Danskernes Historie Online
Danske Slægtsforskeres Bibliotek

Dette værk er downloadet fra Danskernes Historie Online

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

Støt vores arbejde – Bliv sponsor

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

Ophavsret

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

Links

Slægtsforskernes Bibliotek: https://slaegtsbibliotek.dk
Danske Slægtsforskere: https://slaegt.dk

DANSK MEDICIN HISTORISK ÅRBOG

2009

Dansk Medicinhistorisk Årbog 2009

Dansk Medicinhistorisk Årbog 2009

Udgivet af
Dansk medicinsk-historisk Selskab
Jysk medicinhistorisk Selskab
Syddansk medicinhistorisk Selskab

Redaktions medlemmer for årbog 2009
Nils Rosdahl, speciallæge i samfundsmedicin, København (ansvarshavende)
Gerda Bondeup, universitetslektor em., dr.phil. (historie), Århus
Claus Fenger, professor em. dr.med. (patologisk anatomi), Odense
Bernard Jeune, læge, universitetslektor (epidemiologi), Odense
Ole Sonne, læge, universitetslektor, dr.med. (fysiologi), Århus
Anne Dorthe Suderbo, konsulent, cand.mag. (historie), København
Per Vestergaard, professor, dr.med. (psykiatri), Århus

Redaktionens adresse
Nils Rosdahl
Borgevej 22
2800 Lyngby
nrosdahl@dadlnet.dk

Ekspedition
Som redaktionen

Trykt hos
Special-Trykkeriet Viborg a-s

ISSN 0084-9588

Cand. Pharm. Povl M. Assens Fond takkes for en gavmild og helt afgørende bevilling til støtte for udgivelse af Medicinhistorisk Årbog 2009

Indhold

Forord — 7

Inge Mønster-Kjær — 9
Thomas Bartholin, teologisk anatomi i 1600-tallet
– religion og videnskab i dansk medicinhistorie

Henrik Permin og Peter Wagner — 21
Baggrunden for opførelsen af Bispebjerg Hospital
– et hospital med lys, luft og grønne omgivelser

Søren Voigt — 51
Smilehuller
Om Rudolph Berghs studier af prostituerede
kvinders genitale anatomi

Ditte Wonsyld — 67
En uforudsigelig sygdom
Lægernes tiltag under og efter koleraepidemien
i København i 1853

Svend Norn, Henrik Permin, Poul R. Kruse og Edith Kruse — 79
Fra pilebark til acetylsalicylsyre

Sidsel Hald Rahlf — 99
Brugen af hudtransplantation ved behandling af
brandsår 1870-1960

Lars Ole Andersen — 117
Aspekter af psyke – krop forholdet i medicin
historisk perspektiv
Historieskrivninger, begrebshistorie og den
påvirkelige krop

Annette Frölich og Karin Garde — 129
Bergen 3. – 5. juni 2009
Indtryk fra og orientering om The XXII Nordic Congress
on the History of Medicine

Boganmeldelser

Edith Mandrup Rønn — **135**
Anmeldelse af Jesper Vaczy Kragh (red.):
Psykiatriens historie i Danmarkhospital 1757-2007
Hans Reitzels Forlag 2008

Nils Rosdahl, Nils — **141**
Anmeldelse af Morten Møller Biografi: Mogens Fog
bind 1 Fra modstandshelt til landsforræder og bind 2
Den røde rektor. Gyldendal København 2009

Karsten Ejsing Jørgensen — **146**
Anmeldelse af Pedersen C Brahe: Øre-operationer,
før og nu.
Udvalgte emner fra otologiens historie m.m
Eget forlag 2007

Årsberetning 2007 for de medicinhistoriske selskaber — **149**
Dansk medicinsk-historisk Selskab 2007
Jydsk medicinhistorisk Selskab 2007
Syddansk medicinhistorisk Selskab 2007

Foreløbigt regnskab — **159**
for Dansk Medicinhistorisk Årbog

Curricula Vitarum — **160**

Forord

Det er en fornøjelse at kunne præsentere Dansk medicinhistorisk Årbog 2009 årgang 39 , der i udstyr svarer til årgang 38 fra 2008.

Årbogen er udgivet i et fællesskab bestående af Dansk Medicin-Historisk Selskab (DMHS),Jysk Medicinhistorisk Selskab (JMHS) og Syddansk Medicin-Historisk Selskab (SMHS).

De tre selskaber afholdt i marts 2009 et møde vedrørende mulige fællesaktiviteter.Det resulterede i en beslutning om at afholde længerevarende fællesmøder årligt. Det første finder sted i efteråret 2009 i København, før årbogen udkommer. Man drøftede også årbogens forhold, herunder nogle forslag fra redaktionen.

Man besluttede, at der fortsat skal være to redaktører fra hvert selskab, således at en af disse skal være medlem af det pågældende selskabs bestyrelse. Posten som hovedredaktør roterer som tidligere,men nu med en funktionsperide på to år. Der var yderligere enighed om, at hovedredaktøren for årbog 2010 vil komme fra JMHS.

I de følgende måneder blev følgende udpeget: Nils Rosdahl og Anne Dorthe Suderbo fra DMHS, Per Vestergaard og Ole Sonne fra JMHS samt Claus Fenger og Bernard Jeune fra SMHS. Da der ifølge beslutning fra mødet i marts var en mulighed for at redaktionen kunne supplere sig, anomodede redaktionen historikeren Gerda Bonderup, Århus om at indtræde. Det gav en mindre skæv kønsfordeling og en fagligt set bredere redaktion med fire fra sundhedsprofessionerne og to historikere.

Den nye redaktion ønsker at takke de afgående redaktører, Albert Gjedde og Frank Mirz fra JMHS for deres arbejde med årbogen. Endvidere Niels Kristoffer Jensen fra SMHS for hans lange tjeneste for årbogen.

For årbog 2009 havde vi fremrykket deadline for manuskripter fra 1.juni til 1. maj, men for at få det meste af det indledende redaktionsarbejde afsluttet før ferieperioden vil vi fra 2010 kræve en deadline på 1. april for indsendelse af manuskripter.

Redaktionen har taget stilling til et principielt spørgsmål vedrørende anvendte sprog i årbogen. Vi ønsker at fastholde dansk som årbogens sprog. Det betyder på ingen måde, at man ikke kan få optaget artikler på dansk, som tidligere har været publiceret på hovedsprogene, hvilket årbog 2008 har eksempler på.

Disse to forhold vil sammen med andre ændringer blive indarbejdet i manuskriptvejledningen, som kan findes via de tre selskabers hjemmesider.

Vi har også til udgivelse af denne årbog fået et generøst og helt afgørende økonomisk bidrag fra Cand.Pharm. Povl M. Assens Fond, for hvilket redaktionen takker.

Redaktionen har modtaget mange spændende manuskripter, også flere end vi kunne optage, og det er vi meget taknemlige for. Vi håber, at mange medicinhistorisk interesserede vil benytte årbogen til at komme ud til en engageret læserkreds, også internationalt ved at blive optaget i Pub.Med. med engelske summaries.

Vi takker en række medlemmer fra selskaberne og andre for deres beredvillighed med at påtage sig den vigtige funktion som eksterne bedømmere.

Redaktionen ønsker alle god læselyst!

Med venlig hilsen,
på vegne af årbogens redaktion
Nils Rosdahl

Thomas Bartholin, teologisk anatomi i 1600-tallet

– religion og videnskab i dansk medicinhistorie

Inge Mønster-Kjær

Den nye medicinhistorie

Historiens nytte er en foranderlig størrelse. Medicinhistoriens nytte har traditionelt handlet om at opbygge en fortælling om en stærk fagtradition, med det formål at skabe identifikation og forståelse mellem fagfæller over tid og sted. Den danske faghistorie har indtil for ca. tredive år siden ikke interesseret sig synderligt for medicinhistorien. Men med den postmodernistiske historieskrivning er historikerens genstandsfelt udvidet markant, hvilket også har resulteret i en interesse for medicin-, læge- og patienthistorie. Hvor den traditionelle medicinhistorie ofte holder sig til lægefagets udvikling, er den nye medicinhistorie inspireret af kulturhistorien og søger et bredere sigte, der inddrager lægefaget i et videre samfundsperspektiv.

Tradition og fornyelse

Thomas Bartholins (1616-1680) eftermæle illustrerer denne pointe ganske udmærket. Artiklen er skrevet på baggrund af mit speciale: *Thomas Bartholin og anatomien – Videnskab og religion i dansk renæssance og tidlig moderne tid*. Historie, SDU, 2008. Morten Fink-Jensens afhandling om naturfilosofi og religion efter reformationen omfatter en analyse af Caspar Bartholins (Thomas Bartholins far) arbejde. Denne fortolkning har givet inspiration til speciale og nærværende artikel.

Litteraturen om ham tegner et meget broget billede af hans indsats som anatom, netop fordi formålet med at skrive hans historie hele tiden ændrer sig. Hovedparten af biografierne udspringer af lægefagets behov for at definere sig selv, som det skete i løbet af 1800-tallet og første halvdel af 1900-tallet [1]. Resultatet var en lang række medicinhistoriske værker, skrevet af læger til læger. Mange er ganske velskrevne og opfylder til fulde deres hensigt.

Fig. 1. Forsideillustration til Thomas Bartholin: Cista Medica Hafniensis 1662.

Når den medicinhistoriske tradition har stået for skud i de seneste ca. 30 år, handler det igen om formålet med at skrive historie [2]. Der er opstået et behov for en medicinhistorie, som er skrevet til andre end læger og handler om mere end hvem, der har opdaget hvad hvornår og hvordan. Vi vil i dag blandt andet vide, hvordan patienten har oplevet lægen? [3]. Hvad der blev af *de kloge folk?* [4]. Hvad der blev af Gud i lægefaget? [5]. Vinklerne er mange.

Også her er Thomas Bartholin er godt eksempel. For netop han er fremhævet som et menneske mellem nyt og gammelt. Dertil kommer hans meget store produktion af breve og afhandlinger, der ofte er krydret med personlige betragtninger og overvejelser. Hans liv var kulørt, hans temperament og beregnende sind skaffede ham fjender, hans loyalitet og gejst vandt ham venner, sådan i Shakespearesk forstand! Den ene gruppe bekæmpede ham med retoriske midler, den anden søgte at værne om hans ry og fremme hans sag. Den mest indædte modstander var Riolan, der gjorde hvad han kunne for at latterliggøre Thomas Bartholins evner inden for anatomien [6]. Til forsvar for Bartholins ære skrev Bering i 1646 et hyldestdigt til Thomas Bartholin [7].

Men bag alle anekdoterne findes også en anden, større historie. En bid af europæisk anatomihistorie kan fortælles gennem Bartholins arbejde og rejser. I en kort periode i anatomiens historie var han der, hvor tingene skete. Og han var dygtig til at få det optimale ud af sine erfaringer og kontakter. Bartholin var en flittig brevskriver, og vi ved derfor meget om hans rejser og oplevelser. Især skrev han om faglige overvejelser og private anliggende til sin onkel og formynder Ole Worm [8].

