Svend Aage Hansen, 1984, bind II, s. 261, 264.
22. Svend Aage Hansen, 1984, bind II, s. 273f.
23. Beregnet udfra Svend Aage Hansen, 1984, bind II, tabel 10, s. 279-80.
24. Lønudviklingen inden for dansk landbrug og industri 1870-1914, bind 1 og 2.

25. *ibid*, bind 1, s. 75.
26. *ibud*, bind 1, s. 189.
27. Jørgen P. Christensen, 1975, 2. bind, s. 47, 49, 51 og 53.
28. *ibid*, 1. bind, s. 210.
29. *ibid*, 1. bind, s. 198 f. og note 19, s. 10.
30. Svend Aage Hansen, 1984, bind I, s. 262.
31. Jørgen P. Christensen, 1975, 1. bind, s. 213f.
32. Jens Erik Frits Hansen, 1974, s. 37.
33. Jens Erik Frits Hansen, 1974, s. 75.
34. *ibid*, s. 77.
35. Statistisk tiårsoversigt, København, 1988, s. 19.
36. Statistiske Meddelelser, bind 10, 1889, s. 15-22.
37. Statistisk tiårsoversigt 1988, s. 12.
1870 diagnoselisten er mere uoverskuelig, men infektionssygdomme udgør 19%, lungesygdomme 17% og tuberkulose 19%.
38. Sammendrag af Statistiske oplysninger, 1889, bind 10, s. 15-22.
39. *ibid*, s. 11.
40. Statistiske Meddelelser, 3 R. 11. bind, 1892, s. 1-95.
41. Sessions-højden i 1986: 180,2 cm. Statistisk Årbog 1988.
42. Th. Sørensen, 1884/1984, bind II, s. 124.
43. *ibid*, s. 129.
44. Sammendrag af Statistiske Meddelser, 1874-78. Døde af barselsfeber 41 pr. år i København.
45. Th. Sørensen, 1984, bind II, s. 18.
46. Th. Sørensen, 1984, Bind II, s. 145.
47. Th. Sørensen, Bind II, s. 229.
48. Th. Sørensen, 1984, Bind II, s. 179ff.
49. *ibid*, 1984, s. 452.

VENLIG HILSEN



NYROP & MAAG A/S

Halmtorvet 29
1501 København V

Telefon 31 31 15 55
Telex 15 543 nyrop dk
Telefax 31 31 10 54

Slægten de Meza

en jødisk indvandrerfamilies integrering
i det danske samfund*

Af Vagn Schmidt

De første slægtled i det danske monarki

Integreringen af den jødiske familie de Meza i det danske samfund fandt sted som følge af jødeforfølgelserne i Spanien og Portugal i begyndelsen af 1600-tallet. De »ladino«-talende, sefardiske jøder flygtede fra den iberiske halvø, og hvor de slog sig ned, blev de som regel værdsat for deres dygtighed og handelstalent. De nåede også til Hamburg, hvor de i 1619 oprettede en bank for handel og industri. 1612 havde de grundlagt en synagoge i byen.

Jødernes finansielle dygtighed kom den danske konge Christian IV (1588-1648) for øje, og han inviterede dem til at bosætte sig i Altona, Danmarks næststørste by, beliggende lige uden for Hamborgs byporte og derfor i skarp konkurrence med denne hansestad.

I 1617 grundlagde Christian IV byen og fæstningen Glückstadt længere mod vest. Her fik de »portugisiske« jøder tilsagn om frit at kunne handle og til at erhverve egne grunde.^{1 2}

Mange af disse sefardiske jøder klarede sig særdeles godt, og mange havde fra deres hjemland medbragt adelige titler, som de også benyttede på deres nye virkested.²

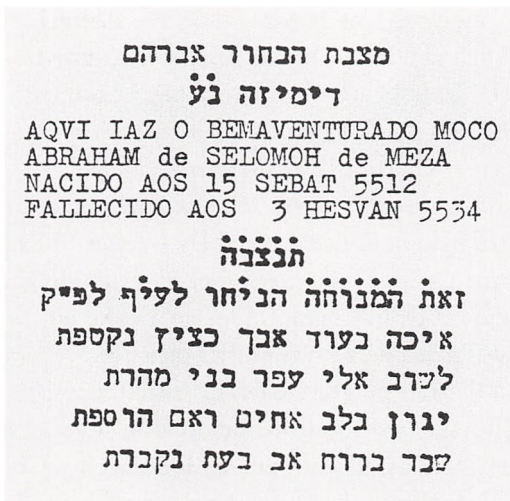
* Herved bringes en tak til embedslæge Tage Grodum, uden hvis hjælp denne artikel ikke var blevet færdiggjort.

I Venezia blev derboende jøder under pave Paulus IV tvunget til at bo på en bestemt af byens mange småøer. Det var der, at byens støberi, »Ghetto«, lå – og dette navn er siden på ubegribelig måde ingået i det jødiske folks historie. I Danmark omtales et støberi som et »Ghettohus« – mere herom senere.

I Amsterdam havde de sefardiske jøder også fået fodfæste. Længe lå en stor sefardisk synagoge der lige over for en langt mindre, tilhørende jiddisch-talende østeuropæiske jøder, askenazierne. Ved den sefardiske synagoge var der en rabbiner ved navn *Abraham de Meza*, som var gift med *Cahanet de Lara*. De fik den 4. september 1727 sønnen *Salomon de Meza*. Ingerslev skriver om denne søn: »I sin barndom blev han undervist i den jødiske litteratur og hebraisk poesi, men fra sit 13. år begyndte han at studere medicin under vejledning af sin farbroder, David de Meza, en berømt læge i Amsterdam. Efter at have nydt privatundervisning blev han dimitteret til universitetet i Utrecht, hvor han, efter at have fuldendt sine akademiske studier, 1749 blev dr. med. Efter sin hjemkomst rejste han til Harderwick, hvor han navnlig sluttede sig til Johan de Gorter, der dengang var medicinsk professor der og siden livlæge for kejserinden af Rusland. Han blev dog ikke længe, men rejste samme år til Hamburg.«³⁾ ⁴ Her hørte han om de friere forhold i Danmark, hvorfor han i 1753 rejste til København, hvor han antog mellemnavnet *Theophilus*. Forinden havde han været på et kort ophold i London, således at han kom til København med en solid medicinsk baggrund.

Salomon Theophilus de Meza var gift med *Regina Cahanet Belinfante* (f. ca. 1714, d. 27.7.1783). Hun var ud af en sefardisk slægt, der talte flere kendte forfattere, læger og rabbinere. Hun følte sig meget mere knyttet til den jødiske tro end sin mand, og hun blev da også begravet på den jødiske kirkegård i Møllegade i København, men der blev næppe nogensinde sat en sten på hendes grav, hvilket måske hænger sammen med, at hendes mand og efterlevende børn omkring tidspunktet for hendes død lod sig døbe af confessionarius Christian Bastholm. Salomon de Meza fik ved den kristne dåb navnet *Christian Julius Frederik de Meza*, men det findes ikke indført i hverken Frederiksborgs Slotskapels eller Christiansborgs Slotskirkes kirkebøger.

Teksten på Abraham de Mezas (1752-73) gravsten på den gamle jødiske kirkegård i Møllegade i København.



Hvorvidt der er en sammenhæng mellem hustruens død og den øvrige families konvertering har ikke kunnet opspores, og ej heller datoen for dåbshandlingen.

I den gamle hebraiske begravelsesprotokol er Regina Cahanet de Meza anført at være død 29. Tamus, hvilket svarer til 29. juli, men i Adresseavisen angives dødsdatoen til 27. juli. Af de Mezas trosbekendelse fremgår, at hans hustru ikke ønskede at lade sig døbe, idet hun jo tilhørte en meget anset rabbinerslægt. Shocket ved ægtefællens og børnenes dåb som et fait accompli kan have været medvirkende til hendes død, og yderligere havde hun 10 år tidligere mistet sin ældste søn Abraham og 5 år senere sin næstældste søn Isak. Ved familiens dåb forlod sønnen *Jacob* og ægteparrets eneste datter *Rachel* deres fædres tro, så hvem skulle i fremtiden læse sjælemeden over hende på hendes »Jahrzeit«?

Salomon og Regina de Mezas førstfødte *Abraham Salomon de Meza* var født i London den 31. januar 1752, altså et års tid før forældrene kom til Danmark. I en liste over beboerne på matrikel nr. 116, Møntergade i København, hvor familien boede i 1762, angives den 2. februar for hans fødselsdag.

Ligesom sine brødre studerede Abraham medicin, men han nåede ikke at fuldføre sine studier, før han døde 20. oktober 1773 i en alder af 21½ år, kort efter han havde taget eksamen i osteologi ved Theatrum Anatomico-Chirurgicum i København. Han nåede dog at blive medlem af Chirurgisk Disputerselskab.

Han hed Abraham efter sin bedstefader og som mellemnavn hed han Salomon, der senere blev oversat til dansk som Gottfred. Abraham de Meza blev også begravet på kirkegården i Møllegade, hvor hans gravsted stadig findes i 3. række ud for muren mod Møllegade, som plads nr. 24 regnet fra højre.

Teksten på gravstenen er forfattet af faderen, der som omtalt var opdraget med jødisk litteratur og poesi. På stenen angives fødselsdagen til 15. Schvat 5512 og dødsdagen 3. Cheschvan 5534. Den første del af teksten er på portugisisk og angiver: »Nacido Aos 15 Sebat 5512, Fallecido Aos 3 Hesvan 5534«. Derefter følger en hebraisk tekst, der er vanskelig at oversætte, men indeholder flere meget poetiske sætninger.

Før den øvrige familie omtales, skal det nævnes, at Christian Julius Frederik alias *Salomon Theophilus de Meza* efter sin ankomst til København hurtigt havde skaffet sig en betydelig praksis både blandt sine jødiske trosfæller og blandt den øvrige befolkning. 11. oktober 1772 blev han medlem af Det medicinske Selskab og siden også af Landhusholdningsselskabet. Han skrev en del afhandlinger, blandt andet »Compendium medicum practicum« i 9 afdelinger (1779-83), »Physichalsk, oeconomisk og medichirurgisk Bibliothek for Danmark og Norge« i 3 bind. I 1769 havde han udgivet »De l'éducation des enfants tant phisque que morale«, som blev en del kritiseret. I forskellige lægetidsskrifter fremkom også flere mindre afhandlinger fra Salomon de Mezas hånd.^{4 5}

Han var en kundskabsrig mand, der foruden hebraisk beherskede de mest brugte europæiske sprog og talte latin som sit »modersmål«. Ved indvielsen af den jødiske synagoge i Silkegade den 9. april 1763 forfattede de Meza en større hebraisk kantate til Thorarullens indvielse. Han var også meget musikalsk og havde en smuk sangstemme, noget som var karakteristisk for de Meza-familien. Et andet karak-

teristisk familietræk var et heftigt sind og utålmodighed. Salomon Theophilus de Meza døde den 24. juni 1800 »i sin datters favn«.

Her skal berettes om den banebrydende kamp, han førte for at skaffe sine sønner den medicinske doktorgrad ved Københavns universitet. Familien de Meza var ved at integrere sig i det danske samfund, men der var stadig mange irriterende hindringer for, at det fuldt ud kunne lade sig gøre. Når Salomon Theophilus de Meza sammen med sine 2 da voksne børn lod sig døbe, kan det have haft en vis sammenhæng med hans ønske om, at de 2 sønner, der senere omtales nærmere, skulle kunne få den medicinske doktorgrad ved universitetet. I artikel 51 i dettes fundats var der udtrykt forbud mod at tildele doktorgraden til »nogen som for falsk lærdom er berygtet«. Dermed mentes personer, som ikke var kristne, universitetet var jo oprindeligt oprettet efter pavelig tilladelse i 1479 til kong Christian I. Omkring 1775 førte de Meza forhandlinger med universitetet angående den næstældste søn Isak, kaldet *Justus Zadig de Meza*, der døde 23 år gammel, og under forhandlingerne ser det ud til, at de Meza har stillet kancelliet i udsigt, at han senere ville lade sønnen døbe. I et kongeligt reskript af 21. august 1776 blev da også følgende tilladelse givet:⁴

»... Saa give Vi Eder herved tilkiende, at Vi efter slige Omstændigheder, allernaadigst have bevilget Supplicantens Søn fornævnte Justus Zadig de Meza ... promoveres til Doctor-Medicinae, dog med saadan Indskrænkning, at Promotions-Formularen saaledes indrettes, at det særdeles i Henseende til Eden, kunne blive uden ald Anstød og passe sig paa en Iøde, saa og at Ius docendi et disputandi ex suprema Cathedra derved udelades«.

Denne sag forstås bedre ud fra kendskab til forholdene mellem universitet og jøderne, som de havde været i tiden omkring Struensees »regeringstid« 1769-januar 1772.^{6, 7, 8}

Johann Friedrich Struensee var født i Halle 1737 som søn af en pietistisk præst. Han studerede medicin, blev fysikus i Altona, siden kongelig livlæge og sluttelig Geheime-Cabinetsminister med uindskrænket fuldmagt til at handle i kongens navn. Natten til den 17. januar 1772 fængsledes han, og efter rettergang blev han henrettet den 28. april 1772.^{4, 6, 7}

Struensee havde i 1769 erklæret, at for en læge kommer det ikke an på, om han er jøde eller kristen eller noget helt andet, når blot han hos syge og lidende menesker kan finde anledning til at hjælpe.⁶

En jødisk læge havde tidligere opnået tilladelse til at praktisere. Han hed *Simon Salomon Polack* og var søn af rabbiner Jakob Schalom. Han var født i Haag og studerede 6 år i København efter immatrikulationen. Han tog medicinsk eksamen der ved eksaminationer 3. og 10. marts 1764. I 1771 fik han ifølge et reskript fra Struensee bevilling, »licentia practicandi«, til at betjene alle og enhver i København i medicinen.⁸

Men efter at Struensee var styrtet, kom der en genoplivelse af den gamle intolerance over for jøderne.

I 1771 var Justus Zadig de Meza (1754-77) og hans ældre broder Abraham Gottfred Londinensis de Meza (1752-73) blevet immatrikuleret ved Københavns universitet efter forslag fra dekanen. *Christian Gottlieb Kratzenstein* (1723-95) var rector magnificus i de år, hvor Struensee forsøgte at frigøre universitetet fra gamle fordomme. Kratzensteins mening var, at når jøder havde tilladelse til at lave støvler og sko til de andre lav, burde de også have tilladelse til at blive eksamineret og opnå doktorgraden ved Københavns universitet, da de ellers måtte tage udenlands for at opnå denne grad for så senere at vende tilbage for at praktisere.⁸

Den 3. søn, *Christian Jacob Theophilus de Meza* (1756-1844), blev først immatrikuleret 24. april 1783. Den ældste søns skæbne er allerede omtalt, men de 2 efterfølgende sønners levnedbeskrivelse er farverig og ikke uvæsentlig for både medicinens og Danmarks historie.

Justus Zadig de Meza og universitetet i Bützow

Justus Zadig kom til at opleve den antisemitiske intolerance, der bredte sig efter Struensees fald. Men skønt hans levnedsløb blev kort, giver det anledning til at omtale et ellers ukendt universitet i nærheden af Rostock.

Han blev født den 8. marts 1754 i København, blev student 1771 og bestod kirurgisk tentamen samme år, hvorefter han blev medlem af

Professor i Bützow, hof-
rat dr. Georg Christian
Detharding.



det kirurgiske disputerselskab. I 1776 fik han tilladelse til at lade sig promovere som dr. med., men han tog ikke denne eksamen, som han var indstillet til den 16. oktober 1776, idet han angav at være syg. Årsagen var formentlig, at han ikke kunne få »jus docendi et disputandi ex suprema cathedra« jvf. universitetets regler, der stammede fra 1732. Han har ikke villet lade sig døbe, formodentlig fordi han respekterede især sin moders faste jødiske tro. Han rejste til Bützow i nærheden af Rostock, hvor han studerede ganske kort tid og derefter blev promoveret af professor i medicinen *Detharding*. Ved promotionen var der også vanskeligheder der pga. de Mezas jødiske tro, og han nægtede at aflægge den kristne ed, som man ellers forlangte. Efter mange diskussioner fandt man mulighed for at anvende en edsformulering svarende til de Mezas jødiske tro. Den 27. juni 1777 var han blevet immatrikuleret, og allerede 30. juni samme år blev han dr. med.

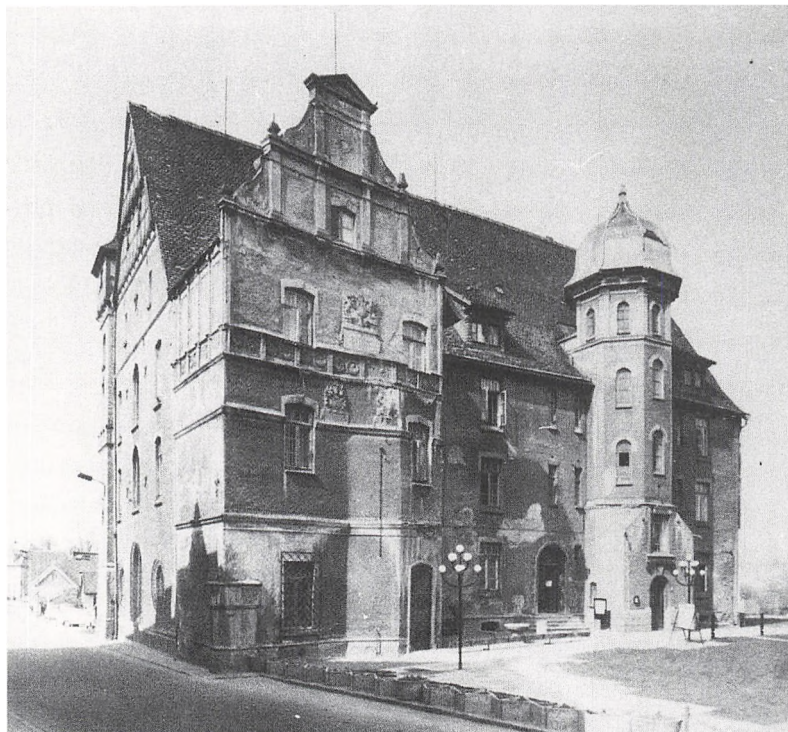
på afhandlingen »Animadversionenes februm intermittensium therapiam concernantis«. Men allerede i december 1777 døde Justus Zadig de Meza og blev begravet i den nærliggende by Güstrow.⁹

Yderligere 2 danske læger er blevet promoveret ved universitetet i Bützow:⁹

14. juli 1763 blev *Johan Pauli* fra Nykøbing Falster dr. med. i Bützow med afhandlingen »De infectis coleopteris Danicis« efter at have været immatrikuleret ved dette universitet siden 16. oktober 1762. Johan Pauli var søn af en skrædder og døbt i Nykøbing Falster den 17. september 1732. Fra 1766 praktiserede han der i byen, men fra 1768 i København, hvor han døde 28. februar 1804.³

Den 6. december 1764 disputerede »Herr *Jo. Franc. Wendelin Roth*, Königlich Dänischer Feld-Medicus pro gradu »De nebularum effectu noxio in corpore humano« under dem Herrn Hofrat Detharding«. Efter promoveringen holdt han en forelæsning »De aerophobia«. Hans senere skæbne kendes ikke.

Universitetet i Bützow var opstået pga. nogle spændinger i universitetsledelsen for det i 1419 grundlagte universitet i Rostock. Ledelsen af dette var nemlig delt mellem Rostock bystyre og »der Landesherr«, begge med ret til at besætte halvdel af professoraterne. I midten af det 18. århundrede opstod de første mindre spændinger mellem den regerende hertug af Mecklenburg-Schwerin, *Christian Ludwig II* og byen Rostock. Problemerne forstærkedes af den efterfølgende hertug *Friedrich der Fromme* (1756-86), som var ivrig pietist og i 1758 fra Halle havde kaldet magister Christian Albrecht Döderlein til professor i Rostock. Men magistraten i Rostock og universitetets teologiske fakultet satte sig derimod. Hertugens Geheime-Hofrat von Dittmar blev derfor som gesandt sendt til hoffet i Wien og fik der et kejserligt privilegium på et »Landesfürstliche Universität« i Bützow mod at betale 3.036%Goldgulden. Det kejserlige diplom for universitetet, kaldet »Fridericana«, i Bützow blev udstedt 3. oktober 1758 og gav tilladelse til at oprette 4 fakulteter. Planlægningen af det nye universitet, der ville ødelægge universitetet i Rostock, begyndte i al hemmelighed. Man ville lægge »Fridericana« enten i Güstrow eller i Bützow, og da slottet i Bützow stod tomt, blev dette det afgørende.



