



Danskernes Historie Online

Danske Slægtsforskeres Bibliotek

Dette værk er downloadet fra Danskernes Historie Online

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

Støt vores arbejde – Bliv sponsor

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

Ophavsret

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

Links

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

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

DANSK
MEDICIN
HISTORISK
ÅRBOG

1992

Dansk
medicinhistorisk
årbog 1992

Dansk medicinhistorisk årbog 1992

Udgivet af

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

Redaktionen:

Bent Colatz Christensen, Odense
Jens E. Donner, Aarhus
Tage Grodum, Aabenraa (ansvarshavende)
Bengt I. Lindskog, København

Redaktionens adresse:

Tage Grodum
Embedslægeinstitutionen
Storetorv 10
6200 Aabenraa
tlf. 74 62 19 16

Revisor:

Poul Reinhardt Kruse, København

Trykt hos:

Poul Kristensen Grafisk Virksomhed Herning
Kongelig Hofleverandør

Indhold

Forord	7
<i>Johannes Brix</i> : Aabenraa sygehus 1892-1945, et tilbageblik ved 100 års jubilæet	9
<i>Anna-Elisabeth Brade</i> : Behandlersystemet i Danmark ca. 1860- ca. 1920	91
<i>Erik F. Mogensen</i> : Træk af myxoedemets historie	119
<i>Bendt Toft Olsen</i> : Den sorte død og pesttraktaterne	133
<i>Ib Søgaard</i> : Da børstenbinderens Willy fik fjernet sin discus- prolaps	146
Beretninger:	
Dansk medicinsk-historisk Selskab	161
Medicinsk Historisk Selskab på Fyn	162
Jydsk medicinhistorisk selskab	163
Københavns Universitets medicinsk-historiske Museum	164
Jydsk Medicinhistorisk Museum	166
Medicinsk-Historisk Samling i Næstved	167
Curricula vitarum	168
Gamle årbøger	168

Forord

Hermed udsendes 20. årgang af publikationen for de 3 danske medicin-historiske selskaber.

Det er redaktionens indtryk, at årbogen sædvanligvis bliver vel modtaget – primært af selskabernes medlemmer, men også af en del interesserede personer udenfor. Redaktionen har tilstræbt et varieret emnevalg, og vi håber, at indholdet af årbogen også denne gang vil have læsernes interesse.

Årbogen er domineret af historien om et sygehus i provinsen. For så vidt kan den stå som prototype på beskrivelsen af etablering af lokalsygehuse og udbygningen af disse. Det omtalte sygehus – Åbenrå – er oprettet, da Sønderjylland var en præjssisk provins, og der er derfor specielt gjort rede for tysk social-, sygehus- og administrativ lovgivning, forhold som læserne formentlig af og til støder på i andre historiske sammenhænge.

De øvrige artikler spænder over et bredt felt omfattende et 100-års sygdomsbehandlingsjubelæum, den sorte død i nyt perspektiv og opdagelsen af den første discusprolapsoperation i Danmark. Endelig er optrykt en Ph.D.-forelæsning om behandler-systemet i perioden 1860-1920.

Tak til kandidatstipendiat Katrine Dalsgaard for udarbejdelse af de engelske resumeer.

Også tak til vore annoncører og Poul Kristensens bogtrykkeri.

Aabenraa sygehus 1892-1945

– et tilbageblik ved 100 års jubilæet

Af Johannes Brix

Indledning

En bygning i hvilken, der har været udøvet sygdomsbehandling i 99½ år, hører til sjældenhederne. En sådan bygning var hovedbygningen på Aabenraa sygehus. Den blev taget i brug 1. oktober 1892 og blev nedlagt ved indvielsen af det nye sygehus den 7. april 1992.

Med denne artikel er det hensigten at give et kalejdoskopisk tilbageblik i tiden op til slutningen af 2. verdenskrig. At beretningen ophører på dette tidspunkt skal ses i lyset af, at der ikke findes andet kildemateriale end aviser, da arkivalierne ikke er offentlig tilgængelige. Viden om mange af de hændelser fra besættelsen, der beskrives, er erhvervet ved personlige samtaler med de implicerede. Censuren under besættelsen forbød omtale i aviserne.

Ved beskrivelsen har det været af interesse at påvise den betydning, som de store fremskridt indenfor bakteriologien i slutningen af det 19. århundrede fik for indretningen af dette sygehus, der kan betegnes som prototypen for en hel række sygehuse bygget i løbet af et ganske kort åremål i 1890erne i Slesvig-Holsten og i hele det tyske rige.

Endvidere er det hensigten at give en kort beskrivelse af, hvordan dette sygehus efter genforeningen blev integreret i det danske sygehusvæsen. Desuden er den påvirkning, som er udgået fra netop dette sygehus indenfor tuberkulosebekæmpelsen i Danmark, beskrevet.

Derudover er det meningen at give et indblik i »hverdagen« på Aabenraa sygehus, især med vægten lagt på tiden før 1920. Et kontroversielt emne som det nationale modsætningsforhold såvel før som

efter 1920 gjorde ikke holdt ved sygehusets indgang – desværre. Der findes en del skriftligt materiale herom, som dog ikke er tilgængeligt – endnu.

Noget om sygehuse i gamle dage i det slesvigske område

Betydningen af selve ordet sygehus har på forskellige tidspunkter haft et meget vekslende indhold. Selv i dag udsiger ordet sygehus ikke noget entydigt ud over, at det er et sted, hvor man behandler syge mennesker. Det kan således være bygningskomplekser, hvor der behandles legemligt eller psykiske syge mennesker. Det kan være universitetssygehuse, landsdelssygehuse eller små lokale sygehuse.

Når man her indskrænker sig til at beskrive forholdene i det slesvigske, især med vægten lagt på det man i dag vil kalde det sønderjyske område, har det nok været i klostrene, i hvilke der har været udfoldet medicinsk aktivitet i de ældste tider.

Cistercienserordenens kloster i Løgumkloster blev grundlagt i 1173.¹ Det kan have været et af de steder, hvor man på daværende tidspunkt har udøvet medicinske aktiviteter. Cistercienserordenen var blandt andre en af de mere aktive indenfor sygdomsbehandlingen.

Ved et andet cistercienserkloster i Jylland, klostret i Øm, har man fundet talrige skeletter, der tyder på en livlig aktivitet indenfor sygdomsbehandling.²

Den katolske kirke udviklede imidlertid i løbet af middelalderen et noget ambivalent forhold til især kirurgien. Dele af gejstligheden især den præsteviede del, der var lægekyndig, »afskyede blod«, hvilket i denne forbindelse vil sige kirurgiske aktiviteter af forskellig art. Hvorimod de uindviede og lægbrødrene formåede at drive en form for kirurgi indenfor klostrenes mure.³ Den egentlige udvikling af denne gren af medicinen skete dog som tiden gik mere og mere udenfor den klerikale indflydelse. Med reformationen indtrådte der et totalt sammenbrud af denne form for sygdomsbehandling, fordi klostrene blev opløst. De pengemidler og værdier, der var knyttet til klostrene overtog kronen eller fyrsterne.

Imidlertid havde man allerede i middelalderen etableret alternative

behandlingsmuligheder, idet borgerskabet f.eks. oprettede Helligåndshospitaler i byerne. Disse hospitaler var endnu ikke sygehuse i nutidig forstand, men var mere beregnet på behandling af fattige og syge, der ikke kunne passe sig selv, gamle og svagelige og omkringrejsende, der pludselig blev syge, og derfor kunne komme til at ligge samfundene til last. Disse institutioner var som regel placeret isoleret i byernes periferi. I 1700-tallet begyndte man at koble disse institutioner sammen med fattighusene.

En anden type af bygninger i middelalderen, der ikke direkte var under kirkens indflydelse, men i hvilke man behandlede syge, var leprosorier eller Sankt Jørgensgårdene for spedalske. Disse bygninger placerede man meget bevidst udenfor bysamfundene. Det var nemlig hensigten at isolere denne gruppe patienter, der jo havde en synlig sygdom. De blev udstødt af det samfund, de havde levet i, medens de var raske. Ja, præsterne erklærede dem ofte for døde.⁴

I middelalderen var man utrolig rigoristisk med at få isoleret denne gruppe patienter. Ved lepra (spedalskhed) var det forholdsvis let at stille diagnosen på grund af de ofte synlige forandringer i huden. Selve årsagen til at man isolerede denne gruppe patienter var imidlertid ikke rationelt betinget.⁵ Isolationen af disse mennesker beroede på en fejlagtig fortolkning af citater fra det gamle og det nye testamente. al⁶

Man er vidende om, at der ved Aabenraa allerede i slutningen af 1200-tallet har ligget et bygningskompleks med et kapel i området det nuværende Jørgensgård-kvarter. Det har muligvis drejet sig om en Sct. Jørgensgård.⁷

For alle disse hospitaler gjalt, at der ikke var tilknyttet læger eller et sagkyndigt plejepersonale.

Den første læge i hertugdømmet Slesvig, der ikke var knyttet til noget fyrstehof, kom til landsdelens største by, så sent som 1603. Hans navn var Johannes Lysius (1567-1624). Lysius blev udnævnt til »Stadtmedicus« i Flensborg i 1604.⁸ Medens der således i begyndelsen af 1600-tallet kom læger til landsdelen og tillige et beskedent antal til kongeriget, fik dette på ingen måde nogen umiddelbar gunstig indflydelse på patienter anbragt i offentlige institutioner. Dårlige forhold på sygehuse var på ingen måde noget specielt for små samfund på den

tid. Således omtaler den tyske filosof G. W. Leibnitz (1646-1716) efter at have besøgt et af datidens førende sygehuse i Paris, La Charité, dette som et »Sanatorium Mortis« (= dødens sanatorium).

Denne negative holdning har været fremherskende helt op i vor tid, og den har været berettiget.

I det 18. århundrede havde man i de fleste lande i Europa som styreform den oplyste enevælde. Kongen, fyrsten, så sig som folkets tjener. Gennem sin gerning blev befolkningen hævet op af fattigdommen til social fremgang. For at kunne opnå dette fik fyrsterne en stigende interesse i befolkningens sundhedstilstand og dermed naturligvis også i størrelsen af landets befolkning. Medicinen blev således i stigende grad inddraget i rollen som en faktor, der kunne støtte staten, og interessen for sundhedspleje blev vakt rundt omkring i Europa. Sygehuse blev bygget af næsten alle regenter, således også i Danmark.

I slutningen af 1700-tallet skete der en langsom opløsning af de gamle sluttede landsbysamfund. Der skete en stigning i produktiviteten og en stigning i befolkningstallet betinget af bl.a. en faldende dødelighed. Da produktionsapparatet ikke kunne opsuge disse mennesker, medførte det en ganske betydelig arbejdsløshed og dermed også fattigdom. Dette belastede de små bysamfund i ganske overordentlig grad.

Tanken om at en nation var stor og betydningsfuld, såfremt befolkningstallet var stort, prægede de økonomiske teorier i 1700-tallet. Behandlingen af de fattige, der ikke kunne klare sig selv, medførte et centralstyret initiativ, nemlig en fattiglov for hele det danske monarki. Ved at kæde fattighjælp sammen med sygdomsbehandling var det filosofien at øge den arbejdende befolkning og fremme dens flid. Derved skulle naturligvis også fattigkassernes omkostninger blive mindsket. Denne holdning kom først rigtig frem i slutningen af 1700-tallet.

I denne periode gjorde der sig mange bestræbelser gældende også fra privat side gående ud på at hjælpe nødstedte og syge. Her kan nævnes de humanistiske og filantropiske strømninger, der var præget af den pietistiske tanke om at udvirke noget for svage og syge.

I slutningen af 1700-tallet ser man en langsom stigning i antallet af læger og en eksplosiv stigning i antallet af kirurger. Imidlertid havde

disse grupper kun en ganske lille kontaktflade med den største del af befolkningen, som kun i ganske ringe udstrækning konsulterede dem. Forholdene har sikkert ikke været særlig gode, men om de har været så uhyrlige som i Aabenraa er dog tvivlsomt. Derom berettede professor ved universitetet i København dr.med. Johan Herholdt (1764-1836), nok i en tilspidset og grotesk form. Han var født og opvokset i Aabenraa.⁹

Det første egentlige sygehus i selve kongeriget Danmark var Det kongelige Frederiks Hospital i København, der blev indviet i 1757.¹⁰ I hertugdømmerne Slesvig og Holsten blev det første bygningskompleks, man kan betegne som sygehus, etableret i Kiel 1788. Initiativtageren til dette var prof. Georg Heinrich Weber (1752-1828). Dette privatfinansierede sygehus blev 1802 overtaget af universitetet i Kiel og blev således grundstammen til det nuværende store, velrenommerede universitetssygehus.

Ved etableringen af det Slesvig-Holstenske Sanitetskollegium i Kiel 1804 fik man for første gang en lokal rådgivende instans indenfor det medicinske område.¹¹ Næsten samtlige offentlige sygehuse stod under opsyn af dette kollegium, undtaget var kun Døvsstummeinstituttet og Sindssygeanstalten i Slesvig by.

I Kongeriget havde man ved rescript af 6. juni 1806 indført en sygehuslov.¹² Som en udløber af denne lovs bestemmelse anbefalede Sanitetskollegiet i Kiel 1811, at man for hertugdømmernes vedkommende burde tilstræbe, at der i hvert fysikatsdistrikt (=embedslægedistrikt) var mindst et sygehus.

Formanden for Sanitetskollegiet var kurator ved Kiels Universitet greve Friedrich Reventlow (1755-1828). Han nægtede pure at støtte disse bestræbelser. Af bl.a. denne grund skete etableringen af nye sygehuse i hertugdømmerne uden overordnet planlægning. Et moderne sygehusbyggeri blev derfor forsinket i næsten 70-80 år.¹³

Det bør i en historisk oversigt nævnes, at en speciel type sygehuse især har sat sit præg på landsdelen i nyere tid, nemlig de militære lazaretter. Både under krigshandlingerne i 1848-1850 og i 1864 var der placeret store, ja for Danmarks vedkommende de største feltlazaretter i hertugdømmerne.¹⁴

Den rivende udvikling indenfor den medicinske videnskab i slutningen af 1800-tallet især omkring forståelsen af de meget alvorlige infektionssygdomme bevirkede omvæltninger indenfor sygehusvæsenet. Når man i 1876 ser på forholdene i det tyske rige, som Slesvig var en del af, så var der ialt 3.000 sygehuse med 141.000 senge. Ser man på tallene i året 1900, var der sket en imponerende stigning, idet der nu var 6.300 sygehuse med 370.000 senge. I denne periode blev også Aabenraa sygehus etableret.

På sygehuset i Aabenraa har man således ikke oplevet de tidligere tiders læger, der med opsmøgede ærmer opererede løs, uden kittel, uden mundbind, uden sterile handsker, med instrumenter, der ikke var steriliseret. I stedet for tidligere tiders indelukkede forrådnelsesstank havde man lugten af æter og kloroform. Nye tider – nye dufte.

KILDER OG NOTER

1. Bartholdy. 26.
2. Se Isager.
3. Se Snorrason.
4. Se Isager.
5. Speldaskhed (lepra) er en sygdom, der er forårsaget af en bakterie (*Mycobacterium leprae*). Bakterierne kan overføres fra menneske til menneske gennem f.eks. huden, evt. gennem slimhinderne i næsen. Kun en mindre del af de mennesker, der blev inficeret, blev syge. Sygdommen havde et årelangt forløb med tiltagende lidelser. De leprasyge døde ofte af helt andre årsager end netop lepra. Sygdommen er vist kommet til Danmark i slutningen af 1000-tallet. I 1200- og 1300-tallet steg antallet af leprasyge mennesker ganske betydeligt. Dog var der i begyndelsen af 1500-tallet sket et betydeligt fald i antallet af spedalske i det danske monarki, således at Chr. III (1503-1536-1559) i 1542 kunne nedlægge Sct. Jørgensgårdene og sammenlægge dem med Helligåndshusene.
Blandt de ting, der kan fremhæves som årsag til denne udvikling var først og fremmest den meget strenge isolation af de leprasyge. Endvidere andre pandemier der havde hærget i Danmark, og som havde medført en betydelig dødelighed. I de nordiske nabolande var den dog stadig en frygtet og udbredt sygdom helt op i begyndelsen af det 20. århundrede. Endnu den dag i dag findes der millioner af leprasyge mennesker i verden.
I dag er det muligt at behandle lepra medikamentelt. Dette er dog ikke helt problemfrit pga. bivirkninger.
6. Møller-Christensen. 68-88.
7. Åbenrå Bys Historie bd. 1. 49.
8. Achelis. 61.

9. Brix 1988. 49-59.
10. Gotfredsen.
11. Brix 1980. 79-96.
12. Frandsen 1956. 4.
13. Jenner. 78.
14. For krigen 1849-1850 se Brix 1980. 91-110.
En vurdering fra tysk side vedrørende krigen 1864 findes hos Ressler.

Træk af den centrale administration i den preussiske provins Schleswig-Holstein

Den 18. januar 1871 fandt den nationale og politiske forening af de 25 forbundsstater og det ene »Reichsland« Elsass-Lothringen sted under navnet »Deutsches Reich«. De tidligere to hertugdømmer Slesvig og Holsten blev nu sammenlagt til provins nr. 12. Den 26. april 1871 fik riget en forfatning. Denne havde som hovedsigte en centralisering og egalisering af de mange forskellige lovgivningskomplekser i de forskellige provinser. Det kom naturligvis også til at gælde for det sundhedsmæssige område, hvilket fremgår af artikel 4 nr. 15. Indtil da havde de enkelte lande suverænt lovgivet på dette område.

Allerede i 1869 blev der etableret et »Provinzial-Medizinalkollodium« for Schleswig-Holstein med sæde i Kiel.¹

I stedet for medicinalinspektørerne for hhv. Holsten og Slesvig blev der 1870 udnævnt én »Regierungs- und Medicinalrath«. Den første, der blev udnævnt, var *Johan Bockendahl*. Han fik overordentlig stor betydning de første år ordningen eksisterede.²

Blandt de første love, der kom i det nye tyske rige, var der bestemmelser vedrørende bekæmpelsen af infektionssygdomme.³

Den 16. april 1876 blev der etableret et »Kaiserliches Gesundheitssamt«, som var underlagt rigskansleren og indenrigsministeren. Det skulle være det rådgivende organ i sundhedssager for hele riget. Endvidere skulle det føre opsyn med medicinalvæsenet og sikre, at en omfattende medicinalstatistik blev ført.⁴

Forvaltningsmæssig bestod den 12. provins i store træk af de tidligere to hertugdømmer Slesvig og Holsten. Denne administrative enhed blev ledet af en af den preussiske konge (= kejseren) udnævnt



overpræsident. Han repræsenterede *centralforvaltningen* og førte tilsyn med de kommunale myndigheder. Han forestod *provinslanddagen*, der var valgt af kredsningene. *Kredsene* i Schleswig-Holstein var for den nordlige del af Slesvigs vedkommende næsten identiske med de amter, som oprettedes efter genforeningen i 1920. Kredsene havde deres egen forvaltning. Statens repræsentant i kredsene var *landråden* (Landrat). Hans magt var dog nok mindre end den, man i dag vil tillægge danske amtmænd.

Landråden forestod såvel den statslige som den kommunale forvaltning i sin egenskab af formand for den folkevalgte kredsning. Kredsningene ledede den kommunale forvaltning såvel i byerne som i landkommunerne.

Den forestod endvidere ligheden af kredsbeskæftiget, optagelse af kredslån, udarbejdede et budget for kredsningens samt valg af kredsbestyrelsesmænd. Kredsningene var i vid udstrækning selvfinansierende.

Kredsningene var derfor det »folkevalgte« organ, i hvilket de større afgørelser blev truffet. Således hørte sager vedrørende kredspsykiatriske, kredsbesparelseskassen samt kredsbanerne til det, kredsningene tog beslutninger om.

Kredsningene var opdelt i *amtsdistrikter* med en *amtsforstander* i spidsen. Denne blev udnævnt af overpræsidenten på grundlag af forslag fra kredsningene.

Denne del af administrationen havde kun ganske ubetydelig indflydelse på sygehusvæsenet.

I *landkommunerne* fandtes en *kommuneforstander*, der både havde statslige og kommunale beføjelser. Kommunerne havde stor indflydelse på de sociale forhold og fattiggæstene og derigennem en indirekte indflydelse på sygehusforholdene.

I *købstæderne* havde man magistraten med en *borgmester* i spidsen, dennes stedfortræder samt et antal senatorer. Derudover havde man et byråd (Stadtverordneten Kollegium). Disse to organer blev valgt af

Det sydjyske område. Grænsedragningen 1920 er indtegnet (-----). Desuden er indtegnet kredsgrænsen (.....), dvs. indtil 1920. Aabenraa amtsgrænser fra 1920 til 1970 er markeret med..... og xxxxx.

den bedre stillede del af borgerskabet. Borgmesteren havde som formand for fattiggassen ligeledes indflydelse på sygehusets økonomi.

Den første landråd i Aabenraa, der fik med problemerne omkring bygningen af et kredssygehus at gøre var *W. C. Jul. Gottlieb v. Levetzau* (1822-1899), der var landråd i Aabenraa i tiden fra 1866 til 1889.

Det blev hans efterfølger *Joachim v. Bonin*, der var landråd i perioden fra 1889 til 1894, der kom til at stå for indvielsen af det nye sygehus.⁵

Hans efterfølger blev den bedre kendte landråd *Raphael Perfecto Uslar*, der havde embedet indtil 1913.⁶

Den sidste landråd før genforeningen var *Hans Siemon*, der havde embedet fra 1913 til 1920.

KILDER OG NOTER

1. Erlass des Ministers der geistlichen Unterrichts=und Medicinal=Angelegenheiten vom 9. Juli 1869. I flg. denne bestemmelse blev det fastlagt, at det tidligere »Sanitetskollegium« skulle ophøre med sit arbejde den 16. august 1869. Samme dag skulle opgaverne overgå til »Medizinalkollegium« i Kiel. Formand for dette var overpræsidenten. Med virkning fra 1. juli 1876 blev denne bestemmelse udvidet til også at gælde hertugdømmet Lauenburg. I dette »Medizinalkollegium« havde tillige to repræsentanter sæde fra »Arztekammer in Schleswig-Holstein«. Staack: 3.
2. Johannes Adolf Ludwig Bockendahl (1826-1902) var blevet dr.med. i Kiel. Han var i 1865 blevet udnævnt til »Medizinalinspektor« for Holstein. I 1866 blev han udnævnt til »ausserordentlicher« professor i retsmedicin og medicinens historie i Kiel. I perioden 1870-1897 var han »Regierungs- und Medizinalrat« ved den kongelige regering i Schleswig. Han var tillige medlem af »Provinzial Medicinal Kollegium« i Kiel, hvor han var næstformand i perioden fra 1885 til sin afgang. Fra 1880 var han »ausserordentliches« medlem af »Reichsgesundheitsamt« i Berlin. Bockendahl var således den helt dominerende person i den centrale medicinaladministration i provinsen Schleswig-Holstein.
3. Bekæmpelsen af infektionssygdomme var fra de ældste tider først og fremmest baseret på afbrydelsen af smittevejen. Nogen egentlig rationel terapi havde man ikke. Ved infektionssygdomme forstod man på den tid især kolera, tyfus, tuberkulose, difteri og kønssygdomme. Bekæmpelsen af disse var oprindeligt baseret på bestemmelser i politivedtægterne. For provinsen drejede det sig om § 5 i politivedtægten (Verordnung über die Polizeiverwaltung in den neu erworbenen Landestheilen vom 20. Sept. 1867). Imidlertid kom der yderligere lovbestemmelser, der vedrørte bekæmpelsen af infektionssygdomme både på og udenfor institutioner. Disse kan således findes i provinsens egne lovbestemmelser (§ 141 i Gesetz über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883). I de love, der var gældende for hele

riget, fandtes der også bestemmelser, der vedrørte infektionsbekæmpelsen. (Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900).

I 1905 kom der yderligere en lov, der vedrørte infektionsbekæmpelsen (Gesetz betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905). Denne sidste lov påbød en hel række enkeltpersoner, men også institutioner at anmelde infektionssygdomme.

Der kom med disse bestemmelser meget konkrete krav til myndighederne vedrørende f.eks. desinfektion. Denne skulle institueres af en læge, ifald han var vidende om en infektiøs sygdom (kaldet »laufende Desinfektion«). Endvidere skulle myndighederne sørge for, at der blev foretaget en afsluttende desinfektion (»Schlussdesinfektion«).

Disse bestemmelser havde stor betydning for bekæmpelsen af infektiøse sygdomme. Men de var næsten umulige at efterleve på sygehusene, der ofte var af ældre dato. Selv for sygehuset i Aabenraa, der kun var knapt et ¼ århundrede gammelt, blev disse bestemmelser umulige at efterleve i den bygningsmæssige ramme, der var givet. For at honorere den stigende belægning, men også for ikke at overtræde ovenstående love, var det derfor bydende nødvendigt at foretage en tilbygning, dette skete 1911.

4. Staack. 16.

5. v. Bonin (1857-?) var landråd i Aabenraa fra 1889, til han forlod byen i 1894. Han kom således til at stå for både starten og færdiggørelsen af sygehusbyggeriet. v. Bonin var søn af den kendte preussiske general Eduard v. Bonin (1793-1865), der i krigen 1848 havde været øverstkommanderende for den slesvig-holstenske oprørshær. Han blev senere i en kort periode krigsminister i den preussiske regering.

6. Raphael Perfecto Uslar (1853-1931) var kommet til landsdelen, da han i 1880 havde købt godset Buskmose ved Gråsten. Han var landråd i perioden 1895-1913, og kom således til at stå for tilbygningen i 1911 og etableringen af Tuberkulose Hospitalet. En omfattende redegørelse for Uslars embedsførelse er givet fornylig. (Witte)

Hvorledes sygehuset i Aabenraa opstod

Aabenraa by havde 1832 erhvervet en ejendom i den nuværende Persillegade. Denne ejendom havde været benyttet som udlejningsejendom. Efter en mindre ombygning blev den indrettet til »sygehus« for byens svage og syge borgere, der ikke kunne klare sig selv. I 1853 blev bygningen nedrevet og den nuværende bygning *Persillegade 6* blev opført. Bygningen havde plads til 14 patienter. Derudover boede økonomaen og hendes familie der. Forholdene må ved fuld belægning have været meget trange.

I kredsagen havde man i begyndelsen af 1880-erne i flere omgange diskuteret forholdene for syge, der burde behandles på et »rigtigt«

sygehus. I marts 1885 skrev landråd Levetzau til kredsen med henblik på at få forbedret forholdene for syge og svage.¹ Levetzau skrev også til byens sygehus for at få oplysninger om belægnings- og betalingsforholdene.²

Byens borgmester var dengang også politimester samt formand for fattiggassen. I sidstnævnte egenskab stod han for driften af sygehuset. I perioden 1882-1898 var det *Adolph Vreden* (1847-1904).

Som svar på forespørgslen fik kredsen tilbudt, at den kunne købe bygningen. På et møde i kreds dagen i maj 1885 afslog man tilbuddet.³ Der var flere årsager hertil. Først og fremmest mente man, at bygningen var for lille til både at rumme patienter fra by og kreds. For det andet var mulighederne for eventuelt senere at kunne udvide ved køb af nabogrunde ikke gode. Men måske har den egentlige årsag været, at man i så vid udstrækning som mulig ønskede at undgå kapitalkrævende investeringer.

I den følgende tid udspandt der sig en livlig korrespondance mellem kredsen og borgmester Vreden. Han og fattiggassen synes på intet tidspunkt at have været særlig interesseret i et samarbejde med kredsen om dette spørgsmål. Landråd Levetzau havde imidlertid undersøgt forholdene og mente at have fundet frem til, at der var ledige pladser på sygehuset, som kredsen meget vel kunne benytte til patienter, der boede i kredsen. Dette ville ydermere aflaste fattiggassen, idet man ville modtage indtægter fra kredsen.⁴

Dagen efter meldte Kreisphysicus *Wilhelm Sültmann* sig i debatten, idet han i et brev til borgmester Vreden gjorde opmærksom på, at han stod uforstående overfor, at kredsen ikke kunne benytte den ledige plads, der efter hans mening periodisk var på byens sygehus.⁵ Vreden svarede, at han mente, at forholdene for byens borgere ville blive forringet, såfremt der blev indlagt »udenbys« patienter.

I august 1886 forespurgte landråden Aabenraa by om den, i fald kredsen besluttede sig til at bygge et nyt kreds sygehus, ville være med til at benytte dette.⁶ Ved et møde i magistraten den 20. sept. 1886 havde man besluttet, at man ville bidrage med $\frac{1}{4}$ til driften og etableringen af et nyt kreds sygehus. Man krævede dog, at man fik tilstrækkelig indflydelse på både byggeriet og den påfølgende drift af det

fælles sygehus.⁷ Man har herefter indtryk af, at diskussionen mellem by og kreds er løbet ud i sandet uden konkret resultat.

En kendsgerning er det imidlertid, at fattigkassen i den følgende tid indstillede sig på at udvide det eksisterende sygehus ved opkøb af de omkringliggende grunde.

Det kan i dag undre, at borgmester Vreden med så stor ihærdighed afviste et samarbejde med kredsen i denne sygehussag.

Måske kan årsagen søges i de meget vanskelige forhold, han var i som borgmester, hvor han var blevet involveret i en skandale angående uregelmæssigheder i byens regnskaber.⁸

Medens de lokale politikere og embedsmænd efter bedste evne søgte at undgå et nødvendigt nybyggeri af sygehuset, blev de »overhalet indenom« af den centrale administrations lovgivning på det hygiejniske område for sygehuse.⁹

Et andet væsentligt incitament til sygehusbyggeriet er utvivlsomt kommet med den i 1883 af rigsdagen i Berlin vedtagne lov om *sygeforsikring* for arbejdere og bestemmelserne om, at der i byerne skulle etableres sygekasser. Ved denne lov bidrog arbejdsgiveren med $\frac{1}{3}$ og arbejdstageren med $\frac{1}{3}$ af udgifterne til forsikringen. I 1911 kom alle arbejdstagere ind under denne bestemmelse. I 1884 kom loven om *ulykkesforsikringen* og 1889 loven om *alders- og invalideforsikring*. Alle disse love blev i 1911 samlet i en »Reichsversicherungsgesetz«.

Disse sociale love gav sygehusene den nødvendige sikkerhed for, at de fik de penge hjem, som de havde krav på for behandlingen af de indlagte patienter.

I 1888 skete der imidlertid lokalt noget, der fik sat skred i den aktuelle sygehussag. De militærenheder, der indtil da havde været stationeret i Aabenraa, blev forflyttet. Herved blev det hidtidige garnisonssygehus ledigt. Det var den nuværende bygning *Nygade 55*. Kredsen havde i sine bestræbelser for at få en vurdering af sygehusbehovet været i kontakt med Medizinalinspektør Bockendahl. Han havde klart tilkendegivet, at der burde bygges et nyt sygehus.

Et flertal i kredsen foretrak imidlertid at leje en bygning fremfor den meget mere kapitalkrævende investering ved et nybyggeri. Nygade 55 blev derfor lejet og indrettet til sygehus for kredsen. Denne

disposition skulle imidlertid vise sig at være yderst problematisk. De nødvendige penge til anskaffelse af inventar havde man tænkt sig skulle hidrøre fra indtægter ved salg af jagtbeviser.¹⁰

Placeringen af sygehuset i Aabenraa gav anledning til nogen diskussion. Således fremkom den senere landråd, godsejer v. Uslar primo 1888 med et foreslag om at placere et Johanitter-sygehus i Gråsten. En forudsætning var imidlertid, at sognene på Sundevad, der hørte under kredsagen i Sønderborg, skulle bidrage både til etablering og drift af dette sygehus. Det skulle vise sig, at den plan ingen støtte fik af sognene. I den danske presse var stemningen meget negativ overfor en placering af et sygehus i Gråsten området.¹¹

Det nyindkøbte inventar til kredssygehuset blev udstillet på Aabenraa rådhus, før det blev taget i brug. Det var et tilløbsstykke.

Ledelsen af det nye kredssygehus blev overladt dr. Otto Wiemer. Han havde været garnisonslæge, tilligemed at han praktiserede som læge i Aabenraa. Overopsynet med sygehuset havde Kreisphysicus.

Sygehuset i Nygade blev indviet den 1. oktober 1888. Ved en reception i anledning af, at landråd Levetzau forlod Aabenraa, kom dr. Wiemer i sin tale ind på de betydelige problemer, der var forbundet med at drive et sygehus i en så gammel og nedslidt bygning.¹²

Forholdene blev tiltagende vanskelige især i epidemitider og på grund af mange tilfælde med tuberkulose. Til behandling af denne sygdom havde dr. Wiemer indført dr. Koch's serum uden den helt store effekt. Senere blev dette serum anvendt som diagnostisk test.

En anden hyppig og meget alvorlig infektionssygdom var difteri. Denne sygdom (»dieser erbarmungslose Würgeengel«) medførte stor dødelighed ofte under umenneskelige lidelser. Ved årsskiftet 1890/91 var man plaget af en alvorlig influenzaepidemi, der næsten lammede sygehusets øvrige aktiviteter.¹³

Forholdene var efterhånden så uacceptable, at det var åbenlyst for alle, at man måtte se sig om efter en anden og bedre løsning for kredsens patienter. Man prøvede således i videst mulig omfang at holde patienter og svage, der burde indlægges, i deres eget hjem. Kredsen havde derfor på et møde i april 1889 besluttet, at der skulle oprettes depoter forskellige steder. Disse skulle indeholde de dengang

almindelige midler, der benyttedes ved pleje af syge og svage. Man placerede disse midler hos sognepræsterne i Løjt og Kliplev og ved »damer« i Hellevad, Bolderslev og Hjordkær.¹⁴

På mødet i kredsagen 2.2.1891 blev sygehusproblematikken atter drøftet. Diskussionen var nu så konkret, at man besluttede sig til at købe en egnet byggegrund.¹⁵ Blandt de tre tilbud, man havde indhentet, valgte man grunden mellem Navigationsskolen og »Schweizerhalle« (nu Folkehjem), der var et kendt forlystelsesetablisement med et parklignende anlæg. Som argumentation for købet af netop denne grund anførte kredsagen, at den ikke lå for langt fra byen, og at den lå tæt bag omtalte Schweizerhalle. Man mente, at nærheden til denne kunne have en gunstig indflydelse på de syge.

Men nok så vigtigt var det, at man ved forberedelserne havde været opmærksom på, at man skulle placere sygehuset et sted, hvor det var let at få rent vand i store mængder og mulighed for at skaffe sig af med store mængder urent vand. Man havde foretaget nogle boringer med henblik på vurdering af vandkvaliteten. Disse havde peget på området som meget velegnet, det var et bakkeareal.

Den praktiske planlægning af byggeriet blev overladt til den kgl. bygningsinspektør *Angelroth* i Slesvig, der udfærdigede en plan for bygningen samt et overslag over, hvad et sådant sygehus ville komme til at koste. Angelroths færdige plan gik ud på at bygge et sygehus med plads til 40 patienter. Endvidere skulle der bygges en epidemibarak med plads til 10 patienter. Prisen ville skønsomt blive ca. 84.000 Mark.

Allerede den 9.4.1891 var der i »Kreisblatt« indbydelse til licitation. Sidste frist for indlevering af tilbud var den 20.4.1891. Med nutidige øjne en utrolig kort tid til at udregne tilbud på. Men ikke desto mindre indkom der adskillige tilbud på de forskellige entrepriser – også fra Danmark. Byggeriet blev påbegyndt i sommeren 1891, og sygehuset stod færdig til at kunne modtage den første patient den 1.10.1892. Sygehuset blev indviet ved en mindre højtidelighed den 30. sept. 1892 kl. 16.¹⁶

Selve den ydre bygning vil man i dag nok beskrive som typisk for den tids nye stil, der dominerede både offentlige, men også private



Sygehusets front med hovedindgang set fra sydvest kort efter den blev bygget. (Historiske samlinger, Aabenraa).

bygninger. Stilen blev af datiden anset som moderne og frigjort fra tidligere årtiers stilefterligninger. Typisk var den skarpe kontrast mellem hvidpudset mur og røde murstensbånd.¹⁷

I en samtidig beskrivelse af nybygningen findes der kun superlativer om dette nye sygehus. Således anføres gentagne gange den gunstige beliggenhed lige udenfor byen med et vidunderligt blik over by, skov og fjord. Især roses i reportagen de store sygestuer, der alle havde store vinduer. Som en teknisk landvinding anføres bl.a., at der fra køkkenet i kælderetagen var en madelevator op til de forskellige afdelinger. Endvidere understreges det, at man for at kunne operere i de

Kreisblatt var det organ, i hvilket alle officielle meddelelser blev publiceret. I dette nr. 16 udbydes byggeriet af det nye sygehus i licitation. Det er værd at bemærke at tiden fra denne meddelelse og til aflevering af tilbud var kort, nemlig kun 4 dage. Første annoncering fandt sted den 9. april 1891. Sygehuset stod færdig 1.10. 1892. (LA Aab.).

Kreisblatt

des Kreises Apenrade.

Nr. 16.

Donnerstag, den 16. April 1891.

20. Jahrg

105) Zu vergeben sind die Arbeiten und Lieferungen zum Neubau eines Kreiskrankenhauses nebst Baracke in Apenrade.

Abschriften der Preisverzeichnisse sind vom Bureau des Kreis-Ausschusses hierselbst gegen Erstattung der Copialien zu beziehen. Ebendasselbst können auch die Zeichnungen, die allgemeinen und die besonderen Bedingungen in den Dienststunden eingesehen werden.

Angebote mit den nöthigen Aufschriften sind versiegelt bis zum 20. April 1891 auf genanntem Bureau einzureichen.

Schloß Brunlund, den 6. April 1891. Der Vorsitzende d. Kreis-Ausschusses.
v. Bonin, kgl. Landrath.

109) Die Herren Amtsvorsteher, Guts- und Gemeindevorsteher erinnere ich daran, daß nach höheren Orts getroffenen Bestimmungen die Ausstellung von Führungs- und Leumundszeugnissen für **Neichsausländer** nicht zulässig ist.

Schloß Brunlund, den 13. April 1891.

Der königliche Landrath: von Bonin.

110) Nach Vorschrift des § 123 Nr. 7 der Wehr-Ordnung wird hiermit bekannt gemacht, daß bei dem diesjährigen Zurückstellungsverfahren

1. Der Musketer, Barzelist Peter Christian Adolphsen aus Hoftrupholz hinter den letzten Jahrgang der Reserve,

2. Der Unteroffizier, Sattler Christilag Peter Jensen Her aus Apenrade und

3. Der Füsilier, Hofbesitzer Niels Peter Thahsen aus Haberslund

hinter den letzten Jahrgang des Landsturms 2. Aufgebots zurückgestellt worden sind.

Zugleich wird bemerkt, daß vorgedachte Entscheidungen nur bis zum nächsten Zurückstellungsstermin gelten und daß im Falle des Bedürfnisses die Anträge auf weitere Zurückstellung erneuert werden müssen.

Schloß Brunlund, den 10. April 1891.

Der königl. Landrath: von Bonin.

111) Den Herren Guts- und Gemeindevorstehern lasse ich in den ersten Tagen unter Briefumschlag die Mittheilungen über die Gewerbesteuer-Berianlagung der im diesseitigen Bezirk vorhandenen Gewerbetreibenden mit dem Auftrage zugeben, dieselben den Beikommenden sofort auszuhandigen.

Schloß Brunlund, den 7. April 1891.

Der königliche Landrath: von Bonin.

112) Es wird hiermit zur Kenntniß gebracht, daß der Hofbesitzer Fr. Wohlenberg zu Riez von Sr. Excellenz dem Herrn Oberpräsidenten der Provinz Schleswig-Holstein zum Standsbeamten des Standesamts Riez und der Schuhmachermeister Peter Conrad Trygg daselbst zum Stellvertreter des Standsbeamten ernannt ist.

Schloß Brunlund, den 10. April 1891.