Bartholins lægefaglige og anatomiske bedrifter er ganske rigt beskrevne. Det, der gør ham interessant at studere yderligere, er netop den del af hans virke, der ligger uden for moderne anatomi-faggrænser. Med en bred kulturhistorisk tilgang til Thomas Bartholins virke ved universitetet i København og andre stedet i Europa, åbner der sig en noget mere nuanceret historie end den, vi allerede kender.

Anatomiens genfødsel

Thomas Bartholin (fig. 1) studerede ved Københavns Universitet, tog den obligatoriske teologiske grunduddannelse og rejste derefter rundt mellem europæiske universiteter i ti år, hvor han mødte og studerede hos de fremmeste anatomer. Det lykkedes ham i løbet af de ti år at skabe sig et navn og gøre sig bemærket med den reviderede udgivelse af faderens anatomiske værk [9].

Netop denne genudgivelse blev startskuddet for den ophedede debat, der løbende omspandt Bartholins arbejder. Bogen indeholdt nemlig en præsentation af Harveys omdiskuterede og revolutionerende kredsløbslære [10]. Præsentationen blev forfattet af Walæus, Bartholins ven og lærer i Leiden, og blev tilføjet som appendiks bagest i bogen. Dette skete for ikke at skabe unødig tvivl om Bartholins loyalitet overfor den traditionelle lære. Den pragmatiske løsning viste sig at være et klogt træk fra Bartholins side. Størstedelen af den efterfølgende kritik ramte Walæus, mens Bartholin selv på sigt blev tildelt æren for at være den første, der på skrift anerkendte den nye lære.

Bartholin og anatomien

Bartholin opholdt sig i Leiden, Paris, Montpellier, Padua, Bologna osv. Han havde travlt. Ud over anatomien studerede han filologi og filosofi. Hans litterære produktion viser da også, at han livet igennem bevarede en faglig bredde i sit arbejde [11, 12].

I 1647 vendte han hjem til et matematikprofessorat, og kort efter overtog han en ledig post som anatomiprofessor og leder af det nye anatomiske teater ved Københavns Universitet (Domus Anatomica, grundlagt 1644). Her begyndte en nærmest manisk periode i Bartholins arbejdsliv. Han kastede sig ind i konkurrencen om at være den anatom, der bekræftede Harveys kredsløbsteori [13]. Den var allerede sandsynliggjort, men de mange dissektioner rundt omkring i Europa rejste nye spørgsmål. Det viste sig gang på gang, at viden om hele det menneskelige indre og organernes funktioner måtte revideres ud fra de nye praktiske observationsmetoder. De nye dokumentationskrav inden for anatomien betød, at mange anatomer

var beskæftiget med at bekræfte den eksisterende viden. Det gav en del forklaringsvanskeligheder, når det viste sig igen og igen, at den samlede forestilling om kroppen måtte revideres.

Bartholin havde den ulempe, at lig til dissektion var vanskeligere tilgængelige for ham, end de var for flere af de udenlandske kolleger. Mange andre universiteter havde dyrket den praktiske anatomi i længere tid og havde derfor i modsætning til København for længst truffet foranstaltninger til at skaffe lig til anatomerne. Anatomernes behov for studiemateriale blev grebet forskelligt an ved de Europæiske universiteter. I Padua var øvrigheden forpligtet til at skaffe afdøde til anatomerne. I perioder med få henrettelser drog man i stedet ud for at hente afdøde i deres hjem og slog evt. modstand fra familien ned med fysisk magt [14]. Men Bartholin fik hjælp af kongen. Han fik tilladelse til at dissekere afdøde patienter i eget hjem med familiens tilladelse. Også henrettede kriminelle fik han udleveret, hvoraf man kan læse, at dem var der ikke ret mange af. Syv gange i løbet af vinteren 1653-54 dissekerede Bartholin menneskelig [15]. Det kan kun bekræftes i den anvendte litteratur, at der i to af tilfældene var tale om forbrydere, så Bartholin må have fundet materiale ad anden vej – formentlig afdøde patienter. Bartholin henviste selv i begyndelsen af 1654 til, at der var "en usædvanlig mangel på tyve" [14].

Så da et fattigt menneske i ejendommen ved siden af Bartholins hjem lå for døden, holdt han sig i nærheden. Han ville sikre sig at være på pletten, når manden endelig udåndede. Og på pletten var Bartholin. Han beskriver selv, hvordan han kravlede ind ad vinduet, dissekerede manden med hjælp fra mindst en assistent og med nabokoner som vagter ved døren. De fandt, hvad de søgte: Lymfekarrene [13].

Fundet blev offentliggjort kort efter ved et disputatsforsvar og skabte en dramatisk konflikt imellem Bartholin og den svenske anatom Oluf Rudbeck, der også gjorde krav på titlen som lymfekarrenes opdager [13]. Denne konflikt tager hovedparten af Bartholin-litteraturen udgangspunkt i.

Men ud fra en bredere kulturhistorisk analyse af Bartholins virke bliver det tydeligt, at opdagelsen af lymfekarrene ikke er det væsentligste, Bartholin har at byde os på. Lymfekarrene er blot et af mange emner, som han beskæftigede sig med og fik samtidige reaktioner på. I den lange række af titler fra Bartholins hånd findes der ikke så få teologiske tekster.

Bartholin og teologien

Fraværet af teologiske overvejelser i mange af Bartholins medicinske og anatomiske skrifter er i flere biografier blevet fortolket som en mental sekularisering, hvor religiøse udtalelser og overvejelser kun havde til formål at legitimere erkendelser inden for *den nye videnskab*. Men fraværet af teologiske diskussioner kan også ses i et andet perspektiv. Med den

stærke bevidsthed om reformationens krav og udfordringer, der gjorde sig gældende i den samtidige akademiske verden, vil Bartholins anatomiske arbejde basere sig på et kristent luthersk fundament med en sådan selvfølgelighed, at han muligvis ikke har fundet det nødvendigt at ytre sig eksplicit herom.

Denne position behøver ikke at stå som en spekulativ eller retorisk påstand. Blot ved at se på Bartholins afhandlinger med hans samtidige faggrænser for øje, vil det stå klart, at han ikke overskred sine beføjelser som anatom, når han agerede teolog, filolog eller filosof. Han udvidede blot paletten af redskaber, hvormed han kunne analysere sit egentlige genstandsfelt: Mennesket som kronen på skaberværket.

Blandt Bartholins tekster skal særligt en fremhæves: *Om sygdomme i bibelen – En medicinsk samling – 1672* [16]. På opfordring fra en københavnsk boghandler skrev, samlede og udgav Thomas Bartholin i 1672 en samling af analyser af medicinske tilstande beskrevet i bibelen. Opfordringen var nærliggende, for han var kendt for ivrigt at tilskynde medicinstuderende til at beskæftige sig med bibelsk medicin. Udgivelsen var den første af sin slags i Europa. Det eneste forudgående arbejde af lignende karakter er udgivelsen af en analyse af den hebraiske bibels medicinske tilstande i 1640.

Værket er en gennemgang af sygdomsbeskrivelser i bibelen med en medicinsk analyse af de beskrevne symptomer. Værket indeholder 27 eksempler, og det fremgår af indledningen, at Bartholin selv opfattede teksterne som et beskedent udvalg af de mange flere medicinske tilstande, der er beskrevet i bibelen.

Bartholin analyserer lignelsen om Lots kone, der blev til en saltstøtte. I Første Mosebog 19,26 står der: *Men hans hustru, som gik efter ham, så sig tilbage og blev til en saltstøtte*. Han forsøger at besvare spørgsmålene: Kunne dette finde sted? Kan en menneskekrop blive til en saltstøtte og i givet fald hvordan? Overhovedet at stille disse spørgsmål viser Bartholin som en mand i grænselandet mellem nyt og gammelt. Han forholder sig til biblen som en autoritativ tekst, men arbejder med lignelserne ud fra en næsten moderne dokumentatorisk tilgang.

Teksten er bygget op som en oversigt over udlægninger af saltstøttefænomenet, (oversigten ligner i bemærkelsesværdig grad en typisk moderne forskningsoversigt) som han kritiserer ud fra filologiske, medicinske og retoriske argumenter. Augustin har udlagt årsagen til saltstøtten med, at den lille andel af kroppen, der består af salt, inficerede resten af kroppen. Bartholin viser igennem teksteksempler, at Augustins udlægning var almindeligt accepteret i litteraturen. Denne gennemgang af traditionen minder om en kildekritisk tilgang. Han kan også referere til, at der rundt om i verden – ifølge litteraturen – findes flere eksempler af saltstøttelignende menneskeflokke. Altså stensamlinger der bliver opfattet som menneskelige forsteninger. Hans reaktion på en sådan tolkning er klar:

Fig 2. Et eksempel på en af de saltpiller ved Det Døde Hav, der stadig tages til indtægt for at være Lot's kone.

> *Hvis vi skal lægge øre til en forvrøvlet tradition, kan et lignende syn ses nær godset Sæby på Sjælland, ejet af min ærede landsmand Henrik Müller, en af kongens mænd. Der, nær bredden af søen Tissø, kan en række af store sten ses, som efter sigende skulle være en bryllupsprocession forvandlet til sten ved Guds hævn. Men faktisk finder man ofte en sådan række af sten i forbindelse med danske oldtids monumenter; de kaldes ofte kæmpernes monumenter, men de markerer adelige familiers begravelsespladser*[1] [16, s. 40].

Altså en blank afvisning af traditionen. Ordvalget *forvrøvlet tradition* viser, at han mener, at der er tale om simpel overtro. På dette punkt er det tydeligt, at Bartholin føler sig sikker. Han inddrager sit generelle kendskab til dansk oldtidshistorie. I teksten beskriver han, hvordan han har set de fund, som danske bønder pløjer op af jorden og som bekræfter, at stensætningerne står i forbindelse med begravelsesceremonier [16].

Bartholin afviser dog ikke, at der var en saltstøtte efter Lots kone, og at den længe efter kunne ses af tilrejsende (fig. 2). Han citerer endda en øjenvidneskildring af saltstøttens egenskaber. Han refererer en beskrivelse af den skrøbelige saltstøtte, der, hvis den blev skadet, angiveligt blev gendannet i regnvejr (Tertullians (160-225) Tidlig kristen teolog). Ydermere

skulle det være observeret, at saltstøtten hver måned menstruerede. Hans formuleringer er på dette område søgende og usikre, som om han ikke ved, hvordan han skal forholde sig til overleveringerne. At saltet skulle hele under regn, accepterer Bartholin, men tanken om at saltstøtten skulle menstruere, finder han uforståelig. Han afviser ikke påstanden, han opgiver blot at forklare den. Han formulerer sig således:

> *Men for det andet – statuens menstruation som hos en kvinde – det forstår jeg ikke, medmindre den er en form for fugtdannelse i saltet forårsaget af den omgivende luft* [16].