Bützow slot, som det ser ud idag. Slottet var til reformationen bolig for biskopperne i Mecklenburg-Schwerin. I sidste halvdel af 16. årh. blev den gotiske borg ændret til et renæssanceslot, som i perioden 1760-89 husede byens universitet. Nu er der indrettet lokalhistorisk museum på slottet med bl.a. en lille medicinhistorisk samling.

Bützow havde dengang ca. 1.000 indbyggere og var endnu ikke fuldstændig genopbygget efter en stor brand i 1716, og indbyggerne var forarmede. Der var derfor ikke nogen god baggrund for at oprette et universitet, men for borgmesteren syntes der at være en god lejlighed til at skaffe byen finansiell og materiel understøttelse, hvorfor han den 21. februar 1760 udtrykte sin tak til »Ihre Herzogliche Durchlaucht« med håb om ikke at lade byen i stikken.

Ved hjælp af kreditter blev byen genopbygget, og et stort antal boliger beredt til at modtage universitetets lærere og studerende. Den

20. oktober 1760 blev »Fridericana« åbnet med en indvielsestale af professor Döderlein, men pga. den elendige finansielle situation kunne man ikke holde nogen større fest. Universitetet begyndte med ca. 100 studenter, og samtidig havde hertug Friedrich der Fromme oprettet et »Pädagogium«, der dog atter blev opløst i 1780.

Der skulle også opbygges et universitetsbibliotek, og en af professorerne opdagede, at der i Schwerin fandtes 12.000 bøger efter de tidligere biskopper og hertuger. Disse bøger blev bragt til Bützow, og hertugen gav siden hvert år 80 Taler til indkøb af nye bøger. I 1789, da universitetet lukkede, kunne man til universitetet i Rostock, der kun havde ca. 5.000 bøger, sende 14.332 bøger.

Universitetets første rektor var professor Döderlein, men kun 16 til 20 studenter hørte hans forelæsninger. Bützow var nu pietismens højborg, og professor Zachariä docerede også teologi, men blev allerede i 1765 kaldet til universitetet i Göttingen. Det juridiske fakultet blev forestået af professor C. J. F. Manzel, der gennem »Bützower Ruhestunden« bidrog til hjemstavnshistorien.

Dekan for det medicinske fakultet var fra 1760 til 1784 Hofrat *Georg Christian Detharding*. Hans efterfølger var *Peter Benedict Graumann*, der allerede ved sin tiltrædelse virkede som læge i Bützow. Lærer i anatomi var *August Schaarschmidt*, der i 1776 fik oprettet en jordemoderskole i Bützow. 1774 blev *Peter Ludolf Spangenberg* professor i medicin efter at have været hertugindens livlæge.

Blandt de andre mere eller mindre kendte professorer var fra 1760 matematikeren Weneslaus Johan Gustav Karsten, som i 1778 blev kaldet til Halle. Det synes ikke altid let at holde på professorerne i Bützow. Man brugte årlig 9.000 Taler til professorerne, og gennem universitetets ca. 30-årige eksistens kostede det således ca. 250.000 Taler, mens den preussiske 7-årskrig havde kostet millioner, og bygningen af det hertugelige slot »Ludwigslust« havde kostet flere gange udgifterne til universitetets drift.

Universitetets sidste år var præget af opløsning, og forelæsningerne blev ofte ikke holdt. Da hertug Friedrich der Fromme døde den 24. april 1785, efterfulgtes han af hertug *Friedrich Franz I.* Derved mistede universitetet sin sidste støtte, idet den nye hertug ikke havde

Christian Jacob Theophilus de Meza (1756-1844).
Praktiserende læge i Helsingør fra 1784 til sin død.



nogen interesse for »Fridericana«. I april 1789 bekendtgjorde universitetets sidste rektor, økonomen Franz Christian Lorenz Karsten, at »Fridericana« var ophørt med at eksistere, og forholdene omkring moderuniversitetet i Rostock blev genoprettet.⁹ ¹⁰

Men i Bützow-universitetets korte levetid nåede altså Justus Zadig de Meza og 2 andre danske læger at blive dr. med. der. I anledning af 200 året for nedlæggelsen af »Fridericana« har det lokale hjemstavns-museum i 1989 vist en udstilling om universitetets historie.⁹

Christian Jacob Theophilus de Meza

Den sidste af brødrene de Meza har selv skrevet sin biografi, der dog slutter ved året 1809. Den er fundet i afskrift hos en af hans efterkommere og udgivet af K. Carøe og H. W. Harbou. Hans Walther Frederik Harbou (1853-1918) var oberst og en efterkommer af Kratzen-

stein.⁸ " Biografien er udgivet som særtryk i 1916 og af de 2 udgivere ledsaget af nogle væsentlige noter. Biografien præges desværre mest af de Mezas mange genvordigheder, men giver også et godt indtryk af en lægevirksomhed i Helsingør i det 18. århundredes slutning.

Christian Jacob Theophilus de Meza var født i København den 26. november 1756. Han anfører i sin biografi, at han allerede som 12-årig af sin fader var bestemt til at skulle være læge. Hans fader brugte alle sine ledige stunder til at undervise sønnen i det fag, denne på et tidspunkt derfor kom til at hade. Christian de Meza havde »et svageligt helbred med følsomme nerver og et deltagende hjerte«, mens hans gode fader var utålmodig og ved mindste fejltagelse kunne geråde i vrede samt ytre sig i heftige udbrud. Fra 13 års alderen måtte Christian de Meza svede ved undervisningen i de anatomiske, fysiologiske og patologiske videnskaber og lære lektier udenad »i det latinske, franske, tyske og portugisiske sprog«, skriver han. Han måtte også ledsage sin fader i sygebesøg fra sit 18. år og blev derved vidne til de mange plager og lidelser, sygdomme kunne medføre. Hans fader nægtede ingen patienter hjælp, rige og fattige havde lige ret til hans kundskaber. Da Christian de Meza var 20 år gammel, meddelte han sin fader skriftligt, at enten ville han slet ikke være læge, eller også ville han lære lægekunsten ved at følge professorernes forelæsninger. Dette blev accepteret, så han i de følgende 5-6 år flittigt kunne følge sine udvalgte lærere, blandt hvilke var *Kratzenstein*, *H. Callisen* (1740-1824), *Matthias Saxtorp* (1740-1800) og *Johan Clemens Tode* (1736-1806). Han lægger især vægt på den faderlige kærlighed »en Saxtorph skænkede mig«.

De besværligste, men også lykkeligste 3 år tilbragte han på den Kongelige Fødsels-Stiftelse. Han nævner den for mange ældre læger ikke ukendte situation at blive kaldt ud til »byforretninger« om vinteren i mulm og mørke, oftest på fattige steder. Familien Saxtorphs blide og venlige omgang bidrog til disse lykkelige minder.

I 1774 var han blevet medlem af kirurgisk disputerselskab, og forsynet med grundige kirurgiske og medicinske kundskaber meldte han sig til eksamen den 5. december 1781 og blev eksamineret i 9-10 timer. Han havde dog i forvejen styrket sig med nogle glas champagne, hvil-

ket han mente hjalp ham igennem på en god måde. Han er således student i 1781, men lod sig først immatrikulere 24. april 1783, 5 dage før han skulle disputere for doktorgraden.

Efter eksaminationen i 1781 besluttede fakultetet enstemmigt at give ham den bedste karakter og erklærede ham værdig til at være licentiat i medicinen. Han blev derefter inviteret til det Kongelige Medicinske Selskabs møder og blev valgt til korresponderende medlem. Professor Saxtorph opfordrede ham til at uddanne sig videre gennem længerevarende rejser til udlandet. Af hensyn til sin fader, der allerede havde mistet 2 sønner, besluttede han sig dog til at blive hjemme og i stedet skrive en doktordisputats. »Diss. inaug. theoreticopractica varii argumenti ad artem medicandi et obstetricandi spectantis«. »Til denne Højtid« – 24. april 1783 – valgte han Saxtorph, sin fader og student *Hans Iver Horn* (1761-1836) til opponenter. Professor Tode var hans præses, og efter 3-4 timers »Strid og Kamp fik jeg Dr.-Hatten paa ved Oldingen Kratzensteins Haand«, skriver han. Han har formentlig måttet give afkald på jus docendi et disputandi ex suprema cathedra, men har fået denne ret få måneder efter, da han blev døbt.

Han havde nu været 3/4 år på fødselsstiftelsen og måtte give plads for andre. Men han var den første jøde, der var blevet dr. med. ved Københavns Universitet, og han blev også ekstraordinært medlem af det Kongelige Medicinske Selskab. Yderligere fik han ved sin kristne dåb tilføjet fornavnet Christian til det jødiske Jacob.

Alt tegnede således lyst for ham, men alligevel begyndte nu hans fortrædeligheder. I sin disputats havde han et afsnit om barselsfeber, Saxtorph ønskede, at han ville udelade dette. De Meza beklagede sig til Tode, der rådede til at vente med dette afsnit og så udgive det ved senere lejlighed. Dette råd fulgte de Meza og udgav først det pågældende afsnit året efter – i 1784. Dets titel var »Tractatio de quibusdam notabilioribus objectis ad artem obstetricandi spectantibus, tyronum usui destinati«. Han havde tilegnet afhandlingen ikke alene til professor Saxtorph, men også til jordemoderen Madame Ørsløw, hvilket Saxtorph blev stødt over, ligesom han ikke følte det korrekt, at hans elev skrev om barselsfeberen, som hjemsøgte »Acchouchement-Huset«. ¹² Tode blev nu Saxtorphs hævner og omtalte afhandlingen

dårligt ligesom andre danske koryfæer, medens afhandlingen fik gode anmeldelser i udlandet. En dag kom en meget opbragt professor Tode de Meza i møde på Østergade og stævnedes ham til den næste dags møde i det Kongelige Medicinske Selskab, hvor de Meza sammen med sin fader mødte op kl. 18 for da at erfare, at han havde mange fjender. En af disse var livmedicus *Urban Bruun Aaskov* (1742-1806). Dette skyldtes, at dr. de Meza havde opfattet en fødekones forestående fødsel som værende normal, medens Aaskov anså den for at være unormal og derfor ville bruge instrumenter. Barselskonen fødte uden besvær, og instrumenterne blev »tillavet«.

Fortrædelighederne gjorde, at de Meza besluttede sig til at forlade København. Da læge *Eiler Salholt* (f. 1750) i Helsingør døde i 1784, besluttede de Meza sig til at søge dertil medbringende en række anbefalingsbreve fra venner, så han på den måde kunne skaffe sig patienter. Den 15. oktober 1784 rejste han med postillonen til Helsingør, hvor han med noget besvær – og med kuskens kraftige hjælp – fik sig et logi. Værten begyndte straks at udbrede ufordelagtige historier om de Meza, men disse havde den stik modsatte virkning, idet det viste sig at gavne de Meza. Som eksempel herpå kan nævnes, at de Meza en formiddag blev opsøgt af den engelske konsul *Nicolas Fenwick* (1729-99), der inviterede de Meza til middag hjemme hos sig.

Nogle patienter begyndte der også at komme, men den lokale apoteker *Johan Frederik Wolf* (1739-86) begyndte at tale nedsættende om dr. de Mezas ordinationer. Nogle heldige kure som læge og *acchoucheur* dæmpede dog apotekeren, der helst havde set, at der kun var en læge i byen. Lic. med. *Jørgen Strætt* (1755-1819) var også kommet til Helsingør i 1784, men som hospitalslæge. Apotekeren valgte Strætt til sin familielæge, men da apotekeren selv en dag blev heftig syg, bad apotekerfruen også de Meza om at tilse patienten. De 2 læger var uenige om behandlingen, de Mezas råd blev ikke fulgt – og apotekeren døde.

Også med andre kolleger havde de Meza problemer, der dog måske i nogen grad skyldtes hans eget følsomme sind. Disse problemer beskriver dr. de Meza udførligt, men synes ikke at have været andet, end hvad de fleste læger kan komme ud for.

Han havde også problemer med direktøren ved Øresunds toldkammer, Geheime-Conferensråd Christian Frederik Numsen (1741-1811), en betydningsfuld mand, der også var overhofmarskal. Ved toldkammeret var der årlig afsat 100 Rigsdaler til løn for en fast læge, der skulle hjælpe fattige barselpatienter. De Meza søgte de 100 Rd., dog således at enken efter dr. Salholt »skulle nyde dem i hendes enkestand«. Men Numsen havde besluttet ikke at bortgive disse penge, hvorfor de Meza sendte ham et bittert og satirisk brev. Dermed havde de Meza skaffet sig en ny uven. Men flere kom til. Han fik problemer med biskop Balle og magistraten, idet han søgte at hjælpe nogle nødlidende enker. De Meza begyndte at fortryde, at han havde forladt København, idet han der sammen med sin fader formentlig ville kunne skabe sig bedre, »brillantere«, forhold. Men efterhånden fandt han sig dog bedre til rette i Helsingør, indtil han i 1793 atter fik vrøvl med magistraten, denne gang angående behandlingen af en venerisk syg patient. De Meza forlangte 20 Rd. forud, fik den syge kureret og returnerede derefter pengene, idet han meddelte, at han fortsat ville behandle fattige gratis, såfremt det drejede sig om »det medicinske fag og fødselskunsten«. Men han ville gerne have, at regeringen gav ham en slags bestalling til dette. Kongen udnævnte derefter de Meza til ulønnet »Stadsphysikus«, et embede, der forblev ulønnet lige til dets nedlæggelse i 1915. Magistraten gav tillige de Meza tilladelse til at ordinere fri medicin til fattige.

Nu kastede han sine øjne på apoteket, hvor han fandt, at mange af dets produkter var dårlige. Han fik derfor gennemført, at der afholdtes en årlig apoteksvisitats og resultatet af denne indført i en protokol. Naturligvis blev apotekeren vred over denne indblanding, men efterhånden faldt det hele på plads, så Helsingør apotek blev et af de bedste i landet.

De Meza skrev en lille bog om jordemoderpligter og fik derved sat en berygtet barselkone på plads, men derved skaffede han sig igen en fjende. Han vedblev at holde fast ved sit motto »Thue Recht und scheu den Teufel nicht«. Han kom i krig med slagteren, der brugte at »oppuste« kødet, hvilket han efter flere genvordigheder fik forbudt.

Kongen anmodede de Meza om at indtræde i Helsingør sundheds-

kommission. Her fik han gennemført, at søfolk, der kom fra pestbefængte steder, ikke måtte komme i land, før de havde været i karantæne.

Da »Øresunds og Helsingørs Syge-Hospital« blev taget i brug i 1796, blev han læge ved dette hospital og var det til 1803. 1819 blev de Meza læge ved »Helsingørs Hospital og Fattighus«, en stilling han bestred til udgangen af 1840.

Han havde fået gennemført, at en lang række medicamenter, der hidtil var udleveret i håndkøb, for fremtiden skulle være foreskrevet af en »legitimeret læge«. Et forsøg på at få oprettet en »Redningsanstalt for Drukuede« mislykkedes, fordi magistratens medlemmer ikke ville ofre de 150 Rd., som dette ville koste. Dette afslag ærgrede de Meza så meget, at han besluttede sig til at søge afsked som stadsphysicus. Han fik denne afsked »i Naade, men ikke saa meget som Tak, langt mindre noget andet. Men jeg kan troe, den gang vare Ridderordenerne ikke endnu i Mode«, skriver han lidt bittert i sine memoirer. Det skete den 21. maj 1803.

På dette tidspunkt var kong Frederik VI (1768-1839) netop begyndt at overveje en ændring af Dannebrogordenen, så den kom til at ligne Napoleons æreslegion med hensyn til klasser og tildelingsbetingelser. Den 28. januar 1809, på kongens fødselsdag, kunne der derfor holdes det første højtidelige ordenskapitel på Rosenborg slot.¹³ 3. maj 1831 blev de Meza udnævnt til Ridder af Dannebrog, men allerede i februar 1816 var han blevet udnævnt til Justitsråd. Da hans memoirer kun omhandler tiden til 1809, har han således ikke kunnet forudse noget om disse hædersbevisninger.

De Meza skrev mange lægefaglige afhandlinger, og de blev for de fleste godt modtaget. Men han forsøgte sig også som litterær forfatter. Han skrev flere fødselsdagsvers og nogle smådigte, men disse ting blev ikke publiceret. Han skrev 2 skuespil »Lægerne i Buxtehude« i 2 akter og »Dormon og Wilhelmine« i 5 akter. Dette sidste blev antaget til opførelse på Det Kongelige Teater og opført første gang i 1796, men da det blev opført for tredje gang, blev det »pebet ud«. Det omhandlede forholdet mellem adelen og borgerskabet, et emne, der på det tidspunkt lige efter den franske revolution, optog mange intellektu-

elle. Det blev opfattet som et forsvar for adelen, hvilket næppe var helt rigtig forstået. Men modstanderne, herunder blandt andre Malthe Bruun, fik det således gjort uegnet til flere opførelser. Den dygtige læge havde her vovet sig ud på et område, han ikke beherskede.

De Meza døde den 6. april 1844 i Helsingør efter at have været gift 2 gange. Første hustru var Anna Henriette Lund, som han blev gift med i 1787, men siden skilt fra. Den anden hustru var Anne Marie Pripp, som han giftede sig med i 1814.

I sit første ægteskab havde de Meza en søn, *Christian Julius de Meza* og døtrene Juliane Luise og Regine, der begge forblev ugifte. Med sin anden hustru havde han sønnen Carl, der blev organist i Ålborg.

Salomon de Meza havde som tidligere omtalt søsteren Juliane Marie (tidl. Rachel), der var født i 1761 og blev døbt sammen med ham selv 1783. I 1785 blev hun gift med løjtnant Georg Frederik Hoffmann, og senere blev hun gift med major Daniel Christian Weldingh. Hun døde i 1817.

Den jødiske de Meza-slægt var således som kristen døbt blevet ansete medlemmer af det danske samfund. Yderligere skulle dr. de Mezas ældste søn blive dansk overgeneral og dermed en af Danmarkshistoriens store mænd.

Generalen Christian Julius de Meza

Christian Julius de Meza var født 14. januar 1792 i Helsingør. Han forlod familiens traditionelle beskæftigelse som læge, men gennemgik en militær løbebane, der på mange måder synes at være præget af slægtens psykiske væremåde og intelligens. Hans fader var en usædvanlig smuk mand, der som beskrevet både var stridbar, intelligent, sprogkyndig og musikalsk, ligesom hjemmet bar et kosmopolitisk præg.

Nogle påstod, at familien uberettiget kaldte sig »de« Meza. Men dette adjektiv var ikke usædvanligt blandt de fornemme sefardiske jøder, der var udvandret fra Portugal. Også i kirkebøgerne er navnet

skrevet som de Meza. Men under C. J. de Mezas militære karriere, der foregik blandt datidens fine folk, har man helst villet nøjes med at kalde ham Meza. Da han fik sekondløjtnantsrang fik han sædvanen tro føjet et »von« foran sit efternavn, så han et stykke tid hed »von Meza«. Da han steg i graderne, blev hans »von« dog erstattet med det korrekte »de«.

Han var noget spinkel af vækst, var slank med blå øjne og et smukt udseende, som han forøgede ved at være meget pertentlig med sin påklædning og opførsel. Han havde på ingen måde det, man dengang mente at kunne karakterisere som et typisk jødisk udseende. Han var intelligent og flittig, men også nærtagende og vel noget neurotisk. Desuden havde han et mod, som overraskede mange. I felten kunne han bevare både sin ro og sit mod og samtidig bevare sit klare overblik over situationen. Hans manglende officersstolthed lettede omgangen med soldater af alle grader. Han var musikalsk, sang smukt og spillede klaver.

Efter en kort skolegang i Helsingør fortsatte han fra 1802 i skolen »Bernstorffsminde« ved Brahetrolleborg. Året efter blev det besluttet, at han skulle være »militær«. Han blev derfor indskrevet som aspirant til Artilleri-Instituttet. Både i Frederiksværk og på Kongens Nytorv i København – ca. hvor Det Kongelige Teater nu ligger – lå der siden 1671 såkaldte »Gjethuse«. Lydmæssigt ligner dette ord ordet »Ghetto«, som på venetiansk betød støberi, og gjethusene i Danmark var netop støberier. Det københavnske blev på de Mezas tid anvendt som artilleriakademi. Først fik han imidlertid privat undervisning hos en officer, han boede hos, men i 1804 kunne han melde sig til prøve på artilleriakademiet. Han blev optaget, fik nu uniform og ophold samt betegnelsen »virkelig kadet«.