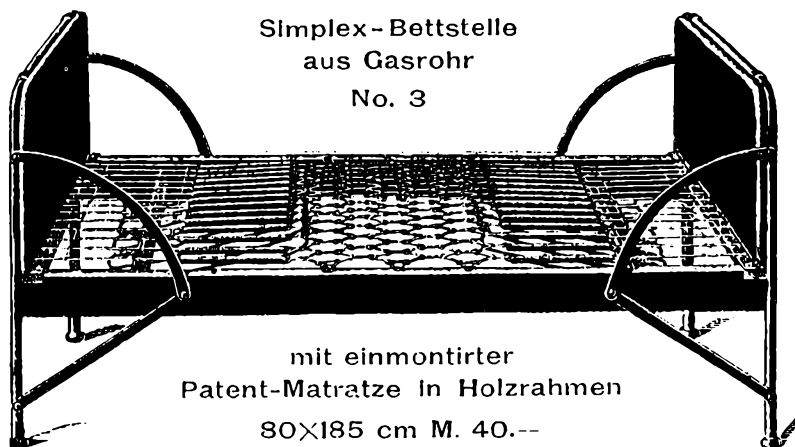
Der königl. Landrath: v. Bonin.

113) Der Distriktschornsteinfeger Weihenborn hat seinen Wohnsitz von Rothentrug nach Kolstrup verlegt.

Schloß Brunlund, den 11. April 1891.

Der königliche Landrath. v. Bonin.

114) Seitens der Staatseisenbahnverwaltung ist in der früheren Wasserstation des Bahnhofes Neumünster auf der Personenstation ein Wartezimmer für zu transportirende Gefangene und Irren eingerichtet worden.



Denne seng blev anskaffet i 50 eksemplarer. Den blev beskrevet som helt moderne og meget behagelig at ligge i. (LA Aab.).

mørke timer havde »Gasglühlicht« = gasglødelys. Det fremhæves, at der for at kunne isolere patienter, der havde infektionssygdomme, var bygget en barak på sygehusområdet med telefonlinie over til sygehuse-sets hovedbygning. Sluttelig nævnes som noget meget væsentligt, at der for at få tilstrækkelig ventilation i varmeovnene var lavet en speciel tagkonstruktion, som tillod, at der kom rigelig luft ned i sygestu-erne.¹⁸

Da kredssygehuset i Aabenraa var meget moderne kom der politi-kere fra mange kredse for at se det. Således havde der allerede i marts 1894 været kommissioner fra både Sønderborg og Tønder.¹⁹

KILDER OG NOTER

1. Aab.by. 1864-1920. III-3-49, skr. 12.3.1885 (La. Aa.)
2. *ibid.* skr. d. 24.3.1885.
3. *ibid.* skr. d. 11.5.1885.
4. *ibid.* skr. d. 26. jan. 1886.
5. *ibid.* skr. d. 27. jan. 1886.
6. *ibid.* skr. d. 1. aug. 1886.
7. *ibid.* skr. d. 21. sept. 1886.
8. Åbenrå Bys historie III. 40.

9. En væsentlig årsag til den eksplosive vækst i antallet af sygehuse i det tyske rige var de mange opdagelser indenfor bakteriologien især i perioden 1880 til 1910. Disse medførte en betydelig bedre forståelse af infektionssygdommenes opståen og spredning. Den videnskabelige bakteriologi havde fået sit gennembrud. Dette havde i Tyskland medført oprettelsen af det første professorat i hygiejne i 1885. Indehaver af denne stilling var Max von Pettenkofer (1818-1901). Rent administrativt skete der en hurtig praktisk anvendelse af nyopdagelser indenfor bakteriologien. I 1876 blev »Kaiserliches Gesundheitsamt« etableret. I 1885 blev der i Berlin oprettet »Institut für Infektionskrankheiten« og mange hygiejniske institutter blev etableret rundt om i Tyskland.
10. NAA d. 24. april 1888.
 11. NAA d. 26. maj 1888.
 12. NAA d. 13. marts 1889.
 13. NAA d. 19. febr. 1891 og 24. febr. 1891.
 14. Kr.bl. 14.4 1889.
 15. NAA d. 3. febr. 1891.
 16. Kr. bl. 29. sept. 1892.
 17. Kaatmann. 11.
 18. AZ d. 2.10.1893.
 19. NAZ d. 1.3.1894.

Kreisphysici og Kreisärzte i tiden før 1920

I det følgende gives en kort redegørelse for hvilken funktion en »Kreisphysicus« hhv. fra 1901 en »Kreisarzt« havde i forhold til sygehusvæsenet.¹ Disse betegnes efterfølgende for embedslæger.

I ledtog med den almindelige administrative opdeling af provinsen skete der også en ny inddeling af fysikatsdistrikterne, der nu blev betegnet som »Kreisphysicatsdistrikte«. Disse kom i store træk til geografisk at omfatte de nyetablerede kredse.²

Embedslægerne havde overopsynet med aktiviteterne på de offentlige sygehuse i deres kreds. Således også med det nybyggede sygehus i Aabenraa, der var ejet af kredsen og byen. Bl.a. skulle der med mellemrum gennemføres inspektioner på sygehuset af embedslægen. Byens andet sygehus, fattigsygehuset i Persillegade, dvs. det tidligere bysygehus, havde sin egen læge ansat nemlig dr.med. *Wilhelm Butzbach* (1864-1941). Han var i 1891 blevet ansat af byens fattigkasse som læge både ved dette sygehus og ved fattigkassen.³ Dette sygehus modtog adskillige syge og svage delvis i konkurrence med kredsens syge-

hus. Dog var der ingen egentlig kirurgisk aktivitet på dette sygehus. Den indskrænkede sig til spaltning af bylder, sårrevision o.l.

Den embedslæge der blev involveret i planlægningen af det nye sygehusbyggeri var dr.med. *Franz Josias Rehder* (1855-1892). Han var født i Flensborg. Her virkede han også i en kort periode efter afsluttet uddannelse. Den 4.11.1888 blev han udnævnt til »Kreisphysicus« i Aabenraa. Rehder blev imidlertid syg og måtte efter få år forlade byen og opgav sin stilling den 21.5.1891.

Herefter blev dr.med. *Marcus Knuth* (1861-?) midlertidig udnævnt til embedslæge. Han var i 1887 kommet til Aabenraa, i 1892 bestod han embedslægeeksamen.

Man ansatte imidlertid den 26.4.1892 dr.med. *Ludwig Albert August von Fischer Benzon* (1861-1938) som embedslæge i Aabenraa. Han kom til byen fra Quickborn, men forlod allerede Aabenraa i 1897. Han nedsatte sig herefter i Flensborg, hvor han blev leder af Rødekorssygehuset.

I 1897 blev dr. Knuth som sidste tyske embedslæge før genforeningen udnævnt til Kreisarzt i Aabenraa.⁴

Embedslægestillingen blev den 24.6.1920 midlertidigt overtaget af *Otto Joachim Fiedler* (1849-1936).⁵ Han havde været amtslæge i Assens fra 1915 til 1919, for derefter at blive konstitueret som amtslæge i Hjørring fra juli 1919 til september 1919. Herefter gik han på pension. Han lod sig dog »reaktivere« og konstitueredes som amtslæge i Aabenraa Amt. Denne stilling havde han til juni 1921.

KILDER OG NOTER

1. Gesetz nr. 921 Schleswig. Bekanntmachung vom 15.8.1901. Die Provinz Schleswig-Holstein ist an Stelle der bisherigen Kreisphysicatsbezirke in folgende Kreisarztbezirke neu eingetheilt. Aabenraa blev Kreisarztbezirk nr. 2. Amtsbl. 1901: 372.
2. Gesetz nr. 561. Schleswig. Bekanntmachung vom 5.4.1875. Mit dem 1.4.1875 ist die nachfolgende Eintheilung der Provinz Schleswig-Holstein in Kreisphysicate in Geltung getreten. Amtsbl. 1875:131 Kreisphysicat nr. 3 kom i store træk til at svare til Aabenraa kreds. Kredsphysikus skulle have sæde i Åbenrå. Ved lov nr. 813 af 28.10.1878 blev fysikats-grænsen identisk med kredsgrænsen. »Nachdem der Herr Minister genehmigt hat, dass die von dem mittelst Allerhöchster Ordre vom 28.10.1878 angeordnete Abänderung in den Kreisgrenzen betroffe-

nen Physicats Bezirke den Kreisgrenzen entsprechend abgeändert werden«. Amtsbl. 1878: 187.

3. I 1891 da Butzbach blev ansat af fattigkassen i Aabenraa by, opsagde denne sine hidtidige overenskomster med byens øvrige læger. Dette medførte en mangeårig konflikt mellem på den ene side Butzbach og fattigkassen senere sygekassen, og på den anden side byens øvrige læger og kredssygehuset.
4. Knuth blev ofte tituleret »Medizinalrat«. Denne titel blev tildelt mindre end halvdelen af »Kreisärzte« idet der krævedes mindst 12 års ansættelse som Kreisarzt, før de kunne få denne udnævnelse.

Man ser tillige ofte i samtidig litteratur, at læger havde titlen af »Geheimer Medizinalrat«. Denne titel kunne tildeles når man yderligere havde været ansat 10 år efter udnævnelsen til »Medizinalrat«.

5. Ved lov nr. 277 af 28. juni 1920 om Embedslægevæsenets ordning i de Sønderjyske Landsdele blev der skabt lovmæssigt grundlag for embedslægevæsenets virke i de nye amter. Det var dog ikke så let at få embedslæger til den nye landsdel. Man indførte derfor et løntillæg. (Lov nr. 290 af 28. juni 1920).

Cheflæger ved sygehuset før genforeningen

Otto Wiemer blev som tidligere omtalt udnævnt til ledende læge ved sygehuset, og han var en alsidig læge og meget udadvendt. Han var født i Westfalen, Tyskland, 1861 og studerede medicin ved forskellige tyske universiteter i årene 1880-85. Den medicinske eksamen bestod han i Bonn 1885, hvor han tillige blev dr.med. Derefter blev han »Assistenzarzt« ved Diakonisseanstalten i Flensborg. Her arbejdede han, indtil han i 1887 nedsatte sig som praktiserende læge i Aabenraa.

Wiemer blev tillige militærlæge ved garnisonssygehuset i Aabenraa. Efter at kredsens havde overtaget dette sygehus, fortsatte han som »ledende« læge ved dette kredssygehus. Han var en af de drivende kræfter for at få gjort politikerne opmærksom på nødvendigheden af et nyt og bedre sygehus.

Otto Wiemer blev 1892 ansat som »Leitender Arzt« ved det nye sygehus. Der var i hans tid ikke ansat andre læger. Han forestod sammen med den ledende diakonisse sygehusets diagnostiske-, plejemæssige- og terapeutiske indsats. Det var tilladt de øvrige praktiserende læger i kredsens at behandle de patienter, de selv havde indlagt, hvilket dog ikke fandt sted i større omfang.

De praktiserende læger i Aabenraa har i ferieperioder, ved sygdom

Vorkehrungen
zur
aseptischen Wundbehandlung
im
Kreiskrankenhause zu Apenrade
von
Dr. O. Wiemer in Apenrade.

(Sonderabdruck aus den Mittheilungen für den Verein Schlesw.-Holst. Aerzte.
Neue Folge. Jahrgang II. 1894 Nr. 5.)

Kiel.
Druck von Schmidt & Klaunig.
1894.

Dr.med. Otto Wiemer
(1861-1921) sygehuslæge
ved kredssygehuset
fra 1.10. 1892 til 1.1. 1914.
(Historiske samlinger,
Aabenraa).



etc. været vikarer for Wiemer på sygehuset. Wiemer var ikke fastlønnet. Hans indtægt var afhængig af den aktivitet, han udøvede på sygehuset og en ret omfattende privatpraksis.

Han var meget nationalt engageret, således var han medinitiator ved dannelsen af den Tyske Forening og formand for denne i en næsten tiårig periode indtil 1906. Han hørte til kredsen omkring skibsreder Jepsen og senator Lorenzen, der bekæmpede den redaktionelle linie ved avisen »Apenrader Anzeiger«.

Ved oprettelsen af Aabenraa museum var Wiemer en af de førende personligheder og var i en lang årrække medlem af bestyrelsen. Han

Et af de småskrifter som O. Wiemer udgav, medens han var læge ved sygehuset. I dette beskriver han ret detaljeret, hvordan de hygiejniske forhold var på sygehuset de første år.



Dr.med. Karl Max Jansen
(1884-1938), overlæge ved
sygehuset i Aabenraa fra
1.1. 1914 til 1.12. 1921.
(Privat).

var tillige politisk aktiv. Fra 1896 til 1902 sad han således i byrådet, og fra 1897 og nogle år frem var han medlem af kredsdagen.

Udover de nævnte gøremål havde Wiemer en ikke ubetydelig faglitterær produktion, og det var på hans initiativ, at man byggede et tuberkulosehospital i Aabenraa. Det skyldtes også hans ihærdige indsats, at nybyggeriet på sygehuset i 1911 blev gennemført. Hans virke ved sygehusvæsenet i Aabenraa fra 1887 til 1914, ialt knap 26 år har været enestående. Wiemer døde i Kappel i 1921.

Som efterfølger for Wiemer ansatte kredsen *Max Karl Jansen* (1884-1938). Han var født i Flensborg og havde studeret i Kiel og promoveret der i 1908. Efter en omfattende kirurgisk uddannelse ved tyske hospitaler blev han ansat ved sygehuset i 1913, men først udnævnt til overlæge 1. jan. 1914. Jansens ansættelse skete på andre konditioner end Wiemers. Han blev fuldtidsansat med fast løn. Med baggrund i denne ansættelsesform var der banet vej for ansættelse af yngre læger ved sygehuset.

Jansen deltog som kirurg i 1. verdenskrig. Efter at være vendt hjem fra krigen blev Jansen efter en enstemmig indstilling fra sygehusbestyrelsen af kredsens anmodet om at fortsætte, nu som overlæge ved Amts- og Bysygehuset i Aabenraa gældende fra 1.4.1920. Man afstod fra at ansætte Jansen som overlæge ved tuberkulose hospitalet, idet man var trådt i forhandling med de øvrige amter i det sønderjyske område med henblik på at få en fællesordning vedrørende behandlingen af tuberkulose. I 1921 havde han erhvervet jus practicandi i Danmark. Ultimo 1921 fratrådte han stillingen ved sygehuset og virkede fra da af som praktiserende kirurg i Aabenraa. Dr.med. Jansen døde i Aabenraa 1938.

De første sygeplejersker i Aabenraa

Ved diakonvalget i Aabenraa 1873 valgte man Theodor Kaftan (1847-1932). Før han kom til Aabenraa havde han været hjælpepræst i Kappel.¹ Under sine talrige besøg hos syge og døende, havde han som sjælesørger følt, at der eksisterede et stort behov for at give disse mennesker en bedre fysisk pleje. Han havde kendskab til Diakonisseanstalten i Flensborg og diakonissernes virke. En forespørgsel til moderhuset i Flensborg med henblik på at få udstationeret en diakonisse i Aabenraa blev besvaret positivt.

Den 1. januar 1878 begyndte den første diakonisse sit virke.² Diakonissens løn og bolig blev finansieret af midler fra kollekter samt penge fra enkeltpersoner eller velgørende institutioner. I Aabenraa havde man ingen tradition for sygepleje. Plejen på byens sygehus i Persillegade blev varetaget af ikke faglært personale.

Diakonissernes virke fandt derfor primært sted hos det bedre borgerskab, der havde råd til og mulighed for at blive i deres eget hjem. Mærkelig nok skulle diakonissernes arbejde vise sig at møde modstand blandt byens læger. Disse havde måske hørt om diakonisser, men havde ringe konkret viden om deres virke. Kaftan fik under en samtale med en af byens læger klarhed over, hvorfor de var så skeptiske. Lægerne mente, at diakonisserne via deres arbejde med syge og svage mennesker ville udnytte denne stilling til at missionere.³

Så længe diakonisserne udelukkende virkede i menighedsplejen, har denne holdning nok ikke ændret sig væsentligt blandt lægerne. Imidlertid var der et klart behov for »sygepleje«. I 1884 havde to diakonisser aflagt i alt 5812 sygebesøg og haft 87 nattevagter. Af de i alt 104 besøgte familier hørte de 24 til det bedre borgerskab.

Kredsens sygehus i Nygade havde ved etableringen 1888 ej heller noget uddannet sygeplejepersonale. Kredsen aftalte derfor med Diakonisseanstalten i Flensborg, at den skulle sende 5 diakonisser til det nye sygehus, når det stod færdig i 1892. Diakonisseanstalten i Flensborg blev moderhus for de diakonisser, der i takt med udbygningen af sygehusvæsenet i landsdelen Slesvig fik ansættelser ved menighedsplejen og ved sygehusene. Ca. $\frac{1}{3}$ af samtlige diakonisser ved Diakonisseanstalten i Flensborg kom fra det nordlige Slesvig.⁴ Diakonisserne, der var protestantiske, havde gennemgået en af de få mere formaliserede sygeplejeuddannelser i det tyske rige. Desuden kunne man erhverve en uddannelse til sygeplejerske ved Røde Kors sygehuse. I de katolske egne af Tyskland var det som regel nonner, der stod for sygeplejen. I Flensborg havde man det katolske Sankt Franziskus Krankenhaus.⁵

Under den første verdenskrig steg behovet ganske betydeligt for kvalificerede sygeplejersker. De civile sygehuse måtte afgive en del af deres sygeplejepersonale til militærlazareetterne. På disse uddannede man også sygeplejepersonale. I 1915 blev det bestemt, at militært plejepersonale, der havde gennemgået et bestemt uddannelsesforløb og i øvrigt opfyldte ganske bestemte krav, kunne få tilladelse til at betegne sig som »Krankenpflegerin«.⁶ De kunne da ved behov ansættes ved civile sygehuse også efter krigshandlingernes afslutning. Der fandtes ingen fælles regler i riget for uddannelsen af sygeplejepersonale.

Kredssygehuset i Aabenraa måtte meget snart, efter 1. verdenskrig var brudt ud, afgive noget af sit uddannede sygeplejepersonale til militæret. Dette blev efterhånden et ganske alvorligt problem for sygehuset. En følge heraf blev, at man ofte benyttede andre faggrupper til at forrette sygeplejefunktion på afdelingerne. I et af de sidste krigsårene hentede man således en dame, der ellers arbejdede i køkkenet, op på en af afdelingerne for at sidde vagt ved en svært medtaget tyfuspatient.

Uden at vide det, blev hun smittebærer af tyfus. Efter nogen tid genoptog hun sit arbejde i køkkenet. Gennem sit arbejde her blev tyfus-sygdommen spredt til mange af de indlagte patienter. Således blev mindst 11 personer svært angrebet af tyfus under indlæggelsen. Flere dødsfald måtte beklages. Man indførte derfor forbud mod, at køkkenpersonale måtte pleje patienter med infektiøse sygdomme.⁷

Hvor puritansk man var endnu i begyndelsen af dette århundrede, kan man se af det forhold, at der blev udsendt en bestemmelse, hvoraf det fremgik, at kvindeligt plejepersonale ikke måtte pleje mandlige patienter med kønssygdomme, der udgjorde en betydelig del af patientklientellet dengang.⁸

Ved afslutningen af 1. verdenskrig var der 38 diakonisser ved i alt 6 sygehuse i det nordslesvigske område. 18 af disse diakonisser skiftede ved genforeningen deres moderhus og blev nu tilknyttet Sankt Lucas Stiftelsen i København.

KILDER OG NOTER

1. Åbenrå Bys Historie bd. III: 65.
2. Aab. by. 1869-1920. 1-21-1: Die Diakonissenkrankenpflege. Gemeine Diakoni 1877-1920. (La. Aab).
3. Kaftan: 93.
4. Matthiesen: 105.
5. Som følge af krigen 1864 kom nonner fra den katolske Franziskanerorden til Flensborg. Her opretholdt de en forbindsplads for sårede. Efter krigsafslutningen deltog de i fattighjælpen og sygeplejen i Flensborg. 1872 fik ordenen økonomisk mulighed for at erhverve en ejendom med plads til 25 patienter. Dette blev starten til et mere omfattende sygehusbyggeri. Franziskus Sygehuset er i dag et moderne mellemstort sygehus.
6. Erlas betr. Gleichwertigkeit der in einem Vereinslazarett und in einer staatlichen Krankenpflegeschule genossenen Ausbildung für die Zulassung zur Prüfung als Krankenpflegerin vom 31. August 1915. Minbl. 1915.
7. Erlas betr. Unzulässigkeit der Heranziehung des in der Küche beschäftigten Krankenhauspersonals zur Pflege von Personen, die an übertragbaren Krankheiten leiden vom 12. November 1917. Minbl. 1917: 410.
8. Erlas betr. Beschäftigung von weiblichen Krankenpflege Personen auf Krankenhausabteilungen für männliche Geschlechtskrankheiten vom 11. Februar 1914. Minbl. 1914: 88.

Behandling af ikke-kirurgiske og -medicinske sygdomme

På et almindeligt blandet kirurgisk og medicinsk sygehus med hovedvægten lagt på det kirurgiske område var det et problem at få indlagt patienter, der havde andre sygdomme end dem, man i snæver forstand vil kunne henføre til disse to hovedgrupper.

I de tilfælde, hvor den ledende læge ikke mente at kunne behandle den lidelse, som patienten havde, kunne han overflytte patienten til universitetsygehuset i Kiel. Dette var dog kun muligt, såfremt patienten kunne klare den lange transport. Overførsler er kun sket i sjældne tilfælde. Man kunne blive konfronteret med sindssyge og/eller åndssvage patienter, patienter med epilepsi, alkoholikere, blinde og døve.

Imellem disse velafgrænsede grupper var der glidende overgange f.eks. mellem åndssvage, sindssyge og epileptikere. Man var ikke i stand til at behandle dem på anden måde end at give dem en speciel pleje, der bl.a. indebar særlige pædagogiske tiltag. Endvidere havde man dengang den opfattelse, at en speciel kost, afhængig af hvilken sygdom det drejede sig om, havde en stor betydning for helbredelsen. Det var en meget udbredt opfattelse, at man kunne helbrede disse patienter. Sygehuset kunne dengang som nu ikke honorere disse specielle krav. Man løste derfor i vid ustrækning problemet ved at anbringe disse mennesker hos familier, hvor det offentlige (fattiggasserne) betalte for opholdet. Denne form for »opbevaring« var meget populær, idet det var langt den billigste måde at løse problemet på. Forholdene har ofte været ubeskrivelig dårlige for disse hjælpeløse mennesker.

En del blev anbragt på fattiggårdene. Det skal dog pointeres, at anbringelser under disse forhold skulle vurderes af embedslægen. Man kunne også i begrænset omfang anbringe meget urolige sindslidende eller epileptikere i de lokale fængsler, hvor den pædagogiske omsorg i sagens natur næppe har været særlig fremherskende. I 1876 blev det forbudt at anbringe psykotiske patienter i fattighuse. Det var tilladt at anbringe åndssvage på fattiggårdene.

Såfremt man i denne gruppe af patienter havde registreret et kriminelt islæt, kunne man anbringe dem i anstalten i Neustadt i Holsten.

Sindslidende, voksne såvel som børn, kunne anbringes på Sindsygeanstalten i Slesvig. Denne var etableret så tidligt som 1820. Anstalten var i 1876 blevet overdraget »Provinzial-Verband« i Schleswig-Holstein til foreståelse af administration og drift. Hermed var denne anstalt blevet et specialsygehus for hele provinsen. For epileptikere, der ikke var kriminelle, og børn eksisterede der en aftale mellem provinsregeringen og anstalten i Bethel ved Bielefeld, således at disse kunne modtages der.¹ At anbringe børn på institutioner, der lå så langt væk, har været et meget stort følelsesmæssigt problem for forældrene. Men realistisk set kunne forældrene ikke altid passe deres børn, hvorfor man måtte se at få etableret en rimelig ordning, der også var holdbar ved forældrenes død.

Blinde kunne efter en aftale, der i 1876 blev indgået mellem provinsregeringen og Blindeinstituttet i Kiel, modtages der.²

Indlæggelsesproceduren dengang var næsten analog den nuværende. Den indlæggende læge, enten den praktiserende læge eller sygehusets ledende læge, sendte en beskrivelse af patienten og dennes sygdom til f.eks. Sindsygehuset i Slesvig. Her afgjorde overlægen, om patienten kunne modtages. I fald det drejede sig om en tvangsindlæggelse, var forholdene også næsten som nu. Dog var der den forskel, at det var embedslægen, der skulle undersøge og udfylde indlæggelsespapirerne. Såfremt han havde forfald, skulle patienten vurderes af hans vikarierende kollega.

Opholdet i Slesvig eller Neustadt betalte provinsregeringen, hvilket naturligvis animerede fattiggasserne eller kommunerne til at få disse patienter overflyttet hurtigst muligt, idet de derved blev fritaget for den videre betaling for opholdet. Der er dog al mulig grund til at fremhæve, at vel nok den overvejende del af denne gruppe patienter slet ikke blev indlagt. De førte ofte en kummerlig tilværelse i fornedrelse og ensomhed. Disse »sære« mennesker, som man kan finde adskillige beskrivelser af, fandtes i de fleste samfund.

Den største gruppe af patienter, der hverken var medicinske eller kirurgiske, og som blev indlagt, var alkoholikerne. Her kunne sygehuset ikke byde på andet end afrusning og derpå henvise til at opsøge den lokale Goodtemplarorden, såfremt de var motiveret herfor.³

I tiden fra 1890 til 1910 har der været anbragt mellem 40 og 70 personer årligt på institutioner udenfor kredsen. Dette er et ikke helt ubetydeligt antal, når man samtidig ser på antallet af indlagte patienter på selve sygehuset. Efter genforeningen blev hovedparten af de psykiatriske patienter indlagt på Statshospitalet i Vester Vedsted. Det var taget i brug i 1923, efter at man havde overtaget de gamle jernbane- og toldbygninger fra den tidligere grænseovergang.⁴

Efter beslutningen om at ombygge Augustenborg Slot til et psykiatrisk behandlingshospital for de sønderjyske amter blev denne gennemført i årene 1930-1932. Augustenborg kunne modtage sine første psykiatriske patienter den 1. april 1932.⁵

Vedrørende patienter med legemlige sygdomme kunne disse i specielle tilfælde indlægges på Rigshospitalet i København. Senere fik man aftaler i stand med universitetssygehuset i Århus og endnu senere med Odense sygehus, der med ophøjelsen til universitetssygehus kunne byde på alle de specialafdelinger, man ikke havde i landsdelen.

KILDER OG NOTER

1. Staack: 308.
2. Staack: 320.
3. Denne orden havde en afdeling i Aabenraa. Det var et internationalt forbund af afholdsløgere. Den havde som hovedsigte totalafholdenhed for det enkelte medlem, redning af drankere, oplysningsarbejde og lobbyvirksomhed for at få en streng lovgivning på alkoholområdet.
5. Verwaltungs Bericht der Stadt Apenrade 1900.
4. Dansk sygehusvæsen 1: 1019.
5. Dansk sygehusvæsen 1: 1000.

Løst og fast om det nye sygehus i Aabenraa

Aabenraa sygehus bestod af en stor hovedbygning. Den blev af samtiden betragtet som værende meget moderne og rummede en mandsafdeling i stueetagen, på 1. sal var kvindeafdelingen, hvor også børnene blev indlagt. På hver etage var der 20 senge.

- 4 værelser med 6 senge
- 4 værelser med 3 senge
- 4 værelser med 1 seng

Derudover fandtes en operationsstue, hvor alle faciliteter til aseptiske operationer var til stede. Operationsstuen blev således konciperet efter de sidste nye principper indenfor sygehushygijne.'

I en sidebygning, der var isoleret fra selve hovedbygningen, behandlede man patienter med infektiøse sygdomme. Den havde plads til 10 patienter. Sygehuset havde endvidere installeret et fast desinfektionsapparat fra firmaet Richtschel & Henneberg, hvilket var et af de førende på området dengang.

Kredsen besad også et transportabelt desinfektionsapparat, der var placeret i Gråsten, kredsens næststørste bebyggelse. Det blev brugt til at desinficere tøj og andre inficerede og urene genstande. Dette skete ved hjælp af vanddamp.

Man havde i kredsagen hørt adskillige kritiske røster vedrørende det nye, store, måske for store sygehusbyggeri i Aabenraa. Sygehuset blev et af de større i provinsen. Især havde man i flere sammenhænge henvist til, at beboerne i de sydlige dele af kredsen formentlig i nogen udstrækning ville lade sig indlægge på Diakonisseanstalten i Flensborg, der havde et godt ry. De trafikale forbindelser var bedre til Flensborg end til Aabenraa.

Tabel 1 Befolkningstallet i Aabenraa by. (Åbenrå Bys Historie: III: 27).

År	Indbyggere
1885	6130
1890	5361
1895	5564
1900	5949
1905	7023
1910	7769
1921	7761

Ovenstående tabel 1 giver et indtryk af byens størrelse på forskellige tidspunkter før genforeningen. Det betydelige fald i indbyggertallet i 1890 skyldtes, at garnisonen var flyttet fra byen få år i forvejen.

Af nedenstående tabel 2 kan man se, hvordan antallet af indlæggelser steg jævnt allerede i tiden før jernbaneforbindelsen mellem Gråsten og Aabenraa blev etableret i 1899.

Årstal	Antal pat. indlagt	Antal sygedage	Gennemsnitl. indl. tid	Antal operationer
1889	239	—	—	86
1890	259	—	—	89
1891	317	—	—	98
1892	320	—	—	134
1893	322	—	—	129
1894	360	9092	25	122
1895	420	8980	—	237
1896	473	9087	19	265
1897	558	12935	23	317
1898	548	9933	18	294
1900	569	11556	20	342
1902	544	9226	17	282
1903	622	12833	20	423
1904	534	11946	22	218
1906	610	12299	20	339
1908	677	13766	20	309
1910	943	20299	21	429
1911	851	20498	24	454
1912	920	22490	24	501
1913	845	23026	—	469

Tabel 2 Oversigt over antal indlagte patienter, den gennemsnitlige liggetid, samt antallet af udførte operationer. (Kilde: diverse årgange af Verber.).

Antallet af indlæggelser omfatter det samlede antal indlæggelser, dvs. incl. patienter med tuberkulose.

I 1893 fik man et »Dienstboten Abonnement«. Det var en forsikring, man kunne tegne for medhjælperen i huset. Når tyendet blev syg, kunne det blive indlagt på sygehuset i op til 6 uger. Abonnementsudgiften på 3 Mark årlig var lille i forhold til det, det kostede at være indlagt på sygehuset. Det skal dog nævnes at denne takst jævnlige blev justeret – opefter.

Næsten på årssdagen for sygehusets indvielse kunne man i en af byens aviser finde et læserbrev, der ankede over åbenbart meget dårlige tilkørselsforhold til sygehuset. Det nævnes således at vejen op til sygehuset i folkemunde blev kaldt »Schmeerdamm«.

Sygehuset havde i 1899 fået indlagt et moderne centralvarmeanlæg, hvilket medførte, at alle værelser i selve hovedbygningen nu kunne opvarmes. Endvidere havde man fået mulighed for at opvarme gangene på sygehuset, hvilket var en nyskabelse. Man rådede faktisk ikke over opholdsstuer til patienterne. Såfremt disse var oppegående, måtte de derfor opholde sig i de kolde gange, hvor der var megen træk. Installeringen af centralvarme havde yderligere den fordel, at man nu kunne fjerne ventilationsovnene, man indtil da havde i de fleste stuer. Med disse ovne var det besværligt at opvarme sygestuerne, og temperaturerne kunne om natten godt falde ganske betydeligt. Opvarmingsmetoden var meget personalekrævende i de kolde årstider. Installering af et centralvarmeanlæg var forbundet med tekniske vanskeligheder. De fleste kedler var dengang af jern. De kunne ikke holde længe før de rustede igennem. Man havde da for sygehuset i Aabenraa prøvet noget helt nyt. Den centrale kedel skulle for at kunne holde længere end hidtil være af kobber. Imidlertid viste dette sig også at være forbundet med vanskeligheder, idet man havde svært ved at få sammenlodningen til at holde. Det skulle vise sig, at denne kobber kedel gav anledning til adskillig flere problemer, end leverandøren og kredsen havde tænkt sig. Varmeforsyningen af sygehuset var periodisk meget dårlig til gene for især behandlingen af patienter med tuberkulose. Man mente at en konstant rumtemperatur var et væsentligt moment i helbredelsesprocessen.

Året 1899 bød på flere forbedringer. Man fik indrettet et »bakteriologisk og kemisk arbejdsværelse«. En meget vigtig bestanddel var et mikroskop, som man havde fået foræret af et universitetsinstitut i Göttingen. Sygehuset havde tillige fået en almindelig mikrotom og en frysemikrotom, der blev installeret i dette rum.²

Man kunne nu yderligere undersøge blod, eksudater,³ ekskreter⁴ og foretage Widals reaktion.⁵ Det var herefter muligt at undersøge, om der i de nævnte materialer var tuberkelbaciller, difteri eller »influenzabaciller«, som der står, pneumokokker og – det var især vigtigt – gonokokker.

I 1899 skete der yderligere det betydningsfulde, at sygehuset blev tilsluttet byens strømforsyning. Dette medførte, at man fik bedre lys

på sygehuset. Især blev det fremhævet, at det konstante og gode lys var af uvurderlig betydning i operationssalen. Det var nu blevet muligt at foretage operationer på tidspunkter, hvor lysforholdene var dårlige. Der var imidlertid også en anden væsentlig årsag til at man skiftede »Gasglühlicht« = gasglødelys ud med elektricitet. Man havde registreret betydelige gener ved at operere ved denne form for belysning.⁶

Som led i den store flådemanoevr, der blev afholdt 1901, hvor der bl.a. var opankret et større antal krigsskibe i fjorden, fik sygehuset besøg af prinsesse Irene af Preussen. Hendes mand var tjenestegørende ved den flådeenhed, der lå i Aabenraa fjord. Samme år holdt »Verein Schleswig-Holsteinischer Aerzte« årsmøde i Aabenraa. Lægerne besøgte det moderne og veldrevne sygehus og så Otto Wiemer foretage en større operation. Wiemer reopererede en patient, der havde et barnehovedstort ventralhernie (= bugvægsbrok). Operationen skal have været vellykket.

I 1902 blev dr. Wiemer syg og var fraværende næsten et ½ år fra sygehuset, hvilket forklarer faldet i den operative aktivitet det år. *Dr. Huss* (1865-1940), der var praktiserende læge i Aabenraa, fungerede som vikar.

I 1903 fik sygehuset sit første røntgenapparat »ein vollständiges Röntgeninstrumentarium aus dem elektronischen Laboratorium in Aschaffenburg, System Dessauer«.

Fra 1903 kunne man telegrafisk rekvirere tog fra stationen i Aabenraa. Man havde gjort den erfaring, at en hurtig og skånsom transport af syge og tilskadekomne var af stor betydning for helbredelsen. Derfor anbefalede kredsen, at de syge blev bragt til nærmeste jernbanestation, hvortil toget ville kunne komme så hurtigt som muligt – også udenfor den almindelige køreplan.

I 1903 blev sygehuset tilsluttet byens vandforsyning. Det havde den store fordel, at vandet havde en konstant god kvalitet, hvad det vand, sygehuset hidtil havde fået fra sin egen boring, ikke havde haft. Som årsag til at vandkvaliteten svigtede anføres, at den nyanlagte banegård forurened grundvandet så meget, at det faktisk ikke kunne bruges mere. En ulempe var der dog forbundet med dette nye arrangement. Man kunne ikke få vand op på første sal på grund af svigtende tryk.

Medens man i vid udstrækning havde gjort sig umage med at få en god belægning på sygehuset for om muligt at få driften til at hvile i sig selv, blev belægningen efterhånden til en overbelægning. I en artikel i Apenrader Zeitung af 19.10.1905 gjorde avisen i meget diplomatiske vendinger opmærksom på overbelægningsproblematikken. I en skrivelse til kreds dagen 28. marts 1906 redegjorde dr. Wiemer på 16 tæt skrevne sider for det store problem, som overbelægningen var for sygehusets drift. Forholdene var blevet for trange, og sygehuset opfyldte i realiteten ikke de bestemmelser, der var gældende for drift af et tidssvarende sygehus.

Det er interessant at se, hvad dr. Wiemer forklarede denne ret betydelige stigning i antallet af indlæggelser med. Han nævner således de socialpolitiske tiltag her især sygekasserne og ulykkesforsikringsordningen, endvidere etableringen af »Dienstboten Abonnement«. Flere patienter, der havde et stort plejebæhov, blev henvist af »Landesversicherungsanstalt«. Endvidere nævner han det gode ry, sygehuset havde som værende veludstyret med moderne instrumenter til både terapi og diagnostik.

Når man ser på tabel 3, er det iøjnefaldende, at der sker en stigning i antallet af indlæggelser, men en endnu større stigning i antallet af operationer. Dette til trods for, at der som omtalt i 1897 var indlagt et stort antal patienter med tuberkulose. Stigningen i den operative aktivitet kan utvivlsomt henføres til de helt moderne og velegnede operationslokaler.

Ser man på den operative aktivitet, lægger man især mærke til, at der næsten ikke er foretaget operative indgreb på urinvejene (urologiske

Tabel 3 Stigning i antallet af indlagte patienter og stigningen i den operative aktivitet.

År	Stigning i antal af indlagte pat. i procent 1893=100%	Stigning i antal af operationer i procent 1893=100%
1893	100%	100%
1898	171%	228%
1903	182%	328%
1919	262%	367%

indgreb). Endvidere var der påfaldende få operationer på de kvindelige kønsorganer (gynækologiske indgreb) og kirurgiske indgreb i tilslutning til fødsler (obstetriske indgreb). Der foreligger dog den mulighed, at registreringer dengang var en helt anden end i dag. Dette forhold er ikke nærmere vurderet.

Når man i øvrigt ser på, hvilke operationer, der blev udført konstateres, at der både er blevet opereret for klumpfod, foretaget amputationer af underben (crusamputationer), amputationer af hele arme, fjernelse af mandens sten, operationer for tyktarms- og brystkræft, fjernelse af mandler og fjernelse af øjeæblet. Der blev hyppigt foretaget kirurgisk åbning af luftrøret (tracheotomie). Ud over kirurgiske lidelser var der indlagt patienter med medicinske sygdomme, især infektiøse. En betydelig gruppe patienter, som var indlagt, ville man i dag ikke drømme om at indlægge, det var patienter med fnat og andre hud- eller kønssygdomme.

I 1890-erne skete der betydelige landvindinger indenfor det medicinske område. Aabenraa sygehus var, hvad anvendelsen af nye medicamenter og behandlingsprincipper angår, meget fremmelig. Otto Wiemer indførte i 1892 difteriserum og var meget optimistisk, hvad denne landvinding indenfor difteribehandlingen angik.⁷ Naturligvis var man i starten skeptisk, og først i 1894 fik serumterapien sit gennembrud. Samme år blev der udført i alt 22 tracheotomier. Difteri var i perioden op til midten af 1890-erne langt den hyppigste »innere Krankheit«. Det vil med nutidig sprogbrug sige medicinsk sygdom.⁸

En betydelig landvinding indenfor medicinen var, da Robert Koch (1843-1910) mente at have fundet et betydningsfuldt stof til bekæmpelse af tuberkulose. Den første meddelelse om tuberkulin kom Koch med ved et foredrag i Berlin 1890, og Aabenraa sygehus var allerede i 1892 blandt de sygehuse, der anvendte stoffet. De lokale aviser berettede om meget gunstige behandlingsresultater.⁹

For at konsolidere sygehusets økonomi, lagde man megen vægt på, at der blev indlagt patienter, som var selvbetalende. I beretningerne fra 1897 og 1903 ser man følgende fordeling:

Tabel 4 Indlagte patienter på de forskellige klasser.

Tid	1897	1903
Klasse I	9	18
Klasse II	15	55
Klasse III	336	545

Som man ser, udgjorde selvbetalere (Klasse I) en ganske ubetydelig del.¹⁰ De, der havde råd til det, blev behandlet i hjemmet, og kun i nødstilfælde lod man sig indlægge. Blandt denne gruppe af patienter tog man, når det drejede sig om vanskelige tilfælde til Diakonisseanstalten i Flensborg, eller hvis det var meget alvorligt til universitetssygehuset i Kiel.