Bartholin er her i grænseland. Grænseland mellem traditionel autoritativ og moderne kritisk tilgang til dogmatiske tekster som bibelen og dens fortolkere. Han betvivler ikke korrektheden og bogstaveligheden af bibelens lignelser. Men han kommer tæt på næsten moderne videnskabelige dokumentationskrav. Han står meget bogstaveligt imellem nye og gamle positioner. Mens han er overordentlig kritisk overfor Galen og den kropsforståelse, denne repræsenterer, tager han bibelens ord for gode varer. Det er meget vanskeligt for ham og hans samtidige at forholde sig kritisk overfor de tekster, som den kristne verdensforståelse hviler på. Inden for anatomien har Bartholin ved selvsyn kunnet konstatere, at den Galenske krop ikke er korrekt, og at Harveys kredsløb kan bekræftes. Men omkring tilblivelsen af en saltstøtte har han ingen personlige erfaringer, og med det ene ben i den teoretiske erkendelsestradition var der ingen grund til at betvivle teksten. Kun den del, der handler om stensætninger fra oldtiden, kan han på baggrund af egen erfaring belære traditionen om. Frem for at fokusere på det, Bartholin ikke får ud af sin nær-moderne tilgang til videnskaberne, kan man jo overraskes over, hvor meget han er parat til at genoverveje i selvsynets navn.

I denne analyse benytter Bartholin fortrinsvis oldtidshistorie, argumentationsanalyse og lidt medicinsk undren over den menstruerende statue. Et par eksempler på andre medicinske emner i biblen, som han analyserer, er Jesus fødsel og behandlingen af Ezekias ved brug af figner. I den førstnævnte diskuterer han fænomenet jomfrufødsler, i den sidste brugen af figner som lindrende salve. Det kan konstateres, at med betegnelsen *bibelsk medicin* tænker han ikke på en snæver medicinsk tilgang til de bibelske tekster, men på en bred tværfaglig tilgang til de medicinske emner i bibelen. Analysen af eksemplet viser, at Bartholins faglige fundament var teologi. Det bekræftes yderligere ved de mange henvisninger, værket indeholder, til andre af egne udgivelser om lignende emner.

Herved var han ikke usædvanlig [5]. Han valgte af forskellige årsager at specialisere sig inden for medicinen, men det ændrede ikke ved hans grundlæggende identitet som teolog. Her må også mindes om, at den toårige teologiske grunduddannelse var obligatorisk for alle universitets-

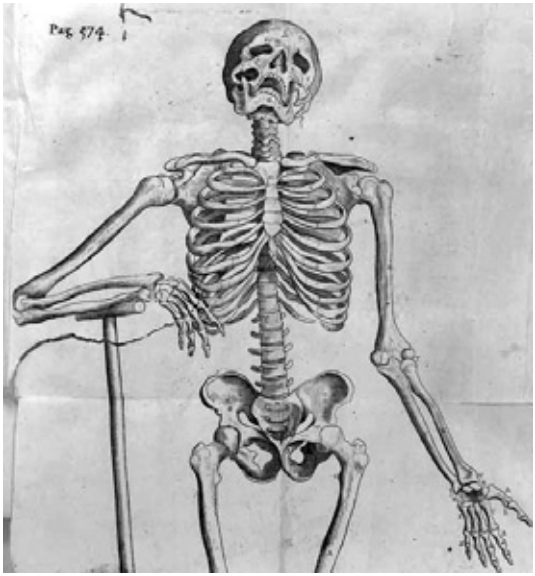


Fig. 3. Netop den velvilligt poserende afdøde fortolkes i kunsthistorien som indikation på, at de afbildede skeletter skulle illustrere Guds skaberværk, ikke korrigere eller antaste forestillingen om det.

studerende. Det er nærliggende at spørge, om ikke Bartholin og hans samtidige opfattede universitetsfagene som medicin, jura og filosofi som teologiske redskabsfag?

Medicin som redskabsfag

Blandt landets præster var Bartholin velanset for sin række af afhandlinger om bibelske emner. Han vekslede i sit arbejde ofte mellem praktisk anatomi og bibelsk medicin. Som ofte benyttet præceptor knyttede han en nær forbindelse til toneangivende teologer som for eksempel Thomas Kingo.

Den bibelske anatomi er ikke en anerkendt disciplin inden for moderne naturvidenskab og er derfor blevet overset i fortællingen om Bartholins virke.

Men Bartholins store interesse for og gentagen påberåbelse af nødvendigheden i at beskæftige sig med den bibelske medicin, og det faktum, at han på denne baggrund høstede stor anerkendelse nationalt som internationalt, modsiger, at han og hans samtidige skulle være mentalt og intellektuelt sekulariserede. Tværtimod ser det ud til, at kristendommen i den lutherske forståelse lå som et meget bevidst og aktivt grundlag for hele Bartholins virke. Der var ikke for Bartholin en modsætning i at være rettroende og at stille sig kritisk i forhold til den traditionelle anatomi. Bartholin betvivlede aldrig Guds plan og skaberværk, men han betvivlede og modviste den

Summary

Reasons for the construction of Bispebjerg Hospital – A hospital with light, air and freedom of nature

By Henrik Permin and Peter Wagner

Since the 1850ies the city of Copenhagen changed, ramparts were removed or remodelled as parks, industries were established. The new factories and wharfs expanded, labourers were needed; many country people moved into the city to find work and thus the population increased immensely. In Copenhagen a few hospitals only were present around 1850; The Royal Frederik Hospital (now the Museum of applied Arts) was the only hospital in the modern sense of the word. Other institutions with "hospital" as part of their name as e.g. General Hospital (Almindelig Hospital) or Ladegaarden were a mixture of hospital and workhouse and The Royal Maternity Hospital founded in 1750. The wealthy and the upper middle class citizens were nursed or cured at home. At the end of the nineteenth century medical doctors could successfully cure some diseases, and surgeons could after the introduction of the anesthetic and aseptic treatment carry out operations with diminished risks of complications. Copenhagen's first modern hospital, Municipal Hospital (Kommunehospitalet) opened 1863, but in a very short time it was permanently overcrowded. Although two small hospitals Blegdam Hospital (isolation hospital) and the Oresund Hospital (quarantine station) were established a large new hospital was needed. Although the financial situation of the city of Copenhagen was strained due to the expenditures caused by the rapidly growing population within the city itself and the villages incorporated into it, the first social democratic mayor Jens Jensen wanted to secure his voters the same care and treatment as citizens of better means. As this view was accepted by the majority of the city council a hospital in the then modern and functional pavilion system (ascribed to Florence Nightingale) with buildings surrounded by gardens was planned. The architect Martin Nyrop (1849-1921) who had just completed the monumental and beautiful Copenhagen City Hall along with the engineer AC Karsten (1857-1931) and landscape architect Edvard Glæsel (1858-1915) were entrusted with the task to develop the design of the hospital. Bispebjerg Hospital was built in the years 1907-13 on a piece of land of 21 hectares on a slope facing southeast at Bispebjerg Bakke at the lower end bordering on Lersøen, a lake which eventually was filled

and drained. The 6 red 2-story brick pavilions are located around an axis along Bispebjerg hill with southeast facing bedrooms over viewing the lush patient gardens. These sick rooms all had large double windows at the southeast providing excellent daylight. On the walls are washable frescoes with motifs from nature. Pavilion buildings are flanked by two avenues with linden trees on both sides and connected by crossroads between the buildings. Underground tunnels link the buildings. On both sides, the two lower pavilions on the same side of the central avenue staircase are linked together by a long covered bridge leading from the first floor of the first building to the ground flour in the next building because of the terrain slope. This bridge connects the two pavilions with a building with operating theatres so that patients can be transferred indoors between operation theatre and sick room. Surrounding the sick pavilions administrative building, rheumatic outpatient department, laundry, kitchen and engine house are placed. Between the buildings, avenues and crossroads gardens designed with benches, beautiful flowerbeds and bouquets were established to the leisure of the patients. The hospital offers a wealth of fine architectural designs and presents itself as a kind of garden village within the city.

Smilehuller

Om Rudolph Berghs studier af prostituerede kvinders genitale anatomi

Af Søren Voigt

"I videnskaben, ligesom i kunsten og livet
er kun det som er sandt i kulturen
sandt i naturen".
Ludwik Fleck 1935[1]

Gennem særligt de sidste 30-40 år har en række antropologer, historikere, filosoffer, sociologer samt ikke mindst patienter og deres fortalere, såvel som professionelle behandlere med base i medicinske institutioner, gjort den sociale basis for lægelig teori og praksis til studie- og kritikobjekt: Fokus har været, hvad der kan formuleres som diskrepansen mellem biomedicinens instrumentelle rationalitet og syge og raske menneskers livsverden[2]; særligt retter meget af den kritiske litteratur sig mod praksis og institutioner formet gennem de sidste decennier af det 19. århundrede, f.eks. "det videnskabeligt orienterede universitetshospital", "diagnostiske og terapeutiske modaliteter med udbredt anvendelse af maskiner og teknologi", "specialiseringen i medicinen", "positivistiske forklaringer af sygdomsårsager med privilegeringen af specifikke og unikke etiologiske agentia" og "den bureaukratiske organisation af ydelsernes distribution" [1].

Etableringen af de institutioner og metoder, som ovennævnte kritik retter sig mod, kan ses i et langt forløb, hvor et mekanistisk natursyn overskygger og erstatter et organisk [2]. Centralt står dog hele tiden kroppen.

I den europæiske medicins historie har kroppen og kroppens organer været tillagt betydninger f.eks. skiftende fra den galeniske humoralpatologis begreber om balancerne mellem kropsvæskerne (blod, slim, sort og gul galde), hvilke organer der var centrale (f.eks. lever eller hjerte) til Willis' neurocentriske billede af kroppens organisation [1]; senere blev det enkelt-organforandringer, vævsforandringer, så celleforandringer og nu forhold på molekylært plan, der blev betydende.

Kroppen, eller dele deraf, har også været brugt i f.eks. konstruktionen af race og køn [3]. Mere specielt har forestillinger om, at kropskendetegn kunne adskille "den afvigende krop" fra den normale, en lang og ved-

holdende historie særligt i det 19. og langt ind i det 20. århundrede. Bestræbelserne har været gennem klassifikationens logik at anvende synlige forskelle til kategorisering af afvigelser, og denne kategorisering blev videre brugt i en til tider uklar overskridelse af naturvidenskabens grænser mod socialvidenskabelige områder til også at omfatte kategorisering af sociale afvigere, og videre til karakterisering af disses tvivlsomme moralske karakter [4]. Et af de mere kendte projekter i denne genre er italieneren Lombrosos antropometriske karakterisering af forbryderfysiognomier[3]; et andet, der stadig er i sproget som "Downs syndrom" (mongolisme), hidrører fra Downs etniske klassifikation af idioter[4].

For en nutidig betragtning kan sådanne projekter synes naive og tvivlsomt funderede. En undersøgelse af et dansk projekt i genren kunne måske bidrage til en indsigt i hvilke tankemønstre, der da muliggjorde – og måske stadig muliggør – sådanne konstruktioner. Basismaterialet for undersøgelsen vil være fem artikler af Rudolph Bergh omhandlende de ydre kvindelige kønsorganers topografiske og deskriptive anatomi [5-9].