Da de Meza i 1807 var 14-15 år gammel, deltog han som stykjunker aktivt i krigen mod englænderne. »Stykjunker« var en betegnelse for en grad lige under sekondløjtnant i artilleriet. I 1808 blev han »2. sekondløjtnant« og i 1810 »sekondløjtnant« efter at have forrettet krigsmæssig tjeneste på Kronborg. 18 år gammel blev han udkommanderet til Frederiksværk som kommandør for et artilleridetachment. Her

Christian Julius de Meza
(1792-1865). Kommande-
rende general i krigen
1864.



blev de Meza hyppig gæst hos oberstløjtnant Eiler Peter *Tscherning* (1767-1832), der var inspektør på fabrikken og det lokale »Gjethus«. De Meza blev forelsket i husets 17-årige datter *Elisabeth Birgitte*, der i 1821 blev hans hustru, og som på mange måder var hans modsætning. Hun var lidt buttet, langsom i bevægelserne og blid i temperamentet. Derved blev de Meza svoger til den senere marine- og krigsminister Anton Frederik *Tscherning* (1795-1874), hvis anskuelser og temperament faldt godt sammen med »von« Mezas.¹⁵

Efter 1 års ophold i Frederiksværk blev de Meza lærer ved artil-

leriinstituttet, men allerede i 1812 søgte han optagelse på generalstabskursus. han fik dog afslag, men blev optaget året efter.

Da »Den Militære Højskole« blev oprettet i 1830 blev de Meza docent dér i tysk og fransk, og han udbyggede siden sine franske kundskaber ved længere ophold i Frankrig. 1842 blev han major, men måtte 1844 søge orlov af »helbredsmæssige grunde«. På dette tidspunkt havde han allerede vist en af sine »særheder«, nemlig en angst for træk og for kolde og fugtige gulve. Noget, man mente, var typisk for folk med blære- og urinvejslidelser, andre regnede det for »neurotiske træk«.

1848 var han ledende artilleriofficer ved hærens overkommando, men selv om han nu var 56 år gammel, var han stadig major. Da han nu viste sig som den fødte feltsoldat, blev han oberst samme år og fik ledelsen af en fodfolksbrigade. Han udmærkede sig i krigen 1848-50 og blev udnævnt til generalmajor. I 1850 havde krigsministeren C. F. Hansen haft under overvejelse at gøre de Meza til overgeneral, og selv om C. F. Hansen havde afløst de Mezas svoger A. F. Tscherning som krigsminister, kan man næppe tillægge familieskabet nogen betydning i denne forbindelse. Når udnævnelsen ikke blev gennemført, var det, fordi de Meza, hvis »von« nu var erstattet af »de«, i marts 1850 havde gennemgået en operation for »forhærdelse i blæren«. I forbindelse med denne sygdomsperiode ville han kun se kirurger i sit hjem. Han bedredes og var den 2. april atter på benene.

Hvilken sygdom, det drejede sig om, er ikke helt klar. Formentlig har han haft stendannelser i urinvejene og større sten i blæren.

Den jødiske læge *Ludvig Levin Jacobson* (1783-1843) havde i 1826 demonstreret en lithoklast.^{37 38} Instrumentet blev senere forbedret af *Charles Louis Heurteloup* (1793-1864). Jacobson havde vist stor interesse for militær kirurgi. Han fik en række faglige udmærkelser, blev Dannebrogssridder 1829, livlæge 1842, men pga. sin jødiske oprindelse blev han ikke udnævnt til ordinær professor ved Københavns Universitet. I stedet udnævnte kongen ham til titulær professor. Han var overlæge ved »Livgarden til Fods«.

Man havde således i Danmark en ekspertise, som også efter Jacobsons død har levet videre i København. Et indgreb med lithoklast har

dog næppe dengang kunnet undgå at medføre en infektion i urinvejene. Mange af optegnelserne fra de Mezas dagbøger kan meget vel tyde på dette.^{15, 18}

Den 14. juni 1848 skriver de Meza i sin krigsdagbog:¹⁸ »Et Paroxysme med mit Grustilfælde. Deraf Besvimelse og Koldsved«. 28. juni: »Forsøg med Mavebæltet. Spænder næppe godt af. Om Natten frosen paa og Gigt i alle Lemmer, som Bæltet ikke have bedækket«. Den 21. juli: »Efter en støvet og iskold Kjøretur sovet meget godt. Alligevel gaar Vandet fra mig i Søvn og i stor Kvantitet og det første Gang i tre Maannder«.

Den 4. august havde de Meza besøg af overlæge *Ludvig Georg Wilhelm Thune* (1803-69), der tilså ham jævnligt og var divisionsfeltlæge, og som efter en smuk militærlægekariere ved sin afsked fik titlen etatsråd.³ De Meza havde da haft vedvarende diarrhoer.

28. august skrev de Meza: »En frygtelig Nat. Rheumatiske Feberanfald. Om Dagen Obstruktion«. Thune ordinerede en lille spadseretur samt kamillethe. 11. oktober: »Meget betydeligt Ildebefindende. Je croyais une grande maladie arriver«.

Til trods for nye helbredsmæssige problemer foretog de Meza uanset vejret militære inspektioner til de forskellige stillinger. Derfor måtte han igen tilkalde dr. Thune, »der trøstede mig med det gamle Refrain: At det altsammen kun ere nerveuse Fornemmelser, men Natten bragte mig en démenti. Den var frygtelig«.

Den 17. november skriver de Meza: »Compleet søvnløs Nat. Smerter over Ryg og Lænder. Dr. Thune kom Kl. 11 med ny Trøst og nye Opmuntringer«. Videre skriver de Meza: »Stadig mange Rideture og Inspektioner af Stillingerne i Decbr.«.

Efter det operative indgreb i marts 1850 er klagerne oftest de samme: feberanfald, smerter over ryg og lænd m.v. Men han passer sine inspektioner og kommer alle steder, så mange veteraner fra Treårskrigen og fra 1864 husker de Meza som den eneste af generalerne.

Som nævnt synes de Mezas sygdom at have været stendannelser i urinveje og blære. Efter stenkusningen er der utvivlsomt opstået en urinvejsinfektion – en pyelonephritis, der på den tid uden mulighed for effektiv infektionsbehandling måtte ende med en uræmi 15-20 år

efter dens opståen. Og således blev det – de Meza døde i 1865, uden at sikker diagnose var stillet.

Da de Meza vendte hjem efter Treårskrigen, blev han hyldet som den meget dygtige general, der havde udført sine opgaver til alles tilfredshed.

I november 1863 blev han kommanderende general i København. Og ved juletid udnævntes han til overgeneral for den mobiliserede hær, da det nu brændte på med Bismarcks drømme om et Stortyskland. Den nye krig begyndte, og i den hårde vinter frøs alle vande til, så fjenden ville kunne omgå de danske stillinger. Regeringen i København ville have Danmark forsvaret ved Dannevirke, som de Meza ved sine inspektioner havde fundet i enhver henseende utilstrækkelig over for en fjende, der var overmægtig i antal og udrustning. Den 4. februar 1864 foretog han en sidste inspektion og sammenkaldte derpå til krigsråd. De Meza undlod at give sin egen mening til kende efter sit oplæg, men alle generalerne undtagen Mathias Lüttichau (1785-1870) mente, at Dannevirkestillingen skulle rømmes. Tilbagetrækningen blev straks iværksat natten til den 6. februar i mørke og kulde på isglatte veje af et udmattet og dårligt forsynet mandskab og med tab af meget materiel og mange soldater.¹⁹ Lüttichau anså øjensynlig tabet af kanoner for at være alvorligere end tabet af menneskeliv. Han beskrives i øvrigt som »jævnt begavet, en yderst pligtopfyldende officer, en dannet mand med en smuk optræden, en fornem karakter«. ¹⁷

Tilbagetrækningen til Dybbøl var en dåd, og forsvaret af Dybbøl var en håbløs opgave, men den da eneste mulighed. Mærkelig nok var det ikke muligt for regeringen at komme i telegrafisk kontakt med de Meza, da krigsrådets beslutning i Frederiksberg ved Slesvig var truffet. Ellers ville regeringen nok have stoppet denne eneste fornuftige krigsrådsbeslutning. Men den kostede de Meza sit gode ry, ved hjemkomsten til København blev han hånet, og folk råbte skældsord efter ham.

Han døde i stilhed og ensomhed den 16. september 1865. Hans hustru var død i 1861 og blev begravet på den gamle kirkegård i Flensborg, hvor hendes grav stadig findes. De Meza kunne angivelig ikke afse tid til at overvære begravelsen – pligten gik forud for alt andet. Han begravedes på Garnisons kirkegård.



Prinsens Palæ på Frederiksberg i Slesvig by, hvor general de Meza havde hovedkvarter, til han den 5. februar 1864 gav ordre til tilbagetrækning fra Dannevirke. (Foto ca. 1865, Dansk Centralbibliotek for Sydslesvig, Flensborg).

De Mezas øvrige biografi tilhører militærhistorien, men hans omdømme er siden blevet rensset, hans ære og dygtighed er nu så klar, at et ellers ikke militærvenligt blad som »Politiken« den 17. april 1989 kunne skrive: »POLITISK DUMHED KOSTEDE LANDSDEL. Uduelige regeringer havde ansvaret for nederlaget i 1864. Her stod

11.000 trætte og udslidte danske soldater over for en fjendtlig styrke på 37.000 mand. De danske tab af faldne og tilfangetagne var den 18. april 4.810, mens preusserne mistede 1.201 mand. Den 20. juli kom der våbenstilstand. Stormagterne ønskede ikke, at Bismarck-regimet skulle have magten over danske sunde og bæltter. Og den danske hær eksisterede endnu, men trukket tilbage til øerne – og ved Helgoland havde den danske flåde under Suenson slået den østrigske flåde den 28. april. Var Dannevirke ikke blevet opgivet, var formentlig hele den danske hær færdig – og stormagtsforhandlerne stået mindre stærkt over for Bismarck. Vi mistede en landsdel, men ikke Danmark. Og de Meza må tilskrives æren for, at det ikke gik værre«.

Således blev en indvandrerfamilie så dansk, at navnet står med gyldne bogstaver i dansk historie. I dansk lægevidenskab var dens medlemmer af betydning for jødernes ligestilling med andre danskere.

SUMMARY

The de Meza family – a Jewish immigrant family's integration into the Danish community.

In 1753 the dutch Jewish medic Salomon Theophilus de Meza (1727-1800) took up residence in Copenhagen. Both he and his wife, Regina Cahanet Belinfante (1714-1783) were orthodox Jews. They had 3 sons and 1 daughter.

The eldest son Abraham Salomon de Meza (1754-1773) studied medicine in Copenhagen but diet as a student.

The second son Justus Zadig de Meza (1754-1777) qualified as a doctor at the University of Copenhagen but due to his Jewish religion and University's regulations could not get his doctor's degree there, in spite of all his father's efforts. He consequently got his doctorate in 1777 at the small university in Mecklenburg in Bützow, that only existed from 1758-1789.

The youngest son Christian Jacob Theophilus de Meza (1756-1844) also became a doctor. Together with his father and his sister Rachel (1761-1817) he converted to Christianity in 1783 and defended his the-

sis at the University of Copenhagen. After than he worked as a G. P. in Elsinore where he remained the rest of his life.

His son Christian Julius de Meza (1792-1865) was in Danish history the very famous – and skilled – general who, in the 1864 war, had to take the blam for the defeat which was obviously due to an incompetent government.

The article tells about the problems Jewish students had becoming doctors and Christian universities and also about the de Meza family history.

LITTERATUR OG NOTER

1. Heiberg, S.: Christian 4. København, Gyldendal 1988.
2. Keller, W. og P. Borchsenius: Spredt blandt folkeslagene. 4. bind, København, Fremad 1968.
3. Carøe, Kr.: Den danske Lægestand, Doktorer og Licentiat, 1497-1900. København, Gyldendal 1909.
4. Ingerslev, V.: Danmarks Læger og Lægevæsen fra de ældste tider indtil aar 1800. 2. del, København, E. Jespersen 1873.
5. Margolinsky, J.: Abraham Gottfred de Meza og hans familie. Nogle studier omkring en glemte gravsten i Møllegade. »Jødisk Samfund« nr. 1, januar 1955; 12-18. Udsendt fra »Dansk medicin-historisk Selskab« til dets medlemmer.
6. Winkle, S.: Johann Friedrich Struensee und das Judentum. Universität Tel-Aviv. Jahrbuch des Instituts für Deutsche Geschichte XV: 44-90, 1986.
7. Winkle, S.: Johann Friedrich Struensee. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1983 (2. oplag 1989).
8. Snorrason, E.: C. G. Kratzenstein and his studies on electricity during the eighteenth century. (Disp.) Odense: University Press, Acta Historica scientiarum naturalium et medicinalium, vol. 29, 1974.
9. Talaska, U.: personlig meddelelse 1989 fra Heimatmuseum Bützow.
10. Talaska, W.: personlig meddelelse 1989 om Die Friedrich-Universität zu Bützow. – Forfatteren af nærværende artikel har via borgmesteren i Bützow etableret kontakt med lederen af hjemstavnsmuseet i Bützow, fru Ursula Talaska og hendes mand, dr. med. W. Talaska, som har udført studier om universitetet i Bützow med henblik på jubilæumsudstillingen i 1989.
11. de Meza, dr. med. Christian Jacob Theophilus: Mit medicinske Levned, skrevet og udført i Aaret 1809 til egen Moro og Tidsfordriv. Udgivet af Kr. Carøe og H. W. Harbou i »Personalhistorisk Tidsskrift«, VII R., 1. B., 3. H., København 1916.
12. Trolle, D.: Fødselsstiftelsen i København. København, Novo 1962. (Heri omtales Matthias Saxtorph og barselbeberen i Acchouchement-Huset fra 1771 til 1780).

13. Kaarsted, T.: Æreslegionen og Dannebrogordenen. København: De danske kongers kronologiske samling, Rosenborg, 1982.
14. Gotfredsen, E.: Medicinens Historie. 2. udg. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busch, 1973.
15. Rockstroh, K. C.: de Meza, Christian Julius, København: Dansk biografisk Leksikon, Red. Povl Engelstoft. Bd. XV: 565-569, J. H. Schultz Forlag, 1938.
16. Norrie, G.: de Meza, Christian Julius Frederik. *ibid.* p. 569.
17. Rockstroh, K. C.: Lüttichau, Matthias, *ibid.* p. 67-69.
18. General de Mezas Krigs-Dagbøger fra Aarene 1849-1851. Med Biografi af Generalen ved K. C. Rockstroh. Kjøbenhavn: C. A. Reitzels Forlag, 1928.
19. Rockstroh, K. C.: General de Meza og Dannevirkes Rømning. København: C. A. Reitzels Forlag, 1930.



DAK-Laboratoriet als

Røntgenologiens udvikling i Sydsjælland 1896-1972

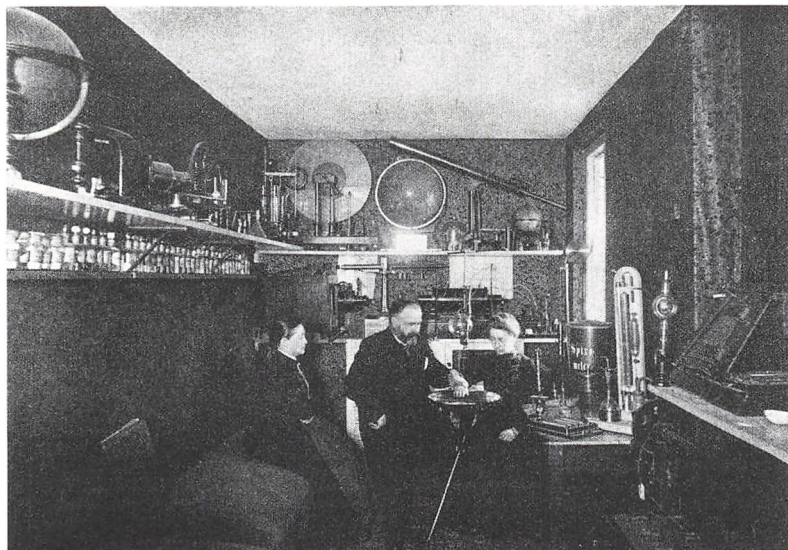
Af Carsten M. Smidt

(Fra Medicinsk-historisk Samling, Centralsygehuset i Næstved)

Conrad Wilhelm Röntgens opdagelse af X-strålerne, som han selv kaldte dem, den 8. november 1895 blev ikke skjult for andre forskere. Tværtimod forstod han straks, hvor vigtigt det var, at opdagelsen omgående blev kendt af de mange, som arbejdede med de elektrofysiske eksperimenter.

Allerede 28. december 1895 indleverede han til trykning den første videnskabelige meddelelse »Eine neue Art von Strahlen«, som allerede 1. januar 1896 kunne udsendes til andre fysikere, og 5. januar offentliggjorde dagbladene i Wien de første omtaler af begivenheden.

Som en steppebrand spredtes nyheden verden over i såvel dagspressen som i den internationale fagpresse. Herhjemme kom der allerede i januar hele 2 bøger om X-strålerne eller røntgenstrålerne, som den tyske anatom H. A. von Kölliker den 23. januar foreslog at kalde dem, skrevet af hhv. professor C. Christiansen (1843-1917) fra Polyteknisk Lærestanstalt og professor H. O. G. Ellinger (1857-1947) fra Landbohøjskolen. Såvel Hospitalstidende som Ugeskrift for læger bragte 17. januar 1896 referater fra »Allgemeine medicinische Zentral-Zeitung«. Heri fremhævedes det, at opdagelsen allerede var gået fra kuriositet til praktisk anvendelse. Danske fysikere begyndte straks at eksperimentere med disse nyopdagede stråler ligesom fysikere over hele verden. I alle fysiske laboratorier fandtes induktionsapparater – de såkaldte Ruhmkorffske apparater, så man var derfor i stand til at



Højskoleforstander K. C. Knudsen, Karise Folkehøjskole i sit laboratorium ses optagende røntgenfoto af kvindes håndled. Bemærk det righoldige apparatur. Foto i »Søndagsbladet« nr. 22 1902.

skabe tilstrækkeligt store gnistlængder til at kunne udnytte de røntgenrør, man købte eller selv frembragte.

Foruden de to førnævnte fysikprofessorer C. Christiansen og H. O. G. Ellinger samt fysikeren Martin Knudsen (1871-1949), senere professor, var der andre, der eksperimenterede. Således f.eks. kaptajn og lærer i fysik på officerskolen, senere generalmajor, Louis Ernst (1863-1947) og daværende stud.polyt., senere dr. techn.h.c. Paul Bergsøe (1872-1963). Den senere som generaldirektør for Nordisk Film kendte Ole Olsen (1863-1943) rejste rundt på markedspladser i såvel Danmark som i Skåne og demonstrerede røntgengennemlysninger. Han holdt dog hurtigt op, da han fik røntgenreaktion på hænderne.

Sydsjælland fik 2 fysikere med forskellig uddannelse som røntgenpionerer. Den ene var den seminarieuddannede højskoleforstander på Folkehøjskolen i Karise Knud Christian Knudsen (1847-192?), og den anden var fysiklærer og leder af Herlufsholms Physicum overlærer, magister Julius Petersen (1847-1922). De eksperimenterede meget, og

de havde i forvejen Ruhmkorff-ere og akkumulatorer og var derfor i stand til at skabe så kraftige gnister, at de kunne udnytte de røntgenrør, som de allerede i januar 1896 fik anskaffet sig. Overlæge dr.med. J. Mygge (1850-1935), som var den første læge, der eksperimenterede med medicinsk brug af røntgenstrålerne, måtte derimod i begyndelsen låne apparaturet hos professor Ellinger på Landbohøjskolen.