Medens man således fik foretaget moderniseringer af stor betydning for sygehusets drift, måtte det dog lide den tort, at Kreisphysikus og Medizinalrath fra Kiel i 1907 krævede, at de sanitære forhold straks blev bragt i orden. Der var på hele sygehuset en ganske utålelig stank,

Denne kautionsforpligtelse skulle alle patienter have underskrevet før indlæggelsen. Såfremt man ikke havde tegnet nogen forsikring eller var ansat, måtte man selv betale. Den overordnede filosofi var, at driften skulle hvile i sig selv. (LA Aab.).

Es wird hierdurch die Aufnahme von *Christine Jensen*
aus *Warmitz* in das Kreiskrankenhause in Apentrade beantragt und verpflichtet sich der
Unterszeichnete als Selbstschuldner und Cautionist sämtliche dadurch entstehende Kosten, namentlich auch
die Verpflegungskosten, nach dem für die IIIte Klasse festgesetzten Preis also mit *1 Mk 50 Pf*
für jeden Tag der Verpflegung, einschließlich des Tages der Aufnahme und des Tages der Entlassung,
sowie alle etwaigen Auslagen der Krankenanstalt, an die Kreiskommunalkasse in Apentrade, innerhalb 8
Tagen nach Empfang der desfallsigen Rechnung einzuzahlen.

Apentrade den *17. 4.*

18 *98*

Christine Jensen

som hverken patienter eller personale med rimelighed kunne affinde sig med.

I 1908 filosoferer dr. Wiemer over, hvorfor de fleste, der blev indlagt, var mænd i alderen 20-40 år. Der blev kun indlagt få børn og gamle. Endvidere nævner han, at det af mangel på pladser ikke har været muligt, at placere patienterne efter deres specielle lidelse, men at man fortsat blev nød til at placere dem efter køn.

Det nævnes, at man var begyndt at tilbyde unge kvinder, der ønskede det, en 3 måneder varende uddannelse på sygehuset. Den havde som sit hovedsigte at bibringe dem en vis viden om sygdomme og pleje af akut tilskadekomne og alvorligt syge. Denne uddannelse skulle ikke sidestilles med en uddannelse til diakonisse eller andet erhvervsmæssigt plejepersonale. Hensigten var kun at give de unge piger en vis grundviden, som de kunne anvende også i deres fremtidige virke som hustru og moder.

På et møde i kredsagen 27. april 1911 var eneste punkt forhandling om udvidelse af kreds-sygehuset. Man havde alt for få enkeltværelser til de alvorligt syge. Endvidere havde der det sidste års tid været en sådan overbelægning, at man havde været nødt til at bede diakonisserne flytte over på navigationsskolens loft (sygehusets nabo), fordi man så sig nødsaget til at inddrage deres værelser under loftet på selve sygehuset, for at kunne anbringe de oppegående patienter der.

Kredsagen besluttede enstemmigt ved mødet 3.5.1911 at udvide sygehuset med en østfløj indeholdende:

2 værelser med 6 senge

3 værelser med 3 senge

3 værelser med 1 seng.

Nye tider begyndte, og 1. verdenskrig brød ud. Den fik en afgørende betydning for den videre udvikling af sygehuset. Dr. Jansen drog kort efter, at han havde fået overdraget stillingen, i krig som kirurg.

Der var i den præjsiske stat en bestemmelse, at sygehuse var fritaget for indkvartering af soldater. Dog kom sygehuset i Aabenraa til at mærke de grufulde ting, der skete på slagmarkerne rundt omkring i Europa. Sårede og rekonvalescenter blev i stor udstrækning behandlet på sygehuset.

Krigsperioden indebar store forsyningsmæssige problemer, dog ikke så meget hvad fødemidler angik, idet man delvis var selvforsynende. Bag sygehusbygningen havde man en stor have. Her dyrkedes grøntsager, og man holdt høns og svin.

Problemerne var i højere grad centreret omkring tilførslerne af kul til opvarmning af centralvarmeanlægget. Ligeledes var der vanskeligheder vedrørende forsyningerne med medikamenter og forbindsstoffer og andre medicinske hjælpemidler. Leverancer af disse var primært forbeholdt militærlazaretterne og blev kun tildelt de civile sygehuse i forhold til den aktivitet, man der udfoldede. Forbindsstoffer var direkte rationeret og blev kun udleveret, når bestemte blanketter i udfyldt stand blev indsendt til et centralt fordelingssted.

KILDER OG NOTER

1. Den aseptiske metode ved sårbehandling var en videreudvikling af de forestillinger, som den engelske kirurg (Lord) Joseph Lister (1827-1912) først havde postuleret og udviklet i 1860-erne og 1870-erne (= antiseptiske metode). Rødderne til den aseptiske metode kan føres tilbage til den østrigske gynækolog I. Ph. Semmelweis (1818-1865), der allerede 1847 som konsekvens af de iagttagelser, han havde gjort på fødegangen, indførte krav om, at alle, der foretog obstetriske indgreb, skulle vaske deres hænder. Instrumenter og forbindsstoffer skulle renses. Selve den aseptiske metode var udviklet af Prof. dr. med. Ernst von Bergmann (1836-1907) i Berlin ca. 1885. Hans medarbejdere forfinede metoden, således at den var fuldt udviklet i 1891. Det nye i denne idé var, at man kun benyttede redskaber og forbindsstoffer, der var blevet steriliseret ved hjælp af vanddamp. Bergmann propagerede i starten for desinfektion med sublimat. Denne form for desinfektion var imidlertid ikke ufarlig. Bergmanns assistent Carl Schimmelbusch (1860-1895) kunne i midten af 1880-erne bevise, at vanddamp havde en uovertruffen kimdræbende virkning. Det var dette princip man havde introduceret ved byggeriet af sygehuset i Aabenraa. O. Wiemer har skrevet en lille pjece om den aseptiske sårbehandling, som den blev praktiseret på Aabenraa sygehus.
2. En mikrotom er et apparat til fremstilling af meget tynde vævssnit. Den bruges til fremstilling af histologiske præparater til mikroskopisk undersøgelse.
3. Ved exsudater forstår man udskillelse af væske fra celler eller årer på grund af betændelse.
4. Ekskreter afsondres fra organismen, idet de indeholder stoffer, der ikke mere deltagere i organismens husholdning.
5. Reaktionen er opkaldt efter den franske læge G. F. I. Widal (1862-1929). Undersøgelsen benyttes til at påvise, om patienterne kan være smittet med salmonella bakterier og i givet fald af hvilken undergruppe. Salmonella fremkalder hos mennesket den sygdom, man kalder tyfus.

6. I en artikel i Zeitschrift für Medizinalbeamte 1893 nr. 3 blev der gjort rede for en tragisk hændelse i tilslutning til en operation, hvor man havde brugt kloroform som bedøvelsesmiddel, og belysningen havde været gasglødelys. Ved operationen deltog 2 læger og 4 sygeplejersker. Alle blev meget syge, idet de fik voldsom åndenød, blev cyanotiske, fik svær hoste og et ustabilt blodtryk. Den ene sygeplejerske døde. Patienten overlevede. Som årsag til disse tildragelser, der ikke var helt sjældne, nævner forfatteren, at der opstod en kemisk reaktion under dannelse af fosfengas tillige med saltsyre. Fosgen er en farveløs luftart, der er stærk giftig og påvirker respirationsvejene. Denne gas blev under 1. verdenskrig anvendt som giftgas. Dr. Wiemer skrev på en lap papir, der er hæftet på dette tidsskrift, at han ofte, når han opererede med gasglødelys og havde brugt kloroform til bedøvelse, næsten ikke kunne se operationsstuens vægge på grund af dampudvikling.
7. Kun få år i forvejen i 1889 var difteritoxinet påvist af franskmændene Emile Roux (1853-1933) og Alexandre Yersin (1863-1943), og 1890 kom den tyske professor og videnskabsmand, Emil von Behring (1854-1919) og den japanske forsker Shitataburo Kitasato (1852-1931) med deres publikation vedrørende antitoxiner og forståelsen af serumterapien ved difteri. Emil v. Behring modtog som den første læge Nobelprisen 1901.
8. Difteri er en sygdom betinget af bakterier (*Corynebacterium diphtheriae*), der bliver overført ved hoste og nysen. Det livsfarlige ved denne sygdom er, at der kan udvikle sig tykke belægninger i svælget og strubehovedet, som kan give anledning til kvælning, når de rives løs. Under de dårlige boligforhold, der herskede dengang, har de svage og underernærede, især børn, været lette ofre for denne sygdom. Det er her, man ser årsagen til det forholdsvis store antal tracheotomier, der blev foretaget på Aabenraa sygehus. Wiemer oplyser, at langt de fleste tracheotomier kunne lukkes efter 2-3 dage. Kun i undtagelsestilfælde måtte den lades åben i en længere periode.
9. Først med de to franske forskere Albert Calmettes (1863-1933) og Camille Guérins opdagelse af en ny vaccine i 1926 var det muligt at beskytte mod tuberkulose.
10. Klasse inddelingen var udtryk for den »pensionspris«, man skulle betale. Når man var indlagt på klasse I, havde man et møbleret eneværelse. I denne pris var inkluderet varme, lys og fri kost svarende til en god borgerlig kost, lægeordineret diæt var gratis. Separat skulle betales for lægebehandling, medicin, forbindsstoffer, serum, røntgenoptagelser, narkose, bade og anden form for fysioterapi. Klasse II patienter var indlagt på 2 sengsværelser. Lægebehandling var gratis, ligesom kost og pleje. Patienterne skulle iøvrigt betale for de samme ydelser som klasse I patienter. Patienter i klasse I og II kunne vælge at lade sig behandle af en anden læge end af sygehusets læge. I så fald skulle man dog selv betale for behandlingen. For klasse III patienter var behandlingen gratis. De var indlagt på flersengsstuer og denne gruppe patienter skulle, som klasse I og II patienter, selv betale for vin, øl og mineralvand samt serum.

To klagesager anno 1905

Det er en misforståelse at tro, at det skulle være en nymodens opfindelse at klage over læger eller andet sygeplejepersonale på grund af en behandling eller pleje, der af patienterne er blevet opfattet som værende dårlig eller direkte fejlagtig.

Der findes i arkiverne adskillige klagesager, der var foranlediget af et ophold på sygehuset i Aabenraa. Klager dengang blev stilet til kredsen, der behandlede dem og afgjorde, hvad der videre skulle ske. Kredsen var, som tidligere nævnt tillige den myndighed, der ansatte lægerne. De to sager, som kort gengives nedenfor, kan siges at være prototypen på klager fra den tid.

Den ene sag drejede sig om en mand, der var blevet indlagt af dr. Anders Schmidt på grund af smerter i det ene knæled. Opståelsesmåden er ikke klart angivet i de forskellige skrivelser, men noget sikkert slag eller et fald skal der ikke have været forud for smerternes indtræden. Patienten fremførte i sin klage som første punkt, at han ikke blev tilset af en læge i det første døgn efter indlæggelsen på Aabenraa sygehus, og at der af samme grund ej heller blev foretaget noget som helst behandlingsmæssigt det første døgn, hvilket efter hans mening belastede sygekasserne unødigt. Hertil svarede dr. Wiemer, at han udmærket huskede patienten, og at dr. Schmidt havde været på sygehuset, da klageren blev indlagt. Dagen efter indlæggelsen påbegyndte man forskellige behandlinger så som varme bade, omslagsbehandling etc. Dette var blevet aftalt med dr. Schmidt på indlæggelsesdagen. Patienten ytrede imidlertid allerede de første dage på sygehuset stor utilfredshed med behandlingen skriver dr. Wiemer.

Endvidere nævnte patienten i sin klage, at han, før han blev opereret, ikke var blevet informeret om indgrebets beskaffenhed og eventuelle følger. I givet fald ville han aldrig have underkastet sig operationen.

Hertil svarede dr. Wiemer, at det var sygehusets politik at informere patienterne om alt, hvad der skulle ske med dem under indlæggelsen, og hvad der evt. kunne ske under en operation. Imidlertid fandt man ved operationen hos denne patient helt uventede ting, som det ikke

havde været muligt at forudse, og derfor mente dr. Wiemer heller ikke, at man kunne have informeret bedre end sket var.

Det blev i Wiemers skrivelser flere gange pointeret, at patienten længe havde gået med sit dårlige knæ og allerede før operationen havde nedsat kraft i benets muskler. Ved operationen fandt man store knækapsselflige, der næsten helt udfyldte knæleddet, og en mus (= afsprængt knoglestykke).

Patienten klagede endvidere over, at han efter at være blevet udskrevet fra sygehuset, hvilket i øvrigt efter hans mening skete alt for tidligt, ikke var fuldt erhvervsdygtig, og at man fra sygehusets side havde »overladt« ham til fattigvæsenet.

Til dette klagepunkt svarede dr. Wiemer, at klagerens ledgener næppe var opstået i tilslutning til nogen overbelastning eller fejlbehandling af knæet, men var en sygelig tilstand i knæleddet.

Patienten fik ikke medhold i sin klage i kredsagen. Han klagede derfor også til Landesversicherungs Anstalt med henblik på at få erstatning. Wiemer slutter sin redegørelse til Landesversicherungs Anstalt med, at patienten ved udskrivelsen havde gener i knæet, men at hans resterhervsevne nok burde kunne medføre, at han udførte et lettere arbejde, som f.eks. det han havde, før han blev indlagt på sygehuset. Det hele drejede sig efter Wiemers mening ikke om manglende arbejdsformåen, men mere om uvilje til at arbejde. Patientens klager blev også afvist af forsikringsanstalten.

En anden klagesag, der skal gengives blev ligeledes rejst i 1905. Denne gang klagede en midaldrende dame fra Løjt over, at hun ikke var blevet tilset af en læge straks den sene eftermiddag, hun var blevet indlagt, idet hun på grund af et dobbeltsidigt benbrud havde mange smerter.

Først næste dag så hun en læge og da først sent på formiddagen. Da hun således mente, at hun ikke ville blive behandlet på sygehuset, havde hun opfordret bekendte til at hente hende. I sygehusets »Krankenkorb« havde man derefter båret hende ned til jernbanestationen. Herfra var det hendes agt at tage toget til Vamdrup. Imidlertid kom hun for sent, toget var kørt, og hun måtte vente på stationen. Efter nogen tid kom der nogle mænd fra sygehuset for at hente den omtalte

Di Ana Kramer i Brande (bi Hofst. Trautz,
lebet an Lambago („Gyngesjök“))

und ist die Aufnahme ^{der} ~~der~~ selben in das Kreis-Krankenhaus erforderlich.

Rente, den

7. IX.

1898

O. Wiemer

Aufnahme gestattet.

Rente, den

1899

Für die durch obige Aufnahme in das Kreis-Krankenhaus entstehenden Kosten haftet der Unterzeichnete.

Rente, den

1899

Indlæggesseddell fra 1898, underskrevet af Otto Wiemer. Patienten havde »Hexenschuss«. I forhold til de indlæggesseddler, der skal udfyldes 1992, er denne meget ukompliceret. (LA Aab.).

»Krankenkorb«. Dette modsatte hun sig, men måtte til sidst aflevere den. Herefter så hun sig nødsaget til at ligge på en af stationens hårde, kolde og ubehagelige bænke, hvilket udløste yderligere smerte.

Af dr. Wiemers meget lange svar fremgår det, at det var ham selv, der havde tilset hende og foranlediget indlæggelsen. Imidlertid havde han på intet tidspunkt indtryk af, at hun havde et dobbeltsidigt benbrud.

Transporten til sygehuset forløb ganske uden problemer, og hun havde ved ankomsten ikke fremført nævneværdige smerteklager. Sygeplejerskerne havde fået besked om, hvordan de skulle behandle

hende, indtil han kom på sygehuset næste dag. Næste formiddag blev han opsøgt af en bekendt til patienten, der ønskede, at han accepterede, at patienten måtte forlade sygehuset for at lade sig behandle af en meget kendt og af læger misbilliget ledsætter i Vamdrup nord for Kongeå-grænsen. Endvidere ønskede man, at sygehuset sørgede for transporten til banegården. Wiemer afslog dette. Imidlertid gik patientens bekendt op på sygehuset og fortalte, at patienten i sygehusets »Krankenkorb« skulle bringes ned til banegården. Da Wiemer senere på formiddagen mødte op på sygehuset og erfarede, hvad der var sket, sendte han straks sygehusets karl ned efter kurven. Men først efter at have sendt endnu en karl ned efter den, var det muligt at få den udleveret. Wiemer erfarede senere, at patienten kort tid efter behandlingen hos ledsætteren i Vamdrup kunne gå helt ubesværet. Som et lille apropos kan det nævnes, at patienten ikke var medlem af nogen sygekasse, der kunne betale for opholdet på sygehuset, og at hun det første døgn ikke ville oplyse de personlige data til diakonisserne. Først næste dag kunne regnskabsføreren, der kendte hende personligt, oplyse at hun var formuende. Det blev derfor meddelt hende, at hun selv skulle betale for opholdet på sygehuset. Det skal have været efter denne oplysning, hun ønskede at forlade sygehuset og gjorde det under de beskrevne omstændigheder.

Takst og takt – klassisk konflikt mellem læger og politikere

Takstregulativerne ved Aabenraa sygehus blev med jævne mellemrum ændret og korrigeret svarende til den almindelige prisudvikling. Dette havde i alle årene været et rent rutineanliggende. Ved udarbejdelsen af et nyt regulativ i 1913 besluttede kredsdagen at korrigere lidt i satserne og rette lidt i teksten hist og her. Især havde man interesseret sig for de bestemmelser, der var gældende for de indlagte patienter. Det var små korrektioner, der ved umiddelbar gennemlæsning slet ikke var iøjnefaldende, men ved nærlæsning fik det hårene til at rejse sig på den ledende læge Otto Wiemer.

Det havde indtil da været sådan, at lægerne for klasse I patienter fik

en særskilt betaling for den specielle behandling, de fik under indlæggelsen. Dette kunne være ved røntgenundersøgelser, elektriske behandlinger, badebehandlinger, operationer og de dertil knyttede nar-koser. Dette var også i store træk gældende for patienter indlagt på klasse II.

Ved fastsættelsen af det nye takstregulativ slettede man imidlertid den del, der tidligere havde omhandlet lægens ret til disse særskilte honorarer for klasse II patienter. Man skrev ganske kort i § 2 afsnit 2 »Aerztliche Behandlung durch den Anstaltsarzt, Krankenpflege und Beköstigung ... sind frei«.

Forud for kredsagens behandling af de ny takster for kreds-sygehuset var der indkommet klager fra patienter, der havde været indlagt på sygehuset og havde følt det uretfærdigt, at de skulle betale for særlige ydelser som f.eks. operationer. Dette var nok den egentlige årsag til, at man ændrede § 2, dog uden at forhandle med lægen, der havde sit arbejde på sygehuset.

Dr. Wiemer reagerede hurtigt og meget kontant. Han anførte i sin skrivelse til kredsens som noget meget væsentligt, at forholdene ved sygehuset, hvad klasse II patienter angik, hidtil havde været som ved de fleste andre tyske sygehuse.'

Denne skrivelse fik dog ikke kredsagen til umiddelbart at ændre holdning. På et møde i kredsagen blev Wiemers indvendinger enstemmigt afvist, idet man ikke ønskede den tidligere ordning vedrørende klasse II patienterne genindført.

Ved en del møder og en livlig korrespondance blev man dog enige om, at kredsagen skulle indhente oplysninger fra andre sygehusbestyrelser. Fra 14 forskellige sygehuse i hele det tyske rige fik man redegørelser om betalingsforholdene for klasse II patienter. Det viste sig, at disse patienter ved alle sygehuse skulle betale særskilt for operationer udført af sygehusets læger.

For ikke at tabe ansigt indførte kredsagen derpå nogle nye bestemmelser for klasse II patienterne. Disse skulle for fremtiden betale for plejen, fortæring, medicin, vin, forbindsstoffer, røntgenundersøgelser og serumbehandling. Hjælp fra anden læge skulle honoreres særskilt.

Ved operationer gav kredsens et tilskud, der svarede til de takster, der var nedfældet i en aftale fra 1896. Denne aftale dannede grundlag for taksterne for den lægelige behandling i det tyske rige. Man opererede med flere takstgrupper. Kredsens fastslog, at man ville betale svarende til den laveste hhv. mellemste sats. Dog var der blandet malurt i dette forslag. Kredsens fastslog nemlig, at det skulle være den ikke korrigerede takst fra 1896. Det vil sige en takst, der var næsten 20 år gammel! Dette forslag vedtog kredsens derefter i marts 1914 – enstemmigt.

KILDER OG NOTER

1. Aab. ldr. Kredssygehuset. Wichtige Sachen des Kreiskrankenhauses. Skr. af 25.8.1913 (La. Aab.).

»Leitender Arzt« og andre læger ved kredssygehuset«

Otto Wiemer var enelæge al den tid, han virkede ved kredssygehuset i Aabenraa. Fra 1905 var han tillige læge ved tuberkulose afdelingen, som man var ved at opbygge, og blev ved etableringen af Tuberkulose hospitalet i 1911 tillige cheflæge ved dette.

Otto Wiemer var imidlertid syg i lange perioder. Han kunne således efterhånden ikke overkomme det betydelige arbejde, det var at være ledende læge ved et ikke helt lille sygehus, hvor specielt den kirurgiske aktivitet var betydelig, og samtidig være praktiserende læge og desuden varetage andre gøremål.

I januar 1913 besluttede kredsens derfor at stille O. Wiemer et ultimatum. Enten skulle han genoptage sit arbejde på sygehuset i fuldt omfang, eller også så man sig nødsaget til at afskedige ham og ansætte en anden læge.

For dog at aflaste dr. Wiemer besluttede kredsens sig til at ansætte praktiserende læge dr. Schmidt fra Aabenraa som ledende læge ved Tuberkulose hospitalet fra februar 1913.¹ I en skrivelse fra landråden fik Schmidt imidlertid meddelelse om, at han ikke ville få sin kontrakt forlænget, idet kredsens ønskede, at han fratrådte sin stilling den 1.8. 1913.^{2, 3}

Landråd v. Uslar havde været i Stralsund for at aftale tiltrædelse af den »2. leitender Arzt«. Man havde fået kontakt med dr. Jansen, der virkede som læge på den kirurgiske afdeling ved »Städtisches Krankenhaus« der. Uslar underskrev en kontrakt med Jansen, om at han skulle tiltræde stillingen i Aabenraa som læge både ved sygehuset og Tuberkulose hospitalet den 1.8. 1913. I en skrivelse af 1. nov. 1913 til kreds dagen havde dr. Wiemer meddelt, at han ønskede sygeorlov indtil 31.12. 1913, da det var hans ønske at fratræde sin stilling ved udgangen af 1913. Man bevilgede ham den ønskede orlov indtil årsskiftet 1913/1914.

Som efterfølger udnævnte man dr.med. Karl Max Jansen (1884-1938) til »Oberarzt« ved sygehuset fra den 1.1. 1914 at regne. Differentieringen mellem »leitender Arzt« og »Oberarzt« er ikke uden interesse. Som »leitender Arzt« havde Wiemer ansvaret for den lægelige side af sygehusets drift. Imidlertid måtte alle læger, der praktiserede i kredsen indlægge og behandle deres patienter på sygehuset. Dette skete dog kun sjældent.

Med Jansens udnævnelse skete der det afgørende nye, at kredsen fuldtidsansatte lægen og betalte hele hans løn. Aktiviteten på sygehuset var nu også kommet op på et helt andet niveau. Man var desuden begyndt at tænke på at ansætte yngre læger (Assistensärzte). For at gøre dette, krævede lovgivningen en fuldtidsarbejdende ledende læge, det man med vores nuværende terminologi vil kalde en overlæge.⁴

Allerede i begyndelsen af 1900-tallet var der en vis interesse for at få læger ud på de mindre sygehuse for der at lære den praktiske lægegering at kende. Fra 1904 findes en skrivelse til landråd v. Uslar fra O. Wiemer, i hvilken der redegøres for, hvad en »Assistensarzt« (= reservelæge) kunne få ud af en ansættelse ved Aabenraa sygehus, og hvad Wiemer forventede af en yngre assisterende læge. Denne og en følgende skrivelse er interessante derved, at de genspejler, hvad man foretog sig på sygehuset på den tid. Først nævnes det, at kreds sygehuset var et alment sygehus, som modtog alle slags patienter. Det blev dog pointeret, at psykotiske (= sindssyge) kun i yderste nødstilfælde kunne anbringes på sygehuset, men ikke i længere perioder. Som de to vigtigste arbejdsområder nævnes i følgende rækkefølge »Phisnothera-

pie (= lungesygdommes behandling) und die praktische Chirurgie«. Wiemer nævner, at på grund af den bredde, som den kirurgiske virksomhed havde, var mulighederne for selv at opnå kirurgiske færdigheder ganske betydelige. Det nævnes således, at man kunne påregne mindst et ugentligt abdominal-kirurgisk indgreb. Den unge læges arbejdsområder kunne summarisk beskrives som følger:

1. Regelmæssig stuegang hver formiddag med sygeplejerskerne.
2. Stuegang sammen med den ledende læge.
3. Assistere ved alle operationer, større forbindsskift og vanskelige undersøgelser.
4. Overvågning af badeproceduren, massage, instituerede øvelser og elektriske behandlinger.
5. Udførelse af de for diagnostik og behandling nødvendige laboratoriemæssige undersøgelser, såsom kvantitative undersøgelser ved titrering eller vejning, mikroskopiske undersøgelser, f.eks. for bakterier, dyrkning for bakterier, røntgen undersøgelser etc.
6. Kontrol af desinfektions- og sterilisationsproceduren af de kirurgiske genstande, der blev benyttet, såvel redskaber som forbindsstoffer, suturmateriale etc.
7. Udfærdigelse af journaler, statistiske oplysninger og lægeerklæringer.
8. Han skulle i den ledende læges fravær vikariere for denne.

Man mente ikke at kunne have en yngre læge boende på sygehuset blandt det medhjælpende kvindelige personale. Man foreskrev derfor, at han skulle bosætte sig få hundrede meter fra sygehuset i området mellem »Hotel Danmark« og »Schweizerhalle« (= det nuværende Folkehjem). Baggrunden for dette krav om bopæl var, at han hurtigt skulle kunne tilkaldes, ifald der var behov for ham på sygehuset. Ansættelsen var af en varighed på 1 år med 3 måneders opsigelse fra begge sider.

Så vidt man kan se, har der ikke været ansat yngre læger ved sygehuset efter disse retningslinier. I Wiemers fravær vikarierede en af byens praktiserende læger. I 1913, det år Wiemer fratrådte sin stilling ved kredssygehuset, fik man formaliseret ansættelseskontrakterne for

de læger, der ønskede ansættelse ved sygehuset i Aabenraa. Heraf fremgik det klart, at den nyansatte læge selvstændigt skulle stå for driften af Tuberkulose hospitalet. Han fik nu stillet kost og logi til rådighed på selve sygehuset. Endvidere garanterede kredsens den nyansatte læge, at han ville kunne forvente biindtægter på over 800 Mark pr. år. (Lønnen var sat til 1.800 Mark pr. år). Udover lungepatienterne skulle han tilse de patienter, som den ledende læge ikke ønskede at behandle samt den gruppe af klasse I patienter, der ikke udtrykkeligt ønskede sig behandlet af den ledende læge. Han havde endvidere opsynet med de hygieiniske forhold på sygehuset, undervisning og uddannelse af plejepersonalet og skulle vikariere for den ledende læge.

Samtlige skriftlige meddelelser vedrørende sygehuset og Tuberkulose hospitalet skulle åbnes og gennemses af den unge læge, hvorpå han skulle indføre dem i en dagbog og videregive dem til den ledende sygeplejerske og den ledende læge, såfremt han ikke selv kunne besvare dem. Undtaget fra dette var de skrivelser, der vedrørte selve driften af sygehuset, de blev overladt den ledende sygeplejerske. De skulle ej heller indføres i den tidligere nævnte dagbog. Alle lægeerklæringer især vedrørende patienter på lungesygehuset skulle udfærdiges af den unge læge. Samtlige udgående skrivelser fra sygehuset, når man ser bort fra de rent administrative, der ordnedes af den ledende sygeplejerske, skulle udfærdiges og indføres i dagbogen af den unge læge.

Da lægen fra ca. 1914 kunne bo på selve sygehuset, skulle han, såfremt han forlod det, på en tavle meddele, hvor han ville tage hen, således at man til enhver tid kunne tilkalde ham. Han kunne få 4 ugers ferie. Ved længerevarende fravær end tre dage, skulle kredsens tilfaldelse foreligge. Den unge læge skulle uden yderligere udgift for kredsens vikariere for den ledende læge i dennes fravær.

KILDER OG NOTER

1. Aab.kr. Auszug aus dem Kreisausschuss Protokoll, 14. jan. 1913 (LA Aab).
2. Aab.kr. Verwaltungsberichte des Kreisausschusses. 15. 1891-1914. Skr. 29. april 1913 (LA Aab).
3. Anders Schmidt (1864-1918) var født i Emmerlev ved Højer. Han var efter at have arbejdet nogle år som »Assistenzarzt« i Hannover kommet til Aabenraa i nov. 1893 og havde siden praktiseret der. Schmidt blev indkaldt som militærlæge under 1. verdenskrig. Han vendte hårdt såret hjem og døde som følge af de læsioner, han havde pådraget sig i krigen.
4. Beschäftigung junger Aerzte als Hülfssärzte in grösseren Krankenhäusern. Ministerieller Erlass vom 11. Jan. 1879.

Driftsudgifter ved Kredssygehuset

Det er ikke meningen at give et fuldgyldigt indtryk af kredsens regnskab. Imidlertid kan det have interesse at vide, hvor stor en del af kredsens udgifter, der gik til driften af sygehuset i Aabenraa. Nedenstående tabel giver et indtryk af den andel af kredsens budget, der blev anvendt til drift af sygehuset.

1891	14,4%	1904	25,5%
1892	15,6%	1906	11,3%
1894	14,3%	1908	7,5%
1896	16,2%	1910	5,8%
1898	19,1%	1912	6,5%
1900	20,9%	1914	8,3%
1902	20,9%	1916	15,1%

Tabel 1 De procentdele af kredsens udgifter, der gik til drift af kredssygehuset i Aabenraa.
(Kilde: Verber, diverse årgange).

Som man ser, skete der i perioden fra 1908 et betydeligt fald i den del af kredsens udgifter, der blev brugt til sygehusets drift. Dette skyldtes, at kredsens budget steg med næsten 100%, hvorimod udgifterne til sygehusvæsenet kun steg ganske ubetydeligt. Det samlede kredsbudget faldt dog i krigsårene, hvorimod udgifterne til sygehusvæsenet steg lidt.

Der bygges et Tuberkulose hospital i Aabenraa

Landesversicherungsanstalt, der som privat forsikringsanstalt stod for bl.a. behandlingen af tuberkulose, havde i stor udstrækning behandlet patienter med lungetuberkulose ved at tilbyde dem et kurophold, hvor man især lagde vægt på luftens helbredende virkning. For beboere fra Slesvig-Holsten var det mest søgte sted Skt. Andreasberg i Harzen. Forsikringsanstalten havde dog gjort den erfaring, at patienterne efter hjemkomsten meget hurtigt fik det dårligt igen og havde behov for nye kurophold og behandling. Man havde derfor fostret den tanke, om det ikke kunne være lige så godt at placere folk med lungetuberkulose på klinikker i landsdelen. Da der ikke fandtes specielle lungeklinikker her, besluttede man at bruge sygehusene til dette formål. Således blev Johanittersygehuset i Plön udvalgt som behandlingssted for lungesyge tilligemed kurhuset i Skt. Peter Ording og det forholdsvis nybyggede sygehus i Aabenraa, der rådede over helt moderne desinfektionsmetoder.

I 1897 blev der således indlagt 44 patienter på Aabenraa sygehus med lungetuberkulose. Det medførte stor uro blandt de øvrige patienter, men tillige også i selve byen, hvor man frygtede smitten. Retrospektivt kan man sige, at denne angst var uberettiget.

Som en udløber af disse indlæggelser tilskrev O. Wiemer »Deutsches Central-Komité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke« med ønske om, at man måtte få stillet »eine Döckersche Baracke« op ved kredssygehuset. Ultimo 1901 meddelte foreningen, at man var villig til på forsøgsbasis at opstille en sådan barak. En »Döckersche Baracke« var en præfabrikeret bygning, der kunne rumme 10 senge eller et multiplum af dette. Den bestod af træ og kunne med hjælp af medsendte håndværkere opstilles i løbet af få dage.

Materialet var ankommet til Aabenraa nogen tid før håndværkerne og havde ligget ude i et ret regnfuldt vejr. Ingen på sygehuset havde tænkt at anbringe træet tørt endsige planere grunden, hvor barakken skulle opstilles. Da håndværkerne ankom, måtte de fastslå, at de ikke kunne stille barakken op før træet var tørt, og grunden var planeret. Først i slutningen af 1902 blev den derpå opstillet.

Barakken har muligvis ikke været kreeret til de kuldegrader, der kunne herske i Aabenraa. I 1907 klagede Wiemer over, at den ikke kunne opvarmes tilstrækkeligt. Selv om man havde brugt næsten hele sygehusets beholdning af vat og linned til at udstoppe revner og huller i væggene, var det næsten umuligt at få temperaturen over 10 grader.

I vinteren 1906/1907 måtte patienterne affinde sig med temperaturer ned til minus 10 grader indenfor, selv om man fyrede af al kraft. Dette var en uacceptabel tilstand for de indlagte lungesyge. Plejen af disse var derfor også nærmest umulig. Kredsen lovede at forbedre forholdene. Selv om barakken var beregnet til patienter med lungetuberkulose, blev den dog også anvendt som afdeling for patienter med andre infektiøse sygdomme, når der var plads, og vejret var til det.

I begyndelsen af 1900-tallet begyndte antallet af indlæggelser at stige væsentligt på selve kredssygehuset. Dette medførte en aftagende interesse i at modtage »udenbys« patienter med tuberkulose, idet man nu manglede sengepladser til kredsens egne indbyggere.

I tilslutning til en artikel i Apenrader Zeitung den 10.10. 1905, hvor problemet i lidet kontroversielle vendinger blev berørt, skrev dr. Wiemer et 16 sider langt brev til den vikarierende landråd Dryander.¹ På en overbevisende måde advokerede han for en udbygning af kredssygehuset. Samtidig gik han ind for, at man etablerede et selvstændigt Tuberkulose hospital i nær tilknytning til det udvidede kredssygehus. Der blev i de følgende år ført omfattende forhandlinger med Landesversicherungsanstalt både på embedsmandsplan (Landråden) og på lægeligt plan mellem Wiemer og anstaltens læger. Man mente ret tidligt at kunne blive enige om, at Landesversicherungsanstalt ville bygge et Tuberkulose hospital i Aabenraa; den trak sig imidlertid ud af forhandlingerne lige før kontrakten skulle underskrives. Efter nye og flere år varende forhandlinger blev man den 7. juli 1908 enige om en kontrakt angående bygning af et Tuberkulose hospital i Aabenraa.

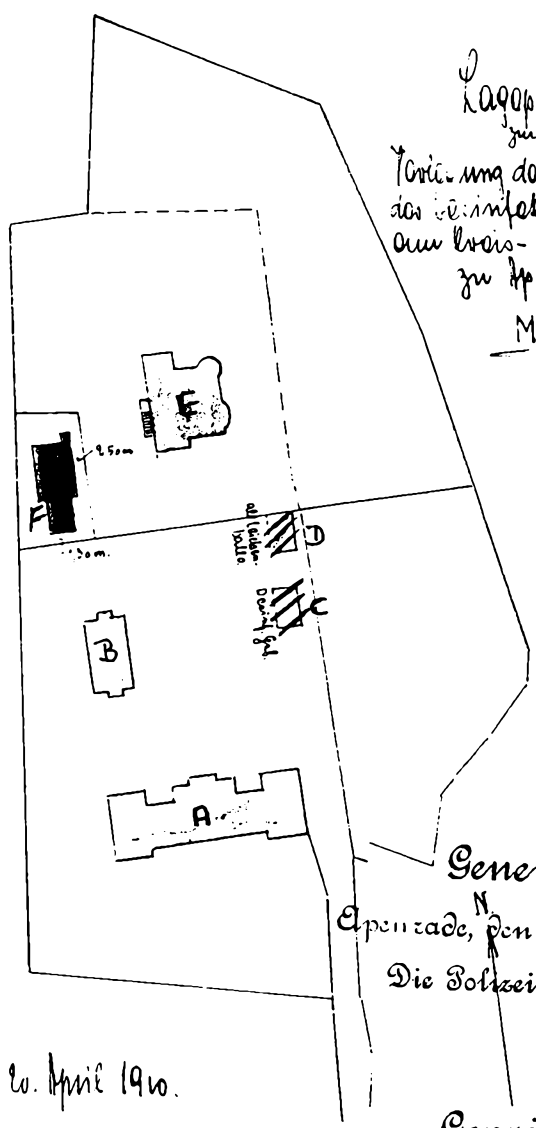
Dette skulle være en af selve sygehuset uafhængig institution, men

Tegningen viser selve hovedbygningens (A) placering i forhold til epidemibygningen (B), desinfektionsbygningen (C), lighuset (D), Tuberkulose hospitalet (E); og den nye desinfektionsbygning (F) er indtegnet. (LA Aab.).

Lagopian
zu

Veränderung der Seitenkalle um
des Beinfaktensgehörtes
am Kreis-Kreisverkehr
zu Apartment.

M. 1:1000.



Genehmigt!

Apentzade, den 20. April 1910.

Die Polizeiverwaltung.

Mikun

Geprüft!

Apentzade, den 30. April 1910.

Herrling

Stadtbaumeister.

Apartmente am 20. April 1910.

O. Langschwager.

dog med en meget nær tilknytning hertil. Ifølge den indgåede aftale kom Tuberkulose hospitalet til at ligge på kredspsygehusets grund, som blev stillet gratis til rådighed, medens Landesversicherungsanstalt betalte selve opførelsen, indretningen og vedligeholdelsen tillige med de løbende udgifter til driften. Dog havde kredsen i den aftale, man indgik med Landesversicherungsanstalt, fået indføjet den bestemmelse, at sygehuset, ifald der var pladser ledig på lungesygehuset, kunne få disse til en pris, der var 50 Pfennig billigere end dagsprisen for en patientdag på III. klasse.

En betingelse for at kredspsygehuset kunne få eventuelle ledige pladser var dog, at de patienter, der blev indlagt på lungehospitalet, ikke led af andre infektiøse sygdomme. De patienter man modtog på lungesygehuset måtte ikke være febrile og tillige have tuberkulose. Endvidere modtog man ikke patienter med tuberkulose i strubehovedet, i mavetarmkanalen eller havde den meget frygtede miliær tuberkulose.

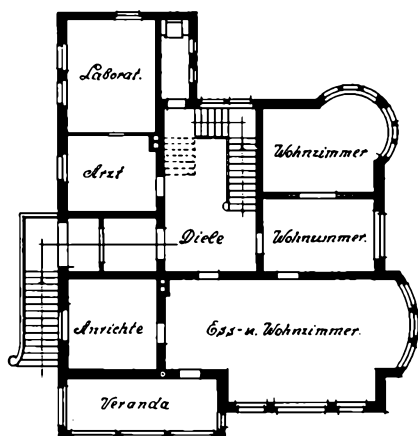
Den behandling, de lungesyge patienter kunne få, var primær hygiejnisk og diætisk, men man kunne også give »tuberkulinterapi«. Desuden kunne man foretage pneumothorax behandling.²

Man var således ikke indstillet på at behandle alvorligt lungesyge mennesker på Tuberkulose hospitalet. Disse opholdt sig som regel i deres eget hjem, hvor de ofte levede under dårlige forhold med få hjælpemidler. Det var et stort problem, at de meget let smittede de mennesker, de boede sammen med. For at lette plejen indrettede man i forbindelse med lungesygehuset et »Fürsorgestelle«. Her havde man forbindsstoffer, spytskåle, tøj, sengetøj, senge etc. der kunne bringes ud til den syge. Man havde i Aabenraa kontakt med menighedsplejen, der vederlagsfrit kunne tilse de lungesyge patienter.³

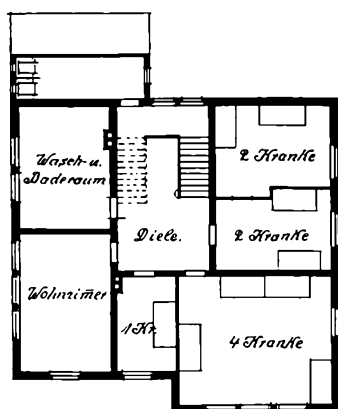
Tuberkulose hospitalet blev indviet i 1910.