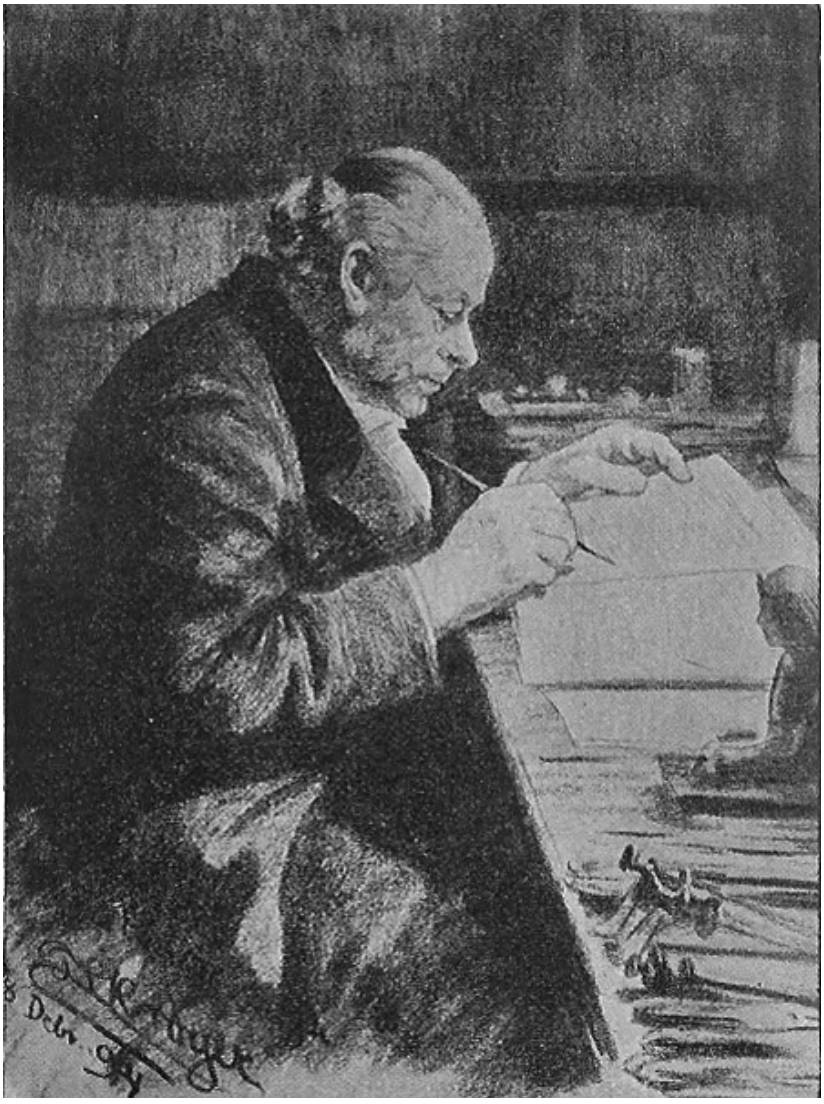
Efter en biografisk note om Rudolph Bergh vil de fem artikler blive præsenteret, og et tolkningsforslag givet. Den videre undersøgelse af konteksten for Berghs artikler er inspireret af en dialektisk model af Bang og Døør, der ser diskursen foregående i et rum defineret af bio-logikker, socio-logikker og ideo-logikker; logikker forstås her som tilbagevendende tankemønstre, der udover at dimensionere diskursrummet også udviser en indbyrdes afhængighed – interdependens[5].

Om Rudolph Bergh

Ludvig Sophus Rudolph Bergh (fig. 1) blev født i København 15. oktober 1824 som søn af en bataljonskirurg. Han tog lægeeksamen i 1849 og begyndte straks at praktisere. Videre uddannede han sig næsten udelukkende på Almindelig Hospital, hvor han var kandidat 1850-2 og reservekirurg 1853-5 [10].

I årene 1859-61 var han reservelæge på Almindelig Hospitals afdeling for syfilis og hudsygdomme; i denne periode disputerede han med afhandlingen "Bidrag til Kundskab om Gonorrhoe hos Mandfolk" (19 år før gonokokken blev påvist) [10,11].

I 1863 blev han overlæge ved Almindelig Hospital, der efter oprettelsen af Københavns Kommunehospital næsten udelukkende var belagt med prostituerede og fattiglemmer [10]. Samtidig var Bergh en søgt huslæge med gode indtægter, der tillod ham at foretage udlandsrejser, hvorunder han studerede prostitutionsspørgsmålet. I 1885 åbnedes Vestre Hospital, der bygget efter Berghs initiativ og planer blev regnet som et førende prostitutionshospital i Europa mht. såvel indretning som human sygebehandling [11]. Bergh var overlæge her frem til afskeden i 1903. Efter hans død 29. juli



Figur 1. Rudolph Bergh. Tegning af P.S. Krøyer fra 1894.

1909 blev hospitalets navn i 1910 ved beslutning i Borgerrepræsentationen ændret til Rudolph Berghs Hospital [10].

Bergh blev regnet som en af de lærdeste syfilidologer i Europa med omfattende kendskab til ældre litteratur såvel som skønlitteratur med seksuelle emner [11]. Han havde imidlertid også en anden faginteresse. Allerede som

studerende havde han som søn i en børnerig familie måttet ernære sig selv, og det gjorde han ved at undervise i zoologi. Den zoologiske interesse varede ved, og han blev kendt som malakolog særligt med uhyre nøjagtige studier af de nøgne, gællebærende snegles morfologi[6]. For den zoologiske forskning blev han i 1895 hædret med udnævnelse til *Membre de l'Institut de France (Academie des Sciences)* [12].

Fem artikler af Rudolph Bergh

Bergh skriver selv, at han gennem næsten 30 år havde

> "havt den rigeste Lejlighed, en langt fyldigere og paalideligere end den, som oftest kun på Lig, tilbydes Anatomerne, til Undersøgelse af de ydre Genitalier af hovedsageligt yngre Individer" [5 s. 826].

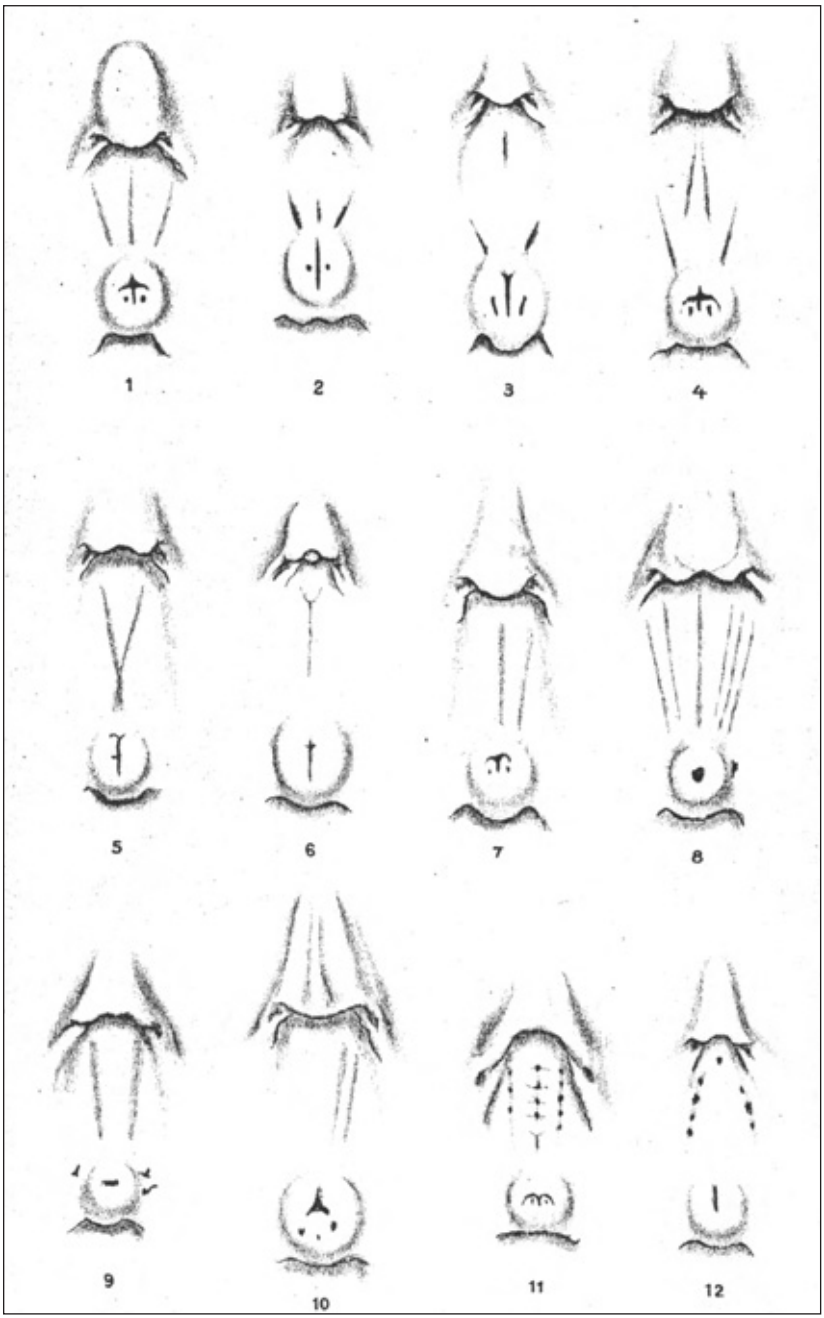
Den privilegerede position, han havde i at forestå undersøgelse og kur for veneriske sygdomme hos løsagtige kvinder, gav ham muligheden for at føre optegnelser om den genitale anatomi hos hen imod 3000 kvinder. De egentlige genitale undersøgelser blev publiceret i fire artikler fra hhv. 1894, 1896, 1897 og 1900 [5-8]; men først afrundet i 1908 med en femte artikel om en naboregion [9].

Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum I-IV.
Efter en undskyldning med reference til de Graaf og Linné samt kirkefaderen Clemens Alexandrinus for overhovedet at indlade sig på emnet, går han efter ovenstående citat direkte i gang med at meddele sit materiale.

I den første artikel redegøres for bl.a. størrelsesvariationer af de store skamlæber, for kønsbehåringens udbredelse, grovhed og krøllethed samt mellemkødets højde hos 2200 fruentimmere. Redegørelsen suppleres, som også de senere artikler; med referencer til klassiske anatomers beskrivelser og terminologi, til beskrivelser af eksotiske folkeslags udseende og til forholdene hos antropoide aber samt med enkelte anekdotiske beretninger, f.eks. om "Pubes-haar der nåede til Knæene, og solgtes til anvendelse til Paryk" eller om "en Dansk Soldaterkone, hvis kjønshaar vare saa lange, at de kunne sammenflettes bag paa Ryggen" [5 s. 832].

I den anden artikel har han så set på 2981 fruentimmere og kunne nu redegøre for urinrørsmundingens beliggenhed og størrelse, for vestibulums afgræsninger, de små skamlæbers variationer tilligemed variationerne i hymenalresternes udseende.