Den 22. marts 1896 indledte overlæge J. Mygge og professor H. O. G. Ellinger deres eksperimenter med røntgenfotografering af patienter på medicinsk afdeling på Kommunehospitalet i København. Allerede 28. marts samme år holdt højskoleforstander K. C. Knudsen i Thestrup forsamlingshus foredrag med demonstration af røntgenstrålerne. Ved samme lejlighed toges radiografi, som det blev kaldt, på en 33-årig kvindes håndled med påvisning af en nål. Thestrup ligger nær Haslev, hvor den senere så kendte tuberkuloseoverlæge Otto Helms (1866-1942) praktiserede. Han må formentlig have overværet dette møde og har vel også medbragt den patient, som fotograferedes. (Se senere). Otto Helms skrev følgende udtalelse den 14. april 1896:

»Efter to Gange at have haft Lejlighed til at se Herr Højskoleforstander Knudsen, Karise, gjøre Forsøg med de »Røntgenske Straaler« skal jeg herved udtale følgende: De Resultater, der opnaaedes, synes mig fortrinlige. Fremmede Legemer, der var trængte ind i den menneskelige Organisme (Kugle, Naal) og ikke kunde erkjendes ved nogen anden Undersøgelse, saas tydeligt ved direkte Gjennemlysning med Straalerne, pathologiske Forvridninger i Bensystemet (Luxationer) erkjendtes let. De ved Indvirkning af Straalerne paa den fotografiske Plade frembragte Billeder viste med overordentlig Skarphed saavel de fremmede Legemer og Fordrejninger i Bensystemet. De af Forstander Knudsen tagne Billeder stod betydeligt over forskellige andre Billeder tagne ved hjælp af Røntgenstraaalerne på Polyteknisk Lærestalt og Kommunehospitalet. Røntgenstraaalerne anvendt paa den af Forstander Knudsen foreviste Maade vilde sikkert i mange Tilfælde kunne være et uvurderligt diagnostisk Hjælpemiddel i Lægevidenskaben. Og til Slutning skal jeg udtale det Haab, at der maa blive givet Hr. Knudsen lejlighed til videregaaende Forsøg med Røntgenstraaalerne. Haslev 14-4-96. Sign. O. Helms, Læge«.

Overlærer magister Julius Petersen (1847-1922) (Fra Det kongelige Biblioteks Billed- og Fotosamling).



30. maj 1897 afholdtes et møde i »Næstved Lægeforening« (der senere blev til Sydøstsjælland og Møens Lægekredsforening), som findes refereret i forhandlingsprotokollen (nr. 3). For 26 deltagere forevistes i små hold røntgennemlysninger ved forstander K. C. Knudsen. Imens blev der for de øvrige deltagere forevist og kommenteret 4 røntgenbilleder. Nr. 3 af tilfældene demonstreredes af Otto Helms, og det må utvivlsomt have været den patient, som 22. marts 1896 fotograferedes i Thestrup. Helms havde fået patienten til behandling for en nål i det ene håndled. I den formening, at nålen måtte sidde på langs, havde Helms foretaget et tværsnit uden at finde nålen. Efter »radio-graferingen« sås nålen at sidde på tværs, og ved et længdesnit fjernedes den let.

Nr. 4 af billederne demonstreredes af dr. J. Frederik R. Thestrup (1850-1909), som praktiserede i Karise:

Forhandlingsprotokol Nr 3

For
Næstved Lægeforening

Maj 1896 — Marts 1902

Indstiftet for

Syddøstjællands og Møns Lægeforening

Marts 1902 — Aug. 1919

Forhandlingsprotokol fra Næstved Lægeforening (senere Syddøstjælland og Møns Lægekredsförening).

»En 14-årig dreng faldt for 6 år siden ned fra en tag og pådrog sig en fraktur af radius i epifysen. Resultatet af behandlingen var tilfredsstillende, og navnlig mærkedes der intet abnormt ved ulna. Efter 1½ års forløb kom han atter til mig, fordi man syntes, at caput ulnae ragede så langt frem, at funktionen var mindre god. Jeg tænkte mig da, at jeg havde overset et brud af ulna, og at en uheldig stilling af fragmina var grunden til fremragning, eller at en luxation af ulna var overset. På nuværende stadium mente jeg, at man kunde se tiden noget an. Jeg så ham ikke i 3 år. Han kom da atter til mig, fordi ulna blev længere og længere, og dette havde givet anledning til en ikke ringe deformitet, og funktionen af leddet var i alle retninger meget indskrænket og ofte smertefuld. Han havde selv bemærket, at der lå en lille løs tingest, som han vilkårlig kunde forskyde ud over caput ulnae, og at der opstod smerter i leddet, når den forsvandt. Højre radius var 1 tomme kortere end venstre. Begge ulnae var lige lange.

Radiografiet, 11. april 1896, viser nu, at ulna er skudt ned ved siden af hånden, mens radius er ændret i væksten og epifysen er fortykket, ved leddet er altså det benproducerende parti mellem epifysen og diafysen på en eller anden måde destrueret; endvidere ses et lille løst benstykke mellem caput ulnae og håndroden altså en mus articularis«.

Forstander K. C. Knudsen modtog patienter fra nær og fjern til »radiografi«/røntgenfotografering. Han førte en del korrespondance med overlæge Mygge og lånte ham apparatur til demonstration ved lægemødet i Fredericia i august 1897. Efter dette møde skrev overlæge Mygge til K. C. Knudsen bl.a. »Trods meget uheldige ydre forhold lykkedes forsøgene særdeles godt, hvad for en stor del skyldes den udmærkede induktionsrulle og den godt fungerende kvægsølvafbryder, men også den fortrinlige tekniske assistance«.

K. C. Knudsen røntgenfotograferede også for Fakse Amtssygehus helt til 1911. Men patienterne måtte imidlertid transporteres til Karise, og derfor vedtog og anskaffede sygehuset dette år røntgenapparatur.

Næste opslag:

Referat i forhandlingsprotokol fra Sydøstsjælland og Møens Lægekredsförening fra 30. maj 1897.

deri Lethen, noorden Joorendt. Algeve raden oal 1' Lantreud deure, og
 legge d'iea oal dyt langt.
 Datto graffet inden ad d'iea ei skied med ved Sthen of Ploudey, me,
 dan radde, os at andret Oalton, og Euphyren meget forlykhet, oal Bred,
 det er altsaa dett besporede kelt Tante muller, Euphyren og D'atpan p e o
 en alle anden Afgad? dett iselt, endring os of alle dett Bredgale muller og
 d'apud d'iea og No. adriden, altsaa en en mids artd'islands.

II

Den alen danske Togeform Bestyrelse bemærker i Thorsdell af 2/11

April 97, at det formæder: Olof vildde sigt: at Thorsdell formæder
 opfyde og evendvilt stemme om følgende 2 Stykker det Vedtagne Beslut,
 mellem den 1ste og 2de Stykker.

At liden gaa til den to Stykker det er den, at et Medlem af Blegen skulde
 d'ied af sin Hirdforming og d'iea at det skulde det varet ved det en Vedtagte
 ret og han forlangt d'iea Sagen forde at den alen: danske Togeforming.

1ste Stykke lyder saaledes: "Danne et Medlem af Ekklesien, haab og det at
 at fæe sin Sag indsendt af en Vedtagte."

2de Stykke lyder saaledes: "Vedtagte skulde til Afgjorde af d'iea Stykker
 mellem 2 Medlemmer, eller mellem et Medlem og en Hirdforming i en saadan Skel
 Beslut af 5 Medlemmer, hvoraf hver af de st'edende Partier vælger 2 Medlem
 Hirdformingens Formand er det d'iea tillyg Formand for Partiet.

Lovforslaget i sin Helhed er altsaa lyde saaledes

§ 9. Hirdformingerne, eller saadan indrettede Vedtagte, der er og ved Ved-
 tagte, om Ovrheds, og af sine Hirdforminger. (Mellem Togeforming indrettede, Ethvert
 Medlem af stykket skal indsende sig Hirdformingerne til Vedtagte, rettes Afgjorde,
 og ingen har oed at d'iea sig af sine Hirdforming for indrettede, at en har sendt sig
 paa beuden. Vedtagte skulde til Afgjorde af d'iea Stykker indrettede osv. (se Stykke 2)

§ 10. Ingen meget Medlem af d'iea Hirdforming eller Vedtagte indrettede, skal haab d'iea for-
 cænde Bestyrelse indrettede han til Ekklesien. Denne kan ske paa 2 Maade, enten
 ved direkte Stemme etc. det d'iea et Ekklesien med Vedtagte indrettede 3/4 af samt;
 Ege-Medlemmer Stemme, eller paa et Maade, hvor Sagen er om med et indrettede
 ved d'iea Stykke Afgjorde lyde med 3/4 af Stemmer, og hvor indrettede 3/4 af d'iea
 gaa Medlemmer skal vare til d'iea. Endnu. Afgjorde til d'iea, og fæe Sagen
 paa et Maade d'iea indrettede indrettede ved d'iea Stykke Afgjorde indrettede af 3/4 af de
 indrettede af paa d'iea indrettede indrettede til de indrettede. Indrettede
 Et Medlem af Ekklesien af andre Hirdforming end den, at den har meget at d'iea
 en Vedtagte indrettede, skal behandle paa samme Maade og d'iea samme Stykke,
 som om det angik det.

Danne et Medlem af Ekklesien osv osv (se Stykke 1)

På dette tidspunkt var sygehusets første lægechef sygehuslæge Vilh. Hertel (1861-1918), der blev titulær professor. Han var enelæge, og når han skulle have større operationer, tilkaldte han i 1911 en yngre læge Knud Lau (1870-1943), der efter at have været læge på Sejrø var flyttet til Fakse Ladeplads. Hertel tilbød ham at blive røntgenkonsulent og at tage sig af den praktiske betjening af det indkøbte røntgenudstyr. Lau gik straks i gang med at uddanne sig og flyttede praksis til Fakse by. Han foretog ugentlige besøg på københavnske røntgenafdelinger og rejste på studierejser til Tyskland, Frankrig og Sverige i 1912, 1923, 1928 og 1933. I 1918 fik han speciallægeautorisation i røntgen, og han fungerede som konsulent fra 1911 til 1937, da overlæge, dr.med. Børge Faber foruden at være chef for røntgenafdelingen i Næstved blev amtsradiolog i Præstø Amt.

Det apparatur, der anskaffedes til Fakse, amtets første røntgenud-



Røntgenfoto taget
11. april 1896 af forstan-
der K. C. Knudsen i Ka-
rise Højskole på 14-årig
dreng med fraktur af ra-
dius. (Fra Universitetets
Medicinskhistoriske Mu-
seum's røntgensamling).

Røntgenspeciallæge
Knud Lau (1870-1943)
Amtssygehuset i Fakse.



styr, blev en 4 kW højspænding-transformator fra Seifert med roterende ensretter («ligeretter»), leveret af firmaet Levring & Larsen, København. Røntgenrøret var gasfyldt ion-rør monteret i træstativ (Forsell). Lejet var med kompressionsblænde.

I Næstved begyndte det røntgenologiske arbejde samtidigt med Karise Folkehøjskoles. Herlufsholm havde gennem mange år haft et meget veludstyret »Physicum«, som nu bestyredes af den kendte fysiklærebogsforfatter, overlærer, magister Julius Petersen (1847-1922). Der var – som i Karise – naturligvis såvel velfungerende induktionsapparater som akkumulatører. Allerede i 1897 anskaffedes et røntgenrør fra A. E. G. Det var et focusrør no. 1752 (Funklänge 12-15 cm). Dette findes stadig på Herlufsholm. Også Julius Petersen foretog, som det nævnes i nekrologerne, røntgenfotograferinger på patienter fra Amtssygehuset i Næstved og omegnens læger.

Det skal nævnes, at overlæge Hjalmar Maag (1853-1912) hurtigt

forstod værdien af røntgen. Det fremgår bl.a. af en artikel i Hospitals-tidende i 1897 med titlen »Nogle underlivslæsioner«. Han omtaler heri bl.a. en 15-årig dreng med en salonbøsses projektil i underlivet. Han blev opereret, og tarmlæsionerne blev sutureret, men projektilet fandtes ikke.

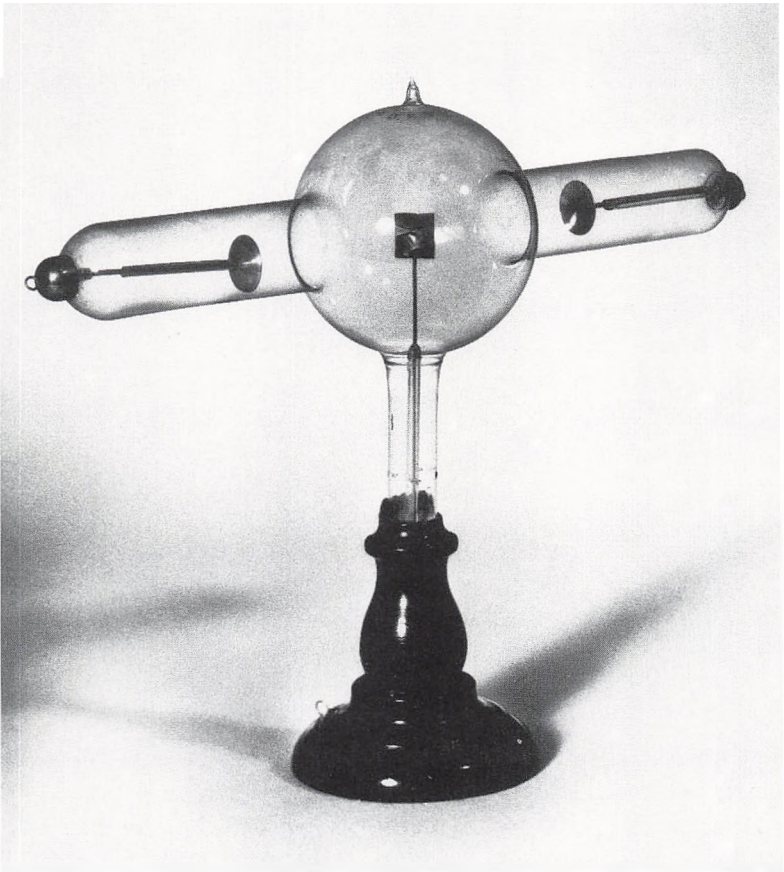
Maag nævner, at han senere agtede at foretage røntgenundersøgelse for at lokalisere projektilet. Journalen er bevaret, men der findes ingen bemærkninger om, at denne skulle være foretaget.

Overlæge, nu titulær professor, H. Maag døde i december 1912, hvorefter man ansatte Henrik Schack Køster (1867-1937) som overlæge. Allerede i sommeren 1913 toges et røntgenanlæg i brug. Overlæge Køster og hans assistenter betjente det selv. Først i 1925 fik man en røntgenkonsulent til at varetage røntgenologien. Den udvalgte var – som i Fakse – en yngre, nynedsat læge fra byen C. A. M. Christiansen (1892-1964). For at forberede sig til hvervet tog han nogle gange om ugen i månederne maj til oktober 1924 til dr. Knud Lau på røntgenafdelingen i Fakse. Han fungerede til overlæge Køsters død og fratrådte i 1937, da overlæge, dr.med. Børge Faber (1902) tiltrådte.

Apparaturet i Næstved blev mage til Faksens, men i 1917 indkøbtes også et terapiapparat Durix fra Koch & Sterzel med ligeretterventil, gasafbryder og gnistinduktor med 40 cm gnistlængde. Røntgenrørene var Müller-kogerør med osmoregulering.

I Vordingborg blev der i 1913 oprettet et kombineret civilt og militært sygehus med samme chef, Ludvig Boye Lundstein (1877-1973), som tiltrådte efter at have været konstitueret overlæge i Næstved efter Maags død. Ud over almen-kirurgisk uddannelse havde han på professor Thorkild Rovsings (1862-1927) privatklinik taget sig af røntgenfotograferingerne og deres bedømmelse og desuden været assistent på Rigshospitalets røntgenafdeling. Han var derfor veluddannet til at tage sig af det nye apparatur, vel hjulpet af en diakonisseuddannet oversygeplejerske, søster Sara Christensen, som han fik til at flytte med fra Næstved Amtssygehus.

Det indkøbte apparatur bestod af en Eresco fra Seifert med mekanisk højspændings-ligeretter leveret af Levring & Larsen med vandafkølet ion-rør. Bordet var et træbord med Albers-Schönberg blænder. I



AEG-Focusrør No. 1752 (Gnistlængde 12-15 cm) fra Herlufsholms Physicum.

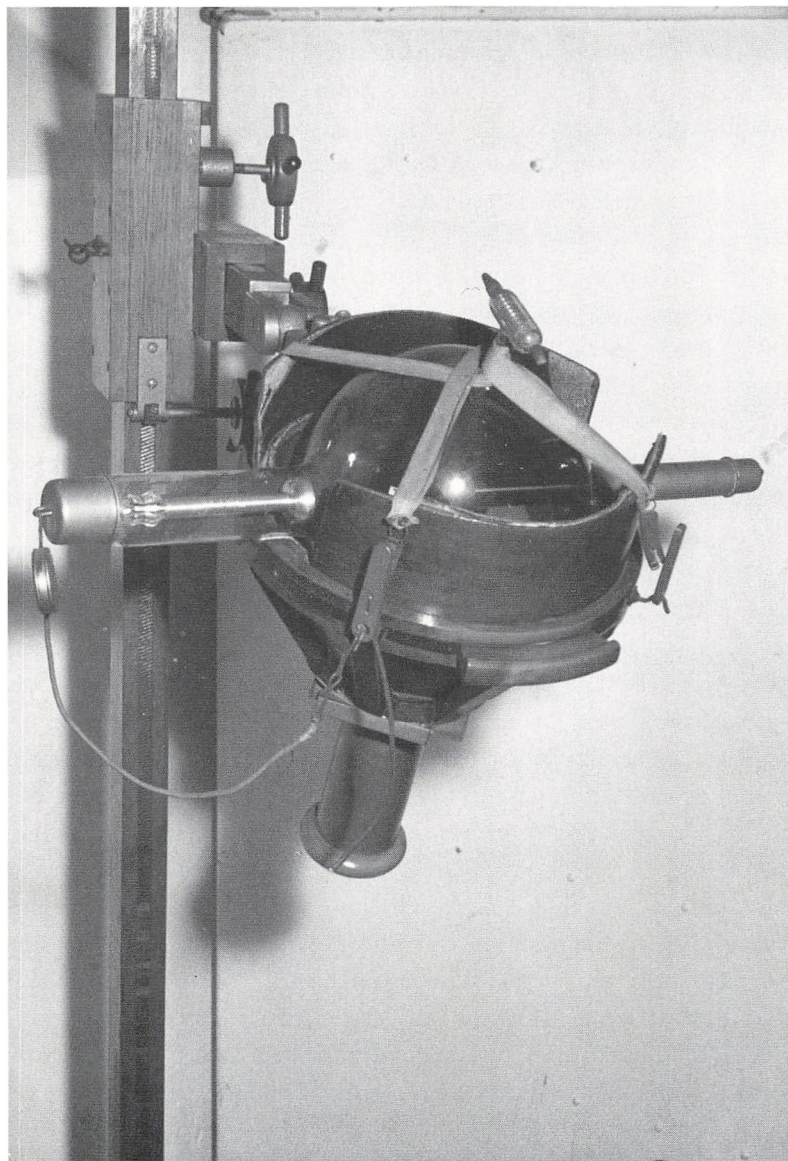
1924 anskaffedes Koch & Sterzel's universaltransverter og til terapien benyttedes et Gaiffe, Gallot et Pilon træbord. Det var i brug helt til 1931/32.

By og Amtssygehuset i Store Hedinge fik sit apparatur i 1924, Fak-singe Sanatorie sit i 1912 og Amtssygehuset i Stege sit i 1929.

Såvidt det kan konstateres fik tandlæge Stefana Andresen (1887-196?) i Næstved amtets første tandlæge-røntgenudstyr. Det står nu i Medicinsk-historisk Samling, Næstved, og var anskaffet i 1924. Stati-



Over sygeplejerske Sara Christensen (1883-1974) Sygehuset i Vordingborg ca. 1913.



Tandlægerøntgenapparat anskaffet ca. 1924 af Stefana Andresen i Næstved. Formentlig det første tandlægerøntgenapparat, der er anskaffet i Sydsjælland. Leveret af Levring og Larsen, København. Stativet er fra Järnh, Stockholm.