KILDER OG NOTER

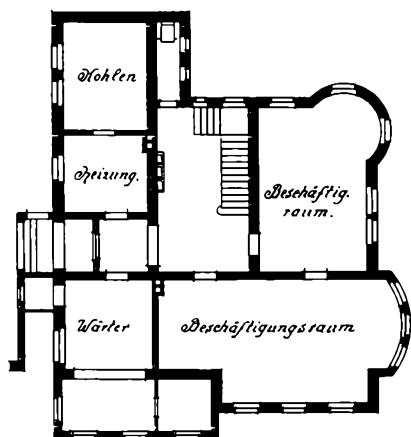
1. Skr. af 26. marts 1906 (Aabenraa kredsrådsarkiv, kredspsygehuset, 21, 1906-1915 Erweiterungsbau des Kreiskrankenhauses. LA Aab.).
2. Skr. af 11. jan. 1911 (Aabenraa kredsrådsarkiv, kredspsygehuset, 8, Lungenheilstätte LA Aab.).
3. Skr. af 13. august 1911 (Aabenraa kredsrådsarkiv, kredspsygehuset, 23, 1910-1916 Fürsorgestelle zur Bekämpfung der Tuberkulose. LA Aab.).



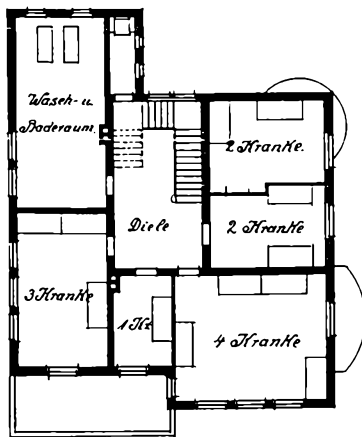
Erdgeschoß.



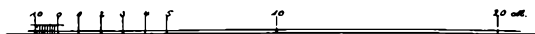
11. Obergeschoß.



Kellergeschoß.



I. Obergeschoß.



Grundrisse der Lungenheilstätte Apenrade.

Billedet viser en grundtegning af Tuberkulose hospitalet, som det så ud lige efter, det blev indviet i 1910. Særtryk af »Krankenanstalten für körperlich Kranke« s. 2).

Sygehuse i Nordslesvig før Genforeningen

Det største sygehus nord for Elben var Städtisches Krankenhaus i Altona, der i 1890-erne havde 446 senge, Diakonisseanstalten i Flensborg havde i 1890-erne 125 senge og Städtisches Krankenhaus i Kiel havde i 1891 ligeledes 125 senge.

	År	Antal senge ca. 1920
Christine Friderikke Stiftelsen i Haderslev (Amtssygehus)	1840 (1860)	72
Haderslev Bysygehus	1894	70
Amtssygehuset i Gram	1860	60
Aabenraa Bysygehus	1853	14
Aabenraa Kredssygehus	1892	80
Tuberkulose Hospitalet, Aabenraa	1908	ca. 30
Marinelazarettet i Sønderborg	1911	ca. 100
Kredssygehuset i Sønderborg	1884	ca. 100
Bysygehuset i Tønder	1898	40
Sygehuset i Højer	1892	12
Sygehuset i Løgumkloster	1894	24

Table 1 Sygehuse i den nordlige del af Slesvig (= Sønderjylland) anført med antal senge og opførelsesår.

Ved genforeningen overtog Danmark således et sygehusvæsen, der i væsentlig omfang var af ny dato, idet 8 ud af 11 bygningskomplekser var opført i perioden 1890-1910. De var dog en del nedslidte på grund af, at man under 1. verdenskrig ikke i større omfang foretog forbedringer.

Kredssygehuset under 1. verdenskrig

Den 1. august 1914 brød første verdenskrig ud. Denne fik stor indflydelse på udviklingen af sygehuset i Aabenraa. I forsommeren 1914 havde man allerede i det små indstillet sig på, at evt. krigshandlinger kunne komme til at berøre Aabenraa og også direkte eller indirekte inddrage sygehuset. Røde Kors's frivillige sanitetskolonner fore-

spurgte, om den måtte foretage de sygetransporter, der ellers blev foretaget med sygehusets bårer. Som årsag anførte man, at man i kolonnen ikke havde erfaring med denne form for sygetransporter, og man ønskede at øve sig. En bære skulle bemannes med 4 mand, og det var meningen, at den skulle kunne rekvireres af både sygehusets læge og de praktiserende læger.¹ Fra sygehusets side accepterede man tilbuddet.² Så vidt vides blev det aldrig nødvendigt at aktivere denne form for sygetransport.

At noget meget alvorligt var i opmarch, kunne man også udlede af, at militæret forespurgte kredssygehuset, om officererne og mandskabet fra de i Aabenraa stationerede marineflyvere kunne blive behandlet på Aabenraa sygehus.³ Fra sygehuset svarede man, at soldater kunne blive behandlet på lige fod med alle andre og til de samme takster.⁴

Ved krigens indledning havde intendanturen ved IX armékorps også foranlediget, at krigsfanger kunne blive behandlet ved kredssygehuset. Da mange fanger blev indlagt, skulle det vise sig at blive en god indtægtskilde for sygehuset. Et dramatisk og betydningsfuldt forhold for sygehusets drift var det, at Diakonisseanstalten i Flensborg begyndte at kalde nogle af sine diakonisser tilbage fra tjenesten i Aabenraa; de skulle gøre tjeneste ved militærlazareetterne. Den første forlod Aabenraa i august 1914.⁵

Nedslidningen af sygehusets bygninger gjorde sig naturligvis også gældende, men forbedringer var det ikke muligt at foretage, fordi man manglede penge og de nødvendige materialer. Hurtigt indførtes rationering af forbindsstoffer, som primært blev forbeholdt de sårede soldater ved fronten. Varemanglen havde også medført rationering for civile sygehuse, så de kun fik tildelt bestemte mængder af varer, der var nødvendig for sygehusets drift, i forhold til antallet af indlagte patienter. Dette var naturligvis især et problem for de sygehuse, der havde et forholdsvis højt kirurgisk aktivitetsniveau, som det var tilfældet ved kredssygehuset i Aabenraa.

Den 1. jan 1914 var dr. Wiemer fratrædt sin stilling. Den nye chef-læge (overlæge) havde derfor kun fungeret i få måneder, da krigen brød ud, og han blev som kirurg snart indkaldt til militæret. Hermed

stod ikke blot kredssygehuset, men tillige Tuberkulose hospitalet uden sin nye læge.

Da næsten alle byens læger på skift var indkaldt eller i begejstringens rus havde meldt sig som frivillige til tjeneste ved militæret, ordnede man det således, at de, der ikke gjorde tjeneste, vikarierede for overlægen ved sygehuset. Ej heller de yngre læger (Assistenzärzte) var i længere tid ved sygehuset.

Den første »Assistenzarzt« var Ludwig Talke (1877-?), han var der kun i meget kort tid. Jürgen Heinrich Ipland (1886-1971) virkede fra august 1914 til februar 1915 ved sygehuset, hvorefter han blev indkaldt til militærtjeneste.⁶ Navne som Hiedsiel og Alenstiel, Riemann og Zeuner vidner om en betydelig fluktuation af læger, der ingen tilknytning havde til landsdelen.

KILDER OG NOTER

1. Aabenraa Kredsudvalgsarkiv og Aabenraa Skoleinspektør-Arkiv: Kredssygehuset: 5: Wichtige Sachen des Krankenhauses. Skr. af 4. juni 1914.
2. Ibid. skr. af 6. juni 1914.
3. Ibid. skr. af 28. juli 1914.
4. Ibid. skr. af 9. august 1914.
5. Ibid. skr. af 25. august 1914.
6. Ipland vendte hjem fra krigen og nedsatte sig som praktiserende læge i Højer, hvor han virkede fra 1919 til 1957.

Om forholdene ved Genforeningen

Beretningen, der her gengives, findes i et brev. Forfatteren har ikke kunnet identificeres. Men den beskriver på udmærket måde forholdene på sygehuset de første år efter genforeningen.¹ Det er her tilrettet, således at det er lettere forståeligt, og der er tilføjet noter.

»Jeg modtog en opfordring af den lige antagne danske økonoma om at komme til hjælp i overgangsperioden fra tysk til dansk sygehus. I forespørgslen var der tilføjet den optimistiske sætning: »var der ikke så kønt indenfor, var der så meget kønnere, når jeg så ud af vinduet.« Jeg afbrød ferien og fik ordnet formaliteterne, så jeg kunne rejse otte dage efter.

Rejsen fra Vamdrup, hvor der skulle skiftes til tysk tog, ned til Aabenraa gjorde et dybt indtryk på mig. De før så smukke gårde lignede de fleste steder faldefærdige rønner; men også mange mindre pæne udtryk om Danmark og danskerne bedrøvede mig, så humøret var på nulpunktet ved ankomsten.

Modtagelsen på sygehuset var imidlertid god. Et rum inde på loftet var stillet til min disposition. Tapet var en saga blot. En dejlig ny seng stod parat, og så den store skønhed ude med skov og fjord.

Jeg vil nævne nogle af søstrene, der virkede på sygehuset lige efter genforeningen: Der var først søster Ingrid, nu 78 år. Søster Kirsten, afdelingssygeplejerske, søster Soffy, hjælpeassistent (senere 16 år på Tønder sygehus), søster Agnes, indtil fornylig afdelingsassistent på Varde sygehus tilligemed søster Anna og søster Gunder, begge døde nu.

Der var 12, måske 13 søstre i antal på sygehuset. Ved afskeden med de »gamle« sygeplejersker og modtagelsen af nyt personale nogle dage senere var alle indbudt til Brunlund Slot. Det skal have været både højtideligt og særpræget. Alle gik i sluttet trop ad hovedgaden til slottet.

Derefter begyndte hverdagen. Efter fem års krig var alt forfaldent. Småt med sengetøj, ja kort sagt alt. Jeg husker de oppegående patienter med tøj lap på lap og en brun og en blå sko. Patienterne var stærkt prægede af krigen: nerve- og kønssygdomme, bylder fra splinter i kroppen, dårlige maver og nyresygdomme. Overlægen, den tyske dr. Jansen,² var en overordentlig stor personlighed med udpræget retfærdighedssans og en dygtig operatør. Hans beskedenhed og sparsommelighed og tagen tingene i betragtning taler søstrene om endnu.

Til hjælp var der en ung tysk læge og to portører, hvoraf Rossen altid bistod ved operationer. Han havde været med overlægen ved fronten. Operationerne »deltog« hele køkkenpersonalet i. Rossen ankom med to spande vand og en lille kasse med instrumenter, som måtte koges på komfuret. Vi i køkkenet var lidt betagne, men alle de mange store operationer gik forbavsende godt.

Et meget stort problem var lus og kropslus. Der ankom patienter, hvor skjorten og chemisen bogstaveligt talt var stukket med lus. Det

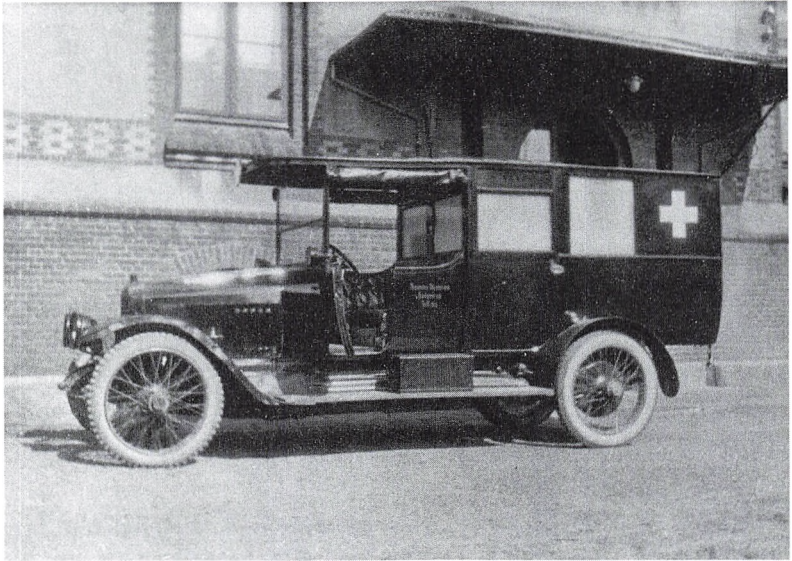
hændte, at tøjet måtte brændes trods den store mangel på tøj. Desinfektionen var næsten i døgndrift. Søstrene var utrættelige med at sy, stoppe og lappe. Dette foregik efter den egentlige arbejdstid.

Som tiden gik blev problemerne mindre. Ved årsskiftet 1922 fik vi en dansk overlæge.³ Det betød, at reglementet atter blev forandret. Af godt skal nævnes rigtig sygetransport. Patienterne blev indtil da hentet på bære (stillet på en trækvogn), overtrukket med sejldug, hvori der var en lap, som var åben eller lukket efter som vejret var. Hvis portøren skulle købe noget undervejs, stod køretøjet med patienten udenfor forretningen.

Nu besøger Røde Kors kørslen. Det er ikke meningen at skildre dansk lægevirksomhed, blot nævne nogle af lægerne. *Dr. Mathiessen*⁴ og *dr. Vøths*,⁵ som tog sig nidkært af personalet, hvoraf en del havde lus, vaskede og smurte dem ind om aftenen, kaldte dem tidligt op om morgenen og vaskede dem, så de var klar til start. En dag da Vøths selv skulle bade var spundsen væk. »Hvad gjorde De så?« spurgte jeg. »Satte hælen i« svarede han. *Dr. Vøths* døde ca. 33 år gammel. *Dr.*



Sygetransporten foregik i denne vogn endnu til kort efter genforeningen. Når det var meget koldt fik patienterne uldne sokker på, og der blev lagt en varmedunk ind til dem. (Historiske samlinger, Aabenraa).



Medens sygetransporten de første år foregik med »håndkraft« købte en vognmand en udrangeret engelsk militærbil, som derpå blev ombygget til sygetransport. Bilen er fotograferet foran sygehusets hovedindgang. (Historiske samlinger, Aabenraa).

Friedenreich,⁶ der både var dygtig, ejendommelig og fornøjelig. *Dr. Bøggild*,⁷ nu Ribe. Overlæge Bøggild kan sikkert fortælle om lægerne *dr. Dalsgaard*,⁸ nu overlæge på Frederiksberg Hospital, *dr. Heilmann*,⁹ *dr. Jensen*,¹⁰ som druknede på Grønland, og sikkert flere.

Kort efter den danske overlæges ankomst trak Diakonissestiftelsen søstrene tilbage, da overlægen var imod diakonisser.

I december 1922 blev Tuberkulose hospitalet under festlige former genindviet. Hver seng kostede 200-500 kroner, efter de tider en vældig sum. Der var tre amter om udgifterne. " Vi havde stor kontakt med patienterne de første år, hvor de lå med svære sår fra krigens tid.

Køkkenet var naturligvis meget forfaldent, ingen maling og store huller i gulvet. Komfuret brændte dårligt på grund af en for lav skorsten, som forvoldte stor kvalm. Ved bestemte vinde lå der et tykt lag sod over hel køkkenet, det måtte så rengøres inden dagens gerning. Der skulle et godt sind til. Der var intet smørrebrødsrum, al madtilbe-

redelse foregik i køkkenet. Den sammenlagte mad blev sendt til afdelingerne i bagerkurve. Der var et godt opvaskerum, som også var rum for al rengøring af kartofler, grøntsager og fisk. Der var to store gode vaske med kobberplader. Vi fik omgående et smørebrødsrum. Senere, under protest, overtog vi saddelmagerværkstedet, som blev indrettet til sylterum. Det lå på loftet ligesom frugtrummet, hvor der var varme, så æblerne hurtigt blev gummibold. Der var en lille kælder, som måtte mures grundigt for at blive rotterne kvit. Et udmærket forråds-kammer. Derimod fandtes der absolut ingen hjælpemidler. Elendige kasseroller, ingen rigtige gryder og meget lidt at rette an i. I 1923 fik vi en dampgryde, der først blev installeret på en falsk skorsten, men som efter flytning til den rigtige blev en stor hjælp. I 1923 havde vi 150 personer at bespise. Som regel var der 13-14 patienter på I. og II. klasse.

Det skal yderligere nævnes, at der var grise og høns. Dette ophørte dog heldigvis, da Tuberkulose hospitalet kom i gang. At køkkenpersonalet måtte plukke jordbær, ribs, hindbær, bønner og andet, nævner jeg kun for en ordens skyld. Nogle af varerne blev dog den første tid købt direkte ved døren, såsom kød og fisk.

Det varede noget inden de handlende forstod, at det ikke var ligegyldigt for sygehuset, hvor meget det skulle betale for varen, og om varen nu også svarede til prisen. Patienterne kunne vælge mellem 4-5 slags grød og vælling om morgenen. Efter nogen tids forløb ville patienterne ikke have grød, men brød og kage. Det var svært at give dem, da der var rationering, og folk var sultne, så vi måtte brase store bradepander kartofler, som de så fik sammen med aftensmaden. Det med diæt og flydende kost forstod de ikke. En aften blev der f.eks. rekvireret 16 stk. mad ekstra. De fik 8 stk. med leverpostej, 8 med ost. Udsendingen stødte uheldigvis på overlægen. Det blev da afsløret, at maden var til én, der var på flydende kost. Der var mange episoder, men som regel blev de afsløret.

Kaffe var også rationeret. Patienterne fik kakao, det brød de sig ikke om. De besøgende mødte derfor ofte op med kaffe. Selv H. P. Hansen har jeg set troppe op med en blå kaffekande.

Spændingen steg, da vi nærmede os julen. Rygterne gik, at alle som

kunne krybe og gå ville hjem. Dagen før jul troppede alle mulige køretøjer op, arbejdsvogne, charabancer, drocher, biler og flere. Vi forventede, at sygehuset herefter måtte være tomt, men der var dog 35 patienter tilbage. Vi gjorde os den største umage for at berede disse en festlig jul, og de handlende havde i stor udstrækning tænkt på alle med gaver og godter, så det blev i alle måder en festlig og yderst højtidelig jul.

En seværdighed var også postvognen, der bragte breve og pakker. Den var fra før 1864 med Frederik den 7.s navnetræk.

Patienter, som tog på juleferie ærgrede sig. Med julen lysnede det. Efter nytår begyndte forbedringerne, men kun langsomt for køkkenets vedkommende.

Forretningsføreren blev først senere knyttet til sygehuset og fik som forvalter et lille kontor. Han var, skønt tysk af sind en første classes embedsmand, der altid handlede i sygehusets interesse.«¹²

Her slutter denne beretning brat.

NOTER

1. Beretningen er modtaget fra hospitalsinspektør Gerda Jørgensen. Den er stilet til hendes nu afdøde mand, tidligere hospitalsinspektør ved Aabenraa sygehus Paul Jørgensen (1917-1990). Paul Jørgensen var i maj 1945 blevet konstitueret sygehusinspektør efter Hänel (se note 12). Den 1.4. 1946 blev han udnævnt til sygehusinspektør. Brevet er formentlig afsendt i slutningen af 1950-erne eller begyndelsen af 1960 fra København af en D. Larsen. Sproget er ikke ændret. Dog er sproglige misforståelser rettet, og enkelte meget personlige ting, der omtales, udeladt.
2. Om K. M. Jansen se tidligere kapitel.
3. Efter flere forsøg på at få en kvalificeret kirurg som overlæge til Aabenraa lykkedes det endelig, da man 1. jan. 1922 ansatte Theodor Ipsen (1887-1936). Han blev 1. oktober 1922 tillige chef for lungeklinikken.
4. Det må dreje sig om Georg Ejnar Mathiassen (f. 1895). Han var ansat ved sygehuset fra sept. 1921 til august 1923.
5. Holger Julius Vöhtz (1894-1928) var læge ved sygehuset fra april til sept. 1921.
6. Viggo Friedenreich (1897-1979) kandidat ved sygehuset august 1922-juni 1923. Han blev dr.med. 1930 og senere patolog ved københavnske hospitaler.
7. David Hornsyld Bøggild (1893-1974) var 1. reservelæge ved sygehuset og Tuberkulose hospitalet i perioden sept. 1923 til jan. 1926. Efter speciallægeanerkendelse i kirurgi blev han dr.med. 1925. 1934 blev han overlæge ved Ribe sygehus.
8. Thorvald Dalsgaard-Nielsen (1896-1975) var kandidat ved sygehuset fra maj til okt. 1924. Herefter nedsatte han sig sammen med sin kone, der også var læge, som

praktiserende læge i Hellevad vest for Aabenraa. I 1932 forlod han praksisarbejdet og påbegyndte en speciallægeuddannelse i neurologi. Han blev speciallæge i 1937 og senere overlæge ved den neurologiske afdeling på Frederiksberg Hospital i København.

9. Det drejer sig om Tage Nicolai Theodor Heyman (1896-1976). Han var kandidat i Aabenraa i perioden juli 1923 til maj 1924. Han nedsatte sig senere som praktiserende læge i Hvalsø.
10. Poul Jensen (1898-1925) kandidat ved Aabenraa sygehus juni-august 1925. Herefter havde han vikariater ved Kryolitbruddene i Grønland.
11. Amterne var Sønderborg, Aabenraa og Haderslev. Tønder amt deltog ikke. Tuberkulosepatienter fra Tønder blev behandlet på Spangsbjerg Sanatorium ved Esbjerg.
12. Thomas Hänel (1882-1965). Han havde i perioden 1897-99 været ansat ved politio- og magistratkontoret i Aabenraa. Efter nogle år ved marinen blev han ansat ved landrådskontoret 1903. 1919-1920 fungerede han som kredsudvalgssekretær. Fra 1.8. 1920 til 31.12. 1945 var Hänel ansat som sygehusinspektør ved Aabenraa Amts- og Bysygehus.

Sygeplejen efter Genforeningen

Ved genforeningen vendte størstedelen af diakonisserne i Sønderjylland tilbage til moderhuset i Flensborg. En ikke ubetydelig del fortsatte dog deres gerning især ved menighedsplejen i Nordslesvig.

Efter udnævnelsen af den nye danske overlæge i 1922 blev alt samarbejde med Diakonisseanstalten i Flensborg afbrudt. Diakonissestiftelsen i København blev derpå et naturligt hjemsted for mange af de diakonisser, der efter 1920 ønskede at fortsætte deres virke i Danmark.

I 1919 meddelte denne sin søsterorganisation i Flensborg, at man ved genforeningen ville sende diakonisser til det sønderjyske område.¹ Disse udøvede imidlertid udelukkende deres gerning i menighedsplejen. Kun ved Tønder sygehus blev der ansat diakonisser uddannet ved Diakonissestiftelsen i København.

Sygeplejepersonalet ved Aabenraa sygehus har således været uddannet under de dengang traditionelle forhold, dvs. nærmest en mesterlære. Sygeplejerskerne gennemgik hele deres uddannelse ved sygehuset, og blev eksamineret af forstanderinden, overlægen og embedslægen i fællesskab.

Disse forhold var i længden uholdbare, specielt når man så på udviklingen i udlandet især USA og England. En formaliseret sygeplejeuddannelse blev først mulig med etableringen af egentlige sygepleje-

skoler, hvor man under ensartede forhold fik både teoretisk viden og erhvervede praktisk erfaring. Efter lange og besværlige forhandlinger lykkedes det i 1933 at få en statsautorisation for sygeplejersker gennemført.²

I det sønderjyske område blev kravet om bedre uddannelsesmuligheder for sygeplejersker først imødekommet, da de sønderjyske sygehuse i fællesskab etablerede Den sønderjyske Sygeplejeskole i 1958. Den blev knyttet til landsdelens største sygehus, Landshospitalet i Sønderborg. Som led i denne uddannelse har mange sygeplejeelever modtaget en del af deres praktiske kunnen på Aabenraa sygehus.

KILDER OG NOTER

1. Hauge: 277.
2. Lov nr. 140 af 26. april 1933 om autoriserede Sygeplejersker. Christiansborg, den 26. april 1933. Gengivet i Petersen: 200-202.

Tuberkulose hospitalet efter 1920

Ved genforeningen kom selve Tuberkulose hospitalet ud for store vanskeligheder, ja selve dets eksistens var truet. I tilslutning til forhandlingerne omkring hospitalets eksistens udviklede der sig et helt nyt koncept i bekæmpelsen af tuberkulose. Det blev forbillede for den videre behandling i Danmark de næste mange år.

Tuberkulose hospitalet havde en selvstændig af sygehuset uafhængig bestyrelse. Dog lå bygningen på sygehusets område, og visse funktioner var fælles. Som tidligere nævnt var det således, at det var ejet af Landesversicherungsanstalt. Efter genforeningen overtog Sønderborg, Aabenraa og Haderslev amter driften af det. Lægerne i Tønder amt ønskede ikke at benytte Tuberkulose hospitalet i Aabenraa og foretrak at benytte Spangsbjerg tuberkulosehospitalet ved Esbjerg. Man anså den behandling, patienterne fik der, for at være bedre.

I Danmark var bekæmpelsen af tuberkulose i vid udstrækning lagt i hænderne på den i 1901 stiftede Nationalforening til Tuberkulosens Bekæmpelse. På denne måde var bekæmpelsen blevet en folkesag, hvor især lokalpolitikere blev involveret. Nationalforeningen havde

som led i behandlingen grundlagt en hel række sanatorier rundt omkring i Danmark. Perioden indtil 1928 kan betegnes som sanatorieperioden.

I 1905 kom der en tuberkuloselov, der siden blev fornyet adskillige gange. Der var ingen overordnet styring af tuberkulosebekæmpelsen. Således tog Sundhedsstyrelsen ikke ledende del i alle disse aktiviteter.¹

Man var imidlertid meget vel klar over, at der i tilknytning til selve tuberkulosesygdommen og dens behandling var knyttet afgørende sociale forhold, som nationalforeningen ikke kunne løse i eget regi. Der var derfor bestræbelser igang for at løse dette for folkesundheden så vigtige spørgsmål.

Et afgørende skridt i retning af en nyordning angående forholdene i de sønderjyske landsdele fandt sted, da det nyetablerede Sundhedsministerium i en skrivelse af 26. april 1927 meddelte Sundhedsstyrelsen, at Haderslev amtsråd havde opsagt overenskomsten vedrørende samarbejdet om Tuberkulose hospitalet i Aabenraa. Et resultat af dette måtte blive, at driften efter al sandsynlighed ville ophøre, såfremt opsigelsen ikke blev trukket tilbage.²

Som årsag til at Haderslev amt havde opsagt sin overenskomst, anførte man bl.a., at der kun var en ganske ringe belægning. Endvidere havde man i vide kredse ingen tillid til den behandling, man fik på Tuberkulose hospitalet.

De samme grunde havde lægerne i Tønder amt fremført som årsag til, at de fra starten af havde ønsket at benytte Spangsbjerg Sanatoriet ved Esbjerg.

Både Nationalforeningen og Sundhedsstyrelsen var klar over det betydelige problem, det ville være, såfremt Tuberkulose hospitalet blev nedlagt. Behov for behandling af patienter med tuberkulose var så stort som aldrig før. Man fik derfor interesseret sundhedsministeren for problemet, som de lokale myndigheder naturligvis selv burde have løst, og ikke have afventet et så drastisk skridt som det, Haderslev amtsråd tog.³ Sundhedsstyrelsens formand dr. Tryde⁴ forelagde sagen for sundhedsministeren dr. Rubow⁵ den 11. juni 1927. I juli måned 1927 opsøgte amtmændene Refslund Thomsen, Aabenraa, og

Lundbye, Sønderborg, samt stiftamtmand Haarløv, Haderslev, næstformanden for Sundhedsstyrelsen.⁶

Sundhedsstyrelsen foreslog at tilføre den nødvendige ekspertise ved bl.a. at ansætte en speciallæge i lungesygdomme. Man mente imidlertid, at der var for lidt arbejde for en sådan. I det betydelige arbejde, sundhedsstyrelsen sammen med Nationalforeningen udførte for at opretholde Tuberkulose hospitalet i Aabenraa, udkrystalliserede sig derfor den plan, at man tillige kunne ansætte denne speciallæge ved tuberkulose stationerne, der skulle oprettes decentralt, nemlig en i hvert af de sønderjyske amter.⁷

De tre sønderjyske amtmænd blev indkaldt til et møde i Sundhedsministeriet den 30. august 1927. Her diskuterede man ikke alene forholdene omkring Tuberkulose hospitalet, men i det hele taget de former under hvilke tuberkulosen fremtidig skulle bekæmpes i det sønderjyske område. Man blev ikke enige om den økonomiske basis for driften af et fælles tuberkulosehospital. Det tidligere udarbejdede forslag blev dog fremsat, således at Tuberkulose hospitalet i Aabenraa kunne blive det naturlige centrum for dette samarbejde.

Man afholdt atter et møde i Aabenraa den 23. nov. 1927. Ved dette var de sønderjyske amtmænd og repræsentanter for amtsrådene, byrådene og flækkernes kommunalråd ialt ca. 30 personer tilstede.

Ved mødets start var der en del modstand mod et fælles tuberkulosehospital i Aabenraa fra de repræsentanter, der kom fra Tønder amt. Derimod var man enige om nødvendigheden af samarbejdet omkring tuberkulosestationerne. Det resultat, man kom frem til på Folkehjem i Aabenraa, var ikke blot en organisatorisk nyordning af tuberkulosebekæmpelsen i det sønderjyske område, men ordningen skulle vise sig at være retningsgivende for den fremtidige tuberkulosebekæmpelse i det øvrige Danmark.⁸

Aftalen blev bekræftet af sundhedsministeriet ved skrivelse af 11.1. 1928.

Med forbillede i de beslutninger, der blev taget ved dette møde, blev der i perioden fra 1928 til 1944 etableret yderligere 21 tuberkulosestationer i Danmark.

Man havde forventet vanskeligheder med at få en kvalificeret ansøger til den nye overlægestilling. Det skulle dog vise sig ikke at være tilfældet. Den 1. juli 1928 tiltrådte *Kaj Hammer* stillingen i Aabenraa.⁹

KILDER OG NOTER

1. Frandsen 1963: 76.
2. Frandsen 1963: 77.
3. Sundhedsministeriet var en nyskabelse i ministeriet Madsen-Mygdal fra 1926-1929.
4. Ludvig Christian Gabriel Tryde (1860-1951) var formand for sundhedsstyrelsen fra 1918 til 1928.
5. Den første sundhedsminister og indtil nu (1992) eneste mandlige indehaver af dette ministerium var venstre-politikeren dr.med. Victor Rubow (1871-1929), der var minister i perioden 1926-1929. Rubow var på det tidspunkt, da han blev udnævnt til minister, overlæge ved Finsen Institutets medicinske afd.
6. Næstformanden var den senere formand for Sundhedsstyrelsens lægeråd Johannes Frandsen (1891-1968). Han fik i 1930 titlen Medicinaldirektør. I 1933 blev han chef for Sundhedsstyrelsen, der var blevet oprettet 1909. Den havde til opgave at føre tilsyn med sundhedsvæsenet. Den var endvidere øverste rådgivende organ for offentlige myndigheder i alle forhold, der krævede læge- eller apotekerkyndig indsigt.
7. Frandsen 1963: 78-79, 80-81.
8. Frandsen 1963: 85.
9. Kaj Hammer (1893-1977) havde i 1925 som en af de første i Danmark erhvervet speciallægeanerkendelse i intern medicin med subspecialt lungesygdomme. Han var overlæge ved Aabenraa Tuberkulose hospital fra 1928 til 1963.

Sygehuset i mellemkrigsårene

Efter genforeningen benævntes sygehuset først »Aabenraa Amtssygehus«, men i 1923 navngav man det efter ejerne, »Aabenraa Amts- og Bys sygehus«. Efter sygehusvæsenet i 1970 var kommet i amtskommunal regi, blev det kaldt »Aabenraa Sygehus«.

Med genforeningen skete der en livlig lovgivningsmæssig aktivitet for at få dansk lov indført i det sønderjyske område. Den fremtidige sygehusdrift blev fastlagt allerede sidst i 1920 i en række lovkomplekser, der udvidede gyldighedsområdet af den indtil da gældende lovgivning for selve Danmark til også at gælde i det sønderjyske område.

Lægerne, der virkede i de sønderjyske landsdele, var næsten alle

uddannet ved universiteter i det tyske rige. Man fik en lovgivning om disse lægers autorisationsforhold allerede i 1920.¹ Såvidt vides fik de fleste læger, der søgte om retten til fortsat at virke i det sønderjyske, også tilladelse dertil.

Ved flere sygehuse i de sønderjyske købstæder så man sig om efter nye, dansk uddannede overlæger. Det skulle vise sig at være forbundet med betydelige vanskeligheder. I Tønder opgav man at få en dansk overlæge.² Af de kun delvis tilgængelige oplysninger vedrørende ansættelsesproceduren fremgår det, at mange helt ukvalificerede læger søgte stilling som overlæge ved sygehuset i Aabenraa.³ Det lykkedes dog at få en kvalificeret kirurg, og i januar 1922 tiltrådte *Aage Theodor Ipsen* stillingen som den første danske overlæge.

På sygeplejeområdet synes der ikke at have været nogen speciel lovgivning om retten til at virke i Sønderjylland.

Sygehusforholdene i Sønderjylland var et specielt problem for Sundhedsstyrelsen. I 1930, altså i 10-året for genforeningen, kom en kommission til de sønderjyske amter bestående af flere politikere fra rigsdagen og embedsmænd fra indenrigsministeriet, hvorunder sygehusvæsenet hørte dengang. Endvidere var formanden for Sundhedsstyrelsen *Johns Frandsen* med.

En af årsagerne til denne rejse var, at overlægerne *Ekkert Petersen*,⁴ *Johannes Ipsen*⁵ og *William Leschly*⁶ i Sønderborg havde fremsat det forslag, at man skulle lægge de to hospitaler i Sønderborg sammen for derved at give patienterne en bedre og mere tidssvarende behandling. Tanken var, at større hospitalsenheder bedre kunne udnytte den lægelige specialviden, der fandtes i landsdelen. Hensigten var en rationalisering af behandlingen i de sønderjyske amter.

Kommissionen opholdt sig i landsdelen i dagene 7.-9. januar 1930 og besøgte samtlige sygehuse. Et resultat af besøget var, at man ikke mente, forslaget ville kunne få nogen betydning for sygehusene i Haderslev, Gram og Tønder.

Man nævner ikke Aabenraa Amts- og Bys sygehus. Om årsagerne hertil kan man gisne. Men overlæge Ipsen ved sygehuset i Aabenraa havde været meget syg, og den lægelige ledelse var overladt til yngre kandidater.

Det må have givet sygehusbestyrelsen stof til eftertanke. Man havde nemlig i slutningen af 1920-erne ved flere møder i amtsrådet diskuteret en mere langsigtet udvidelse af sygehuset i Aabenraa.

En begyndelse var den nye overlægebolig, som stod færdig 1929. Det næste skridt skulle være bygning af en hårdt tiltrængt epidemifdeling og et nyt kapel. Starten til dette byggeri skete sidst i 1929 og onsdag den 4. juli 1930 kunne man holde rejsegilde. 17. december 1930 kunne disse nybygninger tages i brug. Det skete ved en mindre højtidelighed, hvor håndværkerne deltog tillige med byggeriets arkitekt Vig Nielsen fra Viborg. Lokalt havde arkitekt Niels A. Nielsen haft tilsyn med byggeriet.

Epidemibygningen beskrives i en samtidig avisartikel som en bygning muret op af håndstrøgne gule sandsten med et rødt tegtag. Bygningen havde hvide gesimsers og stålgrå vinduesrammer. Den var opført i klassisk, dansk stil fra omkring slutningen af det 18. århundrede, streng symmetrisk, alvorlig og dog venlig. En stil, der skulle fortsætte, i de nybygninger, man havde planlagt, hvilke var køkken og vaskeri.

Indretningen af epidemibygningen beskrives detaljeret. Således nævnes det, at hovedindgangen var placeret mod nord ud mod Tuberkulose hospitalets have. Man kom her ind på den såkaldt »urene gang«. Til venstre var der difteri-afdeling og til højre scarlatina-afdeling. Der var plads til i alt 14 senge, og alle stuer vendte mod syd. Mod nord havde man placeret en lille operationsstue (til halssygdomme) og en croupstue (stue til børn med falsk strubehoste o.l.). Denne stue kunne sættes under damp og var derfor også anvendelig til patienter med strubedifteri. Endvidere havde man et køkken og flere badeværelser. På 1. sal var isolationsafdelingen. Det vil sige, at man her havde patienter indlagt, hvor man endnu ikke havde stillet nogen sikker diagnose. Hele bygningen blev opvarmet af et centralvarmeanlæg, der var indrettet og dimensioneret til også at kunne forsyne det planlagte nye køkken, vaskeri og senere funktionærfløjen.

Kapellet beskrives i avisartiklen som en ottekantet bygning – et lille mausoleum. Det indre var et stilrent rum med smukt udskårne bænke ligesom i en kirke, endvidere et podie til kisten og en niche beregnet til en kristusfigur. Endelig hang der midt i rummet en skøn malmlyse-

krone. Bag dette kirkerum var der et lokale med plads til kisterne og en sektionsstue med tilstødende laboratorium. Disse rum var lyse og venlige og udstyret med alle moderne hjælpemidler. Der var fliser overalt, blanke vandhaner og kummer ved teaktræsborde.³

Funktionærfløjen blev påbegyndt i 1934 og stod færdig året efter.

KILDER OG NOTER

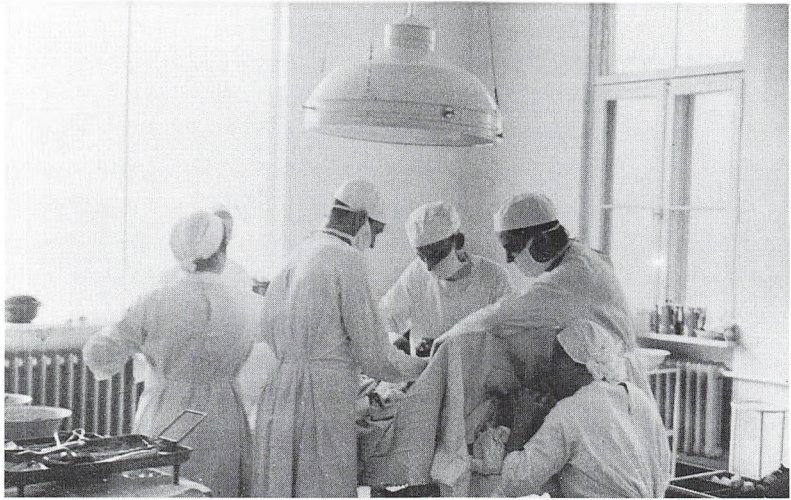
1. Nedenfor er anført de væsentligste love, der kom til at gælde for administrationen af sygehusvæsenet de første år efter genforeningen.
Lov nr. 273 af 28. juni 1920. Lov om Udvidelse af Sundhedslovgivningens Gyldighed til de sønderjyske Landsdele. Denne lov indeholdt bestemmelser vedr. tysk uddannede lægers ret til at virke i Danmark. Man ordnede det således, at personer, der inden et af justitsministeriet fastsat tidspunkt havde taget tysk embedseksamen, og som inden den 1. januar 1918 var bosat i de sønderjyske landsdele eller hjemmehørende der, efter ansøgning til Justitsministeriet kunne opnå tilladelse til at udøve lægevirksomhed. De nævnte tidsfrister kunne dog under særlige omstændigheder fraviges.
Lov nr. 111 af 30. april 1909. Lov om Sundhedsvæsenets Centralstyrelse med de i medfør deraf udfærdigede Bestemmelser.
Lov nr. 288 af 28. juni 1920. Lov indeholdende Bestemmelser vedrørende Forvaltningen i de sønderjyske Landsdele. Iflg. denne lovs § 12 blev sygehusvæsenet henlagt til amterne.
Lov nr. 307 af 28. juni 1920. Lov om Tilvejebringelse af Sundhedsvedtægter i de sønderjyske Landsdele.
Lov nr. 313 af 28. juni 1920. Lov om midlertidig Ordning af Sygeforsikringen i de sønderjyske Landsdele.
Lov nr. 537 af 10. september 1920 om oprettelse af Statshospitalet i Sønderborg.
2. Overlæger, der blev ansat ved de små provinssygehuse, var ikke statstjenestemænd, men for statsansatte i det sønderjyske område gjaldt specielle regler. De fik et løntillæg populært kaldet »Hottentottillæg«:
Ved lov nr. 571 af 28. okt. 1920 og Lov om Tillæg til Lov nr. 489 af 12. september 1919 om Statens Tjenestemænd (Statshospitalet Sønderborg og Sindssygehuset Vedsted). I medfør af denne lov, fik disse overlæger et tillæg på 2.000 kr. årlig.
Dengang et betydeligt løntillæg, der dog ikke var pensionsgivende.
3. Hejmdal den 17. dec. 1930.
4. Ekkert Petersen (1887-1971) var speciallæge i kirurgi og gynækologi/obstetrik. Han var overlæge ved Kongevejshospitalet (gynækologi og obstetrik) i Sønderborg fra 1922 til 1957. Dette sygehus var amtskommunalt.
5. Johannes Ipsen (1879-1952) var speciallæge i kirurgi. Han var i 1916 blevet ansat som overkirurg ved Viborg sygehus. Fra 1920 til 1946 var han overlæge ved Statshospitalets kirurgiske afdeling.
6. William Leschly (1882-1955) var speciallæge i intern medicin. Fra 1920 til 1953 var han overlæge ved Statshospitalets medicinske afdeling.