Til artiklerne fra 1897 og 1900 var antallet af besete fruentimmere næppe større, men detailrigdommen stiger, og der er ledsagende illustrationer. Gennem minutiøse tegninger redegøres her for klitorisforhudens forhold og klitoris' størrelse (dog kun opmålt hos 926 individer).



Figur 2. Berghs tegning visende furerne i området mellem klitoris og urinrøret [8].

Urinrørsmundingen var også en mere detailleret beskrivelse værd med de utallige variationer i udseende, i relationerne til klitoris og særligt om foldningerne i området derimellem (fig. 2). Udover at beskrive variationer i størrelser og udseender tæller Bergh; han opgør hos hvor mange kvinder han har fundet de forskellige varianter. Han går videre i sin opgørelse; han opgør forekomsten af de forskellige variationer hos hhv. "kvinder fra den offentlige prostitution" og hos "kvinder fra den hemmelige prostitution".

Kategorierne "offentlig prostitution" og "hemmelig prostitution" skal ses på baggrund af et straffelovstillæg fra 1874, der tillod/påbød politiet at lade mistænkt løsagtige kvinder undersøge og påbyde kur for kønssygdomme: Når kvinder gentagne gange var undersøgt med nævnte mistanke, kunne de registreres dvs. indskrives som "offentlige fruentimmere" og pålægges begrænsninger i deres opholdsteder – i realiteten henvises til bordeller. Ved de første mistanker blev de klassificeret som "hemmeligt prostituerede"[7].

Berghs artikler er som nævnt redegørelser for anatomiske detaljer, i nogen udstrækning med referencer til tidligere anatomers studier. Tillige så optælling og fordeling af disse detaljers forekomst hos de to lige nævnte kategorier af kvinder. Teksternes gennemgående "tørhed" kan eksemplificeres med følgende:

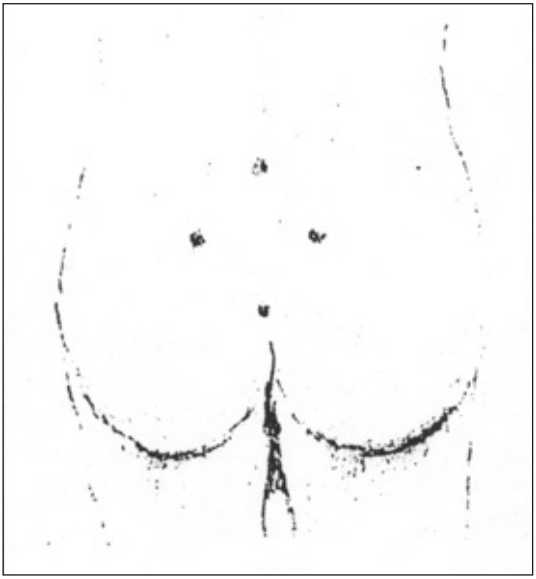
> "Hos 34 af de 672 offentlige Fruentimmere ligesom hos 136 af 2558 af den anden Kategori var Urinrørsaabningen stjernedannet; fordetmeste da temmelig lille, hos kun 3 af hine og hos 10 af disse meget vid. Hos de 29 Individer af disse 136 fandtes en spalteagtig Aabning paa hver side, hos 3 andre tillige en median nedentil, hos to kun tvende nedentil og eet kun een saadan, hos eet saas 6 spredte rundtom på Uretralpapillen. Hos 2 individer kom et par smaa Snipper til syne indenfor Mundingen" [7 s. 902].

Hovedparten af teksterne er helt på niveau med eksemplet ovenfor; der er dog indskud eller kommenterende oplysninger, der bryder "tørheden":

Det hedder bl.a.:

> Om "to ganske unge og ganske tidligt depraverede Individer, et par Scortilla med lavtsiddende Vulva, hos hvilke de mislykkede Defloration-Forsøg havde frembragt Vulvit …" at de "af Frygt for Smerterne ved Cohabitationsforsøgene" … "dreve andre Uterligheder, fungerede som Fellatricer" [6 s. 1066].

> At der "hos adskillige Individer, særligt hos ganske tidligt og allerede med Drenge debaucherede, saas Rest af den annulære Hymen, ikke Caruncler" [6 s. 1066].



Figur 3. Sacralregionen i Berghs streg; det er de to punkter til siderne, der er smilehullerne [9].

> At "imellem de flere tusinde Skjøger", som han har undersøgt, "er der ikke forekommet noget eneste Tilfælde af Enormitet af Clitoris", hvilket forbavser overfor "den endnu ret almindelige Antagelse, at Clitoris-Partiet spiller en stor Rolle ved Vækkelse af Sensualiteten og under Cohabitationen" og trods det, "at der imellem dem var adskillige Individer med umættelig Kjønsdrift, Monstra af Liderlighed, legemliggjorte Kjødets Evangelier".
>
> "Heller ikke den så udbredte personlige Manustupration eller den neppe mindre almindelige Tribadisme har en sådan Art af Indflydelse, selvom disse Pervasiteter ere øvede endog fra en tidlig Alder af" [8 s. 1348-50].

Kraftfulde ord, men intetsteds i disse fire artikler har jeg kunnet finde en præcisering af formålet med studierne udover at bidrage til den anatomiske viden; en sammenfatning af resultaterne er også forgæves eftersøgt.

Symbolae ad cognitionem gelasinorum sacralium foeminoerum.
Den femte artikel fra 1908 er ganske kort. Der henvises til de fire ovenfor behandlede, hvorefter der refereres til oldgræske venusstatuer, renæssancekunstneres venusstatuer og malerier samt til "Alciphron's (2. årh.) berygtede Hetærebreve". Hos alle disse var hyppigt afbilledet og hos Alci-

phron beskrevet nogle gruber på kvinders sacralregion – af den klassiske brevskriver betegnet "gelasini" (smilehuller).

Datidens og nutidens fødelæger kender godt disse gruber: Det drejer sig om nogle fordybninger omkring korsbenet markerende en rhomboidal eller trapeziod figur, der af Michaëlis[8] var søgt korreleret til bækkenets rummelighed (af interesse før kejsersnittet blev næsten universalløsningen på obstetriske problemer). Figuren kaldes Michaëlis' rude eller rhombe – det er de to gruber til siderne, der er "smilehullerne" (fig. 3).

Bergh skriver:

> "Med Hensyn til disse Smilehuller har jeg ….undersøgt 759 mest yngre Individer, af hvilke 440 tilhørte den offentlige, 319 den saakaldt hemmelige Prostitution. Hos lidt over 22 pCt af hine, hos 19,12 pCt af disse vare Gruberne ikke tydeligt at see." Han fortsætter, at i modsætning hertil skulle de ifølge "Kollmanns plastische Anatomie für Künstler (2.Aufl, 1901) mangle hos 40 pCt af Kvinder" [9 s. 1268].

Forslag til en tolkning af Berghs fem artikler

Som nævnt angiver Bergh i de første fire artikler ikke anden begrundelse for studierne udover at bidrage til den anatomiske viden. Hans klassiske dannelse demonstreres gennem referencer til ældre tiders litteratur og kunst, hvilket så retter opmærksomheden mod seksualitet og seksuel praksis.

Denne retning for opmærksomheden findes jo også i det "patientmateriale", der udgør studiegrundlaget, nemlig de mere eller mindre prostituerede kvinder; helt markant bliver det med indskuddene omhandlende tidlig seksuel debut, masturbation, tribadisme og andre muligt set som værre perversiteter. Der forekommer imidlertid ikke en eksplicit konklusion. I den femte artikel om "smilehullerne" finder han imidlertid en forskel, der tillægges en betydning: Ganske vist ikke en forskel inden for studiematerialet, men med referencen til Kollmann's plastiske anatomi for kunstnere skulle smilehullerne være fraværende hos 40 % af kvinder (almindelige kvinder?), medens Bergh havde fundet dem fraværende hos ca. 20 %. Havde han påvist SMILEHULLER som fysiske kendetegn på LIDERLIGHED?

Om end de fem artikler ikke eksplicit kobler fysiske tegn og seksuel adfærd, så må det være Berghs projekt at påvise en sådan forbindelse. Projektopgaven er måske erklæret i en artikel fra 1891 (altså før de fem artikler) "Om Tatoveringer hos de offentlige Fruentimmer" [13]. I indledningen fremhæver han med henvisning til Lombroso, at der er visse "Overensstemmelser mellem Forbryder- og ProstitutionsNaturellet"; han imødegår den opfattelse, at det er forkerte samfundsforhold, der avler prostitutionen,

og mener, at de prostituerede rekrutteres fra tidligt lastefulde individer, der "som saa at sige vare selvskrevne til Prostitution" [13 s. 169].

Sammenhængen mellem forbrydere og prostituerede fører videre til, at som Lombroso har påvist fysiske (og psykiske) degenerationstegn hos forbrydere, må der også kunne påvises sådanne hos prostituerede. Bergh kobler forbryderens og den prostitueredes karakteregenskaber sammen som ønske "om Frihed for Arbejde, om et utvungent og hasarderet Liv, om Tilfredsstillelse af visse Arter af lav Forfængelighed, om en stadig Leven i en Sind og Tanke døvende Tummel, og for mange dertil ofte om en ubunden kjønslig Tilfredsstillelse" [13 s. 169].

Berghs artikler i kontekst

Berghs fem artikler kan utvungent indskrives som elementer i diskussionen om forholdet mellem at finde og at producere forskelle eller grænser: Hvad der præsenteres som naturfundet eller –givet, kan demaskeres som noget, der er lavet eller tolket; enhver skelnen falder tilbage på den, der skelner [14 s. 72-3]. Fortsættes denne tanke om at finde forskelle til at udgrænse noget, der betegnes som afvigende, så kompliceres analysen til også at skulle medinddrage f.eks. værdier eller moralske forestillinger. Og yderligere komplekst bliver det, hvis de samfundsmønstre, ideerne opretholdes i, medtænkes.

I indledningen antydes Berghs og andres undersøgelser af kropsmorfologi som resulterende i tolkninger, der i dag kan synes naive. Nu er der imidlertid ikke grund til at tro, at Bergh og andre ikke var seriøse i deres undersøgelser eller handlede mod bedre vidende. De kan måske endda siges at have været bidragydere til en forandringsproces, såvel hvad angår den biologiske viden, som hvad angår samfundsforhold og ideer/forestillinger. Udlægningen af resultater som naive eller tvivlsomme bliver synlig i en eftertids ændrede samfundsforhold og forestillinger.

En undersøgelse af, hvad der bragte Bergh til minutiøst at redegøre for letlevende damers genitalmorfologi, må omfatte ikke kun hans eksplicitte motivering eller ytringer men også den situation socialt og ideologisk, som undersøgelserne foregik i. Nu vil en totalbelysning være en umulig opgave, men der kan gøres en række nedslag, først til belysning af den lægefaglige situation omkring Berghs arbejde, dernæst til indlejring af denne i periodens samfund og debat.