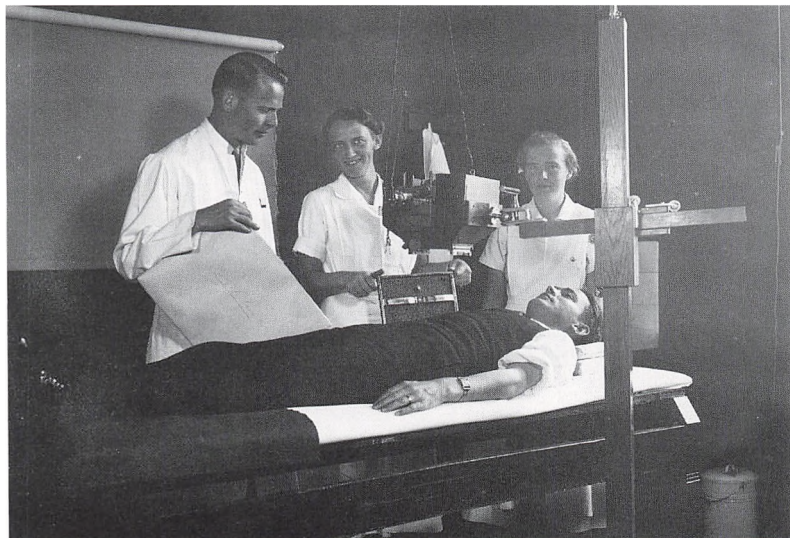
vet er fra firmaet Levring & Larsen, men synes at være et B. E. Järnh træstativ. Det findes identisk med et stativ, som i Järnh's katalog har nr. 1101, og prisen angives i svenske kroner til 275. En såkaldt Spiro-conducteur er bevaret.

I god tid før overlæge H. S. Køster skulle pensioneres, havde man forberedt en deling af Præstø Amts Sygehus i Næstved. I 1923 oprettedes en medicinsk afdeling på St. Elisabeths Hospital, drevet af søstre. Efter at dette hospitals første overlæge Hans Nielsen (1872-1938) var gået af i 1931 for at passe sin private, almene praksis, var der ansat en medicinsk, specialuddannet overlæge dr.med. S. A. Holbøll (1895-1967). Samtidig anskaffedes røntgenapparat, som reservelægen og overlægen betjente hjulpet af en søster. Fra 1938 afløste Karl Søndergaard (1900-1969) i stillingen som overlæge. Det var amtets mening, at Holbøll skulle flytte til en nybygget medicinsk afdeling på amtssygehuset i 1938.

Der var ligeledes planer om, at al røntgenologisk arbejde skulle ledes af en overlæge med basis i røntgenafdelingen på amtssygehuset. I denne stilling ansattes som amtsradiolog Børge Faber (1902), dr.med., »Radiologische Untersuchungen mit Gewebkulturen als Indikator, 1935«. I de første 3 måneder fik han som hjælp kun ½-tidsansat sygeplejerske, men fra januar 1938 også en reservelæge (Aksel Poulsen).

Røntgenafdelingen på PAS i Næstved gennemgik som andre steder en rivende udvikling. Oprindelig var B. Faber enlæge på skansen, men hurtigt blev det nødvendigt med en reservelæge. Det var svært at passe en specialafdeling, når man 2 dage om ugen skulle fungere som konsulent på Fakse og Stege sygehuse. Antallet af undersøgelser steg og steg, selv om verdenskrigen medførte Danmarks besættelse 1940-45 med dermed følgende mangel på film, nyt apparatur og reservedele. Kabler blev slidt, og i terapien måtte man omkring besættelsestidens ophør f.eks. sætte såvel terapistativ som patientlejet på klodser, for at de forkortede kabler kunne nå ned i rette afstand fra patienten.

Film rationeredes, og når man skulle måle hjertebredde og registrere hjertekonfigurationsændringer, måtte man aftegne hjertet på tyndt papir lagt over gennemlysningsskærmen. Frakturer kontrolleredes ved gennemlysning.



Overlæge dr.med. Børge Faber med personale ved røntgenleje Forsell fra Järnh, Stockholm 1938. På lejet ligger den første reservelæge Axel Poulsen (senere Færøerne).

Det blev nødvendigt med en udvidelse, og denne skete ved, at man efter besættelsen opførte en træbarak i tilslutning til operationsbygningen.

Inden det nye centralsygehus stod færdigt i 1965, var pladsforholdene ligeså spændte til bristepunktet som i den gamle røntgenafdeling. Medens der stadig kun var én overlæge, steg antallet af øvrige ansatte. Det blev en befrielse for alle at flytte ind i en højmoderne røntgenafdeling. Først i 1963 kom der en aflastning for B. Faber, idet Fakse fik sin egen røntgenoverlæge Tove Hjorth (1925). I 1971 overflyttedes Tove Hjorth til Næstved som overlæge i samarbejde med B. Faber, medens Preben Hansen (1930) tiltrådte i Fakse.

Børge Faber pensioneredes som 70-årig efter at have været røntgenoverlæge i 35 år. At han ikke skadedes af arbejdet med røntgen, synes bevist ved, at han, indtil han blev 85, fortsatte som vikarierende overlæge ved svenske røntgenafdelinger.



Gangen på Røntgenafdelingen i Næstved brugtes til venteværelse, sekretærrum og optagelsesrum med det ambulante røntgenapparat. Fotografi fra 1940. Sådan så der altid ud på hverdage.

Forfatteren takker Universitetets Medicinhistoriske Museum, København v/professor, med.dr. Bengt Lindskog, Det kongelige Biblioteks fotografiafdeling, Centralsygehuset i Næstved v/cheffotograf Kirsten Lundgren Beck og tidligere ledende sekretær Grethe Ancher Jørgensen.

SUMMARY

The development of radiology in South Zealand 1896-1972

November the 8th 1895 Conrad Wilhelm Röntgen made his discovery of the X-rays and january 1st 1896 his first publication was issued to international physicists. In Denmark two books on the X-rays written by danish physicists was published. Many danish scientists made their experiments. Among these was two physicists in South Zealand.

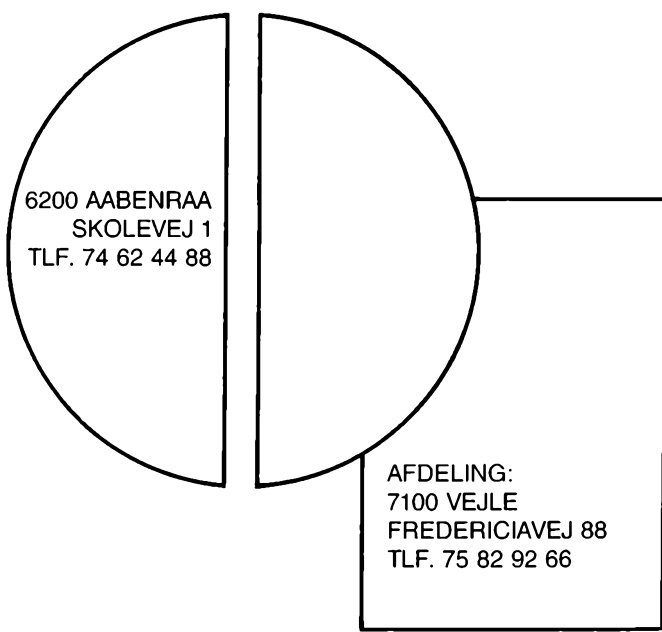
The principal of the folk high school in the village of Karise K. C. Knudsen had his own physical laboratory. March 28th 1896 he was able to demonstrate X-rays and to make radiography of a young ladys wrist showing a needle as foreign body. The eldest radiography kept at the Medical-Historical Museum of the University of Copenhagen was taken by Knudsen april 11th at a 11 year-old boy. The picture demonstrates a malformation of the wrist caused by a trauma 3 years before. To 1911 all X-ray examinations for the county hospital in Fakse was made in Karise folk high school. A separate X-ray department was established at Fakse county hospital as the first in South Zealand with its own chief Knud Lau. In Næstved the physicist at the Herlufsholm boarding school took care of the radiography for the county hospital and private practitioners from 1897 to 1913, when the hospital got its own X-ray installation. In 1937 a chief radiologist for all the hospitals in the country Børge Faber was employed at he County Hospital of Næstved. Today 5 chief radiologists with many assistant physicians, nurses, radographers and photographers take care of ther radiology in the old Præstø country.

LITTERATUR

1. Andreas Boeg: Meddelelser om Præstø Amts Sygehus i Næstved 1817-1917. Aar-bog for Historisk Samfund for Præstø Amt. 1917. I udvidet form udgivet samme år af Præstø Amtskommune.
2. Den Danske Lægestand årgang 1925-35-49-57-65 og 82.
3. Karl Harmer, Arnold Jørgensen og Karl Søndergaard: Sct. Elisabeths Hospital i Næstved 1923-1948. Næstved 1948.
4. J. T. Carl Henriksen: K. C. Knudsen. Forstander for Karise Folkehøjskole. Søn-dagsbladet 11. årg. Nr. 22, 1. juni 1902.
5. Kaj Herbo: Præstø Amtskommunes Sygehus i Stege 1892-1942, Næstved 1942.
6. Ingénieur B. E. Järnh, Stockholm: Appareils de Röntgen et Appareils de Électro-médicaux. (Katalog)
7. Hjalmar Maag: Nogle Underlivslæsioner. Hospitalstidende 4. rk., Bd. V. 989-1001, 1897.
8. H. C. T. Møller: Meddelelser om Præstø Amts Sygehus i Næstved. 1942. Næstved 1942.
9. Arnold B. W. Nielsen: Københavns Universitets Medicinsk-historiske Museums Røntgensamling. Bibliotek for Læger 159: 133-147: 1967.
10. Arnold B. W. Nielsen: Om Røntgen og Opdagelsen af X-strålerne. Medicinsk Forum 24: 1-15: 1971.
11. Næstved Tidende 27. nov. 1917: Overlærer Julius Petersen 70 Aar.
12. ibid. 17. maj 1922: Nekrolog over Overlærer Julius Petersen.
13. H. Pakkenberg: De første Røntgeninstallationer i Danmark. (Historisk oversigt) Dansk Røntgen-Teknik A/S, København 1960.
14. Carsten M. Smidt: Vordingborg Sygehus 1913-1988. Næstved 1988.
15. Hans Svenné: Præstø Amtskommunes Sygehus i Fakse. 1890-1940, Næstved 1940.
16. Johan Thomsen: Personlige meddelelser 1988.
17. Røntgensamlingen, Universitetets Medicinsk-historiske Museums arkiv.
18. Forhandlingsprotokol for Næstved Lægeforening maj 1896-maj 1902. (Medicinsk-historisk Samling, Næstved).

MAX JENNE

AKTIESELSKAB



6200 AABENRAA
SKOLEVEJ 1
TLF. 74 62 44 88

AFDELING:
7100 VEJLE
FREDERICIAVEJ 88
TLF. 75 82 92 66

MAX JENNE

AKTIESELSKAB



Spørgsmålstegnet ved dødsårsagen i Søren Kierkegaards sygejournal

Af Jens Staubrand

*'Det vilde ... ikke
være uden Interesse,
om man ud fra
Nutidens Viden kunne
belyse Sygdommens
Natur' [1].*

Søren Kierkegaard var en kendt forfatter, da han i efteråret 1855, 42 år gammel og alvorlig syg, blev indlagt på Det kongelige Frederiks Hospital i København. Bag sig havde han et omfattende forfatterskab på 5000 sider udgivne bind, og hertil 8 til 10.000 sider dagbogs- og journaloptegnelser [2].

Kierkegaard debuterede som forfatter i 1843 med det pseudonyme dobbeltværk *Enten-Eller*, og hurtigt derefter fulgte værker som *Frygt og Bæven*, *Gjentagelsen*, *Filosofiske Smuler*, samt *Stadier paa Livets Vei*. Kierkegaards sidste pseudonyme værk blev *Afsluttende Uvidenskabeligt Efterskrift*. I det værk gør Kierkegaard op med Hegels systemtanke, hans Geiststeori, idet han hævder, at spekulation ikke er vejen til sandheden. Det afgørende er den inderlighed, den oprigtighed, hvormed det enkelte menneske fastholder, hvad han eller hun anser for at være sandheden. Kierkegaard formulerer det slagordsagtigt med vendingen om, at 'subjektiviteten er sandheden'.

Kierkegaard er, som man kan læse i hans *Om min Forfatter-Virksomhed* og *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed*, religiøs forfatter. Det religiøse grundsyn ligger dybt funderet, ikke kun i hans

værker under eget navn, som for eksempel *Atten opbyggelige Taler*, *Kjærlighedens Gjerninger* og *Til Selvprøvelse*, men også i den pseudonyme produktion. At han er religiøs forfatter betyder ikke, at han er opbyggelig forfatter. Kierkegaard vil ikke gøre alle til kristne eller overhovedet fortælle os, hvordan vi skal leve vores liv. Det, han vil, er at gøre os opmærksomme på, at det kristne liv foreligger som en eksistensmulighed, ligesom det er tilfældet med et æstetisk og etisk. For Kierkegaard er man ikke et mere 'rigtigt menneske', fordi man befinder sig på et religiøst frem for æstetisk eller etisk stadium.

Kort før sin indlæggelse på Det kongelige Frederiks Hospital udsendte Kierkegaard under eget navn en række flyveblade, som han kaldte for *Øieblikket*. Kierkegaard havde gennem årene gået og ulmet over den officielle kristendom, over biskop J. P. Mynsters (1775-1854) kirkelære, og hans flyveblade var et partsindlæg mod kirken som bindeled mellem den troende og Gud, og mod præsterne som sandhedsvidner. Det var et voldsomt følelsesmæssigt og bidende ironisk angreb på en efter hans mening misforstået opfattelse af kristendommens mission. Kirken og præsterne så det som deres fornemmeste opgave at gøre sognebørnene trygge. Men for den radikale Kierkegaard var det en misforståelse. Kristendommen bør for den troende være en evig kilde til uro; symboliseret ved det kristne paradoks, i tankens 'støden an' mod den historiske påstand om, at Gud er blevet menneske i Jesus Kristus. Denne fornuftstridige, urimelige og ubeviselige påstand er for Kierkegaard et kors for tanken. Det er den troendes særkende, at han eller hun tror, (netop) fordi det strider mod fornuften, en tankegang, der har sine filosofiske rødder hos den romerske kirkefader Tertullianus (ca. 160-220)

Kierkegaard nåede at udgive 9 flyveblade, men nåede kun at skrive det tiende og sidste, inden han blev syg og indlagt på Det kongelige Frederiks Hospital.

Efter denne korte omtale af Kierkegaards værk og (religiøse) grundsyn vil jeg i det følgende sige lidt om det hospital, Kierkegaard blev indlagt på. Jeg vil omtale de to læger, der efter alt at dømme behandlede Kierkegaard, og jeg vil nævne hospitalets overvågekone. Jeg vil tekstnært tolke og fortolke Kierkegaards sygejournal – noget ingen

Søren Kierkegaard
(1813-55)



tidligere har gjort, – og jeg vil søge at finde frem til, hvilke sygdomme man ud fra sygejournalen må afvise han led af. Jeg vil – selvfølgelig – også komme med et (sandsynligt) bud på, hvad han døde af. Under gennemgangen af sygejournalen – der her i artiklen er gengivet i en tolket udgave – vil jeg bruge anledningen til at fremdrage og dels kommentere en del af dens oplysninger [3].

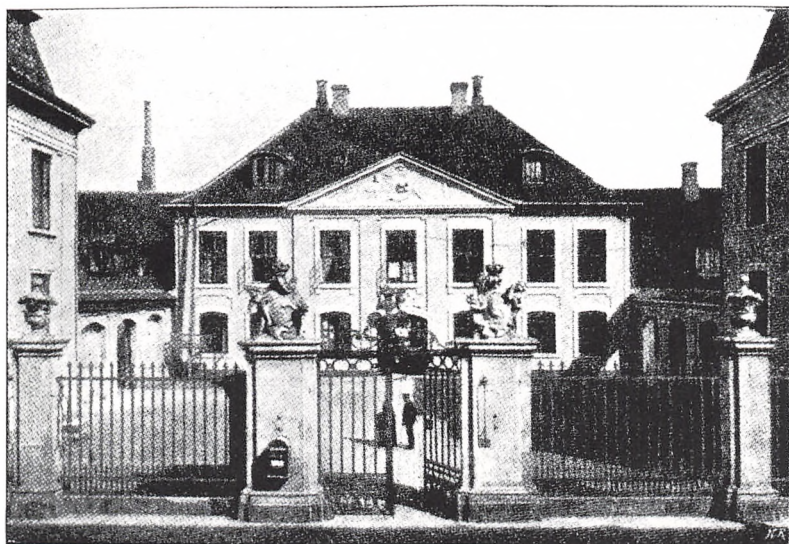
I

Det kongelige Frederiks Hospital blev opført i midten af 1700-tallet i Norgesgade i København. Det var Danmarks første egentlige behandlings- og undervisningshospital. Hospitalet – der nu rummer Den Danske Sø- og Handelsret og Det Danske Kunstindustrimuseum – var med sine fire fløje rundt om en gård og store rummelige patient-

stuer bygget efter internationalt forbillede, som fx Charité-hospitalet i Berlin. Det kongelige Frederiks Hospital følger dog ikke slavisk forbillederne, idet hospitalets patientbygninger kun var i en etage, og ikke som normen i to eller flere etager. Lægerne var kritiske over for hospitalets indretning. De var ikke taget med på råd i det omfang, de ønskede. Men kritikken kunne ikke svække det faktum, at sygeplejen i Danmark blev væsentlig forbedret med opførelsen af Det kongelige Frederiks Hospital. Inden da havde både den lægevidenskabelige forskning og sygeplejen befundet sig på et niveau, der kunne minde om middelalderlige tilstande [4].

I midten af 1800-tallet var hospitalets visitationsregler, at man enten selv kunne møde frem eller udefra give besked til visitationen om, at man ønskede at blive indlagt. Visitatoren undersøgte morgen og middag de fremmødte, og resten af tiden visiterede han ude i byen. Kirkegaard mødte selv frem på hospitalet, efter han under en spadseretur var faldet om på gaden.

I 1855 var det H. A. A. Silfverberg (1815-1885), der var hospitalets visitator, og efter alt at dømme var det ham, der dikterede Kierke-



Frederiks Hospital set fra Bredgade.

gaards anamnese. Anamnesen, der er Kierkegaards egen opfattelse af sygdommens opståen og hidtige forløb tillempet lægesproget, indeholder ikke observationer eller objektive fund, men er det grundlag lægen baserer sine kliniske undersøgelser på. Efter undersøgelsen blev Kierkegaard af Silfverberg sendt hen på hospitalets inspektørkontor. Her skulle han udfylde en blanket om, at han var betalende patient. På hospitalet skelnedes mellem betalende og ikke-betalende patienter – de såkaldte ‘frilæggere’. Det var kun de fattige samt hospitalets personale og familie, der blev behandlet gratis [5].

Efter visitationen blev Kierkegaard ført over på Medicinsk afdeling A, på enestue på Mynsters Gang, der lå i en af forbygningerne ud mod Norgesgade, og fik patientnummer 2067. Hospitalet havde fjorten eneværelser, der efter datidens normer – og i kontrast til fællesstuerne – var ødselt udstyret. Der var forsatsvinduer og tæpper på gulvene. De var fuldstændig møbleret med seng, klædeskab, spejl, stole og borde, samt et hjørneskab med et fajance te- og spisestel. Patienterne på eneværelserne havde også den fordel, at det var den samme medicinske kandidat, der havde opsyn med dem, samt at afdelingens overlæge dagligt skulle se til dem [6].

Overlægen på Medicinsk afdeling A var Seligmann Meyer Trier (1800-1863). Da Kierkegaard blev indlagt havde Trier været afdelingens ‘overmedicus’ i 13 år. Som person var Trier på mange måder Kierkegaards modsætning. Kierkegaard var litterært anlagt, det var Trier ikke. Kierkegaard var lille og spinkel, Trier var høj og bred. Kierkegaard var temperamentsfuld, Trier var afdæmpet. Fællestrækkene ved dem var, at de var alvorlige og grundigt arbejdende. Triers hang til grundighed viste sig ved de kliniske undersøgelser. Han var tilhænger af *Wienerskolen*, der talte for en minutiøs undersøgelse af patienten. På den anden side var man ofte i tvivl om, hvilken behandling man ud fra iagttagelserne skulle sætte i værk. På den måde fik lægens observationer, trods seriøs grundighed, en noget fritstående karakter [7].

Trier blev læge i 1823, og i 1827 doktor på en afhandling om gulsot. Hans betydning som læge kom dog til at ligge inden for stetoskopien. Trier havde læst R. T. H. Laënnec (1781-1826), og i 1830 udgav han en bog om stetoskopi, der blev lærebog for medicinstuderende. Trier var

dermed med til at skaffe denne teknik med at lytte til menneskets indre organer en varig plads inden for den danske lægeverden [8].