Besættelsestiden

De verdenspolitiske forhold fik kun i meget begrænset omfang direkte betydning for driften af sygehuset i Aabenraa. Man havde i 1939 begyndt et forlængst planlagt nybyggeri af et betydeligt omfang, idet man byggede en blok med funktionærboliger og en blok, der kom til at rumme et nyt vaskeri og køkken. I november 1940 stod den rå bygning færdig, og man kunne begynde prøvfyringen i det nye kedelrum. Tunnellerne mellem de forskellige bygninger var ligeledes færdige og kunne i nødstilfælde anvendes som tilflugtsrum. Man fortsatte med den indvendige færdiggørelse trods betydelige praktiske vanskeligheder. Budgettet var på det tidspunkt steget fra beregnede 471.400 kr. til 495.410 kr.¹ Dette var imidlertid ikke enden på miseren. Ved et budgetmøde i amtet i marts 1941, blev det klart for politikerne, at overskridelsen ville blive betydelig større endnu. Man havde nu beregnet en totalpris på ca. 676.000 kr., men denne sum kunne man allerede ved dette møde se ikke ville kunne holde. Årsagerne til den eksplosive stigning i prisen var, at tilbudsgiverne sendte ekstra regninger, og mange entreprenører krævede á conto beløbene hævet betydeligt, idet de ikke kunne holde de priser, som de havde opgivet i deres tilbud. Som argument anførte entreprenørerne, at priserne var steget betydelig mere, end man havde kunnet forudse, da tilbudene blev afgivet før besættelsen. Endvidere var det forbundet med store vanskeligheder overhovedet at få de ønskede materialer til byggeriet.² Den endelige pris blev på 1.029.618 kr.³

Den 4.9. 1941 kunne »Hejmdal« meddele, at det nye byggeri nu var ved at blive taget i brug – trods alle genvordigheder. Man havde for at få plads været nødsaget til at fjerne det gamle kapel og epidemisygehus.

I krigsårene var der taget specielle hensyn til mulige bombeangreb eller andre krigshandlinger. Således havde man barrikaderet hele bygningens underetage ved bl.a. at anbringe store bjælker foran vinduerne. Hele personalet skulle holde gasmaskeøvelser ofte på græsplænen foran sygehuset. Ved disse øvelser løb alle rundt mellem hverandre, sygeplejersker, portører, administrationspersonale, læger og



Billede fra operationsstuen. Operatøren er overlæge Wollesen, der som assistent har 1. reservelæge Johannes Spotoft (1906-1990). Spotoft blev senere overlæge ved kirurgisk afdeling, Kalundborg sygehus. Billedet må stamme fra perioden 1939-1941. Operationssygeplejersken er frk. Krogh. (Historiske samlinger, Aabenraa).

overlægen. Det har været et syn for guderne, selv om det havde en alvorlig baggrund.

Midt i denne periode, hvor priserne på byggeriet var ved at tage pusten fra politikerne, forsvarede sygehusets overlæge J. M. Wollesen sin doktordisputats i oktober 1940 om »Graviditet og Galdestensdannelse«. Disputatsen var i høj grad kontroversiel, og medførte da også – vist nok endda – stærkt kritiske kommentarer fra opponenterne. I en avisnotits, som gengav den ene opponent, stod, at Wollesens tese ret beset var en verdenssensation.⁴

Overlæge *Jens Madsen Wollesen* (1899-1975) var født i Sønderjylland. Han blev overlæge efter, at Aage Ipsen var død. Wollesen blev udnævnt i juli 1937 og han bestred denne stilling til december 1969.

Krigen mærkedes forholdsvis tidligt af patienterne. De skulle fra den 1.4.1940, såfremt de var indlagt i en kortere periode, aflevere rationeringsmærker svarende til den håndsæbe, de fik udleveret under deres indlæggelse.⁵

I de første krigsår havde sygehuset sin egen ambulance, 1. maj 1943 indgik man en aftale med Falcks Redningskorps gående ud på, at dette skulle overtage alle patienttransporter i byen og i amtet. Stationen, som Falck herefter etablerede, kom til at bestå af en stationsleder og 3 mand. Falck overtog sygehusets ambulance, der var af ældre dato. Derudover anskaffedes en funklende ny ambulance samt en kranbil.⁶

Da det blev bekendt, at Falcks Redningskorps ville etablere sig i byen, kom også Zoneredningskorpset til Aabenraa. Zonen åbnede sin station 14 dage efter Falck havde åbnet sin.⁷

I slutningen af 1943 skete der en væsentlig ændring af betaling for sygehusophold. Man indførte en enhedstakst for indlagte patienter. Forhandlingerne med sygekasserne havde været langvarige og intense. En enhedstakst vil sige, at sygehuset fik et bestemt beløb for hver dag, en patient opholdt sig på sygehuset. Beløbet var helt uafhængigt af den diagnostiske og terapeutiske indsats. Tidligere havde det været sådan, at der blev betalt en fast takst for opholdet. Derudover skulle der betales særskilt for medicin, røntgenfotoaftryk, operationer og analyse af blodprøver. Prisstigningerne var ikke voldsomme, taksterne kan ikke sammenlignes med tidligere, men det kan måske have interesse at se, hvilken lille stigning det drejede sig om ved denne ændrede prispolitik.

I 1944 havde man et overblik over, hvor meget en dag i virkeligheden havde kostet. Det blev til 10,02 kr. (Hejmdal 29.11. 1944).⁸

At man virkelig gennemdrøftede forholdene på sygehuset viser beretningen fra amtsrådsmødet den 26.10. 1943. Medens man diskuterede budgettet, som det i øvrigt var svært at få til at hænge sammen, så udfoldede der sig i tilslutning til debatten en ivrig diskussion mellem amtsrådsmedlemmerne, om kosten på sygehuset var for salt. Der

	Gammel takst/dag	Enhedstakst/dag
Fællesstue	6,50 kr.	7,30 kr.
Børn	5,00 kr.	7,30 kr.
Tosengsstue	9,00 kr.	11,00 kr.
Enestue	11,00 kr.	15,00 kr.

Tabel 1 Honorar før og efter indførelse af enhedstakst på Aabenraa Amtssygehus og Bys sygehus. (Kilde: Hejmdal 26. okt. 1943).

var flere indlæg om dette emne, end der havde været under debatten om sygehusets budget.⁹

Efter de allieredes landgang i Italien, blev der også fløjet betydelig flere bombetogter over dansk område. Dette medførte, at der i tiltagende grad var luftalarmer i Aabenraa. Som et led i luftværnsforanstaltningerne vedtog man i nødstilfælde at indrette Sct. Ansgar-klinikken og Tuberkulose hospitalet til reservelazaretter.¹⁰ Medens dette var ret så krigsmæssige tiltag indenfor det sundhedsmæssige område, så skete der andre ting af mere fredelig art, der var mere vidtrækkende, idet byrådet i Aabenraa vedtog i marts 1943 at ansætte en sundhedsplejerske. På det samme møde indstillede man til amtet at vedtage en pensionsordning for en del af personalet på sygehuset.¹¹ Det drejede sig om 6 afdelingssygeplejersker, 5 sygeplejeassistenter, 1 massøse, 1 oldfrue og 1 kontorfuldmægtig. Kort efter vedtog amtsrådet dette forslag.¹²

I Aabenraa havde antallet af kønssygdomme i 1944 taget et ganske usædvanligt opsving, antallet var seksdoblet og mange blev indlagt på grund af disse sygdomme.¹³

Medens krigen rasede i Europa spillede man fodbold i Aabenraa. Et fodboldhold fra sygehuset med lægerne i spidsen skulle kæmpe mod et hold samaritter. Med sirener fra Zonens biler marcherede begge hold fra sygehuset gennem byen ud til sportspladsen. Her havde der samlet sig næsten 2.000 mennesker. Overlæge Wollesen og amtslæge Michelsen havde slæbt en jalousidør med på fodboldbanen. Her stod de med denne foran sygehusets mål og forhindrede således de stakkels samaritter i at få mål. Holdet fra sygehuset måtte derfor helt naturligt vinde denne ulige kamp.¹⁴

På sygehuset var der ikke de samme faggrænser, som man kender i dag. Således havde overlæge Wollesen en sekretær, der ikke blot klarede sekretærjobbet, men hun tog sig også i vid udstrækning af laboratoriearbejdet i dagtimerne, tillige med at hun gav narkose.

Da ledelsen af modstandsbevægelsen i Aabenraa var blevet arresteret, blev overlæge Wollesen ved et møde den 27. juli 1944 indsat som byleder.¹⁵ Han blev imidlertid arresteret den 6. okt. 1944, efter at Gestapo havde fundet ammunition og sprængstoffer på sygehuset.

Hermed stod dette uden sin lægelige chef. Samme nat, som overlæge Wollesen var blevet anholdt, skete der en meget alvorlig jernbanesabotage mod en tysk troppetransport, der var på vej sydpå. Der var betydelig materiel skade, men tillige var et stort antal tyske soldater og civile blevet såret, og der var også dødsfald. De mange sårede blev indbragt til Aabenraa sygehus, hvor den vagthavende kandidat, *Martin Jakobsen* der havde været læge i knap 2½ år, sammen med to endnu yngre kandidater tog imod patienterne. I sin nød ønskede Martin Jakobsen at få sin arresterede chef, den eneste kompetente kirurg frigivet. Overlæge Wollesen sad endnu i arresten i Aabenraa, så vidt man vidste.

De yngre læger på sygehuset havde ikke tid til at forhandle med de tyske politimyndigheder om at få overlægen frigivet. Det overlod man til en af byens tyskuddannede og derfor tysksprogede læger. Han opnåede, at Wollesen under politiledsagelse kunne komme op på sygehuset for at hjælpe med behandlingen af de tilskadekomne. Wollesen indvilgede også, men da han erfarede, at det var en tysksindet læge, der havde udvirket den midlertidige frigivelse, ønskede han ikke at deltage i arrangementet. Overlæge Wollesen blev senere af tyskerne overført til Frøslevlejren, hvor han sad fængslet indtil befrielsen. Sygehusbestyrelsen konstituerede derpå den unge kandidat Martin Jakobsen (1916-1991) til overlæge. Denne værdighed havde han i 2½ uge indtil sygehusbestyrelsen fik ansat speciallæge i kirurgi dr.med. *Gunnar Friis Jørgensen* (født 1907). Han fungerede i stillingen indtil overlæge Wollesen blev frigivet fra sit fangenskab i foråret 1945. Gunnar Jørgensen blev senere kirurgisk overlæge ved Haslev sygehus. Martin Jakobsen blev praktiserende læge i Aabenraa.

KILDER OG NOTER

1. Hejmdal d. 12.11. 1940 og 30.11. 1940.
2. Hejmdal d. 22.3. 1941.
3. Hejmdal d. 20.3. 1943
4. Hejmdal d. 14.10. 1940, 12.11 1940, 28.11.1940 og 4.12. 1940.
5. Hejmdal d. 21.2. 1940.
6. Hejmdal d. 21.4. 1941.
7. Hejmdal d. 14.5. 1943.

8. Hejmdal d. 29.11. 1944.
9. Hejmdal d. 27.10. 1943.
10. Hejmdal d. 11.3. 1943.
11. Hejmdal d. 25.3. 1943.
12. Hejmdal d. 29.3. 1943.
13. Hejmdal d. 10.5. 1943.
14. Hejmdal d. 22.8. 1943.
15. Trommer: 162.

Efterskrift

Sygehusets historie er hermed beskrevet indtil 1945. I tiden derefter arbejdede de kirurgiske overlæger ved de sønderjyske sygehuse på at få etableret et samarbejde, så man kunne udnytte de enkelte overlægers specielle færdigheder bedre, og patienterne frit kunne vælge den afdeling, de mente, der havde den største ekspertise på netop deres sygdom. Det drejede sig om sygehuset i Gram, Haderslev Amtssygehus, Aabenraa Amts- og Bys sygehus, Tønder Amt og Bys sygehus og Statshospitalet i Sønderborg.

Dette samarbejde trådte i kraft den 1. april 1953. Lignende aftaler i andre amter så man først i 1960-erne. I 1970-erne overvejede sygehusudvalget i det nyetablerede Sønderjyllands amt at bygge et nyt sygehus i Aabenraa som erstatning for det eksisterende. I slutningen af 1980-erne påbegyndte man byggeriet.

Allerede inden færdiggørelsen af dette nye sygehus blev sygehusaktiviteterne droslet ned. Således ophørte muligheden for at føde på sygehuset i Aabenraa den 20. juli 1991. Det er ikke hensigten at genetablere denne mulighed på det nye sygehus, hvor der er etableret en i Danmark helt ny stabsstruktur udelukkende bemandet med speciallæger.

Det nu »gamle sygehus« ophørte med at fungere ved udgangen af marts 1992. Det nye blev indviet den 7. april 1992. Det i denne artikel beskrevne sygehus nåede altså ikke at kunne holde 100 års jubilæum – det blev nedlagt 6 måneder forinden »et sekel svandt«.

RESUMÉ

Artiklen beskriver nogle af de faktorer, der har været forudsætningen for, at man har bygget et sygehus i Aabenraa. Især har interessen været samlet omkring den lovgivning, der var gældende både for byggeri og drift af sygehuset. Hovedvægten er lagt på at påvise den store betydning, som den blomstrende forskning indenfor bakteriologien i slutningen af 1800-tallet havde på det koncept, sygehuset blev bygget efter. Det blev indrettet til at fungere efter aseptiske principper. Sygehuset blev indviet den 1. okt. 1892. Det var i tiden før genforeningen et typisk provinssygehus i det tyske rige med en betydelig kirurgisk aktivitet.

Den meget omfattende og for datiden meget fremmelige sociallovgivning i Tyskland berøres, og dens betydning for driften af sygehuse nævnes.

Overgangen til dansk styre og sygehusets placering i det danske sygehusvæsen efter genforeningen beskrives. I 1908 blev det besluttet at opføre et tuberkulosehospital på sygehusets grund. Det blev indviet i 1910 og havde fælles administration og drift med selve sygehuset, men en selvstændig bestyrelse. Tuberkulose hospitalet i Aabenraa og etableringen af tuberkulosestationer i de sønderjyske amter efter genforeningen blev forbillede for bekæmpelsen af tuberkulose i Danmark.

SUMMARY

The article describes some of the important factors that went into the building of a hospital in Aabenraa.

The writer is particularly interested in the legislation aspect, as it concerns both the construction and the management of the hospital. The main objective is to demonstrate the great significance of the flourishing late 19th century bacteriology research upon the concept on which the hospital was built. It was organized according to aseptic principles. The hospital was opened on 1 October 1892. Before the Reunification it was a typically small-town hospital in the German empire. It had a significant surgery activity.

The writer touches upon Germany's comprehensive and very progressive social legislation, mentioning its significance for hospital management.

The writer describes the transition to Danish rule and the place of the hospital in the Danish hospital system after the Reunification. In 1908 it was resolved to build a tuberculosis hospital on the hospital premises. It was opened in 1910, sharing its administration and management with the original hospital, but having its own board. The tuberculosis hospital in Aabenraa and the establishment of tuberculosis clinics in South Jutland after the Reunification became a model for the fight against tuberculosis in Denmark.

FORKORTELSER

- Amtsbl. Amtsblatt der Königlichen Regierung zu Schleswig.
AZ Apenrader Zeitung.
Hejmdal Dagbladet Hejmdal. Aabenraa udg.
Kr. Bl. Kreisblatt des Kreises Apenrade.
LA Aab. Landsarkivet i Aabenraa.
Min. Bl. Ministerial-Blatt für Medizinalangelegenheiten.
NAA Neue Apenrader Anzeiger.
NAZ Neue Apenrader Zeitung.
Ver. Ber. Verwaltungsberichte des Kreis Ausschusses des Kreises Apenrade.
Aab. ldr. Aabenraa Landrådsarkiv.
Aab. kr. Aabenraa kredsudvalgsarkiv.
Aab. by. Aabenraa byarkiv.

TRYKTE KILDER

- Achelis, T. O.: Die Ärzte im Herzogthum Schleswig bis zum Jahre 1804. Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Familienforschung und Wappenkunde e.V. Kiel, 1966. (Achelis).
Bartholdy, O.: Munkeliv i Løgumkloster. Løgumkloster, Refugiets kulturforening, 1973. (Bartholdy).
Bockendahl, J. W. L.: Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen. Kiel 1866-1896, forskellige årgange. (Bockendahl).
Brix, J.: Lægevirke i Sønderjylland før 1864. Dansk medicinhistorisk årbog 1980, Her-ning, 1980. (Brix 1980).
Brix, J.: Læger og kirurger i Aabenraa i slutningen af 1700-tallet. Sønderjyske Årbøger, 49-59, 1988. (Brix 1988).
Bruun, O. A.: Oversigt over den i de sønderjyske Landsdele endnu gældende særlov-givning. København, G.E.C. Gads forlag 1931. (Bruun).

- Det Danske Sygehusvæsen 1-11. København, Dyva & Jeppesens forlag, 1962. (Dansk sygehusvæsen 1-11).
- Dienstanweisung für die Kreisärzte. Berlin, Verlagsbuchhandlung von Richard Schöetz, 1902. (Dienstanweisung).
- Eckart, W.: Geschichte der Medizin. Berlin, Springer-Verlag, 1990. (Eckart)
- Frandsen, Johannes: Sundhedsvæsenets Organisation. Principielle Betragtninger på grundlag af udviklingen i Danmark. Særtryk af Nordisk Medicin 1956: 55: 14. (Frandsen 1956).
- Frandsen, Johannes: Sundhedsvæsenet 1927-1961. Oplevelser og Erfaringer. København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk, 1963. (Frandsen 1963).
- Gotfredsen, Edv.: Det kongelige Frederiks Hospital. København, Novo Therapeutisk Laboratorium, 1957. (Gotfredsen).
- Hauge, Sv.: I troskab mod kaldet. Den Danske Diakonissestiftelse 1863-1963. København, J. Frimodt, 1963. (Hauge).
- Isager, Kr.: Skeletfundene ved Øm Kloster. Cara Insula MVLXXII-MDLX. København, Levin & Munksgaard, 1936. (Isager).
- Kaftan, T.: Erlebnisse und Beobachtungen des ehemaligen Generalsuperintendenten von Schleswig D. Theodor Kaftan. Kiel, Schriften des Vereins für Schleswig-Holsteinische Kirchengeschichte, 1924. (Kaftan).
- Koch, Margrethe: Dansk Sygeplejersaad Historie. Kjøbenhavn, Nyt Nordisk Forlag, 1944. (Koch).
- Matthiesen, Carl: Ev.-luth. Diakonissenanstalt Flensburg 1874-1934. Flensburg, 1939. (Matthiesen).
- Ministerial-Blatt für Medizinalangelegenheiten. Herausgegeben vom Ministerium des Inneren. J. G. Cottasche Buchhandlung Nachfolger. Forskellige årgange (Ministerial Blatt).
- Møller-Christensen, V.: De store sygdomme. København, Munksgaards forlag, 1963. (Møller-Christensen).
- Pakkenberg, H.: Historisk oversigt over danske hospitalers og privatklinikkers første anskaffede røntgenapparat samt over røntgenafdelingernes ledere. Udg. af Dansk Røntgen Teknik A-S. København 1960. (Pakkenberg).
- Petersen, Esther: Fra kald til fag. Kampen om statsautorisationen. Dansk Sygeplejeråd, 1989. (Petersen).
- Reichs-Medizinal-Kalender. Begründet von Dr. Paul Börner. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1904. (Reichs-Medizinal-Kalender).
- Ressler, Julius: Die Kriegs-Hospitäler des St. Johanniter-Ordens im dänischen Feldzuge 1864. Breslau 1866. (Ressler).
- Snorrason, Eigill: Kirken afskyr blod. Dansk medicinhistorisk årbog, Herning, 1991: 69-110. (Snorrason).
- Staack, H. C. von: Das Medizinal- und Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Provinz Schleswig-Holstein. Kiel und Leipzig, Verlag Lipsius und Tischer, 1891. (Staack).
- Trommer, Aage: Modstandsbevægelsen i Åbenrå og Omegn. Sønderjyske Årbøger 1965. (Trommer).
- Witte, Jørgen: Landråd von Uslar – en embedsmand i kamp med »rigsfjenderne«. Sønderjyske Årbøger, 1988, 107-158.

MAX JENNE

AKTIESELSKAB

7100 VEJLE
HJULMAGERVEJ 3A
TLF. 75 85 97 11

6200 AABENRAA
SKOLEVEJ 1
TLF. 74 62 44 88

9200 AALBORG SV
THORNDALSVEJ 6
TLF. 98 18 94 11



OPDAGELSEN ER DANSK.
BEHOVET ER GLOBALT.



ANTABUS® (DISULFIRAM)

DUMEX

A/S DUMEX, Dalslandsgade 11, 2300 København S

Tlf. 31 54 45 00

Indikationer: Alkoholmisbrug. **Kontraindikationer:** Inkompenserede hjertelidelser, manifesterede psykoser, patienter med alkohol i blodet. **Bemærk:** Antabus bør aldrig gives til en patient uden dennes viden. Såfremt patienten vægrer sig ved at komme på ambulatoriet eller hos egen læge for at indtage den foreskrevne dosis, bør det formodentlig overvejes, om patienten og hans familie dels er motiverede dels er i stand til at forstå hensigten med behandlingen. **Bivirkninger:** Træthed, øget søvnbehov, dårlig ånde, svimmelhed, allergiske reaktioner, eksogene psykoser, gastro-intestinale gener. **Interaktioner:** Disulfiram øger den antikoagulerende effekt og plasma koncentration af warfarin. Samtidig anvendelse af metronidazol og disulfiram kan give konfusion. Disulfiram blokerer metaboliseringen af phenytoin, resulterende i forhøjede phenytoinkoncentrationer. Disulfiram forøger den CNS toksiske effekt af isoniazid. Disulfiram blokerer oxidationen og den renale udskillelse af rifampicin. Disulfiram hæmmer metaboliseringen af diazepam medførende forhøjede serumkoncentrationer af diazepam. **Dosering:** Initialdosis: 800 mg i 2 - 3 dage. Vedligeholdelse: 100 - 200 mg daglig. På grund af den lange virkningsvarighed kan disulfiram dosis gives hver anden dag eller to gange om ugen. Tabletterne bør indtages opslømmet i vand. Opslemningen bør omrøres, hvis den ikke indtages med det samme. **Pakninger:** Brusetabletter à 200 mg, 100 stk. kr. 240,75. Brusetabletter à 400 mg, 50 stk. kr. 169,60. **Udlevering:** B Tilskudsberettiget, afsnit II 50%.

Behandlersystemet i Danmark ca. 1860-ca. 1920*

Af Anna-Elisabeth Brade

*»Alt dette vidste saa at sige alle i gamle Dage,
og somme vidste mere,
og saa var det endda kun Smaating mod,
hvad man troede,
at de kloge mænd og koner vidste«.*

I denne kommentar fra en af mine meddelere i Sydøstsjælland (NEU 1) skelnes der mellem to kategorier af viden inden for den traditionelle, folkelige erfaringsdannelse omkring sygdomsbehandling og behandlingere:

- 1) en viden, som alle besad i varierende omfang og
- 2) en viden, som blev tillagt de kloge folk.

Hvem var »alle«, hvem var »kloge«, og var der flere?

1. Arthur Kleinman's sektormodel

Efterhånden som kategorierne »alle«, »kloge« og »flere« hobede sig op i de data, der lå til grund for min Ph.D.-afhandling om familiens indsamling og brug af lægeurter (Brade), tegnede der sig nogle strukturer i et behandlermarked, omfattende såvel legal som illegal sygdomsbehandling. Derfor blev det væsentligt at stille spørgsmålet, om familien kunne indplaceres som en del af de behandlertilbud, der stod til rådighed for den danske landbefolkning i årtierne omkring år 1900, og om strukturerne i disse behandlertilbuds indbyrdes relationer ændrede sig i perioden.

*Ph.D.forelæsning 26.3. 1992.

Psykiateren og antropologen Arthur Kleinman har arbejdet med denne problemstilling og ud fra en social-kulturel indfaldsvinkel opstillet en sektormodel, der skulle kunne anvendes på forskellige samfundssystemer (Kleinman). Modellen omfatter alle de elementer, som i et givet samfund vedrører sundhed og sygdom og inkluderer både fagfolks og lægfolks viden og forestillinger om sundhed, sygdom og behandling samt vurderingen heraf. Kleinman's model indeholder tre behandlersektorer:

- 1) »The professional sector« – de autoriserede læger = den vestlige lægevidenskabs fagfolk.
- 2) »The folk sector« – kloge folk og andre ikke-autoriserede behandlere.
- 3) »The popular sector« – lægfolket, familierne.

Hver af de tre kategorier har ifølge Kleinman sin egen forståelse af og forklaring på, hvad sygdom er. Den patient, som i et sygdomsforløb kommer i berøring med de forskellige sektorer, vil derfor møde forskellige opfattelser af sygdom og behandling – opfattelser, som ikke nødvendigvis svarer til hans/hendes egne forestillinger.

Afspejles Kleinman's model i danske forhold? Efter min vurdering: ja. Med udgangspunkt i det kildemateriale, som er anvendt i min afhandling, skal jeg i det følgende beskrive det danske behandler-systems forskellige sektorer og kort karakterisere, hvad en syg mødte på sin vej gennem »systemet«. Vejen begynder nederst i hierakiet: med lægfolket, familierne – den sektor, hvor sygdom defineres af det enkelte individ, og hvor der træffes beslutning om behandling og om dennes art.

2. *Det danske behandler-system*

Familiesektoren

»Sygdom er hver Mands Herre... og blev man skidt tilpas, saa gik man og hev om for at se, om man ikke kunde komme sig, og kendte man eller kunde man opspørge et godt Middel mod Sygen, prøvede man det, og hjalp det ikke, prøvede man et andet. Der var i Regelen nok at vælge imellem«.

De tre behandlersektorer.



Den lærde læge. Tegning af Herluf Jensenius.



Den kloge mand/kone. Medicinsk-historisk Museums billedarkiv.



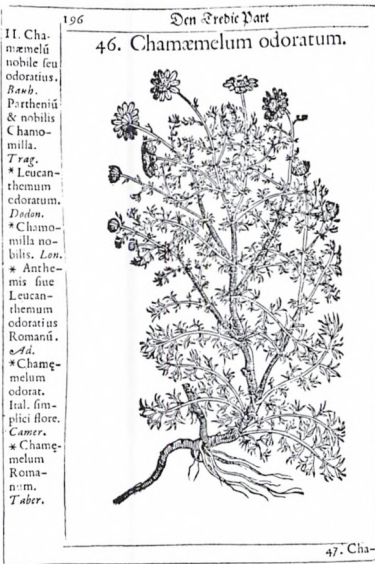
Den forstandige husmoder. »Tyttebærpi-gen«, tegning Hans Nicolaj Hansen (1853-1923).



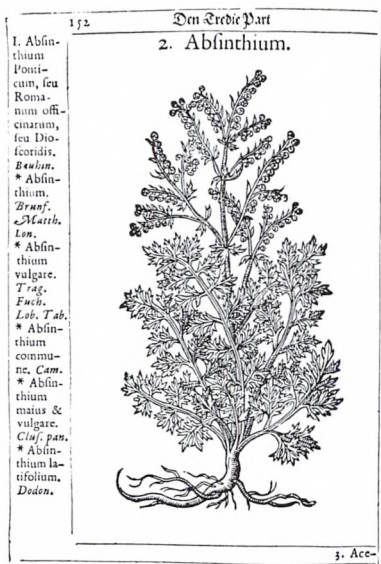
Brændenælde



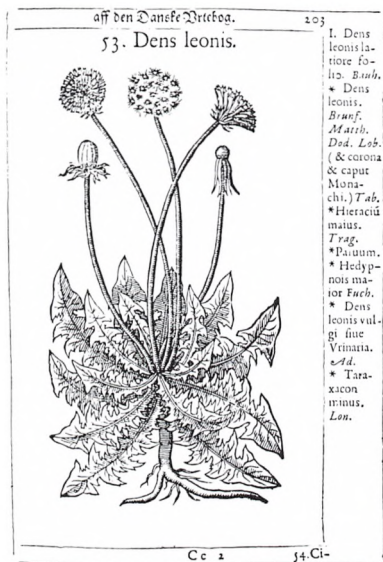
Hylde



Kamille



Malurt



Mælkebøtte

Vejbred

Lægeurter. Efter Simon Pauli: Flora Danica. Det er: Dansk Urtebog. Bd. 3. 2. udg. v/Johan Lange og Vilh. Møller-Christensen. Kbh. (Rosenkilde og Bagger) 1971.

Denne meddelelse fra Langeland (DFS 1) fortæller noget om familiesektorens indre dynamik:

- 1) Enkeltindividet blev skidt tilpas – definerede sig selv som syg, gik og hev om, så tiden an. Både den individuelle og kollektive erfaring havde jo vist, at mange sygdomme kom sig af sig selv (Feilberg: 461). Men krøb sygdommen ikke af, og den syges omgivelser også definerede den syge som værende syg – ikke bare doven, så måtte
- 2) familien gribe ind og tage beslutning om behandler og behandling ud fra den viden, som »alle« havde. Hvor langt fremskreden en sygdom skulle være, for at den fase indtrådte, hvor den syge og hans/hendes omgivelser reagerede, kan kun anes gennem udtalelser som: »Ja, de gamle var sejge Hunde« (NEU 2). Sygdomstærsklen har formodentlig ligget højt. Sygdom var en del af ens skæbne – en

del af livet – og hvad der ikke kunne være anderledes, affandt man sig med.

Det behandlingstilbud, som den syge mødte i familiesektoren var først og fremmest – men ikke udelukkende – medicinsk, og det, der hér var at vælge imellem, var først og fremmest urter; thi: »*I gamle dage havde folk forstand paa at samle Urter og lave Medicin*« (NEU 3).

Det var husmoderens kompetence at indsamle og nyttiggøre både havens, markens og naturens urter og frugter. Med sit lokal-kendskab vidste hun, hvor hun skulle søge planterne og bjergede kun det hjem, som hun anså for nødvendigt til årets forbrug (NEU 4). Hamstring synes at være et byfænomen, indsamling til salg et fattigdomsfænomen. Til hjælp havde husmoderen sit kvindelige tyende og børnene. Både piger og drenge deltog; men mens det for pigerne var oplæring, var det for drengene mere en skovtur (NEU 5), hvilket ikke medfører, at drengene har været mindre skarpe iagttagere af, hvad der foregik under mors ledelse (NEU 6).

Det var også husmoderens kompetence at konservere og opbevare de indsamlede urter – et arbejde, som krævede stor omhyggelighed, for at urterne ikke skulle mugne, rådne eller på anden vis gå til. Sol-, luft-, og ovntørring var de mest almindelige konserveringsformer, men også nedkuling og hensætning på brændevin var udbredte metoder. Opbevaringen skete i papirs- eller lærredsposer, trækasser eller blikdåser, anbragt bag bilæggerovnen eller på siden af skorstenen (NEU 7).

Af de indsamlede materialer anvendtes enten hele urten (blade og stængel), blomster, blade, rødder, mælkesaft, bark, træsaft, ved, frugter eller frø uden at en systematik kan påvises, således at bestemte plantedele skulle være blevet brugt mod bestemte sygdomme.

Malurt- og/eller perikonsnapsen blev tilberedt straks efter indsamlingen og stod altid parat til brug. De andre råmaterialer hentede husmoderen derimod først frem, når sygdom var kommet til huse. Hun tilberedte sin medicin som: afkog, udtræk, pulver, salve

og grød, og fremstillingsprocesserne var enkle, svarende til hendes daglige madlavning: the, suppe, grød osv.

Fremstilling af piller omtales aldrig i det anvendte kildemateriale, ej heller infuser.

Der kan heller ikke hér påvises nogen systematik, således at bestemte plantedele blev brugt til bestemte medicinformer, eller at bestemte medicinformer blev brugt mod bestemte sygdomme.

I mit kildemateriale omtales 109 forskellige midler, hvoraf 93 er vegetabilia (Brade:156). Anvendelsen varierer fra sted til sted, fra familie til familie. 14 midler blev dog anvendt ensartet over hele landet (fig.1), hvilket ikke udelukker, at hvert af disse midler tillige blev brugt mod andre, helt forskellige sygdomme med klart forskellige symptomer. Således blev brændenælde over hele landet brugt mod gigt, men lokalt tillige mod bulne fødder, hoste og stensmerter.

I et sygdomstilfælde stod den enkelte familie sjældent alene med vanskelighederne. Slog ens egen viden ikke til, »opspurgte« man et andet rundt omkring: i

- 3) det sociale netværk, omfattende venner og naboer i lokalsamfundet.

Nabohjælpen drejede sig imidlertid ikke alene om at give gode

Midlernes ensartede anvendelse over hele landet	
Middel	Sygdom
Brændenælde	Gigt
Brændevin	Tandpine
Flæsk	Vorter
Hylde	Forkølelse
Kamille	Forkølelse, øjenbetændelse
Malurt	Maveonder
Mælkebøtte	Vorter
Perikon	Maveonder
Salvie	Halsonde
Simperfi (aloe)	Brandsår
Spindelvæv	Sår
Urin	Sår
Vejbred	Bylder, betændelser, sår
Vortemælk	Vorter

Figur 1.

råd for sygdomme, men også om rent praktiske og langt mere forpligtende opgaver såsom hjælp med husførelsen, nattevågen, mark- og staldarbejde samt den belastende kørsel til jordemoder, den kloge eller evt. læge. Hjælpen kan betragtes som en slags gensidig forsikring, før sygekasserne vandt frem, navnlig efter 1892.

I familiesektoren har man stort set taget sig af alle dagligdagens skrøbeligheder. Dette var at forvente; men har hovedvægten i sygdomsbehandlingen udelukkende ligget på disse mindre lidelser, som for den enkelte syge og hans/hendes familie kan være alvorlige nok i sig selv, hvortil kommer, at sygdom altid medfører et brud på de rutiner, som får hverdagen til at fungere for en familie?

Svaret er nej. Kildematerialet sandsynliggør, at mange alvorligere sygdomme som f.eks. gigtfeber, tuberkulose og sukkersyge også blev behandlet i familiesektoren (Brade: 162ff). Hvorfor?

Familiebehandlingen var fundamental i et samfund, hvor det endnu i årtierne omkring århundredskiftet var vanskeligt at få faglig hjælp fra de andre behandlersektorer. »*Sidst til Doktoren, det skulle være slemt, før Far kørte 1½ Mil til Lemvig*« (NEU 8). Det var besværligt – og det kostede at få fat på lægen! Og selvom de kloge kostede mindre, boede også de spredt, omend måske knap så spredt som lægerne.

Det var derfor uhyre nyttigt/vitalt vigtigt at vide, hvorledes man selv f.eks. standsede en diarré, fik bugt med en influenza og behandlede et sår. Men det var ligeså væsentligt at kunne lindre gigten og modvirke en lungebetændelse.

Det behandlingsmønster, som den syge mødte i familiesektoren, var han/hun dybt fortrolig med. Det var en integreret del af livs- og sygdomsopfattelsen, forankret i folketroen og folkekulturen. Midlerne selv: lægeurterne var en del af den natur, som for landbefolkningen først og fremmest var/er nyttig, men som tillige er en dybt forankret del af bondens livsindhold. Naturen er i mere end een forstand hans eksistensberettigelse. Den syge havde kendt hele dette mønster fra barndommen, og behandlingen fandt sted i det nære miljø blandt ligesindede og blev ydet af ligesindede.



Lagen i doktorstol

Nabohjælp. Tegning af Herluf Jensenius.

»De gode gamle Husraad... var gode, men nu bliver Lægerne jo brugt mere, og de skal jo ogsaa leve, helst godt, og de tar jo Afstand fra de gode gamle Urter« (NEU 9) – og »Malurtbitter var god at tage om Morgen« (NEU 10) – så god, at endog afholdsfolk måtte drikke den, dersom de blot havde den mindste smule mavebesvær (NEU 11). Nøgleord for familiesektorens behandlinger synes at være: tillid til sine egne urter og nærhed i produktionsproces og behandling.

Familiesektoren er meget sammensat og store individuelle forskelle spiller ind både i behandlingsmønsteret og i forestillinger/adfærd. Husrådene fremtræder i høj grad som individuelle kure, baserede på den enkeltes erfaringer, hvad enten de var nedarvede, læste i en populær lægebog eller opspurgt som et godt råd fra en nabokone. Anvendelsen af husrådene er så individuelle, egns- og traditionsbestemt, at de vanskeligt lader sig indpasse i en systematik.

»Alle« havde en viden, men »alle« havde ikke den samme viden.

Den folkelige sektor

Hvis sygdommen på trods af egne og naboers gode råd ikke krøb af, måtte der i familien tages beslutning om næste skridt. I årtierne op mod år 1900 var dette skridt at søge til den folkelige sektor – til de kloge mænd og koner.

»Det var for sirka femetyve aar siden, jeg besøgte en gammel Kone. De kaldte hende den kloge kone i Tidse, hun hed Anna Marie; det var en herlig gammel Kone... Der hang mange forskellige blomsterboketer til tørre rundt omkring i stuen; der var en sjove logt inde ve hende« (NEU 12). Tiden er ca. 1920, og stedet er Vestjylland.

De kloge udgjorde en særdeles varieret gruppe, hvis fællestræk er, at de repræsenterede den folkemedicinske fagkundskab. Variationerne fremtræder i deres behandlingsmønstre, der for den enkelte kloge var en kalejdoskopisk sammenstillen af nedarvet viden, læsning, kendskab til folketroen og lokalområdets normer, egne påfund, iagttagelser og erfaringer. Denne sammenstillen er individuel for den enkelte kloge og har intet at gøre med forsøg i naturvidenskabelig forstand. Men

den kloge kunne herigennem skabe nye kure inden for de folkemedicinske normer og derved vinde ry. Hertil kom så den enkelte kloges personlighed.

Pladsen tillader ikke at komme ind på alle facetterne omkring de kloges mangfoldighed – blot et par enkelte træk.

Anna Marie tilhørte tilsyneladende den type af kloge koner, som benyttede de mediciner, den syge kendte fra familiesektoren: urterne; men hendes viden blev anset for at være større. Og muligvis har hun også som andre kloge haft instrumenter til både kopsætning og åreladning.