Siden begyndelsen af 1500-tallet blev "pokkeren", "franzosen", "lues venerea" eller syfilis udbredt i Danmark som i det øvrige Europa. Hurtigt vakte sygdommen interesse hos såvel verdslige som gejstlige myndigheder, der fokuserede på kvinder "der havde levet i åbenbart skørlevned og var blevet fordærvede " [15 s. 12]. Med etableringen af et offentligst lægevæsen i slutningen af 1700-tallet blev det distriktskirurger og .physicis' pligt

at visitere og behandle disse sygdomme; fri hjælp blev i vid udtrækning mulig, men også en pligt at modtage – om end opsporing og behandling næppe var særlig effektiv.

Engelsted [16] foreslog i 1862, at der måtte satses på at holde kontrol med de personer, der kunne antages at udbrede smitten, og at isolere de angrebne individer fra at leve sammen med andre. Engelsted fremlagde statistikker for veneriske tilfælde over en længere årrække og påviste, at offentlige kontrollerede fruentimmere frembød et mindre antal tilfælde end de hemmelige ikke kontrollerede. Dette førte til forslag om en ændring af prostitutionsvæsenet, som skulle bringe flest muligt, der bedrev denne næring, under offentlig kontrol. Den lægelige opmærksomhed i de sidste årtier af det 19. århundrede samlede sig om effektiviseringen af kontrollen, med et ønske om at problemet blev et rent lægeligt anliggende [17]. Pontoppidan fandt, at der i København ville være behov for 500 undersøgelser om ugen à 10 minutter (3 minutter til den kliniske undersøgelse og 6-7 minutter til farvning og mikroskopi) [17 s. 660-1]. Man kan spørge, hvilken tid Bergh havde til at tegne og tælle.

I den lægelige diskussion var der kun få indvendinger mod denne fastholden af prostitutionen som en sanitær foranstaltning – en kontrol med kvinder. En enkelt protesterende havde kun det alternativ "at straffe alt utugtserhverv" [18].

Med den moderne kliniske medicin (som modsætning til den middelalderlige galeniske tradition) blev tegn i og på kroppen af tiltagende betydning, men tegnene skulle aflæses af lægen, den skolede, distancerede iagttager [19,20]. Det sete bliver så i 1800-tallet matematiseret; statistikken eller som den her i landet blev kaldt "den numeriske metode" vinder indpas som afgørende for vurderingen af de sete tegns betydning. Og Bergh uddannes netop i den periode, hvor "den realistiske Naturvidenskabs principper" trænger igennem efter Fengers redegørelse for disse i Ugeskrift for Læger i 1839 [21 s. 41].

I prostitutionens lange historie har den været kritiseret og håndteret på mange måder. Siden renæssancen var kritikken tiltagende ud fra en økonomisk synsvinkel, der særligt med den mere udbredte kapitalistiske tankegang i det 19. århundrede gør seksualitet og begær til to sider af samme sag. Prostitution var imidlertid at se som uproduktiv og derfor forargelig ud fra et kapitalistisk synspunkt. Dertil trak den penge ud af familierne og var associeret til drukkenskab og andre laster [22 s. 104]. Disciplinerende tiltag havde gennem tiderne været forsøgt; i den periode Bergh virkede i med inklusion i sundhedssystemet – en tendens i moderniseringen, der også omfattede andre problemer (åndsvaghed, psykiske lidelser, seksuelle afvigelser), der tidligere havde været håndteret i andre kulturelle sfærer [23].

Vammen [24] har anlagt et kvindeperspektiv på det sene 1800-tals samfundshistorie og undersøger bl.a. prostitutionens sociale konturer; det fremgår at tyendeerhvervet var en central leverandør af prostituerede.

Mere detaljeret har Pedersen [25] analyseret de politiprotokoller, der foreligger fra reglementeringsperioden, hvilket giver et mere varieret billede af også mulighederne for kvinder i prostitution. Pedersen refererer også til modstanden mod den reglementerede prostitution fra religiøse kredse og kvindesagsbevægelsen.

I perioden udspandt sig også en større offentlig og især litterært baseret debat om seksualmoral. Bjørnstjerne Bjørnson, August Strindberg, brødrene Brandes, Victoria Benedictson m.fl. var figurer i debatten, der af Bredsdorff er kaldt "Den store Nordiske Krig om Seksualmoralen" [26] – også kaldet sædelighedsfejden. I Bredsdorffs udlægning var det primært en strid mellem Bjørnson og Georg Brandes med udgangspunkt i førstnævntes ide om, at også mænd skulle "gå rene i brudesengen". Sædelighedsfejdens essens var imidlertid mere end en litterær debat. Dahlerup [27] trækker debatten op og forbinder den stærkt til tidens sociale forhold. Hun finder ganske andre hovedpersoner end Bredsdorff, nemlig

1) de tusinder af proletarpiger, der ikke kunne leve af deres løn og solgte sig som seksualpartnere til borgerskabets mænd;
2) de tusindvis af borgerdøtre og –hustruer, der var opdraget til, at de i modsætning til proletariatets kvinder var blottet for seksuelle drifter, og at dette var deres højeste kvalifikationer;
3) de tusindvis af borgersønner og ægtemænd, som var opdraget til at tro, at de var udstyret med to slags erotiske drifter: én seksualdrift, som krævede øjeblikkelig tilfredsstillelse, men som i øvrigt ikke stillede krav eller berørte de implicerede parters personlighed – og en kærligheds- og ømhedsdrift, som stillede de allerhøjeste krav til parternes økonomiske og personlige kvalifikationer; og
4) de tusindvis af proletarsønner og –fædre, som måtte se deres piger udnyttet af borgerskabets mænd uden at kunne gribe ind.

Og alle havde troen på det umulige i at ændre på disse forhold.

Om tolkningen af Berghs fem artikler – fortsat

Bergh må have været en meget flittig og produktiv mand. Han havde sans for detaljen i ord og streg, som det dels fremgår af de aktuelle artikler – og som han også stadig fremhæves for i snegleforskningen[6].

Han så sig næsten som forpligtet til at supplere anatomisk viden om de ydre kvindelige genitaliers morfologi ved den enestående mulighed, hans embede gav ham. Han kendte den ny statistiske metodes muligheder til at redegøre for fund. Han arbejdede i en ny hygiejnes tjeneste. Tillige var han klassisk dannet og kendte også tidens faglige litteratur bl.a. om ydre træks relatering til (moralske) egenskaber.

Tolkning af sine fund giver han sig imidlertid ikke direkte af med – om end den fremførte synes nærliggende. Metodisk var han således moderne, men for en fortolkningskritik må der inddrages sociale mønstre såvel som forestillinger: Kategoriseringen af Berghs studiepopulation var givet gennem lov og bekendtgørelsers relatering til social praksis. Der var ikke grund til at udvide studiepopulationen til andre kvinder (borgerskabets), vel ud fra forestillinger som Dahlerup så skarpt har trukket det op: Der var sider af seksualiteten, som ikke angik borgerskabets kvinder. Berghs studiepopulation var de prostituerede; de der var bestemte til at kunne blive prostituerede – der var ikke grund til at studere andre kvinder. Bergh var låst i en deterministisk forestilling som også hans samtidige, Lombroso, var det for den kriminelle afvigers vedkommende.

Berghs projekt er en del af historien om at søge positiv viden som grundlag for behandling; mange nye elementer kan fremkomme, men gamle forestillinger kan ligge under eller videreføres. En undersøgelse af situationens logikker kan måske få sociale forhold og tankemønstre og disses bestemmende sammenhænge tydeligere frem.

P.S. Har mænd smilehuller?

Dette spørgsmål må være relevant i en kønsbevidst tid.

Bergh gjorde sig faktisk denne overvejelse: Han konstaterede at "Sacralregionen hos Mænd er smalere end hos Kvinder, og den hos disse forekommende Rhombe findes ikke" Han fortsætter med at konstatere, at der omtrent i højde med femte lændehvirvels tværfortsættelse ses en lille grube, der dannes af musculus sacrospinalis´ udspringspunkt – dette er de ileale gruber; "disse ere ikke ulig de længere nede og indad liggende Smilehuller, med hvilke de oftere synes forvekslede" [9 s. 1268].

Altså ingen smilehuller hos mænd.

Invaliderer det tolkningen ovenfor?

Litteratur

1. Martensen RL. Alienation and the Production of Strangers: Western medical Epistemiology and the Archetectonics of the Body. An historical Perspective. Culture, Medicine and Psychiatry 1995; 19: 141-82.
2. Merchant C. The Death of Nature. Women, Ecology and the Scientific Revolution. San Francisco: Harper, 1989.
3. Schiebinger L. Natures Body. Gender in the Making of Modern Science. Boston: Beacon Press, 1993.
4. Terry J., Urla J.eds. Deviant Bodies. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1995.
5. Bergh R. Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foeminoerum I. Hospitaltidende 1894; 34: 825-37.
6. Bergh R. Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foeminoerum II. Hospitalstidende 1896; 44: 1053-67.
7. Bergh R. Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foeminoerum III. Hospitalstidende 1897; 38: 893-909.
8. Bergh R. Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foeminoerum IV. Hospitalstidende 1900; 52: 1341-51.
9. Bergh R. Symbolae ad cognitionem gelasinorum sacralium foeminoerum. Hospitalstidende 1908; 45: 1265-9.
10. Hansen A,, Stamm RH. Berg, Ludvig Sophus Rudolph. I Dansk Biografisk Leksikon. København: Gyldendal, 1979.
11. Rasch C. Rudolph Bergh. Hospitalstidende 1909; 25: 806-8.
12. Meddelelser. Bibl Læger 1989; 6: 546.
13. Bergh R. Om Tatoveringer hos de offentlige Fruentimmer. Hospitalstidende 1891; 8: 169-83.
14. Sloterdijk P. Masse og foragt. Frederiksberg: Det lille Forlag, 2002.
15. Nielsen AV. De veneriske sygdommes bekæmpelse i Danmark gennem tiderne. Bibl Læger 1959; 164: 39-53.
16. Engelsted S. Referat af: Om Foranstaltninger mod Udbredelse af Veneriske Sygdomme i Kjøbenhavn. Bibl Læger 1862; 4: 157-9.
17. Pontoppidan E. Den Sanitære Kontrol med Prostitutionen. Bibl Læger 1899; 44: 648-62.
18. Koch PD. Hvad skal der sættes i Stedet for den autoriserede Prostitution? Bibl Læger 1889; 19: 111.
19. Foucault M. The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception. London: Routledge, 1993.
20. Howes D. The Senses in Medicine. Culture, Medicine and Psychiatry 1995; 19: 125-33.
21. Brade E. Carl Emil Fenger og den numeriske metodes indførelse i Danmark. Bibl Læger 1972; 164: 39-53.
22. Nielsen KA. Kærlighed i det 19.-20. århundrede. I tidens ånd 4. København: Gyldendal, 2003.
23. Zola IK. Medicine as an institution of social control. I: Conrad P., Kern

R. eds. The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives. New York. St. Martins Press, 1981.
24. Vammen T. Rent og urent. Hovedstadens Piger og Fruer 1880-1920. København: Gyldendal, 1986.
25. Pedersen MB. Den reglementerede prostitution i København 1874-1906. København: Museum Tusculanums Forlag 2000.
26. Bredsdorff E. Den store nordiske krig om seksualmoralen. København: Gyldendal, 1973.
27. Dahlerup P. Sædelighed og offentlighed. HUG 1974; 2: 37-40.

traditionelle udlægning heraf. Han betragtede sig selv som teolog med speciale i anatomi, og dermed var det for ham og hans samtidige klart, at anatomien havde til formål at belyse og hylde Guds skaberværk (fig. 3).