Som overlæge på Medicinsk afdeling A havde Trier det overordnede ansvar for afdelingens patienter. Men han skulle ikke kun undersøge, diagnosticere og ordinere medicin, han skulle også holde kliniske forelæsningsfor og øvelser med de studerende. Han havde ansvaret for, at sygejournalerne blev ført, og ved dødsfald skulle han i givet fald foretage obduktion. Som overlæge skulle han daglig morgen og aften gå stuegang. Stuegangen foregik i en venlig, men alvorlig tone. Med sig på stuegangen havde han på skift forskellige lægestuderende, der efter diktat skrev patientens sygejournal. Overlægen havde, som nævnt, pligt til daglig at gå stuegang på eneværelserne, og derfor taler meget for, at det kun er Trier, der har undersøgt og behandlet Kierkegaard. Udelukkes kan det ikke, at Trier kan have været fraværende. I så fald har det været reservelæge A. S. Brünniche (1823-1908) der har gået stuegang hos Kierkegaard [9].

Da Kierkegaard blev indlagt på hospitalet, var han så syg, at der blev våget over ham om natten. Vågekones overordnede var Ilia Fibiger (1817-1867), der var storesøster til kvindesagskvinden Mathilde Fibiger (1830-1872). Ilia Fibiger var selv forfatter til skuespil og eventyr, og Kierkegaard kendte hende. Hun havde i efteråret 1851 sendt Kierkegaard et skuespil (der var blevet afvist af Det kongelige Teater) til gennemlæsning. Ilia Fibiger var som Kierkegaard stærkt religiøs – hans *Til Selvprøvelse* påvirkede hende stærk – og hun blev som Kierkegaard heller ikke gift. På hospitalet havde Ilia Fibiger, som nævnt, stilling af overvågekone. Hospitalets direktion havde udarbejdet en instruks til overvågekone, og af den fremgår det, at hendes funktion var at være en slags politibetjent over for vågekonerne, der natten over sad og holdt vagt ved de syge. Ilia Fibiger har således ikke – ifølge instruktionen – i bogstavelig forstand siddet og holdt vagt ved de syge. Hun har således heller ikke – som man fejlagtigt kan læse det i for eksempel *Dansk Biografisk Leksikon* – i en egentlig forstand våget over Kierkegaard. Men de har helt sikkert talt sammen, når hun gik sine aften- og natrunder for at kontrollere, om vågekonerne passede patienterne ordentligt [10].

II

Nu følger den tolkede udgave af Kierkegaards sygejournal. Jeg har ladet journalens datoer være holdepunkter. De kommentarer, jeg har til indholdet i sygejournalen under de enkelte datoer, har jeg valgt at placere umiddelbart efter disse. De ord, der står med stort i sygejournalen, er ledeord for kommentarerne.

– 2. oktober 1855: Inden sin indlæggelse på hospitalet havde Kierkegaard i nogen tid lidt af en anstrengende smertefuld hoste, med opspyt. Til at begynde med var opspytet flødelignende, senere blodigt med gule klatter. På indlæggelsestidspunktet havde Kierkegaard stadig anstrengende hoste, men den var ikke længere smertefuld.

Omkring 14 dage før indlæggelsen fik Kierkegaard en perakut, en pludseligt indsættende, kraftnedsættelse i benene. I perioden fra da af og frem til selve indlæggelse på hospitalet tiltog kraftesløsheden i benene.

Kierkegaard fik følgesymptomer til kraftesløsheden i benene. De viste sig som føleforstyrrelser; som myrekryb og soven i benene. Disse symptomer bevirkede dog ikke, at selve hans følesans i benene blev skadet. Kierkegaard havde af og til jagende smerter fra lænden og ned gennem benene.

Kierkegaards overekstremiteter – hans arme – blev undersøgt; her fandt man intet abnormt.

I forbindelse med den pludselige kraftnedsættelse i benene var der ingen symptomer på beskadiget hjernefunktion. Der var ingen svimmelhed, HOVEDPINE, krampe eller bevidsthedsændring. Overhovedet havde Kierkegaard ingen BEVIDSTHEDSSVÆKKELSE som følge af sygdommen.

I og med den pludselige kraftnedsættelse i benene fik Kierkegaard en overgang besvær med afføringen, men den ændrede sig hurtigt til det normale. Han fik også vandladningsbesvær, men her indtrådte ingen bedring. Vandladningsbesværet viste sig ved, at han enten havde ufrivillige vandladninger, eller ved, at han havde svært ved at lade vandet.

Inden sygdommen med benene havde Kierkegaard dog også haft

vandladningsbesvær. Efter eget udsagn havde han problemer med vandladningen, når han skulle lade vandet i andres nærværelse. Dette vandladningsbesvær har efter alt at dømme været psykisk betinget; var Kierkegaard sikker på at være fri for indbildt eller reel overvågning, havde han intet besvær med vandladningen.

Efter omstændighederne var Kierkegaards appetit god.

Kierkegaard kunne ikke selv pege på nogen objektiv grund til sygdommen. Han mente dog, den hang sammen med et anstrengende **ÅNDSARBEJDE**. Kierkegaards bud på sygdommens forløb var, at den var **DØDELIG**.

HOVEDPINE. Kierkegaard led ellers hyppigt af en ofte voldsom hovedpine. Selv kaldte han det – som man kan læse i et brev til vennen, teologen Emil Boesen – for ‘gigt i hovedet’. Som en kuriositet kan nævnes, at årsagen, til at Kierkegaard og Regine Olsen engang forlod Det kongelige Teater efter første akt af W. A. Mozarts *Don Giovanni*, var, at han havde hovedpine. Myten om denne episode går ellers på, at Kierkegaard – efter ouverturen – skulle have sagt til Regine Olsen, at nu er det tid til at gå, fordi forventningens glæde er den bedste [11].

BEVIDSTHEDSSVÆKKELSE. Ved indlæggelsen havde Kierkegaard ingen bevidsthedsforstyrrelser. Det mentale billede af Kierkegaard viste således intet abnormt: det vil sige han led ikke af en hjernesygdom.

Den umiddelbare årsag, til at Kierkegaard lod sig indlægge på Det kongelige Frederiks Hospital, var, at han samme dag var faldet om på gaden. Og årsagen, til at han faldt om, var – med baggrund i sygejournalen – udelukkende hans styringsbesvær med benene. Myten om hans fald på gaden inden indlæggelsen går ellers på, at han var faldet bevidstløs om, men var ved bevidsthed ved ankomsten til hospitalet. I myten ligger der en antydning af, at Kierkegaards sygdom var mentalt betinget. Det er Kierkegaards søsterdatter Henriette Lund, der er ophavsmænd til myten. Afvisningen af myten støttes ikke kun af sygejournalen, men også af det faktum, at hun ikke selv havde set Kierkegaard falde bevidstløs om, man kun havde hørt om det fra andre [12].

Kierkegaards bidende ironiske og stærkt følelsesmæssige angreb på

kirken gennem tidskriftet *Øieblikket* fik samtidens presse til – i forbindelse med hans død – at sætte spørgsmålstegn ved hans mentale tilstand. Man hævdede, at Kierkegaard ikke i den sidste tid var herre over sine tanker og ord – et stærkt argument for en afvisning af Kierkegaards kritik af kirken. At sygeliggøre det engagerede individ er noget man til alle tider har kendt til. Men intet objektivt taler – som nævnt – for at Kierkegaard var mentalt syg [13].

Trangen til at sygeliggøre Kierkegaard mentalt finder man også hos den danske forfatter og kritiker Richardt Gandrup (1885-1974). I en kronik fra 1955 – hundrede år efter Kierkegaards død – satte Gandrup spørgsmålstegn ved lægernes saglighed i forbindelse med undersøgelsen af Kierkegaard. Gandrup hævder, at lægerne – ud fra Kierkegaards forfatterskab – burde have vidst, at han var mentalt syg. Det er en noget tvivlsom argumentation. Det er ikke sådan, at læger – hverken dengang eller nu – læser en forfatterproduktion og ud fra den mentalt bedømmer patienten. Lægerne på Det Kongelige Frederiks Hospital undersøgte patienterne på en efter datidens norm objektiv og sober måde. Kierkegaard blev undersøgt og behandlet som en hvilken som helst anden (betalende) patient. Og man må holde fast i, at man intet mentalt abnormt fandt hos Kierkegaard. Både Trier og Silfverberg har helt sikkert kendt til Kierkegaard og hans forfatterskab. Lad os med Gandrup antage, at Trier og Silfverberg har set på Kierkegaards forfatterskab som en mentalt syg mands værk, og med dette i baghovedet har undersøgt ham, ja, så står frifindelsen af Kierkegaard som mentalt syg med stor vægt [14].

ÅNDSARBEJDE. Enhver akademiker ved, at intellektuelt arbejde kan være ligeså udmattende som fysisk arbejde. Kierkegaard vidste det, og i journalen hævder han, at hans sygdom kan hænge sammen med hårdt intellektuelt arbejde. Det er formentlig den oplysning, der har fået kierkegaardforskeren Jens Himmelstrup til at antage, at det var Kierkegaards voldsomme udfald mod den officielle kirke (i 1855), der fysisk kørte ham så meget ned, at han blev syg og døde. Himmelstrup skriver, at Kierkegaard 'sprængte sit legeme' under arbejdet med tidskriftet *Øieblikket* – uden det dog skal forstås bogstaveligt.

Kierkegaard havde livet igennem mange og store projekter. Tidsskriftet *Øieblikket* var et af dem. Han kunne også lide at arbejde hårdt. Det gjorde han ikke kun i forbindelse med *Øieblikket*, men helt fra forfatterskabets start. Under arbejdet med hovedværket *Enten-Eller* i Berlin – tretten år før sin død, – var han så udmattet, at han følte sig mere død end levende. Det fremgår af et brev til Emil Boesen, hvori Kierkegaard taler om, at hans ånd svulmer så meget op på grund af åndeligt arbejde, at hans legeme er i fare for at blive slået ihjel. I andre breve til Emil Boesen kan man tillige læse, at både før og efter Berlin-opholdet havde Kierkegaard denne trang til hårdt arbejde.

Spørgsmålet er, om Kierkegaard arbejdede så intellektuelt hårdt – ikke kun med tidsskriftet *Øieblikket*, men overhovedet – at han døde af det. Og altså, om hans udmattelsestrang blev livstruende for ham. Det er kendt, at hårdt arbejde og dårlig ernæring – eller fejlnæring – samt mangel på motion og frisk luft er faktorer, der nedsætter organismens modstandskraft. Kierkegaard havde livet igennem en god appetit. Det fremgår også af hans sygejournal. Det er også vigtigt at pege på, at han havde økonomiske midler til at købe den mad, han havde behov for. Han havde kokekone, så efter datidens normer har han ikke været fejlnæret. Han gik mange og lange ture. Det gav ham motion og frisk luft. Frisk luft fik han også, når han tog på sine mange ture i hestevogn. De nævnte faktorer taler imod, at Kierkegaard skulle have svækket sig så meget, at han blev syg og døde af det [15].

DØDELIG sygdom. Allerede ved ankomsten til sygehuset var Kierkegaard klar over, at sygdommen var dødelig. Myten fortæller nemlig, at han selv sagde, at han kom til hospitalet for at dø. Vi ved intet om, hvor meget Kierkegaard vidste om sygdomme og symptomer. I hans *Efterladte Papirer* står der ikke meget om lægevidenskab, så det er svært at afgøre, om hans formodning om en dødelig sygdom bygger på fortolkning af symptomerne. Ud fra sygejournalen står det dog fast, at Kierkegaard trods formodningen om en dødelig sygdom ikke havde tabt livsmodet. De behandlingstiltag, der er nævnt, tyder på, at Kierkegaard til det sidste havde en stærk livsvilje.

Jeg tror, at Kierkegaards antagelse om sygdommens forløb, i højere

grad havde sin grund i en tvangstanke end i en reel viden om sygdommen. Kierkegaard havde flere søskende. Et par af disse døde som unge. Kierkegaard fik nu den idé, at der lå en (Guds) forbandelse over familien, og at han selv ville dø, inden han fyldte 34 år – Jesu levealder. Årsagen til forbandelsen var ifølge Kierkegaard, at faderen som ung havde forbandet Gud. Han fik oplysningen på faderens dødsleje. Kierkegaard var da 25 år gammel.

Man er ikke nødvendigvis syg, fordi man har tvangstanker. Et hårdt arbejdsmæssigt pres virker i sig selv fremmende på evnen til at bilde sig forhold ind, der ikke har grund i virkeligheden. Kierkegaard arbejdede hårdt, og med sit religiøse, følsomme sind havde han stof nok til tvangstanker. Og har man først en forestilling om, at døden er i hælene på én, er den næsten ikke til at slippe af med igen. Kierkegaard undrede sig som 34 årig over stadig at være i live, men det faktum ændrede ikke troen på, at han snart ville dø. Kierkegaard, der også var lidt af en hypokonder, har formentlig med fornyet styrke grebet til dødstanken, nu da han som 42 årig blev indlagt på hospitalet [16].

– 3. og 4. oktober: Kierkegaards tilstand forværres. Kraftesløsheden i benene er tiltagende, og det bevirker, at han har svært ved at stå og gå. Når han sidder ned, synker han sammen over mod den ene side. Kierkegaard har stadig føleforstyrrelser i form af myrekryben i benene. Han er ikke længere i stand til – i liggende stilling – at løfte benene. Det eneste han formår er at trække benene lidt op under sig. Han klager over smerter. Overhovedet iagttages der en venstresidig overvægt af symptomer.

Vandladningen er fortsat ikke, som den burde være. Han har ingen feber.

Kierkegaards bryst blev fra forsiden undersøgt ved percussion, og her fandt man intet abnormt. Der blev ikke foretaget PERCUSSION og auscultation bagfra.

Kierkegaards rygsøjle blev undersøgt, og her fandt man (heller) ikke noget abnormt.

Det oplyses, at Kierkegaard har brugt et nerveberoligende middel.



»Spøttepote« (spyttekrus) fra Det kgl. Frederiks Hospital (Medicinsk-historisk Museum).

Midlet var 'infusio valeriane officinalis', der er et udtræk af baldrian-rodstocken.

Efter alt at dømme ændrede man Kierkegaards KOSTRATION, idet der nu blev ordineret såkaldt '½ bedste Pleie'.

PERCUSSION. Der blev ikke foretaget stetoskopi af Kierkegaards lunger bagfra. Undersøgelsen ville i Kierkegaards tilfælde have været relevant, og når man ved, at netop Triers afdeling var berømt for sin teknik på dette område, virker udeladelsen påfaldende. Det rejser – selvfølgelig – det spørgsmål, om den medicinsk-historiske karakteristik af Trier som en grundig læge er korrekt. Det er et kapitel for sig, og for omstændeligt at komme ind på her. Det centrale for os er, om det øvrige indhold i Kierkegaards sygejournal viser os Trier som en

grundig læge. Det mener jeg det gør. Det står derfor hen i det uvisse, hvorfor man ikke foretog den omtalte undersøgelse af Kierkegaard.

KOSTRATION. Af 'Reglement for Sygeforpleiningen paa det Kongelige Frederiks Hospital' fremgår det, at man skelnede mellem følgende former for kost: 'Ordinair Pleie', 'Bedste Pleie', 'Feberdiæt', samt 'Halv Feberdiæt'. Den såkaldte *bedste pleje* var noget, patienten kunne få ved en lægeordineret 'Ekstraordination' – og mod betaling! *Halv bedste pleje* var den tilsvarende halve kostration.

Som eksempel kan vi se på Kierkegaards frokost. Den bestod ugens syv dage af følgende: 4 lod (32 gram) hvedebrød, 1 lod (8 gram) smør og $\frac{1}{4}$ pægl ($\frac{1}{2}$ deciliter!) mælk. Som alle andre patienter havde Kierkegaard en kostvægt på sin stue. Her kunne han kontrollere om hospitalets personale havde 'forgrebet' sig på kosten [17].

– 5. oktober: Kierkegaard har sovet dårligt og hostet temmeligt meget. Han har formentlig haft diarre, idet der ordineres 'infusio saleprod', et udtræk af gøgeurtartens rodknolde, der blev anvendt som et mildt stoppende middel.

Kierkegaard har holdt på urinen det meste af natten. Det har han, fordi han ikke kan lade vandet, når vågekonen er til stede. Om dagen har han – derimod – hyppige vandladninger.

Kierkegaard var, som nævnt, meget fikseret på sine VANDLADNINGSPROBLEMER. Han hævder, at uviljen mod at lade vandet, når andre er til stede, er noget, der har haft en så radikal indflydelse på hans liv, at han er blevet en særling.

VANDLADNINGSPROBLEMER. Det er et kendt og ikke unaturligt psykisk fænomen, at mange mennesker ikke er i stand til at lade vandet, når de reelt eller indbildt føler sig overvåget. Kierkegaards vandladningsbesvær synes imidlertid – som det fremgår – at have været særligt udtalt. Hvad der har været den dybere psykiske grund til Kierkegaards vandladningsbesvær, afslører sygejournalen ikke. Det kan kun blive gætterier. Og dem vil jeg afholde mig fra. Det vigtige i

sammenhængen er, at Kierkegaard ikke kan karakteriseres som egentlig psykisk syg, fordi han har vandladningsbesvær.

– 6. oktober: Kierkegaards evne til at støtte på benene er nu endnu mere forværret.

Han har besvær med ryggen og får den morgen og aften gnedet med terebinth-olie.

Kierkegaard får nu ordineret et stærkere nerveberoligende baldrian-middel. Ordinationen lød på ‘essensia valerian officinalis’, og han fik 25 dråber fire gange dagligt.

Kierkegaard får ordineret en halv flaske bajersk øl.

– 7. oktober: Af religiøse grunde ønsker Kierkegaard, at ordinationen af det bayerske ØL ophører.

Øllet erstattes af en særlig sammensat te, som han skulle drikke én kop af morgen og aften.

Teen bestod dels af ‘herba trifolium fibra’ (tørrede kløvergræs fibre, der er vanddrivende og heler sår i tarmen) og ‘flos chamomillae’ (kamilleblomst, der er vanddrivende), samt af ‘flos arnicæ montana’ (guldblommeblomsten, der er gavnlige for bl.a. rygsygdomme).

ØL. Når man tænker på, at Kierkegaard livet igennem drak både vin og øl, kan det undre, at han nu af religiøse grunde ikke længere vil drikke øl [18].

– 10. oktober: Kierkegaard er nu endnu mere afkræftet. Han er ikke længere i stand til at støtte på benene. Overhovedet er hans selvhjælpsevne reduceret.

Kierkegaard er stadig kvik i replikken – så mentalt er der intet i vejen.

Kierkegaard mangler afføring.

– 11. og 12. oktober: Kierkegaard mangler åbenbart stadig AFFØRING. Journalbestemmelsen ‘F. eccoprot. mit.’ er en forkortelse for

‘Fiat eccoprotikon mitis’, det vil sige, at man besluttede, at Kierkegaard skulle have et mildt afførende middel.

Kierkegaard føler sig nu endnu mere kraftsløs. Han er nu helt ude af stand til at bevæge sit venstre ben. Han hoster stadig meget. Både hosten og bevægelser i almindelighed fremkalder ufrivillige vandladninger hos ham.

Kierkegaard taler vedvarende om, at han snart vil dø.

AFFØRING: Kierkegaards evne til afføring ofrer lægerne fra nu af en del interesse. Det skyldes primært, at afføringen var en af de få funktioner, man dengang havde midler til at regulere. Hele reguleringstiltaget har imidlertid ingen indvirkning på selve Kierkegaards sygdom. Det er hans immobile tilstand, der har fremkaldt afføringsproblemerne. I øvrigt skal nævnes, at selvom forstoppelsen har været ubehagelig, har den som sådan været harmløs.

– 13. oktober: Kierkegaard har fortsat hoste med opspyt. Og han har stadig ufrivillige vandladninger.

Den særligt sammensatte te, der bl.a. var vanddrivende og lægende for sår i tarmen, får Kierkegaard nu kun om morgenen – mod tidligere morgen og aften.

Indgnidningen med olie på ryggen ophører, fordi Kierkegaard ikke synes det hjælper.

– 14. oktober: Kierkegaard har ikke haft afføring i tre dage og får derfor ordineret ricinusolie – altså amerikansk olie.

– 15. oktober: Den amerikanske olie har ingen effekt. Derfor gentages ordinationen her til morgen.

Kierkegaard kan ikke stramme sine rygmuskler og er derfor ikke i stand til at støtte med armene. Men han kan frit bevæge disse.

Da man vil rejse Kierkegaard op i siddende stilling, klager han over smerter i venstre hofte. Han har haft ondt i hoften nogle dage, men har ikke sagt noget. En undersøgelse af hoften viser intet abnormt.