Disse kloge kender vi overvejende fra retsmaterialet. Kun sjældent træder de frem i det ældre folkloristiske arkivmateriale, eftersom de ikke var interessante for den ældre folkemedicinske forskning. De oplyste ikke noget om folketroen.

Det gjorde derimod de trolddomskyndige, og endnu omkr. 1890 »*var Troen paa Hekseri og paa, hvad der var beslægtet dermed, meget udbredt*«, skriver en af meddelerne (DFS 1), mens en anden »*løb hurtigt forbi Kokanmari's hus, [for] hun kunne hekse*« (NEU 13). Der- som man i familien havde defineret en given sygdom som forårsaget af hekseri/forgørelse, måtte man henvende sig til en af de kloge, som man mente havde indsigt og magt over de kræfter, der forvoldte forgørelsen. Hans Amlund (1809-1901) i Lindballe sogn var specialist i at kurere for forhekselse, men han måtte dog i sine sidste år se sin praksis svinde ind. »*De gamle hekse døde ud, og der kom ingen nye i stedet*« (Kau,2:76).

De fleste forgørelsesbekæmpere som f.eks. Haaning slægten fra Vindblæs ved Løgstør (Biering:31ff, Rasmussen) brugte dog både overnaturlige midler og en lang række medikamenter, bl.a. urter i deres praksis. Nogle af disse tilvirkede de selv af indsamlede og indkøbte materialer, mens de for andre midler skrev recepter, som de syge kunne få ekspederet på det af myndighederne privilegerede apotek. Hvor en af de landskendte kloge boede, havde det stedlige apotek en god indkomst fra dette salg.

Ved siden af disse »all-round« kloge fandtes der specialister, der kun



Mads Weis (ca. 1766-1839) og hans gård i Hinge, hvor han havde sygestuer for kirurgiske patienter. Medicinsk-historisk Museums billedarkiv.

forstod sig på een sygdom som f.eks. Roligheds Stine ved Stevns (NEU 14), der nok optrådte som klog kone, men sjældent gav sig af med andet end engelsk syge.

Havde man en byld, kunne man gå til iglekonen, der som regel fiskede sine igler i nærmeste åløb eller mose, og fik man et sår, fandtes der også specialister på dette område. Således Madam Kaas i Brøndbyøster, der kyndigt behandlede *»en ung Karl... som med en Økse havde hugget sig temmelig slemt i den ene Langfinger. Han blev af sin Husbond sendt til Madam Kaas til Behandling. Han konsulterede hende flere Gange i den Anledning, [og] hun fik ogsaa Fingeren lægt. Hun smurte noget paa Saaret af forskellige Flasker, men hvad det var for Ting, vidste Karlen ikke. Efter Indsmøringen blev Fingeren hver Gang omhyggeligt forbundet, og hun forbød ham strengt at løse Forbindingen af. Den maatte ingen anden Haand røre ved end hendes«* (DFS 2).

Nogle kloge folk fik efter ansøgning myndighedernes autorisation til at udøve en enkelt behandlingsform, almindeligvis arm- og benbrud samt sår. Det var de såkaldte benbrudslæger. Deres virkefelt var terapeutisk afgrænset og tillige altid geografisk begrænset til deres bopælsområde, ligesom der i bevillingerne ofte var indføjjet, at deres



behandlinger skulle kontrolleres af lægerne (Carøe, Højensgaard).

Retssagerne mod dem viser, at de ikke altid holdt sig inden for bevillingens rammer, men også ydede anden sygdomsbehandling, hvilket iøvrigt ikke kan undre, eftersom:

- 1) de oftest var udgået af de kloge folks kreds, og
- 2) myndighederne med bevillingen havde givet dem et stempel som særlig kloge – set med befolkningens øjne.

Endelig omfattede den folkelige sektor – navnlig i århundredets sidste årtier – tillige homøopater, magnetisører, materialister, massører og mange, mange flere. Hertil kom en udbredt postordrevirksomhed, der med pågående reklamer »fristede« godtfolk med arcana, vidundermidler og sundhedspræparater (Grevsen), som næppe lader nutidens helsebølge ret meget efter.

I den folkelige sektor mødte den syge en særdeles broget skare af behandlere, hvis sygdomsopfattelse og -behandling var vidt forskellige, spændende fra de i opfattelse og traditioner befolkningen nære, traditionelle kloge via det rene humbug og spekulation til egentlige, men for befolkningen i alle henseender fjerne systemer som homøo-



Homøopatisk husapotek fra firmaet Willmar Schwabe i Leipzig. Medicinsk-historisk Museums billedarkiv.

pati. »Min Bedstefar var klog Mand og fik store medicinsendinger fra Leipzig medicinfabrik, og Mor gik i hans fodspor... Bortset fra kamillete, byldete og brændenælder var det medicinerne fra Leipzig, Mor brugte« (NEU 15) – formodentlig fra firmaet Schwabe, der producerede homøopatiske midler til hele Europa.

For oversigtens skyld er sektorens forskellige behandlere beskrevet som adskilte grupper. Det lige anførte citat viser, at virkeligheden var en anden: grupperne gled mere eller mindre over i hinanden uden skarpe grænser.

Den professionelle sektor

Hvis sygdommen stadig ikke krøb af – trods familiesektorens husråd og trods den folkelige sektors overnaturlige forgørelsesbekæmpelse og naturlige medikamenter, så var det måske, fordi helsoten var trådt ind: det niveau i en sygdom, hvor man i de gamle samfund resignerede: alt var nu gjort, tilbage var kun roligt at vente dødens komme. Men man kunne jo også i familien beslutte sig til at forsøge i den professionelle sektor. Hér mødte den syge de af staten autoriserede læger, den vestlige lægevidenskabs fagfolk med en højt specialiseret, statsanerkendt uddannelse og en helt anden sygdomsopfattelse, baseret på en naturvidenskabelig biologisk tankegang. Til forskel fra de to andre sektorer er der hér tale om en særdeles homogen gruppe, der via sin statsanerkendelse havde/har monopol på at definere, hvad der er sygdom, og hvad der er rationel = effektiv sygdomsbehandling – og dermed ikke er!

Fra omkring midten af det 19. årh. steg antallet af færdiguddannede læger, og de unge kandidaters muligheder for at finde arbejde i byerne



Menneskelægen: »Er I aldrig generet I Jeres Praxis af Kloge, hvad?«

Dyrlægen: »Nej! Bonden ved, hvad hans Ko og hans Svin er værd; dem eksperimenterer Han inte med.«

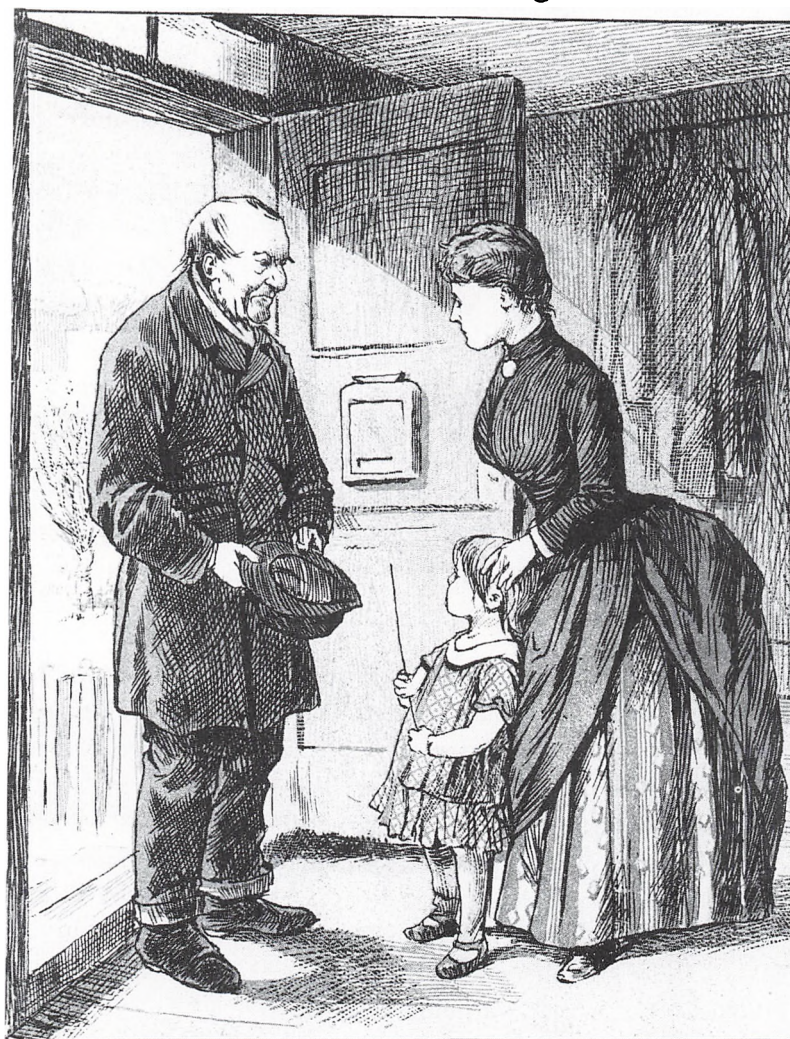
Fra Medicinsk-historisk Museums billedarkiv.

blev forringet i en sådan grad, at flere og flere måtte skaffe sig et levebrød ved at nedsætte sig i landdistrikterne (Jørgensen: 9 ff). Og hér mødte de den folkelige tradition – et møde, der ikke altid gik stille af. Mange unge læger måtte opleve en trang tid med en lille praksis (Møller: 175, Tvedegaard: 163) i hård konkurrence med de folkelige behandlere, navnlig i de egne, hvor en af de berømte kloge virkede. I Give måtte en læge således fortrække, da der ikke var marked for ham så nær ved Søren Sillestho'ed (Kau, 1:77), og andre steder måtte de første læger ernære sig ved at have andet erhverv ved siden af deres lægepraksis – og det selvom de havde et milevidt opland med et rigeligt antal potentielle patienter (Graves: 184).

Hvor voldsomt sammenstødet mellem en læge og en klog kunne være, oplevede Valdemar Erlendsson (1879-1951) så sent som i 1912 under et vikariat i Himmerland. Han fortæller selv, at han af en husbond blev kaldt til en tjenestepige med en svær betændelse i venstre brystkirtel og tilrådede øjeblikkelig operation. Men herover *»blev baade Patienten og Bedstemoderen rædselsslagne, og bedre blev det ikke, da Patientens Moder kom til, thi hun forbød mig ligefrem enhver Behandling af Datteren og sagde, at hun stoledede mere paa Maren Honning end [på] alle Jyllands Læger!«* Dr. Erlendsson måtte opgive og overlade pigen til den kloge kones omsorg – *»thi det lader til, at man maa bøje sig for den store Indflydelse, som Maren Honning og andre Kloge Koner hér paa Egnen har paa Befolkningen«* – en indflydelse, som han med en karakteristisk urban indstilling til bondemiljøet kalder »antikulturel«! (Erlendsson).

At de kloge mænd og koner omkring år 1900 angiveligt blev sat højere end lægerne (Helms: 212) behøver ikke nødvendigvis at hænge sammen med en manglende agtelse for lægestanden. Men befolkningen var ikke vant til at bruge læger, og bonden har altid gerne villet se noget nyt an, før vanerne blev lagt om (Erntsen: 66ff). Det nyes resultater skulle jo helst være bedre end det gamles. Og: nok havde landbefolkningen ingen mening om og holdning til lægernes uddannelse, således som de havde til de kloges oplæring; men befolkningen/familie-sektoren kunne vurdere behandlingsmetodernes effekt – det altoverskyggende væsentlige for en patient og hans/hendes pårørende. På

Misforstaaet Deltagelse.



- Æ æ Dovter hjemm'.
- Nej, Per Hansen, ikke i Øjeblikket.
- Ja, for A will kons sej, te no æ mi' Kuen død.
- Herre Gud; det vil da gjøre min Mand meget ondt.
- Ja—a! To de æ jo heller ett sødn saa møy anbefalendes for ham

Efter tidsskriftet Punch, 1880erne.

dette punkt havde familiesektoren og i hvert fald de kloge folk og benbrudslægerne i den folkelige sektor befolkningens tillid – lægerne måtte først vinde den.

Lægerne mødte en sejt og hårdnakket modstand fra landbefolkningen, og der er opstillet mange teorier om årsagerne hertil (Brade: 77ff). Det vil føre for vidt hér at komme ind på alle disse teorier, men kendsgerningen er, at lægen blev hentet, nemlig når alt andet – som nævnt – var prøvet, og de pårørende skønnede, at det gik mod døden. »Ja Dowter, der er ikke noget at gøre, men vi tøvs nu et, at han sku' dø sådan helt af sig selv«, var en kommentar, som dr. Jes Rossen (1850-1944) tit og mange gange hørte (Rossen: 33). I en sådan situation var der ganske rigtigt kun sjældent noget at gøre for lægen. Doktoren blev hentet, som præsten blev hentet, som ligkisten blev bestilt, og som alt andet, der hørte ligfærd til, blev ordnet (Feilberg: 464). Lægens besøg blev tegnet på, at alt håb var ude, og at patienten ikke havde mange dage igen. »Mon [Hans] er død, jeg saa jo, at Dowtoren var der i Gaar« (DFS 3), lød det blandt naboerne.

Ændringen i sektorvalg

I den hér behandlede periode: årtierne omkring århundredskiftet skete der imidlertid en holdningsændring over for lægerne og deres naturvidenskabelige sygdomsopfattelse, der blev mødt med stigende tillid, hvilket medførte en strukturændring i familiesektorens valg af behandlingstilbud.

Den folkelige sektors behandlere eksisterede hele perioden igennem, men mens familierne i periodens begyndelse først gik til den folkelige sektors behandlere for dernæst, når helsoten indtrådte og alt håb var ude, at konsultere den professionelle sektors behandlere, blev forholdet omkring 1900/1905 modsat (fig.2).

Prioriteret valg af behandler 1900/1905	
Før	Efter
1. Familiesektor	Familiesektor
2. Folkelig sektor	Professionel sektor
3. Professionel sektor	Folkelig sektor

Figur 2.

Flere faktorer spillede ind som årsag hertil, og summarisk kan de opstilles som følger:

- 1) Landlægernes egen indsats for at vinde tillid. Måden, hvorpå de gjorde dette, var såre forskellig, afhængig af personlighed og individuelle terapeutiske færdigheder. Men de nævner næsten alle, at praksis voksede fra omkring 1895/1900.
- 2) Lægevidenskabens terapeutiske fremskridt, der blev formidlet ud til befolkningen gennem et stigende antal aviser og ugeblade.
- 3) Hygiejnens udbredelse, omfattende såvel almindelig huslig og personlig renlighed som bedre boligforhold, mere alsidig og nærende kost, ændret arbejdsmiljø og renere vand. Lægerne gik i høj grad i spidsen for denne bevægelse, og befolkningen kunne umiddelbart iagttage, hvorledes mange sygdomme forsvandt såsom skørbug, tyfus og engelsk syge.
- 4) Bedre skoleundervisning og efteruddannelse, bl.a. gennem højskoler og andelsbevægelse, oplyste befolkningen om et naturvidenskabeligt syn og gjorde den rede til at modtage vort århundredes rivende udvikling indenfor den lægevidenskabelige terapi.
- 5) Etablering af sygekasser, navnlig efter sygekasselovens ikrafttræden i 1892, medførte, at store befolkningsgrupper nu havde råd til at konsultere lægen. Men alle befolkningsgrupper kom ikke ind under loven: børnene og de uværdigt trængende, fattiglemmerne, der var »på sognet« – de hørte stadig under distriktslægens funktioner.
- 6) Forbedrede samfærdselsforhold medførte, at det med jernbaner var lettere for befolkningen at komme til lægen, og for lægen pr. cykel, motorcykel og (fra omkring 1910/1915) med bil at komme til patienterne.
- 7) Den almindelige velstandsstigning betød, at man ikke længere behøvede at gå til den kloge, fordi man skammede sig over at lade lægen se sit usle tøj eller sin usle bolig. Man havde råd til at forbedre begge dele.
- 8) Centraldirigeringen – myndighedernes ønske/krav om at få befolkningen til læge brød igennem. Gennem hele det 19. årh. havde der bestået en spænding mellem de oppefra kommende direktiver og

landbefolkningens egne traditioner. Først omkring år 1900 var den primære forudsætning for denne centraldirigering til stede: læger nok!

3. Arthur Kleinman's sektormodel og det danske behandlesystem

I det foregående er der søgt givet et bredt, alment billede af det danske behandlesystem, dets personer og indhold, således som det fremtræder i kildematerialet. Skematisk kan det opstilles som i skema side 112-113, idet der med »autoriserede behandlere« forstås den professionelle sektor, med illegale behandlere forstås den folkelige sektor, og med familiebehandlere forstås familiesektoren.

Med henblik på den kleinmanske sektormodels anvendelse på danske forhold skal kildematerialet til slut søges analyseret ud fra den form for legitimitet til udøvelse af sygdomsbehandling, som – set nedfra, med lægfolkets øjne – er indeholdt i de forskellige behandles uddannelse/oplæring.

Under familiebehandlere er husmødre opført. At disse fungerede som sygeplejer og farmaceut giver kildematerialet dokumentation for, men fungerede de også som læge? Herpå gives der kun sparsomme, direkte svar som f.eks.: »Oldemor tog noget Spindelvæv og lagde paa et blødende Rift« (NEU 16), men en nærlæsning af teksterne lader forstå, at når det var husmoderens opgave at tilberede medicinen, var det også hende, der indgav den, altså behandlede. Om det også var hendes kompetence at tage beslutning om behandling og dennes art, meddeler mit materiale intet om.

Hvad var hendes legitimitet til at behandle? Først og fremmest hendes almene omsorg/ansvar for familiens ve og vel, men også hendes oplæring, hendes overtagelse af »alles« viden fra sin bedstemor og mor. Husrådene, »alles« viden, indgik som et naturligt led i den opdragelse, som pigerne fik ved at vokse op i et landbohjem i en bestemt egn. Hertil kom så, hvad hun opspurgte af gode råd fra andre, evt. fra kloge folk, og hvad hun læste sig til, f.eks. i kogeboøger. Hendes legiti-



Lægens besøg i bondens hjem. Maleri af Chr. Dalsgaard (1824-1907) 189.

mitet kan udtrykkes med stikordene: omsorg, opdragelse og folkelige normer for sygdomsopfattelse og -behandling. I denne henseende er der tale om en særdeles homogen gruppe, hvilket betyder, at Kleinman's model lader sig anvende til en analyse af den danske familiesektor.

I den modsatte ende af behandlerhierakiet ligger den professionelle gruppe: lægerne. For befolkningen var deres legitimitet et oppefra kommende direktiv, indeholdt i deres af myndighederne godkendte og ensartede uddannelse samt i deres af myndighederne – via autorisationen – godkendte monopol på sygdomsdefinition og -behandling. Derimod behøver der i denne deres legitimitet ikke at ligge en overensstemmelse med folkelige normer, omend de to normsæt i høj grad har nærmet sig hinanden i dette århundrede. Den professionelle sektor er i denne henseende en endog særdeles homogen gruppe, og også hér kan man vurdere Kleinman's model som anvendelig på danske forhold.

Den tredje sektor: den folkelige, er derimod langt fra homogen, hvad angår legitimitet, og det er en svaghed ved Kleinman's model, at

Figur 3 (Rørbye).	Almen erhvervsbetegnelse	Uddannelse		Primær By
		Akade- misk	Praktisk	
Autoriserede behandlere	Læger Benbrudslæger Nødhjælpere	•	• •	•
Illegale behandlere	Kloge folk Homøopater Magnetisører Materialister Massører Udenl. læger uden jus Farmaceuter Postordrefirmaer Benbrudslæger } del- Nødhjælpere } vist	• •	• • • • • • • • •	• • • • • • • •
Familiebehandlere	Husmødre		•	•

denne i legitimitet så uhyre forskelligartede grupper er sammenfattet i én sektor. Denne opfattelse kan belyses med to eksempler fra kildematerialet:

1. De kloge havde ingen formel uddannelse, men de havde en ofte lang oplæring, knyttet til slægtsarv eller til en »lærlingetid« hos en klog, dersom denne anså »kandidaten« for kaldet. Hertil kom egen læsning, iagttagelse og med årene den erfaring, som naturligt kommer ved at behandle et større antal syge. De kloge udgjorde en »institution« i samfundet, som havde samme opfattelse af sygdom og hel-

Geografisk område Land	Primært køn for behandlere		Lovgivning		
	Mænd	Kvinder	Faglige love 1619ff	Kvaksalver- lov 1794	Bedrageri- lov 1840
	•		•		
•	•	•		•	
•	•	•		•	
	•	•		•	•
	•			•	
	•			•	
	•			•	
•	•	•		•	
•	•	•		•	
•		•	Ingen specifikke love		

bredelse, og som accepterede de traditionelle normer og værdier, der var knyttet til denne »institution«. Deres behandlingsmetoder med bl.a. urter og igler lå tæt op til familiesektoren, og deres selvopfattelse som værende et medium for de overnaturlige og som havende specielle evner lå nær folketroen og begge elementer blev knyttet til en folkelig fortælletradition.

Helt anderledes forholder det sig med de såkaldte naturlæger, f.eks.:
 2. Homøopaterne, hvis udspring er den professionelle sektor, idet systemet blev introduceret af den tyske læge Samuel Hahneman (1755-1844) i begyndelsen af det 19. årh. Deres legitimitet lå/ligger i deres

uddannelse, der varierede fra selvstudier af populære bøger til flere års studium ved udenlandske skoler. Homøopaterne i Danmark havde/har egne tidsskrifter og faglige foreninger, og i 1913 blev der oprettet et homøopatisk hospital i København.

De lagde/lægger stor vægt på en videnskabelig argumentation og søger hér at nærme sig den professionelle sektor og dennes normer for effektiv sygdomsbehandling. Men samtidig var/er de utrolig ortodokse overfor læren, hvorved de adskiller sig fra videnskaben, hvis kendetegn er en kritisk holdning. Skønt Hahneman's skrifter er over 180 år gamle, anses de stadig af homøopaterne som gyldige i sygdomsbehandlingen.

Det danske materiale viser meget store og dybt væsentlige forskelle blandt behandlerne i den folkelige sektor, og selvom der er fællestræk, er det min vurdering, at der er mere, som adskiller end samler. Traditionen, hér repræsenteret af de kloge folk burde nok udskilles fra det, vi i dag kalder »alternative« behandlerne, hér repræsenteret af homøopaterne.

RESUMÉ

Psykiateren og antropologen Arthur Kleinman opstiller i sit arbejde om patienter og helbredere en model for behandlersystemet, som han kalder et sundheds-omsorgssystem: et socialt og kulturelt system, omfattende de elementer i samfundet, der tager sig af sundhed og sygdom. Han deler dette system i tre sektorer:

1) The folk sector (kloge folk m.fl.); 2) The professional sector (lægerne); 3) The popular sector (lægfolket).

I artiklen gennemgås det danske behandlersystem ud fra denne model, og i fig. 3 opstilles et skema over behandlerne omkring år 1900. Resultatet af analysen er, at Kleinman's model lader sig anvende på danske forhold vedrørende sektor 2 og 3. Derimod er modellen mindre egnet for sektor 1, der omfatter så forskelligartede behandlere som f.eks. kloge folk og homøopater.

SUMMARY

In his work on patients and healers the psychiatrist and anthropologist Arthur Kleinman presents a model for the treatment system, which he calls a health-and-care system: a social and cultural system covering those elements in society which deal with health and illness. He divides this system into three elements:

1) The folk sector (wise people and others); 2) The professional sector (doctors); 3) The popular sector (lay people).

In the article the Danish healer system is analysed on the basis of this model and fig. 3 shows a schematic survey of the healer system about the year 1900. The results of the analysis are, that Kleinman's model is useful for Danish conditions concerning sectors 2 and 3, but less suitable for sector 1 because it includes very different groups such as wise people and homeopaths.

HENVISNINGER

- Alver, Bente Gullveig & Torunn Selberg:* Det er mer mellom himmel og jord – Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling. Bergen 1990.
- Biering, Karsten:* Folkelig lægekunst på Løgstøregnen (Folk og Kultur. Årbog for dansk Etnologi og Folkemindevidenskab). 1973.
- Brade, Anna-Elisabeth:* Kloge folk, lærde folk og familierne. Indsamling af lægeplanter og familien som behandlergruppe ca. 1860-ca.1920. (Ph.D.-afhandling).
- Carøe, Kr:* Folkekirurgi i Thy. (Samlinger til jydsk Historie og Topografi). 4. Rk., 2.Bd. Århus 1914.
- Carøe, Kr.:* Jyske Benbrudslæger. (Samlinger til jysk Historie og Topografi). 4.Rk., 3.Bd. Århus 1920.
- DFS.* Dansk Folkemindesamling. Sagn og Tro.
DFS 1. 1906/23, 1153.
DFS 2. 1906/23, 132.
DFS 3. 1906/23, 289.
- Erlendsson, V.:* Lidt om den kloge Kone i Løgstør. (Ugeskrift for Læger). 74.Aarg. 1912.
- Erntsen, H.P.:* Historiske Optegnelser fra Rørby Sogn. Kalundborg 1918.
- Feilberg, H.F.:* Dansk Bondeliv som det i vore oldeforældres tid førtes navnlig i Vestjylland. Kbh. 1952.
- Graves, Karoline:* Ved Halleby Aa. Udg. af Henrik Ussing. (Danmarks Folkeminder nr. 24). Kbh. 1921.
- Grevsen, Jørgen V.:* Arcana. En historisk-socialfarmaceutisk undersøgelse af forbrugeres, medicinalpersoners og myndigheders holdninger til ikke-autoriserede lægemidler. Kbh. 1982.
- Helms, Otto:* Fra Doktorstolenes Tid. (Asklepios' Tjenere. Danske Lægememoirer. Udg. af Anker Aggebo). Bd.1. Kbh. 1936.
- Højensgaard, I.C.:* Folkekirurgi. (Medicinsk Forum). 41.årg. 1988.
- Jørgensen, Harald:* Træk af sygdomsbekæmpelsens og sygekassernes historie i Danmark. (Syg og rask gennem 100 år. Udg. af De samvirkende centralforeninger for sygekasser i Danmark). Kbh. 1951.
- Kau, Hans:* Af de kloge Mænds Saga. Kulturbilleder fra den jyske Hede. Hft. 1-2. Kolding 1919-1922.
- Kleinman, Arthur:* Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care, 3. Berkeley 1980.
- Møller, J.S.:* Af mit Liv. (Asklepios' Tjenere. Danske Lægememoirer. Udg. af Anker Aggebo). Bd.1. Kbh. 1936.
- NEU.* Nationalmuseets Etnologiske Undersøgelser. Spørgeliste nr. 20. Indsamling af planter og bær. Udarbejdet af Ole Højrup. 1955.
NEU 1. 12.318.
NEU 2. 30.292.
NEU 3. 14.685.

NEU 4. 12.144.

NEU 5. 12.007, 12.044, 12.147, 12.190, 19.088.

NEU 6. 18.889.

NEU 7. 12.008, 12.089, 12.104, 12.147, 12.318, 12.385, 12.504, 12.889, 13.474,
17.647, 18.537, 18.673, 19.659, 20.640, 29.018.

NEU 8. 18.633.

NEU 9. 31.152.

NEU 10. 18.440.

NEU 11. 13.620.

NEU 12. 21.807.

NEU 13. 12.104.

NEU 14. 12.089.

NEU 15. 18.851.

NEU 16. 30.192.

Rasmussen, Louise: De kloge Koner i Vindblæs. Maren Haaning. Kbh. 1927.

Rossen, Jes: Saadan gik det nu til. (Danske Lægemoirer. Udg. af Anker Aggebo).
Bd.3. Kbh. 1940.

Rørbye, Birgitte: ikke-publiceret manuskript.

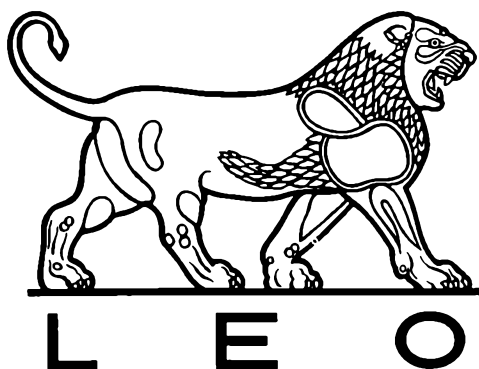
Tvedegaard, Hans: Nogle Erindringer. (Danske Lægemoirer. Udg. af Anker Aggebo). Bd.3. Kbh. 1940.

AKTIESELSKABET

ROSCO

FARMACEUTISK INDUSTRI

2630 TAASTRUP



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.

Træk af myxoedemets historie

Af Erik F. Mogensen

Det er i disse år 100 år siden, man fandt frem til mulighederne for at behandle myxoedem. Da væsentlige fremskridt inden for denne terapi netop fandt sted i København, har man i år god anledning til at se på myxoedemets interessante historie.

Efter diabetes mellitus og thyreotoxikosis er myxoedem den hyppigste af de endocrine lidelser, og har man først fået øjnene op for sygdommen, er diagnosen ikke svær. Det virker derfor ejendommeligt, at sygdommen først er beskrevet så sent som i 1874. Beskriveren var *W. W. Gull* i London,¹ det var dog først med *W. M. Ord's* mere detaljerede beskrivelse fra 1878,² at der for alvor blev gjort opmærksom på sygdommen. Ord gav som den første lidelsen navnet myxoedem på grund af de karakteristiske aflejringer i huden. Det første danske tilfælde er beskrevet af *Ludvig Brandes* i 1884.³ Sygdommen blev på dette tidspunkt betragtet som sjælden, således kunne *A. Mc Lane Hamilton* i 1882⁴ kun samle ca. 50 tilfælde fra litteraturen. Myxoedemet må ikke forveksles med den endemiske kretinismus, der havde været kendt længe. Kretinismus var således allerede erkendt af von Hohenheim – også kaldet Paracelsius – i det 16. århundrede.

Også thyroidea som organ blev sent erkendt af lægerne, og dets funktion var længe uforstået. Den endemiske struma i visse egne af verden var nok kendt, men svulsten henførte man til halsens bindevæv og muskler, og thyroidea er først beskrevet af den engelske læge *T. Warton* i 1656.⁵ Warton beskrev også kirtlens viscøse indhold, og antog at denne substans via nogle små ductuli blev ledet til trachea, hvor den havde smørende effekt. Warton var også opmærksom på, at kvindernes thyroideae var større end mændenes, og han nævner, at



Theodor Kocher (1841-1917). Foto (Med. hist. Museum).

kirtlen har en kosmetisk effekt ved at give den kvindelige hals sin smukke kontur.

Senere undersøgere har hæftet sig ved thyroideas rigelige blodforsyning og ment, at organet havde betydning for regulation af blodforsyningen til hjernen. Med henblik på kvindernes større thyroidea og den formodede regulation af hjernens blodforsyning skrev *Rush* i New York i 1820:⁶ »This provision was necessary to guard the femal system from influence of the more numerous causes of irritation and vexation of mind to which they are exposed more than the male sex«. Længe herskede der tvivl om thyroideas funktion, den blev antaget at være af betydning for stemmedannelsen og for søvnen, men ingen af hypoteserne lod sig bevise, og de fleste fysiologer antog da også, at thyroidea ikke havde nogen fysiologisk betydning.

Opklaringen af thyroideas rolle for organismen kom ikke fra fysiologerne, men fra de læger, der i praksis beskæftigede sig med strumapatienter i de egne af verden, hvor denne lidelse var endemisk.

I strumaegne blev svulst på halsen betragtet som noget smukt, og besøgende uden struma blev betragtet med medynk. Imidlertid kunne en struma blive så stor, at den gav alvorlige tryksymptomer og generede vejrtrækningen. I første halvdel af 1800-tallet forsøgte man derfor strumectomi, men kun få patienter overlevede indgrebet. Med *Theodor Kocher* blev dette forhold ændret. Han var i 1872 blevet chef for den kirurgiske universitetsklinikk i Bern og kunne to år senere meddele om 13 strumectomier med kun to døde. I 1883⁷ kunne han offentliggøre en serie på 100 strumectomier. Efterundersøgelse af disse patienter viste, at hvor der var blevet gjort total strumectomi udviklede patienterne en tilstand, som Kocher kaldte cachexia strumipriva. Det blev hurtigt klart, at denne tilstand var identisk med den sygdom, som Gull havde beskrevet i 1874.

Moritz Shiff i Schweiz havde allerede i 1859⁸ vist, at hunde døde hurtigt efter total strumectomi. Efter Kochers meddelelse i 1883 om total strumectomi på mennesker, gentog Shiff sammen med fætrene *Jacques Louis* og *Auguste Reverdin*⁹ sine forsøg og kunne vise, at man ved at transplantere thyroideavæv til thyreodectomerede dyr kunne hindre eller reducere udfaldssymptomerne.

Tiden var nu inde til efter Shiffs model at behandle myxoedem hos mennesker, og i 1890 fremkom med korte mellemrum meddelelse fra *Heinrich Birchner* i Tyskland¹⁰ og *Bettencourt & Serrano*¹¹ i Frankrig om transplantation af thyroideavæv til myxoedempatienter. Birchner brugte menneskethyroideae, mens franskmændene brugte fårevæv til transplantationerne. Begge steder fandt man, at behandlingen reducerede udfaldssymptomerne, men kun for en kortere tid. Når det transplanterede væv var dødt, meldte symptomerne sig igen. Transplantationer blev derefter udført flere steder i verden både på patienter med kretinismus og på myxoedempatienter med samme forbigående effekt. Transplantationsræen blev kun kort, og der synes ikke meddelt tilfælde af denne behandling i Danmark.

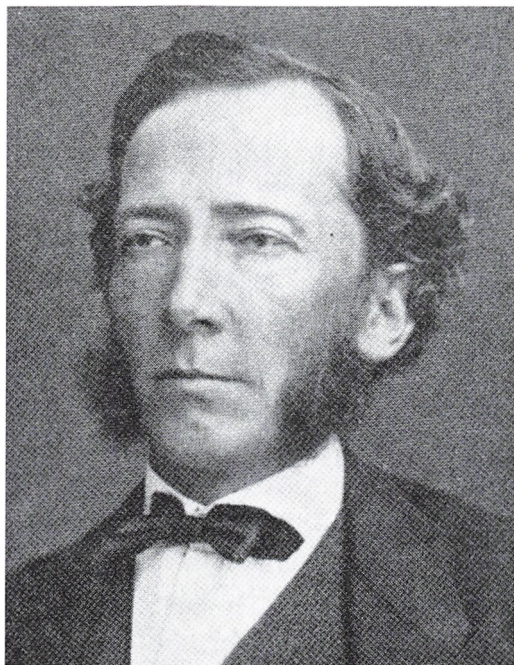
I 1890 og 1891 havde *G. Vassale* i Italien og *E. Gley* i Frankrig vist, at man kunne hindre opståen af symptomer efter total strumectomi hos hunde ved injektion af ekstrakt af thyroideavæv i dyrene. Kendskab hertil fik *G. R. Murray*¹² i Durham til at forsøge den behandlings-

metode på mennesker, og ved et møde i British Medical Association i Nottingham i juli 1892 kunne han fremlægge 4 patienter behandlet med et glyceroludtræk af fårethyrøideae. Hos alle 4 patienter kom der svind af de hypothyroide symptomer efter subcutan injection af ekstraktet. Den første behandlede patient havde Murray allerede offentliggjort i oktober 1891.¹³ Blandt de 4 patienter var der to ældre kvinder med dårligt hjerte, de døde begge pludseligt efter flere ugers behandling. Risikoen ved at behandle myxoedempatienter med svagt hjerte blev således demonstreret meget tidligt i sygdommens behandlingshistorie.

Allerede ved mødet i Nottingham kunne andre engelske læger meddele om patienter behandlet med held efter Murray's metode. Samme år kunne *Boucharde*¹⁴ i Frankrig og *Mendel*¹⁵ i Tyskland offentliggøre gode resultater af kontinuerlig behandling med thyroideaekstrakt. Her i landet blev den første patient behandlet med denne terapi på Sct. Joseph Hospital i København af *Frederik Grünfeld* i 1892.¹⁶ Heller ikke injektionsterapien fik nogen lang levetid. Allerede i slutningen af marts 1892 var *Frantz Howitz* i København begyndt at behandle en myxoedempatient med thyroideaavæv pr. os.¹⁷ Patienten var en 42 årig kvinde, der dagligt gennem 13 dage fik 2 kalvethyrøideae tilberedt som postej med tilsætning af krydderier og skyllet ned med et glas vin. Allerede 4 dage efter kurens indledning indtrådte en bedring af udseendet, ødemeerne svandt under stærk diurese og profus sved. Senere kom der stærk hjertebanken med dyspnoe og lette besvimelser, ligesom patienten fik et generende urticaria, hvorfor man ophørte med fodringen. Kuren blev genoptaget efter 16 dage, men nu kun med en glandel hver anden dag. Knap 4 uger senere kunne hun udskrives som helbredt, bortset fra nogen mathed, desuden havde hun af og til kløende urticaria.

Frantz Howitz gav meddelelse om dette tilfælde på det skandinaviske naturforskersmøde i København 6. juli 1892. Hans behandlingsløsning var et Columbusæg, der med et slag gav en virksom terapi, der kunne anvendes af enhver læge. I oktober 1892 kunne de engelske læger *E. L. Fox*¹⁸ og *Mackenzie*¹⁹ uafhængigt af hinanden og uden kendskab til Howitz' meddelelse offentliggøre patienter behandlet på

Frantz Howitz (1828-1912). Foto. (Med. hist. Museum).



lignende måde. En gene ved terapien var, at mange patienter fik kvalme og følte aversion mod fodringen. Behandlingen blev dog hurtig mere patientvenlig. I januar 1893 kunne *A. T. Davies*²⁰ i London demonstrere nogle patienter, han havde behandlet med et pulverformet udtræk af thyroideavæv. Præparatet var fremstillet af en farmaceut ved *Sct. Thomas' Hospital* ved navnet *White*. Kirtlerne blev udtrukket med en blanding af vand og glycerin og fældet med fosforsurt kalk. Få dage senere kunne *Frederik Vermehren* i *Hospitalstidende*²¹ meddele, at han med held havde anvendt et pulverformet ekstrakt i behandlingen af myxoedem. Han brugte for første gang betegnelsen *Thyroidin* for dette præparat. *Vermehren* udtrak sine kalvethyroideae med glycerin og efter filtrering gennem bomuld, udfældede han det virksomme stof med absolut alkohol. *Thyroidin* blev først givet som pulver, men snart efter som piller. Behandlingen var langt behageligere for patienterne og gav ingen kvalme eller urticaria.

Frantz Johannes August Carl Howitz blev født på Møen den 7. de-



Frantz Howitz som
ældre. Foto efter U.f.L.
1913 p. 23.

cember 1828, faderen var godsforvalter.²² En farbroder også med navnet Frantz Howitz var død i 1826. Han havde været professor i farmakologi og retsmedicin ved Københavns Universitet og var mest kendt for en filosofisk strid med A. S. Ørsted og J. P. Mynster om determinisme. Brodersønnen blev student i 1846 og deltog som underlæge i krigen 1849-50. I 1853 blev han medicinsk kandidat og i 1857 dr.med. på en afhandling med titlen: »Om Ventilation af Hospitaler«. Han konkurrerede i 1866 med A. Stadfeld om professoratet i fødselsvidenskab, der blev ledigt ved C. E. Levys død. Det blev Stadfeld, der fik professoratet. Howitz mente selv det skyldtes, at han havde lagt sig ud med autoriteterne ved meget kraftigt at gå ind for Semmelweis' ideer om puerperalfeber, hvorved han havde stødt Levy, der ikke troede på de semmelweisske teorier.

Eftertiden husker bedst Howitz for at have udført den første ovariomi i Danmark. Herom har Ole Secher skrevet i Dansk Medicin-historisk Årbog fra 1974,²³ hvorfor Howitz' indsats indenfor gynæko-

logien ikke skal yderligere kommenteres. Det skal derimod nævnes, at han som den første har beskrevet syfilitiske pneumonier hos nyfødte i 1862,²⁴ – en diffus form for lues, der på det tidspunkt var ukendt.