Fundet af lymfekarrene symboliserer det metodiske nybrud, som anatomien og de akademiske discipliner i det hele taget gennemgik. Bartholin turde stole på sit selvsyn, på at dogmerne måtte revideres, når de ikke holdt stik i praksis. Men det var en meget bogstavelig opfattelse af, hvad observationsbaserede undersøgelser indebærer. En generel kritisk tilgang til tekster og viden ser man kun antydet i Bartholins virke. Medicinhistorien byder allerede på fortællinger om Bartholin som helten, der sejrer over svensken i kapløbet om at blive først med opdagelsen af lymfekarrene. Der er også den Bartholin, der er overvurderet og uretmæssigt æret. Nu findes altså også fortællingen om Bartholin imellem nyt og gammelt, som teolog og naturfilosof med særlig interesse for anatomien.

Videnskabshistoriens anakronistiske forventning om at sekulariseringen, som vi senere kender den, var trådt ind og gjaldt for 1600-tallets naturfilosoffer, skyldes blandt andet en manglende distinktion mellem naturvidenskaben og naturfilosofien [5]. Ved ikke at skelne mellem egne begreber og de, der har givet mening for Bartholin, bliver dennes opfattelse og fortolkning af sin egen og anatomiens rolle overset. Det giver altså god mening at studere anatomien som en del af et samlet billede af de akademiske discipliner og ikke som et afgrænset fag.

Litteratur

1. Bremer, F. Haandbog i Lægevidenskabens Historie, Universitetbog-handler Reibel. 1844.
2. Medicinhistorie, Den Jyske Historiker, 112 (2006).
3. Porter, R. og Porter, D. Patient's Progress: Doctors and Doctoring in Eighteenth-Century England, Stanford University Press, 1989.
4. Brade, A. Kloge folk, lærde folk og familierne, København 1996.
5. Fink-Jensen, M Fornuften under religionens lydighed – Naturfilosofi, medicin og teologi i Danmark 1536-1636, København 2004.
6. Riolan, J. Opuscula Nova Anatomica, Indicium nouum de Venis Lacteis tám Mesentericis quam Thoracicis aduersus Th. Bartholinum. Lymphatica Vasa Bartholini refutata. Paris. 1653.
7. Bering, V. Hyldestdigt til Thomas Bartholin i Thomas Bartholin – 1616, 20. Oktober, 1916 –Mindeskrift paa 300 aarsdagen for hans fødsel. 1916.
8. Worm, O. Breve til og fra Ole Worm, vol. II 1637-1643. København, Munksgaard. (1967).
9. Bartholin, T. og Walæus, J. Caspar Bartholin: Institutiones anatomicæ…: Novis recentorium opinionibus et observationibus auctæ ab auctoris filio Thoma Bartholino, 1641.
10. Meisen, V. William Harvey's Bog om Opdagelsen af Blodets Kredsløb, oversat og udgivet af V. Meisen. København 1929.
11. Bartholin, T. De unicornu observationes nouce, 1645.
12. Bartholin, T. De Latere Christo aperto, 1646.
13. Tryde, G. Ed. Thomas Bartholin, Skrifter om opdagelsen af lymfekarsysystemet i udvalg. Klassisk dansk medicin. Vol. III. København, Løvens kemiske fabrik. 1940.
14. Garbo, A. Thomas Bartholin I. København, Ejnar Munksgaard, 1949.
15. Moe, H. Den Anatomiske Billedkunst i Renæssancen og Barokken, Forlaget Rhodos, 1993
16. Bartholin, T. On Diseases in the Bible A Medical Miscellany – 1672. Copenhagen, The Danish Library of Science and Medicine. 1994.

Noter

1. Egen oversættelse fra Bartholin 1672/1994

Summary

Thomas Bartholin, theological anatomy in the 17th century – religion and science in Danish history of medicine.

By Inge Mønster-Kjær

It is commonly accepted, that the Reformation heavily influenced scientific thinking in Europe. But in many historical accounts, this effect is presented as a fundamental break at the beginning of the 16th century with previous ideas and methods. In this view, scientists turned their back on explanations based on religion and began deliberately and determinedly to pull society away from the church.

After studying Bartholin's writings, particularly some of the less well known texts such as his treatises on biblical medicine, I have come to the conclusion, that he in fact saw himself primarily as a theologian. For him anatomy was merely a tool, and so it had been for scientist all over Europe from its gradual evolvement as a field of study from Antiquity to the Renaissance. It had been a tool to illustrate the greatness and perfection of God's Creation in artistic ways, a tool to prove sanctity, a tool to establish causes of death in both judicial and medical contexts etc.

Baggrunden for opførelsen af Bispebjerg Hospital

– et hospital med lys, luft og grønne omgivelser

Af Henrik Permin og Peter Wagner

Flere patienter har fortalt og skrevet om den lindrende effekt af Bispebjerg Hospitals haveanlæg: "havde aldrig før været på hospitalet og havde det for skidt til at kunne læse. Men der var rart på Bispebjerg, og jeg var heldig at have seng ved vinduet med udsigt til den dejligste have; jordnære grønne græsplæner som krydsedes af bl.a. hospitalets personale i deres hvide dragter, smukke løvfældende og stedsegrønne træer og buskadser, et birketræs lysende stamme, en bænk, alt så velholdt og livgivende. Desuden, når vejret tillod det, kunne jeg følge morgenrødmen på østhimlen indtil solen pludselig dukkede op ganske lavt mellem havens planter. Når man er syg og ude i det fremmede, er det vigtigt for at komme sig ikke at kede sig og ikke at blive deprimeret. Haven distraherede mig fra egne tanker og beroligede mig. Sind og krop bliver plejet af haverne om Bispebjerg Hospital, og jeg er overbevist om, at de bidrager til, at patienterne hurtigere får det bedre".[1] Patienterne oplever udsigten fra sygestuerne ud mod de smukke haver og det at kunne gå i disse parklignende haver med smukke og træer som en vigtig del af deres behandling under indlæggelsen på Bispebjerg Hospital. En virkning man har kendt siden oldtiden, at lys, luft og natur har betydning for velvære og helbred, er igen blevet aktuel [1-4]. I sidste del af 1800-tallet og begyndelsen af 1900-tallet var den medicinske filosofi ved hospitalsbyggeri, at grønne områder som haver og parkanlæg med stier og siddepladser skulle være synlige og tilgængelige. Lys, ren luft og fravær af støj var højt prioriteret. Sygehuset skulle placeres hensigtsmæssigt i forhold til byen og brugerne, gerne i udkanten af byen, og bygningerne skulle være pavilloner med et indbydende udseende.

Datidens læger og politikere mente, at oplevelsen af omgivelser og rum, deres proportioner, farver, lyde og lugte var af grundlæggende betydning for livskvalitet og helse. Betydningen af patienters og personales oplevelse af deres omgivelser er i dag nedprioriteret i forhold til den biomedicinske tankemåde, som kendetegner moderne medicin, hvor effektiviteten måles i økonomi og antal operationer/patienter, der kan nås per tidsenhed. I dag fremtræder sygehusene indvendigt i glas og beton, så billigt, rationelt og

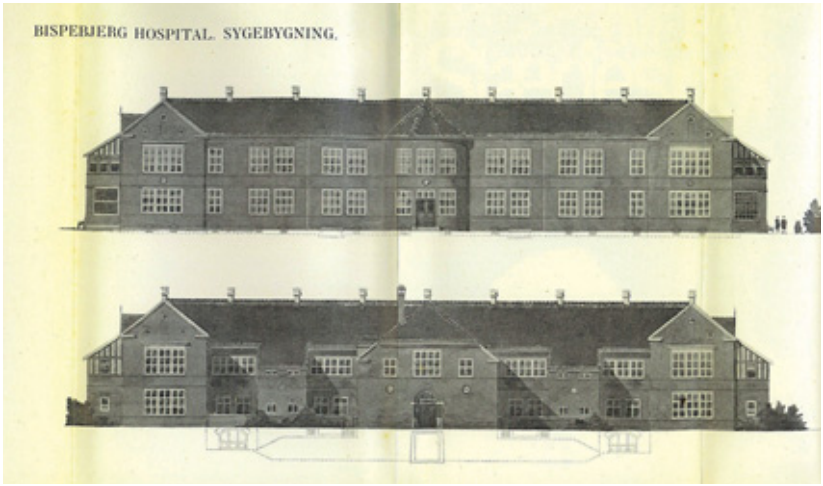
Figur 1. Professor Martin Nyrop (1849-1921) som husets arkitekt opstillet i Københavns Rådhus festsal. Marmorbuste fra 1922 af Aksel Einar Utzon-Frank (1888-1955). Foto: Henrik Permin 2008.

funktionelt som muligt (ud fra de synspunkter, der på bygningstidspunktet var herskende) og udvendigt så triste, at man helst vil undgå at gå ind, et valg patienten ofte ikke har.

Da Bispebjerg Hospital åbnede i 1913, var hensigten med hospitalets plan og opbygning netop, at lys, luft, stilhed og smukke omgivelser skulle danne patienternes (og personalets) indtryk af hospitalet som et hyggeligt og smukt sted. I det følgende vil vi beskrive de tanker, der lå bag planlægningen af dette hospital, som stadig fremstår smukt præget af disse tanker, selvom der senere er sket en fortætning på sygehusområdet.

Hospitalernes udbygning i København

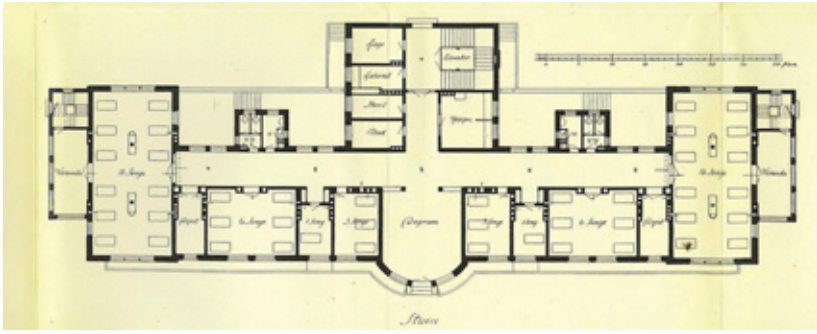
Det var kolera-epidemien i 1853, der førte til, at Københavns Kommune lod Kommunehospitalet opføre uden for voldene ved Sortedamssøen. Det havde ikke manglet på advarsler før epidemiens udbrud. Lægen Emil Hornemann (1810-90) havde i 1840erne i artikler skarpt kritiseret de uhygiejniske forhold i arbejderkvartererne inden for voldene og specielt nævnt faren for kolera.[2] Forsvarlig renovation, kloakering og lys og frisk



Figur 2. Martin Nyrops tegning af en af sygepavillonerne i to etager med store vinduer med brede hvide rammer (1907). De opførte bygninger afviger fra denne tegning. Danmarks Kunstbibliotek, Samling af Arkitekturtegninger.

luft i boligerne var de tiltag, Hornemann fandt nødvendige. Ingeniør F. G. Kabell havde i 1845 også foreslået kloakering og vandklosetter, og forskellige planer herfor udarbejdedes på borgerrepræsentationens foranledning, men den vedtagne plan blev standset af A. S. Ørsted (1778-1860), der som minister mente at måtte beskytte grundejere mod den krænkelse af ejendomsretten, som de nødvendige ekspropriationer ville medføre. Først i 1894 blev det første vandkloset en realitet i København. Forfatter og zoolog Vilhelm Bergsøe lod i sin rystende beskrivelse af koleraens hærgen i sin roman "Fra Piazza del Popolo" (1866) i Aabyes fortælling fattiglægen sige til fortælleren: "Du er så ung i verden, Poul, at du måske tror, at en fattigkommission tænker, jeg vil ikke sige på uldne tæpper og ordentlig føde, men blot på lys og luft...".