Kierkegaard har ikke længere kontrol over sit venstre ben. Der er

ingen stramning i benets muskel. Det holdes 'flekteret' – bøjet – i hofte og knæ.

– 16. oktober: Kierkegaard har nu hyppigere ufrivillige vandladninger. Den særligt sammensatte te, der blandt andet var vanddrivende, ønsker han derfor ikke længere.

– 18. oktober: Kierkegaards tilstand er stort set uforandret.

Han har ikke haft afføring i tre dage. Derfor får han ordineret 'Clysmā sebum'; et afførende sæbemiddel til indsprøjtning i endetarmen. Behandlingen virkede.

– 19. oktober: Kierkegaards venstre ben bliver nærmere undersøgt. Modsat tidligere konstaterer man, at der nu er STRAMNING i lårets muskler.

STRAMNING i muskler. Stramningen i lårets muskler og fikseringen af det venstre ben kan tolkes som spasmer. Men Kierkegaard led ikke, som hævdede af den danske filosof F. C. Sibbern (1785-1872), af epilepsi. Kierkegaards spasmer kan kun meningsfyldt forklares som et rygmarvsbrud, idet der er sammenfald mellem lammelserne i benene og den ufrivillige vandladning [19].

– 20. oktober: Kierkegaard har stadig besvær med afføringen. Der blev derfor ordineret 'folia sennæ' – sennepsblade med en afførende egenskab. Det virkede.

– 21. oktober: Kierkegaard har igen besvær med afføringen.

– 22. oktober: Han har stadig ufrivillige vandladninger – nu for det meste om natten.

Kierkegaard føler sig mere og mere kraftsløs. Og han synker mere og mere sammen.

Hans PULS ligger nu på 100.

PULS: Et hvilende sundt menneskes puls ligger et sted mellem 60 og 80. Kierkegaards forhøjede puls viser, at hans almentilstand nu for alvor er påvirket af sygdommen. Senere stiger hans puls endnu mere.

– 23. oktober: Kierkegaard har stadig smerter i hoften.

Han hoster fortsat meget. Opspyttet er delvist blodtilblandet og indeholder gule klatter.

Trods det samlede sygebillede virker han livlig.

– 24. oktober: Kierkegaard mangler afføring og får igen ordineret sennepsblade. Virkningen er god.

– 25. oktober: Kierkegaards kræfter svinder nu mere og mere, men han er stadig ved fuld bevidsthed.

Han har stadig problemer med afføringen. Forskellige midler prøves, og sæbevand i tarmen virker. Kierkegaard har stadig ufrivillige vandladninger.

– 30. oktober til 1. november: Kierkegaard har stadig besvær med afføringen. En fornyet behandling med sennepsblade virker.

Man giver hans lammede ben ELEKTRISK STIMULATION. Med en serie strømstød vil man irritere de lammede muskler til sammentrækninger, men virkningen udebliver stort set. Sammentrækningerne er i hvert fald så små, at Kierkegaard ikke registrerer dem.

Den daglige ordination af 100 dråber Valerianae ophører. I stedet får han ordineret 'infusum tonico nervina', der er en stærkere beroligende og ANGSTDÆMPENDE mikstur end den tidligere. Kierkegaard fik dagligt 50 gram af miksturen.

ELEKTRISK STIMULATION. De elektriske behandlinger af Kierkegaards lammede muskler var – som med afføringen – symptombehandling uden indvirkning på selve sygdommen.

ANGSTDÆMPENDE. Det er – sammenlignet med i dag – meget svage nerveberoligende midler, der er på tale. I dag er de håndkøbsme-

dicin. Valerianae eller baldrian er tillige gavnlige ved almen svækkelse.

Kierkegaard var et nervøst og følsomt gemyt. Jeg er derfor mest tilbøjelig til at tro, at han har fået midlerne på grund af nervøsitet og ikke på grund af almen svækkelse. Jeg tror, han har været bange for at dø, hvilket er menneskeligt forståeligt. Jeg er uenig med Ad(am?) Flensmark i, at det at tænke på døden (hvilket Kierkegaard gjorde), fjerner angsten for døden. Det er værd at bemærke, at Kierkegaard ikke havde noget let dødsleje. Kun de sidste par dage var han ikke ved fuld bevidsthed. Og han har helt sikkert været klar over, hvor det bar hen [20].

– 2. til 4. november: De elektriske behandlinger af Kierkegaards lammede muskler fortsætter. Modsat tidligere er sammentrækningerne nu tydeligere.

Kierkegaard har fået liggesår – på blandt andet bagdelsmusklerne. Han får derfor våde omslag, og af samme grund skiftes sengetøjet nu dagligt.

– 6. til 8. november: Kierkegaard har igen manglende afføring. Han får sennepsblade, og virkningen er god.

Den elektriske stimulation af de lammede muskler fortsætter. Igen er der tydelige sammentrækninger.

Kierkegaard er nu så afkræftet, at han ikke kan hoste slimet fra luftvejene op.

Hans appetit er – på baggrund af hans tilstand – fortsat god.

– 9. og 10. november: Kierkegaard er nu endnu mere afkræftet.

Han ligger SLØVT HEN. Han taler ikke mere. Han spiser ikke mere. Kierkegaard har nu også ufrivillig afføring.

Hans puls er steget til 130, og den er uregelmæssig. Han trækker vejret lydløst og hurtigt. Han er slap i armene og stiv i albuerne.

Kierkegaard virker SKÆV I ANSIGTET. Hans venstre mundvig er trukket noget op, men skævheden er ikke tydeligt udtalt. Han kan selv løfte sine øjenlåg.

SLØVT HEN: Kierkegaard befinder sig nu i en comalignende tilstand. Iagttagelsen støttes af et brev fra Michael Lund til Kierkegaards bror teologen P. C. Kierkegaard (1805-1888). Michael Lund var nevø til Kierkegaard og arbejdede som lægestuderende på hospitalet, mens Kierkegaard var indlagt. Som Kierkegaard mente han også, at sygdommen var dødelig. Michael Lund fortæller i øvrigt, at Kierkegaard nok havde smerter, men at hans sygdom ikke var udtalt smertefuld. Ordinationerne i sygejournalen peger heller ikke i den retning. Oplysningen står i kontrast til pressens – *Flyvepostens* – påstand om, at Kierkegaard under sit hospitalsophold havde voldsomme legemlige smerter. [21].

SKÆV I ANSIGTET. Sygejournalens oplysning om, at Kierkegaard havde en skævhed i ansigtet, sammenholdt P. A. Heiberg (i 1895) med informationen om, at hans venstre ben var fikseret i hofte og knæ, og han konkluderede, at der måtte være tale om en hjerneblødning.

En hjerneblødning (*haemorrhagia cereri*) er en blodkarbristning i hjernen. Den kan medføre en pludselig halvsidig lammelse, der også omfatter ansigtet. Er der tale om en blødning i hjernens højre halvdel, kommer der en lammelse af kroppens venstre side, herunder eventuelt taleforstyrrelser.

Nærlæser man Kierkegaards sygejournal, må P. A. Heibergs teori om, at Kierkegaard havde en hjerneblødning imidlertid afvises. Nok tales der i sygejournalen om en venstresidig overvægt af symptomer, men han havde lammelser i begge sine ben. Vigtigt for en afvisning af teorien er også, at han ikke havde lammelser i overkroppen. Hertil kommer, at der ikke er sammenfald mellem lammelserne i benene og skævheden i ansigtet. Yderligere må der peges på, at ved en lammelse i ansigtet hænger mundvigen nedad, mens skævheden i Kierkegaards ansigt viste sig ved, at venstre mundvig var trukket opad. Nævnes skal det også, at Kierkegaard ikke havde taleforstyrrelser [22].

– 11. november: Kierkegaard befinder sig i en døs.

Åndedrættet er tungt og kort. Pulsen noget lavere end de tidligere
130.

DØD. Som det var skik og brug, blev Kierkegaard først tolv timer efter sin død overført til hospitalets lighus. Han blev ikke obduceret. Lægerne behøvede ikke at indhente et samtykke til obduktion, så Kierkegaard eller hans pårørende har formentlig sagt nej til sektion [23].

III

Hvis vi kort opsummerer analysen af sygejournalens indhold, kan vi konstatere, at Kierkegaard var syg i cirka otte uger, inden han døde. I denne periode udviklede han et gradvist tab af nervefunktionen i underkroppen, der til sidst blev helt lam. Efter cirka fem ugers sygdom var Kierkegaards almentilstand svækket, og i den følgende tid blev den yderligere svækket. Sygdommen igennem var han ved fuld bevidsthed på nær de sidste dage, hvor han befandt sig i en comalignende tilstand. Kierkegaard havde hoste og opspyt i hele sygeperioden.

Sygdommens symptomer og det hurtigt fremadskridende forløb taler stærkt for, at Kierkegaard pådrog sig en alvorlig læderende rygmarvslidelse i lænden.

Det var da også det, overlæge Trier nåede frem til, da han efter Kierkegaards død skrev 'paralysis' på sygejournalens forside. *Paralyse* betyder total lammelse på grund af ophævet neurogen stimulation, og i Kierkegaards tilfælde betød det altså som nævnt, at begge hans ben var totalt lammede.

Det spørgsmål, der rejser sig, er nu, hvad der har været årsagen til beskadigelsen af Kierkegaards rygmarv. Hvis Kierkegaard var blevet obduceret, ville vi kende dødsårsagen, men det skete som nævnt ikke. Og havde man i 1855 kendt til den bakteriologiske eller kemiske analysemetode af spinalvædsken (rygmarvsvædsken), ville vi også have vidst, hvad han døde af.

Hvis vi i første omgang ser på, hvilke sygdomme det er relevant at inddrage, men som man realistisk må afvise, så er der ikke meget der tyder på, at han havde lungecancer med spredning til rygsøjlen. Han havde heller ikke syfilis. En neurosyfilis er en senmanifestation af

syfilis, og den viser sig ved, at rygmarvens hinder og nerverødder angribes. Hvad der taler imod denne diagnose, er det forhold, at neurosyfilisen ville have påvirket Kierkegaards arme og hjerne, der som nævnt ikke var påvirket af sygdommen. Der er heller ikke meget, der tyder på, at Kierkegaard havde en *abscessus pulmonis* med spredning til rygmarven, idet spredningen ved denne sygdom snarere påvirker hjernen. Kierkegaards hjerne var ikke påvirket, han havde hverken hovedpine, var svimmel eller havde bevidsthedsforstyrrelser. Det centrale er, at sygdommens første symptom hos Kierkegaard var en pludselig kraftnedsættelse i benene.

Hvis vi nu ser på, hvad der kan have været årsag til Kierkegaards sygdom og død, er det mest realistisk at tage udgangspunkt i sygdommen tuberkulose. Heri var overlæge Trier enig, idet han skrev 'tubercul.?' som den formodede årsag til den afbrudte neurogene stimulation af Kierkegaards underkrop. Tuberkulose er en infektionssygdom forårsaget af en bakterie, der kan angribe næsten alle menneskets organer. Kierkegaards vedvarende hoste og blodige opspyt bestyrker med vægt, at der har været tale om en lungetuberkulose. At Kierkegaard ikke havde feber – sygejournalen den 4. oktober, – taler ikke afgørende imod denne diagnose.

Årsagen til Kierkegaards sygdom må altså realistisk antages at have været en lungetuberkulose med spredning til rygmarvskanalen. Sagt med andre ord, der var tale om en *spondylitis tuberculosa*: en tuberkuløs betændelse i en lænderyghvirvel, sammenfald af denne og dermed en kompression af rygmarven. De første symptomer på sygdommen er problemer med ben og ryg, samt at der er smerter. Senere er følger tilstanden egentlige lammelser i benene, samt vandladningsbesvær. Alle iagttagelser der passer til Kierkegaards sygdomsbillede.

Overlæge Ole Helmig analyserede i 1971 Kierkegaards sygejournal og fandt også dengang frem til, at han måtte have haft en tuberkuløs betændelse i en ryghvirvel. Trier, Helmig og denne artikels forfatter er altså enige i, at Kierkegaard havde en *spondylitis tuberculosa*. Helmig sætter imidlertid fejlagtigt Kierkegaards skæve (lidt pukkellignende) ryg i forbindelse med tuberkulosen, idet man ved, at en pukkel eller knækdannelse på ryggen ofte (på grund af sammenfald af ryghvirvel)

Søren Kierkegaard som han kendtes fra det københavnske gadebillede.



hører med til sygdommens debutsymptomer. Kierkegaard fik sin skæve ryg som barn. Dette er sikkert, og det er ligeledes sikkert, at denne rygskevthed intet har med hans sygdom og død at gøre. Ved undersøgelsen af Kierkegaards ryg fandt man da heller ikke noget abnormt. Helmig hævder endvidere, at Kierkegaard til slut udviklede en hjernebetændelse, der klinisk er karakteriseret ved hovedpine, kvalme og opkastning, samt stivhed i ryg og nakke. Denne antagelse må tillige – ud fra en nærlæsning af sygejournalen – afvises, idet Kierkegaard hverken havde hovedpine, kvalme, opkastninger eller var stiv i nakken [24].

IV

Da Trier om morgenen den 12. november 1855 som en problematiserende sidebemærkning – symboliseret ved spørgsmåltegnet – skrev

tuberkulose som dødsårsag på forsiden af Kierkegaard sygejournal, er der således meget, der taler for, at han skønnede rigtigt.

I det foregående har jeg altså, på baggrund af en detaljeret analyse af sygejournalen, positivt styrket Triers antagelse af, hvad der har været årsagen til Kierkegaards sygdom og død. Analysen af sygejournalen viser os endvidere det vigtige, at Kierkegaard ikke var mentalt syg, og at han på nær de sidste par dage var ved fuld bevidsthed under hele sygeforløbet.

SUMMARY

The point of interrogation at the cause of death in the infirmary journal of the danish philosopher Søren Kierkegaard (1813-55).

The article is about his final illness in the autumn of 1855 at Royal Frederik's Hospital in Copenhagen. The author sum up, that Kierkegaard was ill for about eight weeks before he died; during this time he gradually lost all feeling in the lower part of his body and suffered from coughing and expectoration while remaining fully conscious.

The author first considers which of any possible causes he can reject as the reason for Kierkegaard's illness and death. These would be lung cancer spreading to his spinal column, neurosyphilis, a stroke or a pulmonary abscess. He then goes on to deal with the real cause of the philosopher's death. It seems most likely that Kierkegaard was suffering from pulmonary tuberculosis which then spread to his spinal canal. The explanation of the interrupted neurogenic stimulation of the lower part of Kierkegaard's body must therefore have been spondylitis tuberculosa, i.e. a tubercular infection of a lumbar vertebra leading to its collapse and a resulting compression of the spinal cord.

By analysing Kierkegaard's case sheet, the author concludes that it serves to bear out the contemporary medical appraisal of the course of his final illness. At the same time it is a rebuff to any idea that Kierkegaard was mentally affected by his illness.

NOTER

1. *Ugeskrift for Læger*, nr. 75, København 1913, p 1678.
2. Kierkegaard blev født den 5. maj 1813 og døde den 11. november 1855.
3. Følgende har støttet mig i mit udredningsarbejde omkring Søren Kierkegaards sygejournal: Overlæge, speciallæge i neuromedicin Ole Evald Hansen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte. Praktiserende læge Thomas Elo Christensen, København, og gennem ham apoteker Aage Marcher, Istedgade Apotek, København. Overlæge, dr.med. Henrik Hertz, Rigshospitalet, København. Overlæge, dr.med. Kaare Weismann, Bispebjerg Hospital, København. Analysen af sygejournalen bygger på Kierkegaards originale sygejournal; *Medicinske Journaler. Triers Afdeling. November 1855*, Rigsarkivet; K. I. Nørregaards gengivelse i *Ugeskrift for Læger*, nr. 75, København 1913, p 1673 – 78; samt gengivelsen i N. Thulstrup: *Breve og Aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard I-II*, København 1953 – 54, bind I, p 21-25.
4. H. Lund: 'Frederiks Hospital og Frederiks Stad', i *M. Bodelsen (red.): Det danske Kunstindustrimuseum*, København 1969, p 26; p 46-47.
5. *Copibog for særdeles expeditioner. Instruktion etc. 1836-1862*, Rigsarkivet, p 146; p 94-96. *Ugeskrift for Læger*, nr. 75, København 1913, p 1678. O. L. Bang, *Det kgl. Frederiks Hospitals oprettelse: 1757-1857*, København 1857, p 10; p 16; p 19. *Vagtbog 1853-1856. Frederiks Hospital*, upagineret, Rigsarkivet.
6. Fr. Gredsted: *Det kgl. Frederiks Hospital 1757-1907*, p 126. O. L. Bang: *Det kgl. Frederiks Hospital i Kjøbenhavn: 1757-1857*, København 1857, p 6; p 23. *Vagtbog: 1853-1856. Frederiks Hospital*, upagineret, Rigsarkivet. 'Mynsters gang' var formentlig opkaldt efter biskop J. P. Mynsters (1775-1854) far, Chr. G. P. Mynster (1741-77), der var inspektør på Det kongelige Frederiks Hospital. Det er påtegningen 'Mg' i øverste venstre hjørne på Kierkegaards originale sygejournal: *Medicinske Journaler. Triers Afdeling. November 1855*, Rigsarkivet, der viser hen til, at Kierkegaard under sin indlæggelse på hospitalet lå på 'Mynsters gang'. Påtegningen 'Mg' er hverken med i N. Thulstrup: *Breve og Aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard I*, København 1953-54, bind I, p 21-25, eller i K. I. Nørregaards gengivelse af sygejournalen i *Ugeskrift for Læger*, nr. 75, København 1913, p 1673-78.
7. Fr. Gredsted: *Det Kgl. Frederiks Hospital 1757-1907*, København 1907, p 169. Jul. Petersen: 'Det kgl. Frederiks Hospitals betydning for lægevidenskaben. Et medicinsk-historisk tilbageblik ved jubilæumsfesten d. 30. marts 1907', *Ugeskrift for Læger*, København 1907, p 348. *Copibog for særdeles expeditioner. Instruktion etc. 1836-1862*, Rigsarkivet, p 32.
8. Jul. Petersen, 'Det kongelige Frederiks Hospitals betydning for lægevidenskaben', *Ugeskrift for Læger*, Nr. 14, København 1907, p 348. L. W. Salomonsen: 'Gamle Minder fra Frederiks Hospital 1850-1863', *Dansk Klinik*, København 1910, p 3.
9. L. W. Salomonsen: 'Gamle Minder fra Frederiks Hospital 1850-1863', *Dansk Klinik*, København 1910, p 3. Jul. Petersen: 'Det kongelige Frederiks Hospitals betydning for lægevidenskaben', *Ugeskrift for Læger*, nr. 14, København 1907. G. Tryde: *Det kgl. Frederiks Hospitals oprettelse*, København 1945, p 149. O. L. Bang: *Det kgl. Frederiks Hospital i Kjøbenhavn: 1757-1857*, København

- 1857, p 14; p 15; p 23. *Copibog for særdeles expeditioner. Instruktion etc. 1836-1862*, Rigsarkivet, p 144. O. Bloch: *Erindringer fra Det gamle Frederiks Hospital*, København 1925, p 102.
10. N. Thulstrup: *Breve og Aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard I-II*, København 1953-54, bind I p 313; bind 2 p 118. *Copibog for særdeles expeditioner. Instruktion etc. 1836-1862*, Rigsarkivet, p 152-55. M. Fibiger: *Et kvindeliv. Ilia Fibiger*, København 1894, p 82.
 11. N. Thulstrup: *Breve og Aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard I-II*, København 1953-54, bind I, p 95. Jul. Clausen: *Mennesker på min vej. Minder fra de unge dage*, København 1941, p 88.
 12. H. Lund: *Erindringer fra Hjemmet*, København 1909, p 174. N. Thulstrup: *Breve og Aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard I-II*, København 1953-54, bind I, p 13.
 13. *Kjøbenhavnsposten* 12.11.1855. *Folkevennen*, 16.11.1855.
 14. R. Gandrup: 'Søren Kierkegaards dødshistorie', *Aarhus Stiftstidende*, 11.11.1955. *Ugeskrift for Læger*, nr. 75, København 1913, p 1678.
 15. J. Himmelstrup: 'Søren Kierkegaard', *Dansk Biografisk Leksikon*, København MCMXXXVII, p 433. *Fædrelandet*, 22.11.1855. N. Thulstrup: *Breve og Aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard I-II*, København 1953-54, bind I, p 95; p 121; p 132. Fr. Brandt et al.: *Søren Kierkegaard og Pengene*, København 1935, p 144.
 16. H. Lund: *Erindringer fra Hjemmet*, København 1909, p 174. Ad. Flensmark: 'Søren Kierkegaards sidste dage', *Kirke og Tiden*, nr. 12, København 1936, p 79. Johs. Hohlenberg *Søren Kierkegaard*, København 1963, p 290. *Kierkegaards Efterladte Papirer: VIII, 1 A 100; IX, A 178; X, 1 A 281 p. 193; I, A 333, p 148.*
 17. O. L. Bang: *Det kgl. Frederiks Hospital i Kjøbenhavn: 1757-1857*, København 1857, p 9. O. Bloch: *Erindringer fra Det gamle Frederiks Hospital*, København 1925, p 91.
 18. Fr. Brandt et al.: *Søren Kierkegaard og Pengene*, København 1935, p 146-47. N. Thulstrup: *Breve og Aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard I-II*, København 1953-54, bind I, p 128-29.
 19. H. Hansen et al.: 'Maskineriets intrigante hemmelighed', *Kritik*, nr. 83, København 1988, p 126.
 20. Ad. Flensmark: 'Søren Kierkegaards sidste dage', *Kirke og Tiden*, nr. 12, København 1936, p 82.
 21. C. Weltzer: *Peter og Søren Kierkegaard*, København 1939, p 272; p 266. *Flyveposten*, 16.11.1855.
 22. P. A. Heiberg: *Bidrag til et psykologisk billede af Søren Kierkegaard i Barndom og Ungdom*, København 1895, p 45. *Fædrelandet*, 22.11.1855.
 23. O. L. Bang: *Det kgl. Frederiks Hospitals oprettelse i Kjøbenhavn: 1757-1857, København 1857, p 21.*
 24. O. Helmig: *Spondylitis Tuberculosa*, Århus 1971, p 25-28. (Disp.).