Howitz blev titulær professor, men fik aldrig nogen egentlig overlægestilling. Alligevel lykkedes det ham at hævde førerstillingen indenfor gynækologien ikke alene i Danmark, men i hele Skandinavien. Som basis herfor havde han en privatklinik, samt service på Diakonissestiftelsen og Frederiksberg Hospital. Af vækst var han lille, af sind ilter og aktiv – også udenfor lægeverdenen. Han var således en tid medlem af Københavns Borgerrepræsentation. Han var udgiver af »Gynækologiske og obstetriske Meddelelser« og sammen med Leopold Meyer udgav han den første danske lærebog i gynækologi. Desuden var han i flere perioder formand for »Medicinsk Selskab«.

Nogen egentlig lærd mand var Howitz ikke, og han kunne ligefrem udtrykke foragt for boglig lærdom, den praktiske erfaring var det væsentligste for ham. I det ydre skal han have haft en spøgende, noget afvisende form. Han havde et skarpt blik for sine medmenneskers svagheder og forstod at give sine iagttagelser et vittigt og bidende udtryk. Overfor sine medarbejdere var han den hjælpsomme og interesserede chef, der altid var beredt til at anvende sin indflydelse til fordel for dem. At han var afholdt og respekteret fremgår af de nekrologer, der blev skrevet ved hans død i december 1912,^{25, 26, 27} – et år før han kunne have fejret 50 årsdagen for den første ovariotomi. Man spørger uvilkårligt, hvorfor det blev en gynækolog og ikke en mediciner, der som den første fandt frem til den orale terapi af myxoedem. Forklaringen er vel dels, at Howitz var en meget aktiv mand, dels at der i disse år var ret stille omkring intern medicin i Danmark. På Det kgl. Frederiks Hospital sad Carl Martinus Reisz og Carl Edward With som professorer. Reisz blev i 1892 erstattet af Gram og With blev i 1896 afløst af Knud Faber, hvorefter der kom skelsættende fremgang i dansk intern medicin.

Den anden danske læge, der i disse år gjorde en indsats i myxoedemforskningen var *Frederik Vermehren*, der var født i 1865 og døde i 1921.²⁸ Han var søn af kunstmaleren, professor Johan Vermehren. Efter uddannelse ved københavnske hospitaler, blev han i 1903 overlæge



Frederik Vermehren
(1865-1921). Foto Efter
Den Danske Lægestand.
9. udgave 1915.

ved medicinsk afdeling på Frederiksberg Hospital. Hans disputats fra 1895 – »Studier over Myxoedemet«²⁹ giver en god oversigt over de omstændigheder, hvorunder myxoedembehandlingen udviklede sig i årene 1890-95, og giver et detaljeret studie i den orale terapies effekt og problemer. Hans patientmateriale er ret lille, består kun af 16 patienter fra forskellige københavnske hospitaler; 4 patienter fik ingen behandling, 2 blev behandlet med injektioner af thyroideaextrakt, 7 fik thyroideaæv pr. os og 3 blev behandlet med Thyroidin. De officielle opponenter ved disputatsen var C. J. Salmonsens og C. M. Reisz.³⁰ At arbejdet fik betydelig anerkendelse fremgår af Israel Rosenthals anmeldelse i Bibliotek for Læger.³¹

Et problem som disputatsen ikke kunne løse tilfredsstillende var doseringsspørgsmålet, da man var ude af stand til at standardisere

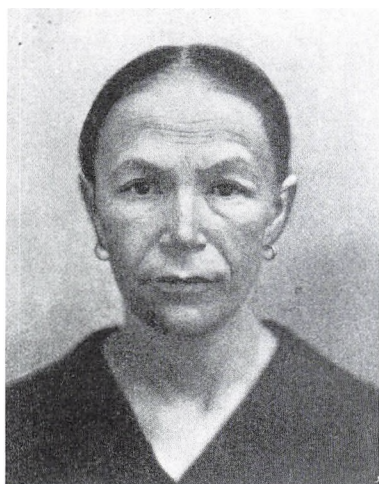


Foto af patient fra Vermehrens disputats 1895. Før og efter behandling.

pulver og tabletter. Vermehren havde ikke mange muligheder for at lave laboratorieundersøgelser på patienterne, men han kunne dog vise, at kvælstofudskillelsen i urinen var lav hos de ubehandlede patienter og steg betydeligt efter behandlingen. Samme år som Vermehren forsvarede sin disputats, viste A. Magnus-Levy i Tyskland,³² at thyroidea havde udtalt virkning på organismens iltoptagelse. Hermed grundlagdes den viden, der førte til den såkaldte stofskiftebestemmelse, der gennem decennier blev den vigtigste diagnostiske test ved funktionelle thyroideasygdomme. Et praktisk apparat til måling af iltoptagelsen blev i USA omkring 1909 konstrueret af F. G. Benedict,³³ uafhængigt heraf konstruerede August Krogh³⁴ i København sit vippespirometer, der i lidt ændret form fra ca. 1920 i hele Norden har været brugt til stofskiftebestemmelser, indtil målingerne i 60'erne gradvist blev erstattet af bestemmelser af thyroideahormoner i blodet.

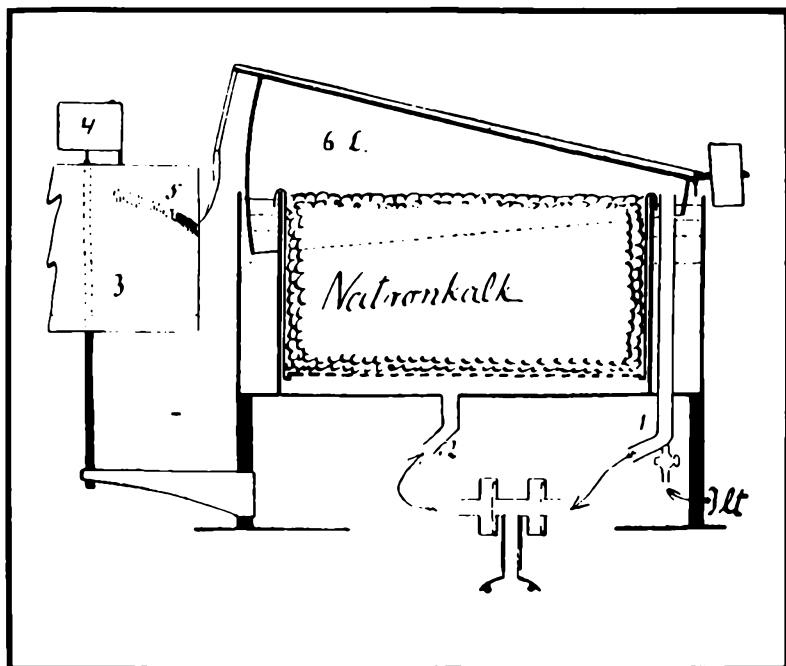
I 1898 kunne *E. J. Baumann*³⁵ demonstrere, at thyroideaextraktets fysiologiske effekt var meget nært knyttet til en jodholdig fraktion, hvorved grundlaget var skabt for standardiseringen af Thyroidin, der sker ud fra bestemmelse af stoffets jodindhold. I 1914 kunne



August Steenberg Krogh (1874-1949). Foto fra J. E. Poulsen: *Features of the History of Diabetology*. Copenhagen 1982.

E. C. Kendall i USA³⁶ renfremstille et krystallinsk stof indeholdende 65% jod og i besiddelse af alle thyroideas fysiologiske egenskaber. Den kemiske formel for Thyroxin blev dog først klarlagt i 1926 i London af *C. R. Harington*.³⁷ Året efter syntetiserede Harington & Barger hormonet.

Omkring 1950 blev det klart, at rensset thyroideavæv indeholdt større kalorisk effekt end den tilsvarende mængde Thyroxin kunne forklare. Undersøgelserne af dette problem medførte, at *J. Gross & R. Pitt-Rivers* i 1952³⁸ påviste, isolerede og syntetiserede et nyt thyroideahormon, som de kaldte trijodothyronin. Dets effekt lignede meget Thyroxinets, men det var mere potent på molekylær basis og havde en hurtigere indsættende effekt. Hermed havde man alle grundelementerne i moderne diagnostik og behandling af myxoedem på plads, selvom hypofysens thyreotrope hormon (TSH) siden også har fået en væsentlig betydning i den daglige diagnostik.



Kroghs stofsifteapparat. Tegning af August Krogh.

RESUMÉ

I 1992 er det 100 år siden Howitz i København behandlede den første myxoedempatient med thyroideaekstrakt pr. os. I den anledning gives en gennemgang af myxoedemets interessante behandlingshistorie.

Thyroidea er beskrevet så sent som i 1656 af T. Warton, og først i 1874 beskrev Gull den lidelse, som Ord senere gav navnet myxoedem.

Omkring 1883 blev det vist, at de alvorlige virkninger af thyroidectomi hos dyr kunne forhindres ved at implantere thyroideavæv i forsøgsdyrene. Dette blev årsag til at Birchner i Tyskland og Bettencourt & Serrano i Frankrig næsten samtidigt viste, at implantering af thyroideavæv på patienter med myxoedem forbigående kunne lindre sygdommens symptomer. I 1892 kunne Murray i Durham demonstrere den første myxoedempatient behandlet med ekstrakt af thyroideavæv

givet som subcutan injektion. Resultatet af behandlingen var godt, men injektionsterapien havde mange ulemper. Kort efter offentliggørelsen af Murray's tilfælde kunne Howitz i København fremlægge det første tilfælde, hvor en patient var behandlet med thyroideaextrakt givet pr. os. Senere samme år kunne lægerne Fox og Mackenzie uafhængigt af hinanden og uden kendskab til Howitz' forsøg bekræfte, at myxoedem kunne behandles med godt resultat med oral terapi.

Frederik Vermehren, der som den første i 1893 havde brugt betegnelsen Thyroidin, gav i sin disputats i 1895 en detaljeret redegørelse for udviklingen af og problemerne ved behandling af myxoedem.

Den senere udvikling med renfremstilling af thyroideas hormoner og betydning af dette for diagnostik og behandling omtales i korte træk.

SUMMARY

In order to commemorate the centenary of the beginning of myxoedema treatment the history of the disease is briefly told.

The thyroid was first described in 1656 by T. Warton, and as late as 1874 Gull described the condition, which Ord later named myxoedema.

The observation that it was possible to relieve the effect of thyroidectomi in animals by inoculating them with thyroid led scientists to experiment with transplanting thyroid to patients with myxoedema. Birchner and Bettencourt and Serrano were the first to show that this procedure only gave momentary relief. In 1892 Murray in Durham treated myxoedematous patients with continual injections of sheep thyroid successfully. Shortly afterwards Howitz in Copenhagen found that the thyroid could be given orally. Being unfamiliar with Howitz's research, later the same year Fox and Mackenzie in England confirmed that oral thyroid could give marked improvement in myxoedema treatment.

In Denmark Frederik Vermehren in 1895 thoroughly examined the

new therapy and was the first to use the word Thyroidin for desiccated thyroid.

The later development of thyroxine chemistry and triiodothyronine is shortly described.

LITTERATUR

1. Gull, W. W.: Clin. Soc. Trans. Vol. VII, 1874 (cit. Vermehren, 29).
2. Ord, W. M.: Med. Chir. Trans. Vol. LXI, London 1878, p. 57-78.
3. Mygge, J.: Medicinsk Aarskrift, København 1888, p. 11.
4. Hamilton, A. Mc. Lane: The medical record, 1882, p. 645, (ref. Hospt. 1883, p. 85-92).
5. Warton, T.: Adenographia, London 1656, Chap. 18 (cit. Harington, 37).
6. Rush, B.: Med. and Physical J. 1820, XVI, p. 193(cit. Harington, 37).
7. Kocher, T. Arch. f. Klin. Chir. 1883, Vol. 29, p. 254-337.
8. Schiff, M.: Untersuchung ueber die Zuckerbildung in der Leber und Einfluss des Nervensystem auf die Erzeugung des Diabetes. Würzburg 1859.
9. Schiff, M.: Rev. méd. de la Suisse Rom. 1884, IV, p. 65. (cit. Harington, 37).
10. Birchner, H.: Volkm's Sammlung klin. Vort. 1890 Nr. 357. (ref. Hospt. 1890 p. 1138-1143).
11. Bettencourt and Serrano: Gazette des hosp. 19. august 1890. (ref. Hospt. 1890 p. 1143).
12. Murray, G. R.: Brit. Med. J. 1892, p. 449-451.
13. Murray, G. R.: Brit. Med. J. 1891, p. 193 (ref. Harington, 37).
14. Bouchard, M.: Semaine med. 1892, p. 382-383.
15. Mendel, E.: Deutsche med. Woch. 1893, XIX, p. 25-26.
16. Grünfeld, Fr.: Sygehistorie i Vermehrens disputats 1895. (29).
17. Nordisk Naturforsker møde i København 1892. Ref. U.f.L. 1892, p. 109-110.
18. Fox, E. L.: Brit. Med. J. 1892, p. 941.
19. Mackenzie: Brit. Med. J. 1892, p. 940-941.
20. Davies, A. T.: Brit. Med. J. 10. Aug. 1893 (cit. Vermehren 29).
21. Vermehren, Fr.: Hospt. 1893, p. 125-138).
22. Meyer, Leopold: Salmonsens Konversationsleksikon, Bind IX, Kjøbenhavn 1899, p. 61-62.
23. Secher, O.: Dansk Med.-hist. Årbog 1974, p. 29-63.
24. Sheel, V.: U.f.L. 1913, p. 24.
25. Sheel, V.: U.f.L. 1913, p. 23-27.
26. Bilsted, E.: U.f.L. 1913, p. 27-31.
27. U.f.L. 1913, p. 2015.
28. Den Danske Lægestand, 9. Udg. København 1915.
29. Vermehren, Fr.: Studier over Myxoedemet. København 1895, Disp. 286 sider.
30. Bibl. f.L. 1895, p. 555.
31. Rosenthal, I.: Bibl. f.L. 1895, p. 519-528.
32. Magnus-Levy, A.: Berliner klin. Woch. 1895, Vol. 32, p. 650-652.

33. Du Bois, E. F.: Basal Metabolism in Health and Disease, London 1936, p. 99-103.
34. Rehberg, B.: Dansk Med.-hist. Årbog 1974, p. 7-28.
35. Baumann, E.: Zeitsch. f. physiol. Chem. 1896, XXI, p. 319-330.
36. Kendall, E. C.: Jr. Biol. Chem. 1919 XXXIX, p. 125-147.
37. Harington, C. R.: Lancet 1935, I. p. 1199-1204.
38. Gros, J. & R. Pitt-Rivers: Lancet 1952, I, p. 439-441.



Den Sorte Død og Pesttraktaterne

Af Bendt Toft Olsen

I perioden 1347-1350 rasede pestepidemien Den Sorte Død i Europa, og den forårsagede på 3 år døden for knap halvdelen af dets befolkning. Det er hensigten at redegøre for de foranstaltninger og forslag til bekæmpelse af pesten, som samtiden satte i værk, ud fra dé forestillinger om sygdom og sundhed man havde midt i 1300-tallet, og dermed hvad der var den tids fornuftige reaktion på et af de skrækkeligste naturfænomener, der har ramt menneskeheden.

Etymologi

Betegnelsen Den Sorte Død blev ikke brugt af samtiden.¹ Man benyttede udtrykkene *morbus pestilentia* (den smitsomme sygdom), *pestis atra* (den skrækkelige smitte) eller *atra mors* (den skrækkelige død). Ordet *ater* har imidlertid en dobbelt betydning, idet det foruden skrækkelig også kan betyde sort eller sørgeklædt. Ændringen menes at være opstået pga. en overbogstavelig oversættelse fra *Rerum Danicarum Historia* i 1631.²

Udtrykket Den Sorte Død har altså næppe forbindelse med pestofrenes udseende – de mørke hudområder forårsaget af subcutane blødninger – men er et resultat af en oversættelsesfejl.

Nutidens viden om datidens pest

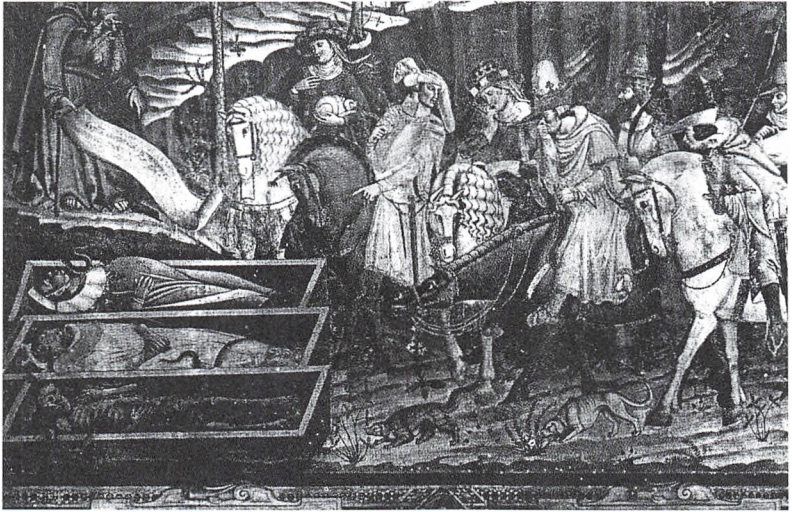
Pest forårsages af bakterien *Yersinia Pestis*.³ Den overføres fra gnavere til mennesker via lopper, men smitten kan også overføres direkte ved dråbeinfektion.⁴ Rotteloppen, *Xenopsylla Cheopis*, spreder smitten ret let fra rotte til rotte; men bruger ikke mennesket som vært, medmindre der ikke er levende gnavere i nærheden. Dens maksimale hop er 4 cm (lodret), og nær kontakt mellem dens primære vært (rotter) og mennesker er derfor nødvendig for smittespredningen.

Bakterien formerer sig i loppens fordøjelseskanal og forårsager en blokering af denne – truende loppen med sultedøden. I en desperat fødejagt bider loppen igen og igen, idet den i sine sidste sygdomsstadier opgylder store bakteriemængder i sin vært. Denne er nu smittet og klar til at overføre sygdommen til sine øvrige lopper. Efter gnaverens død søger lopperne en ny vært – oftest en anden gnaver, men hvis der ingen er i nærheden på grund af epizootiens udtynding af bestanden, vælger de andre dyr: husdyr eller ... mennesker.

Pest kan manifestere sig på 3 måder hos mennesker: byldepest, lungepest og septisk pest.⁵ Byldepest smitter kun ved bid fra inficerede lopper. Bakterierne spreder sig hurtigt til alle organer, og lymfekirtlerne i lyske, armhuler og nakke bliver sæde for bylde dannelse. De kan have størrelse fra en valnød til et gåseæg, er ekstremt smertende og afgiver yderlig ildelugtende pus, hvis de brister. Døden intræder i løbet af 5-7 dage, og forårsages af den skade bakteriernes toxiner udøver på blodkarrene. Blod trænger ud i vævene, og patienterne dør af chok.

Lungepest smitter ved dråbeinfektion. Forløbet er kortere – 2-3 dage, og dødeligheden er tæt på 100%.

Ved septisk pest går bakterierne fra loppens bid direkte i blodbanen med et rivende sygdomsforløb til følge. Døden kan indtræffe efter få timer.⁶



Allegorisk fremstilling af dødens triumf. Hverken høj eller lav spares. Læg mærke til rytteren, der holder sig for næsen. Pestdøde *stank!* (Francesco Trani, 1350).

Om betingelserne for pestens hærgen

Europa havde haft det godt under dét palæoklimatologer kalder Det lille Optimum (ca. 800-1200). Store høstudbytter og en stejlt stigende befolkning. Da Den lille Istid derefter satte ind med knaphed på mad i gode år og hunger i dårlige, var Kontinentet i 1347 i en klassisk Malthusiansk subsistenskrise,²² og dårligt rustet til at møde en dødbringende trussel fra øst. Dét, der især var fatalt, var denne pests evne til med årstiderne at skifte mellem sin byldepest- og lungepestform: byldepest om sommeren og efteråret, lungepest om vinteren og foråret.⁷ Sygdommen blev altså et helårsanliggende for de ramte samfund.

Den Sorte Døds rasen i Europa

Da sygdommen var blevet ført til det sydlige Rusland af mongolske handlende, overtog den sorte rotte, *Rattus Rattus*, smitteoverførselen. En fremragende klatrer og allestedsnærværende på skibe samt tæt på

alle menneskelige opholdssteder.(8). At der kun findes få samtidige henvisninger til de store mængder døde rotter, som altid forudgår en pestepidemi blandt mennesker,⁹ tjener kun til indirekte at illustrere 2 forhold: at rotter i højmiddelalderen var så almindelige, at de dårligt var en bemærkning værd, samt at kun få bekymrede sig om rotter, når deres familie og venner døde som fluer omkring dem i et orgie af stank, smerter og angst.

Fra Krim nåede pesten i foråret 1347 til Konstantinopel, i oktober Messina på Sicilien, og inden året var omme var Napoli, Genoa og Marseilles ramt.

I begyndelsen af 1348 fik den fast greb om Sydfrankrig, Italien og Spanien; om sommeren spredtes den til resten af Frankrig, og i efteråret krydsede den Kanalen til England, hvor dens dødbringende fremfærd især var slem i 1349¹⁰ – en periode hvor også Tyskland blev ramt.¹¹ Nordtyskland, Grønland, Island og de Skandinaviske lande havde pesten inde på livet i 1350, hvorefter den fortsatte tilbage ind i Rusland, hvor den var kommet fra.

Pålidelige demografiske oplysninger fra den tid er sjældne, og beregninger over antallet af døde er derfor overvejende søgt foretaget ud fra små materialer ved ekstrapolation. Når Paven efter Pesten fik oplyst, at antallet af døde i det kristne Europa var 23.840.000¹² og i hele verden 42.836.486,¹³ betød det i virkeligheden blot, at en ubegribelig mængde mennesker var døde.

Højmiddelalderens medicinske teori

Indtil først i 1600-tallet var Galen's (129-199) og Avicenna's (980-1037) skrifter det autoritative grundlag for al medicinsk viden, og teorien om legemsvæsker var den solide basis for tidens opfattelse. Mennesket havde 4 kardinalvæsker: blodet, slimen (med vand som dominerende element), gul galde (ild som element), og sort galde (med jord som element). Hvert element havde også en kvalitet: varme, fugtighed, tørhed og kulde, og ved kvaliteternes blanding i legemet opstod temperamenter som udtryk for blandingsresultatet: det sangviniske, koleriske, melankolske eller flegmatiske temperament.



Begravelse af pestofre i Flandern 1349. (Fra »Antiquitates Flandriae ab anno 1298 ad anno 1352«).

Med balance i legemsvæskerne var mennesket sundt (eukrasi), mens uligevægt medførte dyskrasi – disposition for sygdom, om ikke sygdom selv.

Lægens opgave var altså at diagnosticere årsagen til uligevægten i den syges kropsvæsker, og at ordinere dén type medicin eller de livsstilsændringer, der var nødvendige for at genoprette balancen.

Denne medicinens modus operandi havde været nogenlunde tilstrækkelig i den forholdsvis sygdomsfattige periode 900-1347, hvor Europa næsten havde glemt den pest, der havde hærget efter Justinian I (i 250 år), men lægerne stod helt forsvarsløse over for denne sygdom, som ramte hele den kendte verden med en ødelæggende kraft, og som deres autoriteter dels ikke havde førstehåndskendskab til, og dels kun havde omtalt periefert.

Lidt om pesttraktatforfatterne

Mængden af biografiske data om disse middelalderlæger er ret begrænset. De fleste af dem efterlod sig kun deres faglige skrifter, men nogle enkelte oplysninger kan dog videregives.

Forfatterne omtales i dén rækkefølge, i hvilken de skrev deres traktater.

Gentile da Foligno var søn af en læge fra Bologna, og praktiserede dér, inden han i 1325 begyndte at undervise på Perugias universitet. Fra 1337 til 1345 beklædte han en lærestol ved universitetet i Padua. Fra denne periode foreligger der en række skriftlige arbejder fra hans hånd – overvejende kommentarer til værker af Galen og Avicenna. Han var i Perugia, da Pesten kom, og skrev sit »Consilila contra pestilentiam« til byrådet med anbefaling om, at de samarbejdede med byens læger for at imødegå Pestens hærgen. Under udøvelsen af sit arbejde med patienterne pådrog han sig imidlertid selv sygdommen, og døde 6 dage efter, 18. juni 1348.

Giovanni da Penne var medlem af det medicinske fakultet i Napoli 1344-1387. Han skrev sin traktat i 1348, tildels som en reaktion mod *Gentile da Folignos* skrift – både hvad angik Pestens årsager og dens helbredelse.

Pariserlægernes »Compendium de epidemia per Collegium Facultatis Medicorum Parisius« anførte ingen enkeltlæger som forfattere. Værket var hele fakultetets ansvar og fik stor udbredelse i Europa i tyske, italienske og franske oversættelser.

Alfonso di Cordova skrev sin pesttraktat i Montpellier (men er iøvrigt ikke identisk med den i teksten nævnte Montpellierlæge, som er anonym). Udgivelsesåret er 1348, men herudover findes der ingen oplysninger om denne læge.

Ibn Khâtimah var en af Andalusiens mest fremtrædende intellektuelle. Underviser, filosof, teolog, digter, læge etc. En rigtig polyhistor! Hans teologiske ortodoksi fik lov at skinne igennem traktatteksten, som blev nedfældet i februar 1349, men hverken fødsels- eller dødsår har kunnet opdrives.

Ibn al-Khâtib (1313-1374) fødtes i Loja i Spanien, hvor hans far var

vesir. Efter faderens død i 1341 blev han sekretær for den nye vesir, som døde i 1348 af pest. Herefter blev Ibn al-Khatib udnævnt til vesir – en post han beklædte til 1360, da et oprør mod sultanen midlertidig satte ham fra magten. Hans uortodokse religiøse anskuelser havde dog skaffet ham mange fjender, og det lykkedes dem i 1374 at få ham fængslet i en sag om Koranens fortolkning. Granadas sultan sendte en anden vesir til at lede retssagen, men en ophidset folkemængde brød ind i fængslet og dræbte ham. Også han beskæftigede sig med en mangfoldighed af emner, såsom historie, litteratur, filosofi og medicin; men han overlevede altså ikke Middelalderens hang til hurtige kætterdomme.

Alle de traktater, som blev skrevet under den første store Sorte Død 1347-50, kom fra Sydeuropa. Der har (måske bortset fra ved Hoffet) næppe heller været læger i Danmark på den tid. Et par korte kommentarer i enkelte kirkebøger er det eneste overleverede om den katastrofe, der kostede tæt på halvdelen af Danmarks befolkning livet.

Pesttraktaterne

En af reaktionerne fra lægestandens side mod Den Sorte død var udfærdigelse af pesttraktater (tractatus, lat.: behandling), der beskrev sygdommen som de så den, og hvordan de mente den kunne bekæmpes. De blev skrevet til brug for offentligheden, og tilsyneladende ingen med tanke om profit for forfatterne.¹⁴ Det drejede sig i alle tilfælde om korte værker – få foliosider – som var skåret over en fælles læst: et indledende afsnit om pestens årsager, et andet om sygdommens forebyggelse og et afsluttende om helbredelse.

Pestens *årsager* deltes sædvanligvis op i 2 grupper. De generelle og fjerne samt de særlige og nære, hvor den første gruppe udgjordes af de universelle forhold der forårsagede sygdommen, og den anden af de individuelle faktorer som påvirkede dens indtrængen i kroppen.

Fra årene 1348-1350 foreligger der 15 pesttraktater. Forfatterens navn nævnes, hvis det kendes; ellers benyttes titlen.

Da pesten ultimo 1347 skyllede ind over det sydlige Frankrig, forlangte kong Filip VI en redegørelse for fænomenet af Paris' universitet

– Europas mest fremtrædende læreanstalt for læger. Deres rapport skulle komme til at påvirke næsten alle senere udgivne traktater, og betonedede især astrologiske årsager til Den Sorte Død.

Den 20. marts 1345 kl. 13 havde der fundet en konjunktion²³ sted imellem Mars, Jupiter og Saturn. Da Mars var en varm og tør planet og Jupiter var en varm og fugtig klode domineret af jord og vand, sattes disse sidste elementer i brand. Ingen vidste rigtig hvad Saturn var for en slags planet, men de fleste eksperter var enige om, at dens forbindelse med hvad som helst var skadelig.¹⁵

Gentile da Foligno omtalte kort de astrologiske årsager i forbindelse med et citat af Avicenna, men var iøvrigt ligeglad med årsagen, når der blot kunne findes en kur. Giovanni da Penne kommenterede teorien helt perifert, og magistri Alberti nævnte den overhovedet ikke. De arabiske læger Ibn al-Khatib og Ibn Khâtimah var også skeptiske, idet den første erklærede at astrologiske årsager var fremmede for medicinske emner,¹⁶ og den anden at det nok snarere var Guds vilje. Bortset fra disse tvivlere godtog alle pesttraktatforfatterne den himmelske konjunktion som medvirkende til fataliteterne. Sorbonnes svar må ses som en kontrolleret panikreaktion. Hvad skulle man skrive til Kongen, når man ingen anelse havde om, hvad der foregik?

Jordskælv blev også betragtet som pestårsag. Eurasien led faktisk under en serie jordskælv i 1345-1347. Forfatteren til »It is from Divine Wrath ...« gjorde sig til talsmand for det synspunkt, at dampe i jordens indre havde slået hårdt mod overfladen uden at finde en åbning, og på dén måde rystet og bevæget Jorden. Da den forurenede damp slap ud, forgiftede den luften. At luften var forurenede, var dog for alle en given sag – om det nu havde den ene eller den anden årsag. Alfonso di Cordova og pariserlægerne nævnte også, mest en passant, jordskælv som årsag. Hverken Galen eller Avicenna havde bemærket noget om jordskælv, så teorien er formentlig opstået i pestårene.

En sidste generel årsag til pesten var menneskelig ondskab. Alfonso di Cordova beskrev, hvorledes luft kunne forurenede kunstigt, idet en person, som ville forøve ondt, kunne tilberede en blanding i en glasflaske (ingen recept!), afvente en vind med retning mod den by han ønskede at inficere, for da at slå flasken mod en sten, hvorved den

forurenede luft drev mod byen, som så ville rammes af pest. (Jødefølgesler af sjældent set styrke hærgede i hele Mitdeuropa i pestårene, netop udløst af mistanker som ovenfor. »Tilståelser« afgivet under tortur bestyrkede formodningerne).

Lægernes mening om *de bestemte årsager* til pesten var uden undtagelse forurenede luft. Avicenna havde ment at stanken fra ubegravede døde på slagmarker og dårlige dunster fra moser var grunden. Da dårlig lugt var allestedsnærværende i Middelalderen, var dette en inæsefaldende og naturlig forklaring på sotens udbredelse.

Spørgsmålet om smitte havde været et klassisk og kontroversielt emne mellem kristne og muslimske læger. De ortodokse muslimer havde haft tendens til at betragte sygdom som Allah's vilje, som ikke kunne undviges; men denne gang var der enighed. Ibn el Khâtib gik et skridt videre, da han erklærede, at det ikke var lægevidenskabens sag at vurdere, hvorvidt smitterisiko var i overensstemmelse med tidligere fortolkninger af Koranen – oprør mod Kirkens autoritet!

De kristne læger havde ikke af religiøse grunde været nægtet forestillingen om smitte, og de var enige om infektionsfaren. Ikke blot var personlig omgang med en syg risikabel, men Montpellierlægen præciserede også, at hjernen somme tider udstødte den luftformige gift igennem synsnerven, hvorved giften igennem den syges blik fandt hvile i en rask person, som derved smittedes med pesten.¹⁷ Især mennesker der var overfyldt med legemsvæsker var udsatte: de korpulente, de unge, lidenskabelige kvinder og grovæderne.

Forebyggelse af pest var godt begyndt med bønner til formildelse af Himlens vrede. Desuden burde man bære amuletter – naturligvis kors til de kristne og løver (helst af rent guld) til muslimerne.

Bortset fra den ortodokse Ibn Khâtimah var alle lægerne dog enige om, at flugt var den bedste måde at undslippe smitten. Hvad man skulle flygte fra, var der derimod ingen enighed om (bortset fra kystbyer, naturligvis, da de var fugtige og varme af det reflekterede lys fra havet. Dem burde man nemlig sky som pesten (undskyld)).

En lang række råd blev givet i traktaterne for at modvirke den forgiftede lufts dødelige egenskaber – oftest afbrænding af duftende træsorter som enebær, ask, vinstokke og rosmarin. I visse tilfælde

endog opdelt efter socialgrupper: én for kongelige, og 3 andre for de rige, middelklassen og de fattige.¹⁸ Indånding af duften fra enhver slags vellugtende urter var nyttigt; men det modsatte synspunkt blev også fremført: at ondet skulle holdes fra døren med et andet onde, nemlig dårlig luft fra latriner, møddinger eller hospitaler(!) – alternativt at spise pus fra pestbylder (!).¹⁹

Antallet af opskrifter på styrkende medicin var legio med kun få eksotiske ingredienser (som hakkede slanger, pulveriserede gemsehove og knuste smaragder).

Varme bade blev frarådet, da hudens porer derved blev åbnet, så den forgiftede luft fik adgang til kroppens indre; og da alle dårligdommene kom fra syd, var det klogest kun at åbne de nordvendte vinduer og sætte skodder for de sydvendte.

Lægerne var overhovedet ikke enige om, hvilke fødevarer, der styrkede hvilke legemsvæsker, og kostforslagene til staklerne, der forsøgte at forbedre deres overlevelsesmuligheder, var følgelig igen og igen i modstrid med hinanden. At det gjaldt om at rense kroppen var der imidlertid bred enighed om. Åreladning, afføringsmidler og vanddrivende medicin var alfa og omega. Der blev tappet flere liter til bevidstløshedens rand, for at skaffe det overskud af legemsvæske af vejen, som kunne disponere for pesten.

Pesttraktaternes kapitel om *pestens helbredelse* var altid det korteste.

Igen hér var åreladning essentielt – og endelig åreladning fra den side af kroppen, hvor byldeerne fandtes, for ikke at trække det syge blod over til den raske side. Ibn el-Khatîb, Ibn Khâtimah og Gentile da Foligno angav specifikt fra hvilke vener der skulle tappes, alt afhængig af, hvor på legemet byldeerne var opstået.

Byldeerne skulle skæres, når de var fuldt udviklede; men endelig ikke forinden, da blodet i hjertet (som da endnu ikke var omdannet til pus) ville blive trukket væk gennem blodkarrene, med patientens omgående død til følge.²⁰

Nogle mediciner til helbredelse af soten var dyre, som Gentile da Foligno's mikstur af knuste perler, smaragder og andre ædelstene; andre yderligere decideret dødbringende, som samme læges opskrift

på drikkeligt guld, lavet på et destillat af rent guld og kviksølv. De fleste opskrifter var dog urteafkog af mindre letal sammensætning.

Ro og hvile for de syge var det eneste af datidens råd, som anbefales nutildags.

I sørgelig uvidenhed om Den Sorte Døds virkelige årsager var lægestandens råd blot et slag i den forurenede luft.

De offentlige myndigheders reaktion var også uden effekt. Pistoia's bystyre iværksatte alle mulige hygiejniske og moralsk styrkende foranstaltninger, mens Orvieto's ledere beholdt nyheden om pestens fremmarch for sig selv uden at gøre noget som helst. Resultatet blev det samme: 50% døde i begge byer. Nej, der var få undtagelser. I Milano lod despoten Visconti de første par huse med pestramte til-mure med syge, raske og rotter indeni, og selv om det ikke burde have haft effekt, havde Milano Italiens laveste tabstal: 15%. Det er antydet²¹ at eftersom nylig infektion med tyfus eller bestemte typer tuberkulose giver stærk immunitet imod pest i nogle måneder, kunne sådanne infektioner have afværget den langt dødeligere fare, som pesten udgjorde. Dette er kun en teori, og kan ikke blive andet, da højmiddelalderens diagnostik var beklagelsesværdig mangelfuld.

Afslutning

Uvidenhed om den sande årsag til Den Sorte Død: rotterne og deres smittede lopper, gjorde både lægers og myndigheders indsats nyttesløse. Lægestanden begyndte dog en distancering til det medicinsk-skolastiske system, som under denne epidemi havde vist sig sørgeligt ineffektivt. Der skulle imidlertid gå næsten 275 år før William Harvey i 1628 påviste blodets kredsløb, og at Galen's påstand om at blodet blev dannet i leveren var falsk. Først da brast det gamle tankesæt, og medicinen kunne ånde frit.

RESUMÉ

Pestepidemien Den Sorte Død (1347-1350) slog en trediedel af Europas befolkning ihjel, og datidens læger var magtesløse. Deres medicinske teori var baseret på Galen's 1100 år gamle forestillinger om legemsvæskers indbyrdes harmoni, og dén forslog ikke mod pesten. Nogle læger skrev pesttraktater, hvor de gav råd om sygdommens årsager, forebyggelse og behandling. Disse traktater gennemgås; men da rådene ikke havde rod i en medicinsk realitet og snarere var spekulative, var indsatsen forgæves.

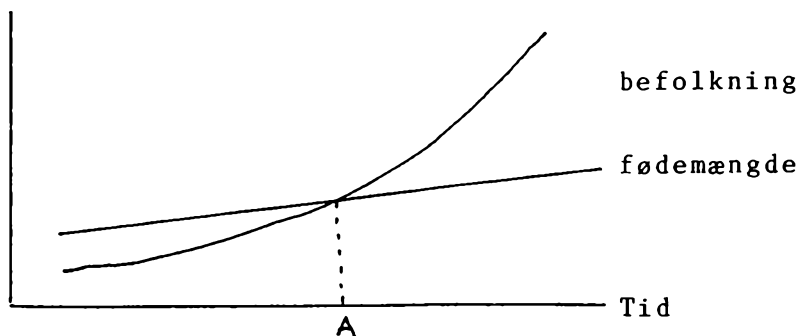
SUMMARY

The Black Death (1347-1350) was a time of trial for the medical world because the theories of Galen failed to meet the challenge of the plague. Contemporary plague treaties in which doctors advised the population are discussed. As the doctors' recommendations were not founded in medical reality – but were purely speculative – they had no effect whatsoever.

NOTER

1. Stephen d'Irsay: »Notes to the expression *Atra Mors*« i *Isis*, 8, 1926, s. 328.
2. *Ibid.*
3. I lidt ældre litteratur kan man finde navnet *Pasteurella Pestis*. Det var bakteriens navn indtil 1971. Navneforandringen var ønsket, da de øvrige *Pasteurellabakterie*-stammer ikke forårsager livstruende sygdomme, mens *Yersiniabakterierne* alle er højvirulente – og så *var* det Alexandre Yersin og ikke hans læremester Louis Pasteur, der opdagede bakterien i 1897.
4. *Manson/Bahr: Mansons Tropical Diseases*, 18. ed., London 1983, s. 332.
5. *Manson* s. 338ff.
6. *Manson* s. 340. Læs også endelig Boccaccio's indledning til *Decameron* (bl.a. Kbh. 1945 i J. V. Linds oversættelse). Et rystende, samtidigt og litterært suverænt stykke medicinhistorisk gyserprosa!
7. *Anna Campbell: The Black Death and Men of Learning* (disp.) New York 1931, s. 2.
8. Philip *Ziegler: The Black Death*, New York 1969, s. 27. (I modsætning til den brune rotte, *Rattus Norvegicus*, der holder sig på en vis afstand af mennesker, og som nu har fordrevet den sorte rotte fra Europa).

9. Robert *Gottfried*: *The Black Death*, New York 1983, s. 38.
10. Ziegler s. 141.
11. *Gottfried* s. 77.
12. *Ibid.*
13. Ziegler s. 52.
14. *Campbell* s. 6.
15. *Gottfried* s. 111.
16. *Stephen d'Irsay*: »Defence reactions during The Black Death« i *Annals of Medical History* vol. IX, 1927, s. 172.
17. *Campbell* s. 61f.
18. *Campbell* s. 68.
19. *d'Irsay* 1927, s. 174.
20. *Campbell* s. 90.
21. *Stephen Ell*: »Immunity as a Factor in the Epidemiology of Medieval Plague« i *Reviews of Infectious Diseases*, 6 (6) 1984 s. 875.
22. Ad »en klassisk Malthusiansk subsistenskrise«: *Thomas Malthus* (1766-1834), engelsk præst og nationaløkonom, fremførte i »*An Essay on the Principle of Population*« synspunkter vedrørende befolkningers betingelser for vækst.



1. Befolkningens størrelse er begrænset af mængden af den føde, som er til rådighed.
2. Befolkningen vokser, hvis fødemængden tillader det; men befolkningstilvæksten er geometrisk (eksponentiel), mens fødemængden kun kan stige aritmetisk (lineært).
Efter punkt A er landet i en Malthusiansk subsistenskrise, hvor befolkningen er for stor til dén fødemængde, som er til rådighed. Hungersnød, krige eller epidemier (f.eks. Den Sorte Død) må nedbringe indbyggertallet for at genskabe balancen. Der kom da også en markant forbedring af levevilkårene for de ⅓ af Europas befolkning, som overlevede Pesten.
23. Det fænomen, at planeter står på samme linie.

Da børstenbinderens Villy fik fjernet sin discusprolaps

Af Ib Søgaard

Der var engang en børstenbinder i Horsens. Han var blind og han havde 8 børn. Nummer 4 i rækken hed Villy. Da Villy var blevet 15 år fandt han pladsen for trang i hjemmet og ville til søs. Der var dog visse vanskeligheder. Det var nødvendigt med søfartsbog, og først når man var 18 kunne man få en sådan uden forældrenes tilladelse. Villy ønskede ikke at få sine planer forpurret og underskrev selv papirerne. Han reddede sig kun ved at forklare myndigheden, at moderens skrift var udpræget barnlig. Han fik sin vilje og de næste 44 år var verdenshavene hans arbejdsplads.

Han klarede jobbet godt med kun få sygedage i hele perioden.

Det mest bemærkelsesværdige var imidlertid, at han mindre end $\frac{1}{2}$ år før han tog ud at sejle, havde gennemgået en større rygoperation.

Denne operation var den første af sin art i Danmark. I dag ville man efter en tilsvarende operation næppe vove at sende et ungt menneske ud som sømand.

Baggrunden

Villy led som barn af enuresis nocturna, dvs. ufrivillig natlig vandladning. Det er en ret almindelig sygdom med en udtalt tendens til familiær ophobning. Der var nu ingen i Villys nærmeste familie, hverken i børneflokkens eller på forældrenes side, der led eller havde lidt af noget tilsvarende. Det var heller ikke en ren enuresis, selvom det på den tid blev opfattet således. Villy fortæller selv, at det snarere var en besværet vandladning. Han kunne således ikke lade vandet, når han

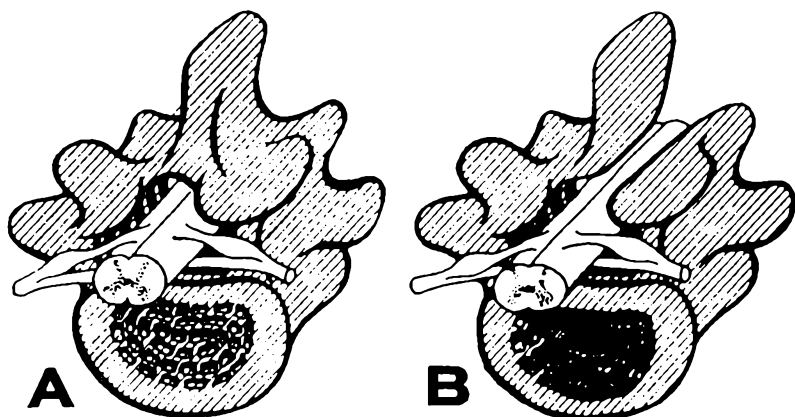


Fig. 1. Spina bifida occulta. A: normal ryghvirvel, med intakt hvirvelbue bag rygmærven. B: ryghvirvel med spaltetdannelse af hvirvelbuen bagtil ved roden af torntappen.

stod op, han måtte altid ned at sidde. Der var tilsvarende en noget træg afføring.

Familien havde ofte spurgt deres gamle huslæge om råd uden resultat. Villy havde også været indlagt på Horsens Sygehus i en kort periode som 8-årig i 1927 uden at det gav nogen bedring i tilstanden.

I 1933 fik familien en ny huslæge *Hakon Ejsing Jørgensen* (1904-1975). Børstenbinderen havde ikke megen tiltro til den unge læge: »Den knægt kan vist ikke finde ud af noget som helst«. Det var ikke retfærdigt. Dr. Jørgensen fulgte med i litteraturen, og han havde læst at enuresis nocturna ofte fandtes hos børn med en ganske lille udviklingsdefekt i rygsøjlen, en spina bifida occulta. På Ullevaal Sygehus i Oslo havde man i 1923 undersøgt 63 børn med røntgen af rygsøjlen.² Blandt 28 børn med enuresis fandtes 15 med spina bifida (53,6%) og 13 uden spina bifida (46,4%). Blandt 35 børn uden enuresis fandtes kun 7 med spina bifida (20%) mod 28 uden (80%). Tilsvarende resultater blev offentliggjort fra bl.a. tysk side.⁴ I dag ved man, at spina bifida occulta findes hos 10% af alle normale mennesker og betragtes som sådan som en betydningsløs udviklingsanomali. (Fig. 1 og 2).

Villy blev røntgenfotograferet, og der blev påvist en spina bifida.

Herefter blev han henvist til Horsens Kommunehospital, hvor han blev indlagt 8 dage senere, den 24.01.34. Overlægen på Kommunehospitalet var *Hans Adolf Sølling* (1879-1945) (fig. 1). Sølling havde været overlæge på hospitalet siden 1915, og var, som det vil blive påvist i en senere artikel, meget interesseret i den kirurgiske behandling af nervesygdomme, spec. ansigtssmerter, hvor han foretog en lang række heldigt forløbende indgreb.

Journalen

Journalen, som heldigvis er bevaret, giver følgende oplysninger:¹² Ingen familiær disposition for TB. Har haft mæslinger, ellers ingen børnesygdomme. Har altid lidt af incontinentia urinae et alvi. Har været indlagt derfor her på sygehuset fra 22.08. til 31.08.1927 under diagnosen incontinentia urinae et alvi. Urinen var minus alb. og sukker; ellers ingen undersøgelser foretaget her.

Symptomerne har holdt sig uforandret siden. Han har undertiden involuntær afgang af fæces 2 til 3 gange daglig. Undertiden kan der gå indtil 14 dage, hvor han overhovedet ikke har afføring. Afføringen er som regel diareer, kun enkelte gange formede afføringer. Urinen afgår som regel involuntært. Ingen symptomer fra hjerte og lunger. Maven i orden. Ingen smerter efter maden; spiser al slags mad.

Klager over smerter under H. hæl og i nederste del af ryggen, når han har løbet meget. Bliver hurtigere træt i H. end i V. ben.

Objektivt: ser flink ud. Pupiller egale, reagerer for lys. Intet abnormt i fauces. Ingen perifer adenit. Stetoscopia cordis: nat. Stetoscopia pulmonum: grænser nat. Der høres over højre apex ru amforisk respiration. Ingen sikker dæmpning eller rallelyde. Abdomen blødt uden ømhed eller udfyldninger. *Columna*: er sæde for dextrokonveks skoliose. Der er ømhed for indirekte tryk svarende til columna lumbalis v.II til III. Ingen ømhed for direkte tryk. Ekstremiteter: nat. Reflekser nat. Babinski –.

Journalen lider af nogle mangler, som heldigvis kan korrigeres. Der står f.eks intet om rygtraumer, og der var endda hele 3. Der er også en vis højre/venstre konfusion.

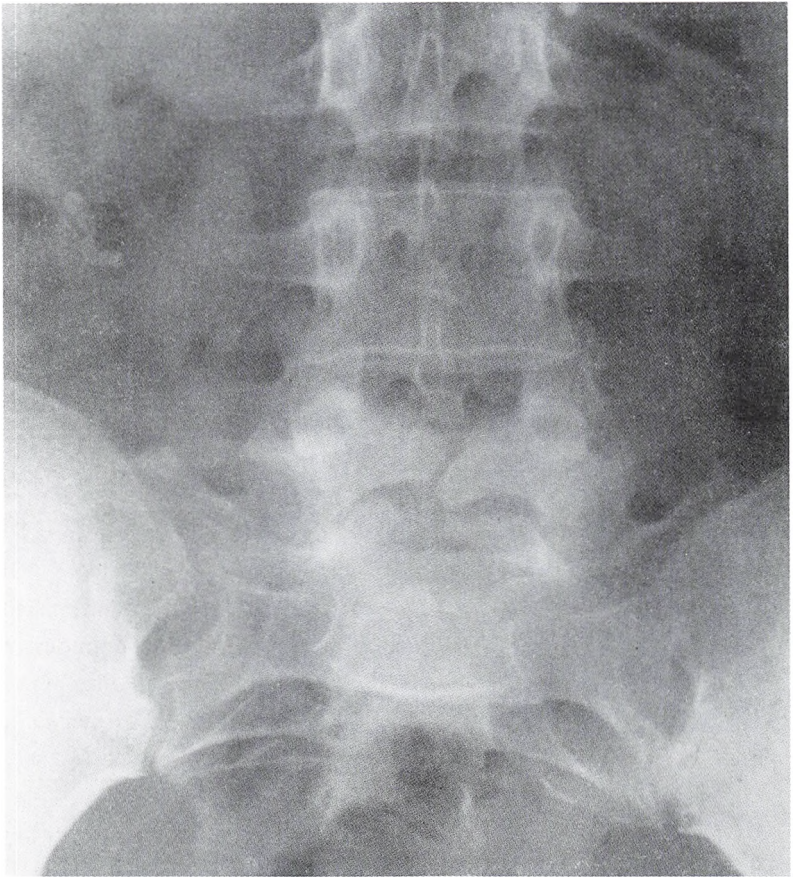


Fig. 2. Røntgenbillede af lænderygsøjlen. Ved overgangen til korsbenet ses en typisk spina bifida med spaltedannelse af hvirvelbuen.

De følgende dage blev Villy holdt under observation. Han præsterede den kommende uge normale vandladninger, men havde ikke afføring i flere dage. Et par undersøgere forvirres af at påvise en Babinsky (sic!), men det er snart på højre snart på venstre side.



Fig. 3. Hans Adolf Sølling (1879-1945), overlæge ved Horsens Kommunehospital 1915-45. Sølling var bl.a. kendt for sin store interesse for kirurgisk behandling af nervesygdomme.

Operationen

Sølling overvejede situationen grundigt. Villy husker, at der blev talt meget frem og tilbage, og der gik da også ret lang tid mellem indlæggelsen og operationen efter den tids norm. Torsdag d. 01.02.1934, få dage før han fyldte 15 år, blev Villy opereret.

Operationsbeskrivelsen (fig. 4) gengives i sin helhed:

I universel æternarkose lægges en bueformet længdeincision over os sacrum. Man finder efter nogen søgen den ved røntgen fundne mis-

Fig. 4. Operationsbeskrivelsen i Villy Niensens journal fra februar 1934.

1/2

I

Am. Abkern er con

legges en burfarmede kugle i en stor
 B. sacrum. Man finder efter nogen Tids
 den ved Rindgen findes den samme, som
 svarer til Pullert. Pica er et stort
 & lidt legger en del lojeri end end h og
 i midten er de to Riser end de smalle
 skræbt Rand; Indvirkning end den anden, som
 der er ingen & ossis Sammenhengning.

Man finder færdig den sidste. Arter af
 finder under den en fibrøs fast og ufuld
 7th Tumor, som færdig. Herfter legger den
 en blok af et fast pælerend, hvad den
 der var for færdig.

Stageratus
 St. Feb.

1/2 finder vi at kunne lade den i den af
 har en mere normal Splinterform den anden.

1/2 Studier over kirtling af de
 den lade den færdig.

1/2 Alt: Orden

Stilles

1/2

Såret lade p.p.

dannelse ganske svarende til billedet. Buen er skæv, idet venstre side ligger en del højere end højre, og i midten er de 2 buer ved et smalt fibrøst bånd i forbindelse med hinanden, men der er ingen ossøs sammenvoksning.

Man fjerner de lodrette arcus og finder under disse en fibrøs fast og velafgrænset tumor, som fjernes. Herefter ligger dura nu blot og er frit pulserende, hvad den ikke var før fjernelsen.

etagesuturer
st. forb.

03.02.: Mener nu at kunne holde urinen bedre, og har en mere normal sphincterfornemmelse.

06.02.: Stadig god virkning af op. Kan holde på vandet.

08.02.: Alt i orden.

09.02.: Skiftes, såret helet p.p.

12.02.: Såret reaktionsløst helet.

13.02.: Befinder sig udmærket. Vandladning og afføring nu ganske i orden, kan nu holde på vand og afføring, selvom det presser.

14.02.: Afføring og vandladning i orden. Udskrives.

Sidst i journalen findes en tilføjelse 3 år senere:

16.06.1937: Faderen meddeler, at patientens vandladning og afføring er helt i orden. Han sejler som sømand og klarer sig godt (Fig. 5).

En neurokirurg eller en ortopædkirurg, der læser ovennævnte operationsbeskrivelse, er ikke i tvivl om, hvad det drejer sig om. En fibrøs fast velafgrænset tumor, som klemmer durasækken sammen hos en person, der har påvirket vandladning og afføring, som har smerter i ryg og det ene ben, og som har en skævhed af ryggen kan næsten kun være en discusprolaps.

Det står der intet om i journalen. Af gode grunde. Discusprolapsbetegnelsen blev først kendt efter Mixters og Barrs berømte arbejde: »Rupture of intervertebral disc with involvement of the spinal canal«, som fremkom i august 1934." Denne artikel medførte en kraftig stigning af antallet af rygoperationer. I Danmark var man også hurtigt med, og man har hidtil ment, at den første discusprolapsoperation i



Fig. 5. Villy Nielsens pasfoto fra 1936 – 2 år efter rygoperationen.

Danmark blev udført af *Eduard Busch* (1899-1982) på Rigshospitalet i januar 1935.⁷

Der var rundt omkring i verden tidligere fjernet discusprolapslignende strukturer betegnet som chondromer (brusktumorer). Dette har ikke været tilfældet i Danmark, kan man konstatere med rimelig sikkerhed. Psykiateren *Einar Geert-Jørgensen* (1898-1977) forsvarede i juni 1935 sin disputats: »Bidrag til rygmarvssvulsternes klinik«,³ hvor han omtalte alle tidligere kendte tilfælde af rygmarvssvulstopera-

tioner i Danmark, i alt 144. Han skriver således i de indledende afsnit: »Derimod findes ingen chondromer af den type, som er beskrevet af Schmorl, Stokey og andre. Disse chondromer opstår ved en proliferation af nucleus pulposus med herniedannelse ind i canalis spinalis«.

Discusprolaps i lumbaldelen er en meget almindelig lidelse. I Danmark opereres omkring 3.000 patienter årligt og i hele den vestlige verden opereres næsten ½ million mennesker for denne lidelse hvert år.

En discusprolaps er som beskrevet ovenfor en lille del af ledskiven (discus) mellem 2 hvirvler, der presses bagud med tryk på nerverødderne til følge. (Fig. 6).

Det er oftest en lidelse, som ses hos voksne, men den er beskrevet hos børn, spec. hvis der har været tale om et direkte eller indirekte rygtraume.^{5, 6, 8} En særlig frygtet komplikation er den traumatisk betingede discusprolaps, der påvirker nervebanerne til urinblære og tarm medførende vandladningsforstyrrelser og afføringsbesvær.

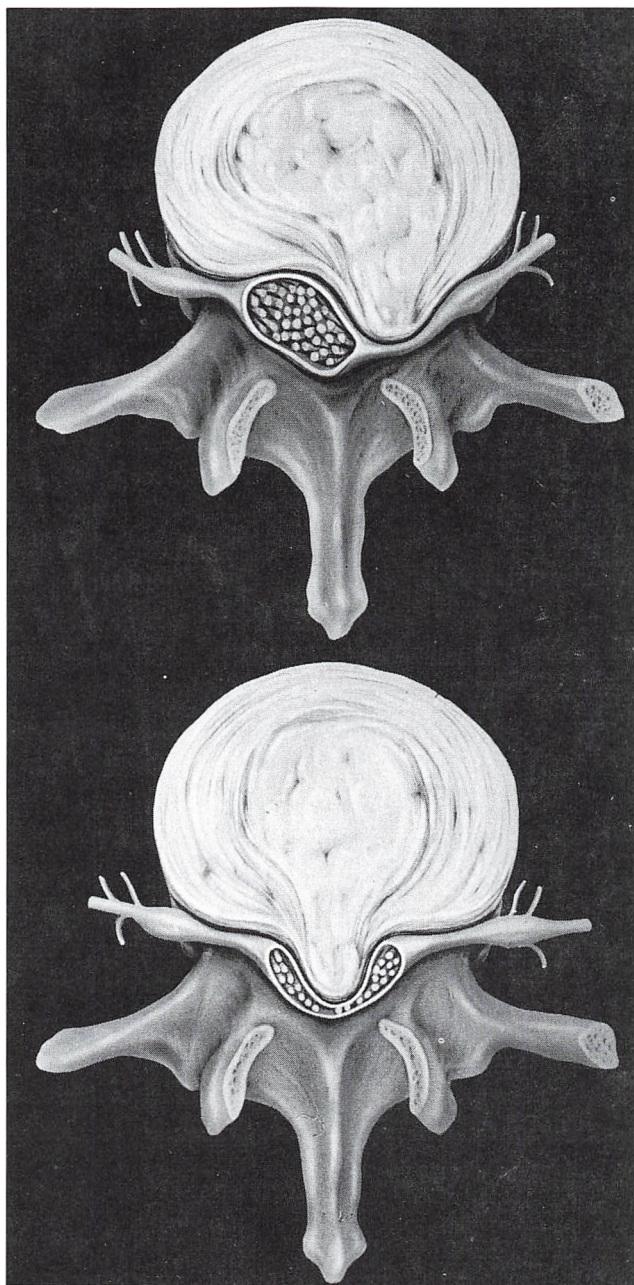
Efter fjernelse af en discusprolaps bør man tage hensyn til sin ryg, og der er næppe nogen, der vil råde et barn, der er opereret for discusprolaps til at vælge et job som sømand.

Søllings første operation for enuresis forløb yderst tilfredsstillende, meget mere end Sølling anede.

Det kan næppe undre, at der de næste par år blev opereret en del patienter med enuresis på Horsens Sygehus, således i alt 3 i 1934, 16 i 1935 og 6 i 1936. Herefter ophørte operationerne helt, måske pga. en artikel i Ugeskriftet, hvor det blev konkluderet, at spaltedannelser i columna lumbo-sacralis uden påviselige neurologiske symptomer ikke spiller nogen rolle som årsagsmoment ved enuresis nocturna hos børn.¹ Operationen er forsøgt genoplivet senest i 1950, fremgår det af en tysk disputats, i hvilken resultaterne ikke overstiger placeboeffekten af indgrebet.¹⁰

Sølling var nu også kun heldig med sin første operation. De øvrige journaler er gennemgået, og der er ingen af operationsbeskrivelserne, der giver mistanke om discusprolaps. Sølling har heller ikke efterundersøgt disse patienter. Han har aldrig skrevet om det, og han har heller ikke holdt foredrag om det til trods for, at han i en lang årrække

Fig. 6. Tegning som fore-
stiller 2 typer
af discuspro-
laps, som
trykker på
nerverødderne
henholdsvis i
den ene side
og i midt-
linien. I nogle
tilfælde af-
snøres et lille
stykke af led-
skiven, som en
fri discuspro-
laps, der så
ligner en lille
velafgrænset
tumor.



var formand for Jysk Medicinsk Selskab, hvor han holdt andre foredrag om nervelidelser behandlet kirurgisk.

Efterundersøgelsen

Hvis antagelsen, at enuresis operationen den 01.02.34 i virkeligheden var en discusprolapsoperation, er rigtig, burde der med en senere tids viden kunne findes sequelae, der peger i samme retning.

Villy er stadigvæk i live, og indvilligede i en efterundersøgelse, som jeg foretog i hans hjem d. 14.04.92, 58 år efter operationen.

Bortset fra et uheld til søs, hvor han ved et fald pådrog sig en hjernerystelse og var kortvarigt indlagt, har der ikke været nogen sygdomme siden indlæggelsen i Horsens.

En enkelt dag har der været vandladningsforstyrrelser pga. en blærebetændelse, men ellers har vandladningen og afføringen været i orden. Afføringen er dog stadig træg.

Villy kunne berette om hele 3 direkte og indirekte rygtraumer. Som 6-årig blev han påkørt af en bil, hvor han blev smidt hen ad vejen. Han pådrog sig en hjernerystelse og lå hjemme i nogen tid. Han husker ikke, om ryggen blev beskadiget, men vandladningsforstyrrelserne er startet så småt fra den tid.

Som 8-årig ville han efter et cirkusbesøg forsøge sig som artist. Han spændte et stykke sejldug ud mellem 4 stokke boret ned i jorden. Efter at have indkaldt kvarterets børn som tilskuere (entré 2 øre), klatrede han 5 meter i vejret og sprang ud fra et tag ned i sejldugen. Han røg igennem og landede på hælene og fik herved et voldsomt stød op igennem rygsøjlen. Han husker intet om sengeleje herefter (han har vel undgået at underrette forældrene). Nogen tid senere forsøgte han sig som faldskærmsudspringer bevæbnet med en paraply, og også her røg han direkte ned på hælene.

Ingen af disse traumer er som tidligere anført nævnt i journalen. Villy mener desuden, at smerterne i sin tid strålede ned i *venstre* ben,

Fig. 7. Nutidigt billede af Villy Nielsen, som demonstrerer den lette rygskævhed mod højre (dextrokonveks skoliose) og den tilsyneladende forkortning af venstre ben.



ikke i højre som anført i journalen. Efter operationen svandt smerterne i benet, men der har dog tit været en fornemmelse af svaghed i venstre ben, specielt når han havde gået for langt, og han har ofte fået at vide, at han går skævt.

Ved den objektive undersøgelse fandtes en 18 cm lang bueformet cicatrice over nedre lumbaldel og os sacrum. Der var intet føleligt abnormt under cicatricen. Lændelordosen var helt udrettet, og der var en dextrokonveks skoliose (sideskævhed mod højre). Bevægelsen i lændehvirvelsøjlen var let indskrænket i alle retninger.

Benene var lige lange, men pga. sideskævheden i lænden kunne det virke som om venstre ben funktionsmæssigt var lidt for kort. Der var god kraft over hofte- og knæled på begge sider, men let nedsat kraft ved nedadbøjning af venstre fodled. Der var ingen føleforstyrrelser, men venstre achillesenerrefleks manglede. Knæreflekserne og den højre achillesrefleks fandtes normale. Lasegue var negativ på begge sider. Ved rektal eksploration fandtes analsphinctertonus let nedsat, men kontraktionskraften var god, og der var normale ano-cutan reflekser. Efterundersøgelsen viste således forhold fuldt forenelige med følger efter en discusprolapsfjernelse fra den nederste lændeledskive i venstre side, og Villy er således den første patient i Danmark, der er blevet opereret for en lumbal discusprolaps.

RESUMÉ

Overlæge H. A. Sølling opererede i årene 1934 til 36 i alt 25 patienter med spina bifida occulta og enuresis nocturna på Horsens Kommunehospital. Den første operation, som blev foretaget den 01.02.34, var på en knap 15-årig dreng med flereårige vandladnings- og afføringsforstyrrelser. Han havde også en rygsævhed og smerter i det ene ben. Ved operationen fandtes en fast velafgrænset fibrøs tumor, som komprimerede duralsækken ud for nederste lændehvirvel. Umiddelbart efter operationen svandt alle symptomerne. Operationsbeskrivelsen og forløbet peger på, at patienten må have været den første i Danmark, der fik fjernet en lumbal discusprolaps. Dette sygdomsbegreb var ikke kendt på daværende tidspunkt. En efterundersøgelse af pt. 58 år efter

operationen afslørede en fortsat let rygskævhed, let svaghed i venstre fod og en manglende achillessenerrefleks. Efterundersøgelsen bekræfter således antagelsen.

Ingen af de øvrige enuresis patienter, som blev opereret havde iflg. de gamle journaler discusprolaps, og indgrebet blev forladt.

SUMMARY

In the years 1934-36 Chief Physician H. A. Sølling operated on thirty-one patients with spina bifida occulta and enuresis nocturna at Horsens Municipal Hospital. His first operation, which took place on 1 February 1934, was on a fifteen-year-old boy who was suffering from urination and defecation disturbances. He also had a curvature of the spine and pains in one leg. During the operation Sølling found an isolated, fibrous tumor, which compressed the subdural cavity at the bottom lumbar vertebra. Immediately after the operation all the symptoms disappeared.

The description of the operation indicates that the patient was the first in Denmark to have a lumbar slipped disc removed. This ailment was not known at the time. An examination of the patient fifty-eight years after the operation revealed that he still had a slight curvatur of the spine, a slight weakness in his left foot, and a missing Achilles tendon reflex. Thus, the examination affirms the assumption.

None of the other enuresis patients whom Sølling operated suffered from a slipped disc. Hence, the operation form was abandoned.

LITTERATUR

1. Andersen, Oluf: Spina bifida occulta og enuresis nocturna. Ugeskr læger; 98, 24: 534-35, 1936.
2. Arnesen, A. J. A.: Enuresis og spina bifida. Norsk Magazin for Lægevidenskab; 85: 299-306, 1924.
3. Geert-Jørgensen, Einar: Bidrag til rygmarvssvulsternes klinisk (disp). Levin & Munksgaards forlag, København, 1935.
4. Bonsmann, M. R.: Zur Frage des Familiären Auftretens der Spina Bifida und Enuresis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde; 74, 343-49, 1922.

5. Spina Bifida Occulta in Paediatric Neurosurgery (Jackson, I. J. and Thompson, R. K. eds.) Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, USA.
6. Epstein, J. A. and Lavine, L. S.: Herniated lumbar intervertebral discs in teen-age children. *Journal of Neurosurgery*, Bind XXI, 1964, 1070-1075.
7. Malmros, R.: Den lumbale discusprolaps og den ligamentære rodkompression. (disp). Munksgårds forlag, København, 1942.
8. Mayer, H. M. and Brock, M.: Percutaneous discectomy in the treatment of pediatric lumbar disc disease. *Surgical Neurology*, 1988, 29, 311-14.
9. Wahren, H.: Herniated nucleus pulposus in a child of 11 years, *Acta Orthopaedica Scandinavica*, Bind XVI, 1946, s. 40-42.
10. Krause-Avellis, H.: Über die Chirurgische Therapie der Enuresis Nocturna bei Wirbelbogenspaltbildungen im Sinne der Spina Bifida Occulta, beobachtet an 114 Patienten. Diss Berlin. Humbolt Universität. Berlin, 1950.
11. Mixer, W., Barr, J. S.: Rupture of intervertebral disc with involvement of the spinal canal. *N. Engl. J. Med.*, 211, 210-215, 1934.
12. Utrykt: Journalmateriale fra Horsens Kommunehospital over indlagte patienter med spina bifida og enuresis, 1934-36.

VENLIG HILSEN



Dansk Medicinsk-Historisk Selskab

Beretning 1991

Ved den ordinære generalforsamling den 30. januar 1991 blev følgende valgt til bestyrelsen:

Professor, med.dr. Bengt I. Lindskog (formand)

Speciallæge Jørgen Kock (sekretær)

Specialtandlæge Leif Marvitz (kasserer)

Lektor, lic.pharm. Poul Reinhardt Kruse

Lektor, cand.scient. Peter Wagner

Overlæge, dr.med. René Vejlsgaard

professor, dr.med. Povl Riis

Kontingentet er fortsat kr. 200.- og medlemstallet ved udgangen af 1991: 361.

Følgende foredrag er afholdt i selskabet i beretningsperioden:

30. januar: Overlæge, dr.med. Carsten M. Smidt: »Wilhelm Meyer og adenotomiens historie«.

24. januar: Fællesmøde med Dansk Militærlægeselskab. Professor, med.dr. Bengt I. Lindskog: »Forsvarets duelighedsregler – en lille oversigt«.

6. marts: Overlæge, dr.med. Henrik Wulff: »Medicinsk filosofi«.

10. august: Professor, dr.med. Joh. Clemmesen: »Professor, dr.med. Michel de Nostradamus«.

16. oktober: 1. reservelæge Niels H. Riewertz Eriksen: »Malaria (koldfeber) i Danmark«.

Professor, med.dr. Bengt I. Lindskog: »Malaria i Sverige – historiske synsvinkler«.

Overlæge, dr.med. Ib Bygbjerg: »Malaria i 1990'erne«.

13. november: Professor, dr.med. & dr.phil. Egill Snorrason: »Jacob Benignus Winsløw's epokegørende rygundersøgelser«.

4. december: Speciallæge Erik Godtfredsen: »Neuroophthalmologien før og nu, gennem 150 år«.

Ved generalforsamlingen blev overlæge, dr.med. Carsten M. Smidt udnævnt til æresmedlem af selskabet for sin store indsats inden for dansk medicinhistorie.

I beretningsperioden er en af selskabets gennem lang tid store sponsorer direktør, cand.pharm. Povl M. Assen afgået ved døden. Et fond til fortsat medicinsk-historisk sponsorering vil få hans navn til at leve videre.

Dansk medicin-historisk årbog er atter i 1991 udsendt til medlemmer af det Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet i Lund. For dette har medlemmer af Dansk medicinsk-historisk Selskab modtaget den sydsvenske årbog.

Bengt I. Lindskog
Professor, med.dr.
Formand

Medicinsk Historisk Selskab på Fyn

Beretning for 1991/92

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)

Tandlæge Marianne Gjerløv Lauritzen, H. Bisgårdsvej 1, 5620 Glamsbjerg

Overlæge Ejvind Honoré, Vejrmosegårds Allé 51, 7000 Fredericia

Dyrlæge Martin Ole Pedersen, Mellemager 41, 5750 Ringe

Overlæge Aase Hjorth, Kristiansdal Allé 39, 5250 Odense SV.

Arrangementer:

Den 14. september 1991 arrangerede selskabet en udflugt til Slesvig, hvor deltagerne besøgte det gamle psykiatriske hospital og Hedeby.

Den 24. oktober 1991 talte overlæge, dr.med. Flemming Brandrup om Niels Finsen og Niels Finsens medicinske lysinstitut. Desuden fortalte 1. reservelæge Jan Abrahamsen om adrenalin i historisk belysning.

Den 5. december 1991 holdt specialtandlæge, cand.mag. Niels Brøndum foredrag om Mozart og Salieri, og overlæge, dr.med. Erik Mogensen fortalte om træk af myxoedemets historie.

Selskabets ordinære generalforsamling afholdtes den 27. februar 1992, hvor kontingentet fastsattes uændret: kr. 175. Efter generalforsamlingen fortalte overlæge Paul Horstmann om Odense sygehus gennem 75 år.

Den 23. april holdt selskabet møde på Middelfart statshospital, hvor deltagerne så hospitalets museum. Læge Troels Boch fortalte om Insulinbehandling af psykiatriske patienter, og overlæge Jens Schmidt fortalte om hospitalets historie.

I forårsemestret 1992 har selskabet arrangeret medicinhistoriske forelæsninger på Odense universitet for medicinstuderende.

Torsten Sørensen

Jydsk medicinhistorisk Selskab

Beretning 1991

Bestyrelse:

Embedslæge J. E. Donner, Balevej 17, Ommestrup, 8544 Mørke
(formand)

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

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

Embedslæge Tage Grodum, Slotsgade 30, 6200 Aabenraa

Overlæge Jørgen Th. Jensen, Stolpedalsvej 45, 9000 Ålborg
Dyrlæge Niels Stadsvold, Viaduktvej 9, 8260 Viby J.
Overlæge Helmer Søgaard, P. Heises Vej 4, 8000 Århus C
Prof., dr.med. M. Gregersen, Rouloen 24, 8250 Egå.

Selskabet har i 1991 holdt følgende møder:

16. april 1991: Antropolog lic.med. Pia Bennike: Danskere gennem 10.000 år. Sygdoms- og behandlingsspor. Cand.mag. Anne Petersen: Skiftningen i dansk overtro.

29. maj 1991: Efter den årlige generalforsamling: Læge E. Skovborg: In vino sanitas.

14. sept. 1991: Udflugt til Slesvig sammen med Medicinsk Historisk Selskab på Fyn. Besøg, rundvisning og foredrag på det gamle psykiatriske sygehus: Landeskrankenhaus i Slesvig – og besøg på Vikingemuseet i Hedeby.

7. nov. 1991: Embedslæge Tage Grodum: Nogle berømte fysici i Slesvig-Holsten: Struense – Suadicani – Ryge. Prof., dr.med. M. Gregersen: Brændte ben.

11. dec. 1991: Overlæge Arne Sell: Radioterapiens historie i Århus. Julegløgg og samvær.

J. E. Donner

Københavns Universitets medicinsk-historiske Museum

Beretning 1991

Museet har fortsat arbejdet med sine studiesamlinger, specielt hvad angår registreringen. Via fondsmidler har museet haft en god medarbejder ansat til primært at varetage registreringen af de forskellige samlinger på EDB. De frivillige ulønnede konsulenter har til denne opgave ydet en meget god støtte ved at udføre det primære registreringsarbejde. Ved udgangen af beretningsperioden er ca. 10.000 registreringer udført.

Museet har i lighed med tidligere år haft gratis omvisning for publikum på de faste åbningsdage onsdag, torsdag, fredag og søndag kl. 11.00 og 12.30. Der er mulighed for både dansk og engelsk omvisning på ovennævnte tidspunkter.

I forbindelse med museets omvisers afgang til pension har det været svært at besætte denne stilling, men det er lykkedes at løse vanskelighederne ved et godt samarbejde med Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.

Museet har i beretningsperioden haft 11.122 besøgende.

Til museet har været knyttet 1 scholarstipendiat. Frivillige forskere er knyttet til museet og har deltaget i forskermøderne, som afholdes ca. 3-4 gange pr. semester.

Som en opfølgning af det internationale symposium, der afholdtes i København i juni måned, er European Association for the History of Medicine and Health oprettet. Dette skete i Strassbourg den 26. september. Museets bestyrer blev valgt til vicepresident og medlem i scientifique board, hvilken har afholdt møde 3 gange forskellige steder i Europa og planlægger afholdelse af kongres i Göttingen de første dage af september måned 1993.

Undervisning i medicinens historie har som tidligere været et tilbud til de studerende og andre interesserede ved Københavns Universitet. Forelæsningerne finder sted på Panum Institutet. Desuden gennemføres hvert semester et ugekursus på museet.

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, Harry Andersen, Inger Christensen, Rikke Claësson, Annie Iversen, Bent Jensen, Sonja Knudsen, Lasse Pryning, Britt Winkel.

Fondslønnet: Folke Jørgensen.

Konsulenter: 10

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

Scholarstipendiat: 1

Heidi Kyhl

Bengt I. Lindskog

Professor, med.dr.

Formand

Jydsk Medicinhistorisk Museum

Om et par måneder skulle de nye bygninger i Universitetsparken i Århus, som skal være ramme om »Danmarks Videnskabshistoriske Museum«, være parat til overdragelse.

Som det vil være mange bekendt skal dette museum – Steno-Museet kaldet – rumme i den ene fløj de videnskabshistoriske samlinger, som Videnskabshistorisk Institut har, og i den anden den medicinhistoriske samling, som har til huse nu i den gamle professor-bolig ved Fødselsanstalten, og som Ejnar Hovesen åbnede i 1982.

Overflytning og opstilling af samlingen vil finde sted i første halvår af 1993. I forbindelse med museet anlægges en urtehave – og der indrettes mellem de to nævnte fløje et planetarium specielt til skolebrug.

Århus Universitet med rektor Henning Lehmann i spidsen har på enestående vis bakket op om dette byggeri og ideen om de »to museer i eet«.

Lad mig få lov til at benytte denne plads i årbogen til at gøre opmærksom på, at vi med tak og glæde stadig gerne vil modtage instrumenter, apparater, bøger, billeder, manuskripter m.v. til museet.

Århus, september

J. E. Donner

Medicinsk-Historisk Samling, Næstved

Beretning 1991

I det forløbne år er der indgået et væld af større og mindre genstande til samlingen, og indregistrering af disse og ikke tidligere registrerede genstande er fortsat, samtidig med at en nyordning af depoterne foregår. Indtil efteråret har der hersket tvivl om, hvilke permanente lokaler vi ville få tildelt, efter at Næstved byråds kulturelle udvalg havde henvendt sig til amtet om at tildele samlingen egnede lokaler. Dette problem er nu løst, idet man har overladt samlingen Præstø Amts Sygehus' gamle administrationslokaler. Disse blev rømmet før årsskiftet, så overflytningen kunne begynde. Lokalerne har atmosfære og er velegnede, omend vi kunne have brugt meget mere plads. Indretningen skrider frem, og fra sidst på sommeren vil vi kunne åbne for publikum. Amtet takkes hermed hjerteligt for dette tilbud og ligeledes Centralsygehuset i Næstveds administration. Lægerne Morten Andersen Nexø, Vagn Dahl og Gustav Schmidt takkes for en stor og uundværlig indsats.

Forevisning af samlingen kan aftales på telefon 53 72 14 01, lokal 2090, tirsdage kl. 10.30-14.30 og bestilling af de 5 smukke farvegenge-velser af medicinsk-historiske genstande med kuverter kan bestilles samme sted.

Alle de gode givere og støtter af samlingen takkes hermed.

Carsten M. Smidt

CURRICULA VITARUM

Brade, Anna-Elisabeth, Cand.mag. 1967 (historie, etnologi), pædagogikum 1970, forskningsbibliotekar 1972. Ph.D. 1992. Ansat ved Nationalmuseet og Rigsarkivet, siden 1970 ved Medicinsk-historisk Museum, fra 1974 som lektor. Museumsbestyrer 1983-87. 1972 medlem af Dansk medicinsk-historisk Selskabs bestyrelse, sekretær 1974-1984. Redaktør af Dansk medicinhistorisk Årbog 1972-1982, af Set og Sket 1990ff. Artikler om medicinsk-historiske, bibliofile, museale og folkemedicinske emner. Bopæl: Kalvehavevej 50, 3250 Gilleleje.

Brix, Johannes, f. 5.10.1943, cand.med. 1972, praktiserende læge i Aabenraa 1975. Skrevet en del medicinhistoriske artikler. Adresse: Østerløkke 10, 6200 Aabenraa.

Mogensen, Erik Flemming, f. 2.3.1921, cand.med. fra Københavns Universitet 1949. Dr.med. 1955. Overlæge medicinsk afd. M, Odense Sygehus 1963-1988. Foruden disputatsen om Periarthrosis humeroscapularis arbejder om endocrinologiske emner. Adresse: Engsvinget 49, 5250 Odense SV.

Olsen, Bendt Toft, f. 1951, tandlæge 1978. Har siden 1981 undervist på Århus Tandlægehøjskole. Immatrikuleret 1989 ved Århus Universitet som stud.mag. i historie. Adresse: Højagervej 5, 8240 Risskov.

Søgaard, Ib, f. 23.2.1939. Cand.med fra Århus Universitet vinteren 1966/67. Speciallæge i neurokirurgi i 1977. Siden 1982 overlæge ved neurokirurgisk afdeling, Odense Sygehus og ekstern klinisk lektor i neurokirurgi ved Odense Universitet. Formand for Medicinsk Historisk Selskab på Fyn 1988, formand i Dansk Neurokirurgisk Selskab 1992. Har skrevet artikler om neurokirurgiske og medicinhistoriske emner. Adresse: Birkevej 21, 5230 Odense M.

Gamle årbøger

Til orientering kan det oplyses, at såvel de enkelte medicinhistoriske selskaber som årbogens redaktion ligger inde med eksemplarer af adskillige, tidligere årgange af årbogen. Disse vil kunne erhverves til en fordelagtig pris.