Dansk Medicinsk-Historisk Selskab

Beretning 1989

Bestyrelsen har i det forløbne år bestået af professor Bengt I. Lindskog (formand), lektor Jørgen Koch (sekretær), tandlæge Leif Marvits (kasserer), lektor, lic.pharm. Poul Reinhardt Kruse, professor, dr.med. Harald Moe og dr.phil. Peter Wagner.

Den ordinære generalforsamling fandt sted d. 8. februar 1989, kontingentet blev kr. 200.- og medlemstallet pr. 31/12 1989 var: 406.

Følgende foredrag er afholdt i Selskabet i årets løb:

- 8. februar: Speciallæge Erik Godtfredsen: »Hvad der kan ske, når man taber hovedet«.
- 8. februar: Professor, dr. phil. Arno Noe-Nygaard: »Om Niels Stensens geologi«.
- 8. marts: Professor, dr.med. Ole Secher: »Thomas Evans, Joseph Thomas Clover og Napoleon III«.
- 12. april: lektor, dr.med. Bent Collatz Christensen: »Borgmester Laurits Martin Bendz og hans fire sønner (matematikeren Carl Ludvig Bendz, kirurgen Jacob Christian Bendz, maleren Vilhelm Bendz og anatomen Henrik Carl Bang Bendz)«.
- 11. oktober: Arthur Imhoff (Berlin): »Livslængde og livskvalitet i historisk-demografisk belysning«.
- 8. november: Ole Munk: »Duplicitetsteorien før og nu«.
- 6. december: Erik Godtfredsen: »Det begyndte i Padua«.

Medicinsk Historisk Selskab på Fyn

Beretning 1989

Bestyrelse:

Overlæge Ib Søgaard, Birkevej 21, 5230 Odense M (formand).

Lektor, dr.med. Bent Collatz Christensen, Svalevænget 4,
5210 Odense NV (næstformand).

Apoteker Nis Clausen, Rugvang 33, 5210 Odense NV (kasserer).

Overlæge Torsten Sørensen, Vangen 24, Tved, 6000 Kolding
(sekretær).

Overdyrlæge Hans Larsen, Bakkevej 5, 5853 Ørbæk.

Tandlæge, cand. mag. Niels Brøndum, Haugstedgårdsvej 9,
5000 Odense C.

Overlæge Ejvind Honoré, Vejrmosegårds allé 51, 7000 Fredericia.

Selskabets ordinære generalforsamling afholdtes 6. februar 1989. Kontingentet fastsattes uændret til kr. 150. – Efter generalforsamlingen talte hospitalstandlæge Leif Marvits, Bispebjerg hospital, om »Tandlægeforhold i Danmark omkring 1800 belyst ud fra nogle jødiske tandlægeskæbner«.

Den 7. marts 1989 talte professor, dr.med. Bengt Lindskog om »Sort tale hos lægen«, og overlæge, dr.med Laurits Lauridsen holdt foredrag om »Hoftealloplastikkens historie«.

Den 4. september 1989 holdt selskabet møde i samarbejde med Medicinsk Selskab for Fyns Stift, hvor overlæge Ib Søgaard talte om »Sårbehandling historisk set«.

Den 20. november 1989 holdt selskabet et velbesøgt fællesmøde med Jydsk Medicinhistorisk Selskab. Mødet afholdtes i Kolding, hvor museumsinspektør Poul Dedenroth-Schou fortalte om Sct. Jørgens Hospital og Almindeligt Hospital i Kolding og orienterede om restaureringen af Koldinghus. Desuden fortalte apoteker, lic.pharm. Verner Hansen og apoteker Nis Clausen om »Træk af dansk homøopati's historie«, og cand. mag. Ole Drostrup holdt foredrag om »Danske læger i modstandsbevægelsen 1940-45«.

Den 11. december 1989 fortalte overlæge Torsten Sørensen om »Træk af fødselshjælpens udvikling i provinsen«, og forskningsbibliotekar Johan Wallin talte om »Grundtræk af den medicinske hypnosers historie«.

AKTIESELSKABET

ROSCO

FARMACEUTISK INDUSTRI

2630 TAASTRUP

Jydsk Medicinhistorisk selskab

Beretning 1989

Bestyrelse:

Professor, dr.med. Ejnar Hovesen, Sletterhagevej 53, 8420 Risskov
(formand)

Embedslæge Jens E. Donner, Balevej 17, Ommestrup, 8544 Mørke
(næstformand)

Overlæge, lektor Bent Langfeldt, Tretommervej 20A, 8240 Risskov
(sekretær)

Apoteker Erik Bové Christensen, Solbjerg Søvej 31, 8355 Solbjerg
(kasserer)

Overlæge Jørgen Th. Jensen, Stolpedalsvej 45, 9000 Ålborg.

Dyrlæge Niels Stadsvold, Viaduktvej 9, 8260 Viby J.

Overlæge Helmar Søgård, P. Heisesvej 4, 8000 Århus C.

Embedslæge Tage Grodum, Slotsgade 30, 6200 Aabenraa.

Året 1989 bød på følgende møder og arrangementer:

16. januar: Forfatteren og tegneren Jens Rosing: »Folkene i Umanafjorden – de grønlandske mumiefund, og hvad de fortæller«.

24. maj: Efter den årlige generalforsamling, lektor, lic.pharm. Poul R. Kruse, København: »Kongsberg Sølvværk før 1805«.

24. oktober: Professor, dr.med. J. Dalgaard, Aarhus: »Barnemord i Jylland gennem tiderne«.

20. november: Fællesudflugt med Medicin Historisk Selskab på Fyn til Koldinghus. 1. Museumsinspektør Poul Dedenroth-Schou: »Sct. Jørgens Hospital og almindeligt hospital i Kolding«. 2. Museumsinspektør Poul Dedenroth-Schou: »Orientering om restaureringen af Koldinghus«. Besigtigelse af den nyrestaurerede del af slottet. 3. Apoteker, lic.pharm. Verner Andersen, Odense og fhv. apoteker Nis Clausen, Odense: »Træk af dansk homøopati's historie«. 4. Cand.mag. Ole Drostrup, Odense: »Danske læger i modstandsbevægelsen 1940-45«.

(En meget vellykket dag. Mange deltog).

13. december: Overlæge, dr.med. Kay Hyllested, København: »R. C. Rasmussen – dansk læge på Færøerne 1920-52 – og hans bog om folkemedicin«. Erik Bové Christensen: »Et lille indlæg om Bethlehemstjernens astronomi«.

(Hyggeligt julemøde holdt på Jydsk Medicinhistorisk Museum – med julegløgg).

J. E. Donner

Jydsk Medicinhistorisk Museum

Der er stadig en del, som betænker museet med gaver i form af instrumenter, bøger etc. Det er vi meget taknemmelige for, selv om vi i øjeblikket må opmagasinere en del.

Med optimisme arbejdes der med de storstilede planer om et fælles og rummeligt museum for »Videnskabshistorisk samling« og »Medicinhistorisk samling«.

En del udenlandske gæster finder vej til samlingen.

Som nævnt i sidste årsberetning er der nu anlagt en have med lægeplanter ved museet. Takket være et betydeligt tilskud fra Aarhus Amts Museumsråd kunne haven i 1989 beholde sin gartner – og med nye erhvervelser er antallet af planter langt over 300. Haven har haft mange interesserede besøgende, som har været glade for en kyndig rundvisning.

J. E. Donner

Københavns Universitets medicinsk-historiske Museum

Beretning 1989

Museets vigtigste opgave er gennem forskning og samlinger at belyse medicinens udvikling især ved Københavns Universitet, men også i hele Danmark. Derfor er det også Danmarks centralmuseum inden for området. Museet har samlinger som berører anatomi, farmaci, kirurgi, laboratorieudstyr, medicin, medico-elektrisk apparatur, mikroskopi, odontologi, osteo-arkæologi, radiologi samt arkiv, bibliotek, billedsamling og mønt- og medaljesamling. De fleste genstande findes i studiesamlinger tilgængelige iflg. forudgående aftale. Et udvalg af genstande vises i den offentlige udstilling med faste åbningsdage: tirsd., torsd. og sønd. kl. 11 og 12.30 (dansk) og kl. 14 (engelsk). I løbet af året 1989 har 12.211 personer besøgt den offentlige udstilling. I løbet af året 1990 er åbningsdage forøget med 2 (onsdag og fredag).

Museets hovedbygning ramtes i 1987 af en træsvampeskade, som krævede omfattende reparationer, som er færdiggjort i oktober 1989. Trods dette har halvdelen af den offentlige udstilling hele reparationsperioden kunnet vises frem for publikum.

I maj måned 1989 åbnedes en særudstilling om Lægekunsten i København 1839 i anledning af Ugeskrift for Lægers 150-års jubilæum. Se: Bibliotek for Læger, nr. 2, 1989.

Nyopstilling af den offentlige udstilling er realiseret i løbet af foråret 1990.

Museet har i det forløbne år modtaget gaver og i enkelte tilfælde haft lejlighed til at erhverve genstande ved køb. I løbet af 1989 har museet erhvervet ved køb et fornemt dansk mikroskop fra 1700-tallet. Museet har modtaget store værdifulde testamentariske gaver fra dr.med. Ejvind Bastholm og dr.med. Knud Bojlen. Derudover er et stort antal gaver kommet museet til del samt et stort antal arkivskabe m.v. For alt dette samt anden generøs støtte bringer Medicinsk-Historisk Museum sin hjerteligste tak.

I løbet af året er to stk. EDB-apparatur anskaffet for dels forskning og administration, dels registrering og dokumentering af samlingerne. Ialt er 1675 registreringer udført.

Museets stab består af:

VIP: Antal årsværk: 3

Professor: Bengt I. Lindskog

Lektor: Anna-Elisabeth Brade

Fondslønnet: Bodil Haarmark

TAP: Antal årsværk: 6

Kurt Albrechtsen, Nina Brechling, Inger Holm Christensen, Ole S. Christiansen, Annie Iversen, Knud Iversen, Folke Jørgensen, Kirsten Madsen, Gudrun B. Olsson, Britt Winkel.

Konsulenter: 10

Pia Bennike, Kurt Bærentsen, Jørgen Koch, Poul Reinhardt Kruse, Per Lous, Mogens Palle, Leif Marvitz, Harald Moe, S. Simonsen, Johan Thomsen.

Museets personale er ved gennemført besparelse mindsket med 2: rengøringsassistent Kirsten Madsen og betjent Folke Jørgensen.

Lithograf Ole S. Christensen er afgået fra sin stilling og overgået til efterløn. Denne heltidsstilling er erstattet med p.t. tegner og fotograf Britt Winkel 1 dag pr. uge.

Konsulenterne udgøres af fagkyndige personer, som arbejder helt frivilligt uden aflønning, sædvanligvis 1 dag pr. uge.

Medicinsk-Historisk Samling, Næstved

Samlingen, som blev grundlagt af undertegnede i 1965 under Lægekredsforeningen for Sydøstsjælland og Møen (nu Lægekredsforeningen for Storstrøms Amt), er en selvejende institution med bestyrelse valgt af lægekredsforeningen og Støtteforeningen for Medicinsk-Historisk Samling i Næstved og har hjemsted på Centralsygehuset i Næstved, som stiller lokaler til rådighed. På sygehuset er der 8 monterer med udstillinger. Man forventer at få stillet nye lokaler til rådighed om kort tid, så publikum kan få mulighed for at se mere af samlingerne end i de nævnte monterer. Samlingen består af inventar, instrumenter og alle former for utensilier inden for sundhedsvæsenet, samt bøger, arkivalier, dokumenter, fotos, etc. inklusive tandlægevæsenets.

Registrering med de af professor Ejnar Hovesen angivne EDB-numre foregår ved frivilligt arbejde. 3 kolleger er behjælpelige hermed. Mange gaver modtages til stadighed. Indtil opstilling i de lovede lokaler er overstået, vil der ved henvendelse på følgende telefonnumre være mulighed for interesserede at få dele af samlingen at se. Tlf. 53 71 13 96 (dr. Morten Andersen Nexø) eller 42 24 29 17 (dr. Carsten M. Smidt). Adressen på Støtteforeningen for Medicinsk-Historisk Samling i Næstved: Skovvænget 8, 4700 Næstved.

Samlingens adresse: Centralsygehuset, 4700 Næstved.

Carsten M. Smidt

In memoriam

Vilhelm Møller-Christensen

28.6.1903-15.11.1988



Vilhelm Møller-Christensen trivdes nog bäst, när han fick vistas i en miljö som den i vilken han framträder på bilden härövan. Sina arkeologiska utgrävningar började han när han sökte efter pincetter till sin avhandling, som kom ut 1938. Via detta kom han in på skelettmaterial och lyckades att lokalisera Æbelholt klosterruin med sin stora spetäl-skekyrkogård, som han var met att gräva ut. 1948 visade han på tomt och kyrkoruin till leprahospitalet i Næstved. Forskningen i lepra blev hans livsuppgift, som han fullbordade som professor vid Medicinsk-historisk Museum under 1964-1973. Han hade också glädjen att få se sitt namn knyttas till syndromet facies leprosa, som fick eponymet Møller-Christensen-syndromet. Han lyckades att via sitt och andras material visa att bland de första symptom, som visar sig hos en leprasjuk människa, är en atrofi av maxillarutskottet med förlust av de båda övre framtänderna. Därmed är hans namn ännu fastare inpräntat i medicinens historia. Eponymer är viktigare som kulturhistoria än som terminologi. Men hans insats att via ett medicinhistoriskt material klarlägga en klinisk bild är något som också haft stor betydelse för att hävda facket i den alltid pågående interna konkurensen mellan olika medicinska specialiteter.

Han reste gärna på utländska studieresor och 1941 fick han pris av

Dansk Medicinhistorisk Selskab för besvarandet av uppgiften: »Sygdomstilfælde og – symptomer i den danske Middelalder«.

Det mest utmärkande för Møller-Christensen var hans stora energi. Den visade sig överallt där han engagerade sig. Han hade en stor organisatorisk talang och ett utåtriktat sinnelag. Han var outtröttlig i sitt arbete. Om man sedan förenar denna energi med en fast tro på sina egna åsikter, förstår man att han hade två vägar att välja här i livet: antingen gå under i kampen mot alla andra åsikter eller nå framgången och bli accepterad. Nu nådde han det senara men icke utan kamp. Han fick flera gånger lämna oliktankande bakom sig, när han fortsatte sin väg rakt fram.

Under hans tid på Medicinsk-historisk Museum upplevde det en storhetstid. Forskningen tog fart vilket resulterade bl.a. i ett stort antal skrifter. Upprustningen av den gamla byggnaden med stora inre reparationer förändrade mycket. Huset öppnades för allmänheten. Många människor drogs till museet. Møller-Christensen hade sitt finger med överallt. Han blev en populär och efterfrågad föreläsare. Många hedersutmärkelser kom honom till del och han glädde sig oerhört över dem.

Han var medlem i bestyrelsen för Dansk medicinhistorisk Selskab under tiden 1942-1973 och under sin nioåriga professorstid var han dess formand. Han hade en stor förmåga att dra föreläsare till selskabets möten. Under hans tid skedde den utvidgningen av de medicinhistoriska intressena, som fick till följd att det fynska och det jyd-ska medicinhistoriska selskab bildades.

När denna årbog skapades deltog han visserligen icke i redaktionsarbetet men han skrev artiklar och han var under ett antal år den ledande i dansk medicinhistoria.

Vi minns honom som den ivrige, nyfikne forskaren, den energiske ledaren av museet och den intensive läraren och inspiratören, som aldrig sparade sig själv.

Bengt. I. Lindskog

CURRICULA VITARUM

Fjeldborg, Niels, f. 7.12.21. i Århus, st. 1940 Vejle, cand. S 1948, speciallæge (anæstesiologi) 1955, overlæge Århus Amtssygehus, anæstesiafd. 1956. U. orlov overlæge v. dansk undervisningshospital i Zaire 1963-1964. Pens. med udgangen af 1986. Fra januar 1987 historiestuderende v. jysk åbent universitet.

Lindskog, Bengt I., f. 11.3.1929, lægeexamen 1957, med.dr. 1970. Docent i kirurgi 1971, Chef­læge Företagshälsan i Lund 1973-1988. Publikationer inom embryologi, kirurgi, socialmedicin och medicinshistoria samt utg. medicinska lexika. Professor ord. i medicinen historie ved Københavns Universitet 1988. Formand for Dansk Medicinsk-Historisk Selskab 1989-. Bopæl: Lärkvägen 114, Uppåkra, S-22248 Lund.

Roesdahl, Harald, f. 23.6.1912, cand.med. 1938, praktiserende læge i Tandslet 1941-1985. Har udgivet »Gamle glas og karaf­ler« (Forum 1977) samt flere artikler om glas og keramik. Adresse: Mommarkvej 261, Tandslet, 6470 Sydals.

Schmidt, Vagn, f. 18.1.1914, cand.med. 1941, dr.med. 1950 (Pantotensyrestudier), speciallæge i intern medicin og i klinisk kemi og laboratorieteknik. Overlæge ved Centralsygehuset i Nykøbing F 1957-84 (Centrallaboratoriet og blodbanken). Meget faglig og fransk-litterær skribentvirksomhed bl.a. 1968: »Toulouse-Lautrec. Sa vie, sa maladie, sa mort«. Bopæl: »Adelaide«, Ejgård­ Tværvej 2, DK-2920 Charlottenlund.

Secher, Ole, f. 6.3.1918, cand. med. 1945, dr.med. 1952 (Æthers perifere virkning). Specialist i anæsthesiologi. Overlæge ved Rigshospitalet 1953, lektor 1953 og professor i anæsthesiologi ved Københavns Universitet 1964. Formand for Dansk medicinsk-historisk Selskab 1974-78. Bopæl: Kirkehøj 4, 2900 Hellerup.

Smidt, Carsten M., f. 30.5.1915 Frederiksberg, cand. V. 1943, speciallæge 1954. Dr.med. 1957 (Lungecancerens diagnose). Overlæge ved St. Elisabeths Hospital's øreafd. 1958 i Næstved og 1962-1985 ved Centralsygehuset, Næstved. Grundlagde Medicinsk-historisk Samling, Næstved 1965. 1985 medlem af International Academy of the History of Medicine. Bopæl: Holmegårds Park 4 st., DK 2980 Kokkedal.

Staubrand, Jens, f. 28.8.1947. Mag.art. i filosofi fra Københavns Universitet 1986. Konferens om Søren Kierkegaard og W. A. Mozart operaerne: Le nozze de Figaro, Die Zauberflöte og Don Giovanni. Formand for Søren Kierkegaard Komitéen. Artikler, foredrag og radiouds. om Kierkegaard. Artikler og foredrag om medicinsk etik. Bopæl: Prinsesse Mariés Allé 16, 1908 Frederiksberg C.