Den almindelige danske Lægeforening tog mange initiativer, der næsten alle var rettet mod at skaffe folk lys og frisk luft. Den varigste forholdsregel blev lægeforeningens boliger på Østerbro, tegnet af M. G. Bindesbøll (1800-1856) og Vilhelm Klein (1835-1913). Men Hornemann havde før koleraens udbrud været drivende kraft i opførelsen af arbejderboliger på Christianshavn ved et aktieselskab i 1851. I 1865 blev "Arbejdernes Byggeforening" stiftet af Burmeister & Wains arbejdere, der opførte boliger på Amager og Frederiksberg. "Kartoffelrækkerne" kom til i løbet af 1870erne. Det Classenske Fideicommis opførte 1866-1880 på Frederiksberg arbejderboliger i lange stokke med haver imellem ligesom i Lægeforeningens boliger. Fælles for disse bebyggelser var, hvad enten de var opført af filantropiske



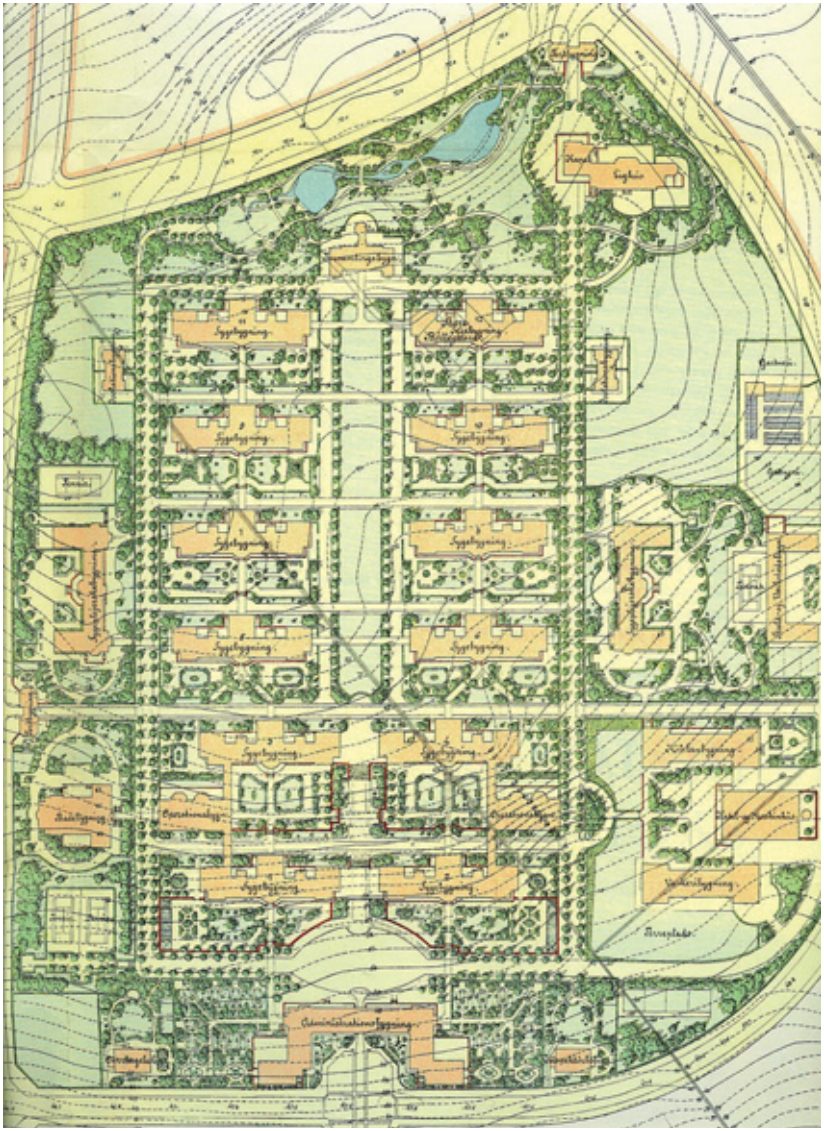
Figur 3. Martin Nyrops plan over en af sygepavillonerne (1907), hvor der ved indgangen er rum til bl.a. læge og laboratorium. Alle sygestuer har vindue mod sydøst. I hver ende af bygningen er en 12-sengs stuen med store vinduer til begge sider. De opførte bygninger afviger fra planen, f. eks. blev 12-sengsstuerne ændret til 16 senge. Danmarks Kunstbibliotek, Samling af Arkitekturtegninger.

institutioner eller af arbejdernes egne foreninger, at de var åbne, lave bebyggelser. De opførtes til dels samtidig med de høje overbebyggelser på Nørre- og Vesterbro. Kravene om lys og luft var altså accepterede af store kredse i Københavns befolkning omend ikke af grundspekulanterne.

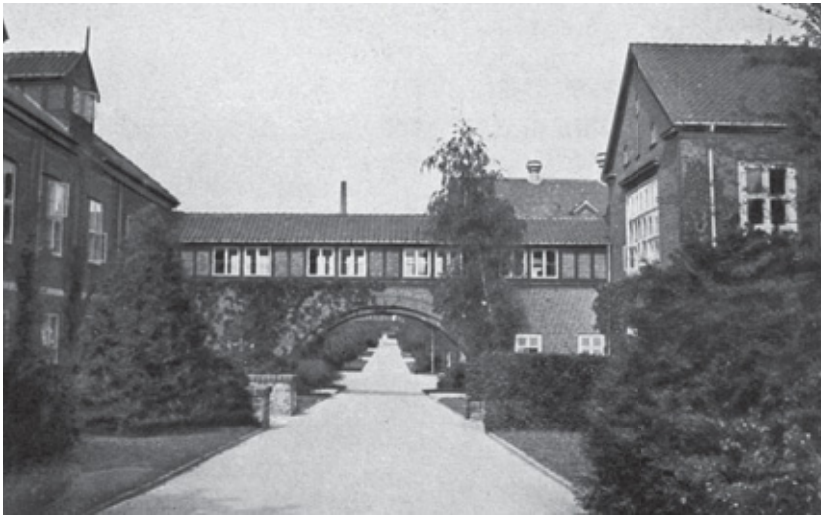
Kravet om lys og luft var sammen med kravet om en stor byggeplads også afgørende for valget af engene ved Sortedamssøen til placeringen af Kommunehospitalet, et valg der var muliggjort, da Københavns volde var blevet opgivet som fæstning i 1853 og portene åbnet. Hospitalet blev efter voldsomme uenigheder indenfor og mellem de nedsatte komitéer opført som korridorhospital med 844 sengepladser. Hovedbygningernes fløje var på tre etager, og omgivet af haveanlæg. Det indviedes 19. september 1863 [5, 6].

Kommunens hospitaler

Kommunehospitalet var næsten fra begyndelsen for lille. Befolkningstallet var i 1860 på 155.143 og i 1890 på 312.859 personer, altså fordobledes grundlaget for potentielle patienter i løbet af tredive år. Nu var det ikke alle syge, der kom på hospitalet. Men adgangen til at komme der var lettere for medlemmer af sygekasserne. Disses tal steg i København fra 6.000 i slutningen af 1860erne til 19.000 i 1880, 43.000 i 1890 og 45.000 i 1892. Loven om sygekasser blev ændret 12. april 1892 og dermed steg tallet yderligere. Da lovens hensigt var "at sikre, at den ubemidlede del af Befolkningen havde Raad til Lægehjælp og Hospitalsbehandling" [6], måtte den medføre et øget antal indlæggelser.[3]



Figur 4. Martin Nyrops plan over Bispebjerg Hospital 1907 med 12 pavilloner, hvoraf kun de seks, der ligger nærmest administrationsbygningen, blev opført (1907). Danmarks Kunstbibliotek, Samling af Arkitekturtegninger.



Figur 5. Forbindelsesgangen (sukkenes bro) mellem Pavillon 1 og operationsbygningen. I baggrunden en tilsvarende gang fra Pavillon 2 til den senere åbnede operationsbygning. Den smukt formede bue er en selvbærende konstruktion. Forbindelsesgangens vinduer er placerede i en bindingsværkskonstruktion afvekslende med mønstermurede tavl. I baggrunden anes maskinhusets skorsten, der senere måtte bygges højere efter klager fra naboerne. Foto: ca. 1920, Bispebjerg Hospitals Arkiv.

De forskellige bestemmelser, der kom efter 1850 om tvangsbehandling eller gratis behandling af smitsomme sygdomme, øgede også belastningen af hospitalsvæsenet. Ved opførelsen af Kommunehospitalet havde kommunen regnet med, at 52 senge til dette formål var tilstrækkeligt, men i 1890erne kunne Blegdamshospitalet med 300 senge ikke klare disse behandlinger. Dertil kom, at bl.a. indførelsen af narkose og aseptik gav lægerne mulighed for at behandle sygdomme, som ikke tidligere havde kunnet helbredes eller mildnes ved lægelig indgriben, men derved blev kravene til hospitalerne både med hensyn til indretning og antal indlæggelser også større.

Det stigende behov blev imødegået ved åbningen af Øresundshospitalet som karantænehospital med 32 senge i 1876 og Blegdamshospitalet som epidemisygehus med 116 senge i 1879; i 1890erne var tallet øget til henholdsvis 170 og 300.[4] I 1885 åbnedes St. Johannes Stiftelsen som en blanding af arbejdshus, opdragelsesanstalt og sygehus med 325 pladser.[5] Vestre Hospital (senere Rudolph Bergs Hospital) åbnedes med 212 pladser i 1886 og tog sig overvejende af veneriske sygdomme og prostituerede. Det standsede dog ikke den stigende hospitalisering af disse patienter [7].

Kommunehospitalet udvidedes med nogle til- og ombygninger i 1880erne, men disse ændringer førte ikke til en forøgelse af det behand-

Figur 6. Indgangen til Patologisk Institut med åbningen over døren, hvor sjælen kan komme ud fra legemet, på hver side et kranium og trappen med bislagssten med æskulapstaven som motiv. Foto: Henrik Permin 2008.

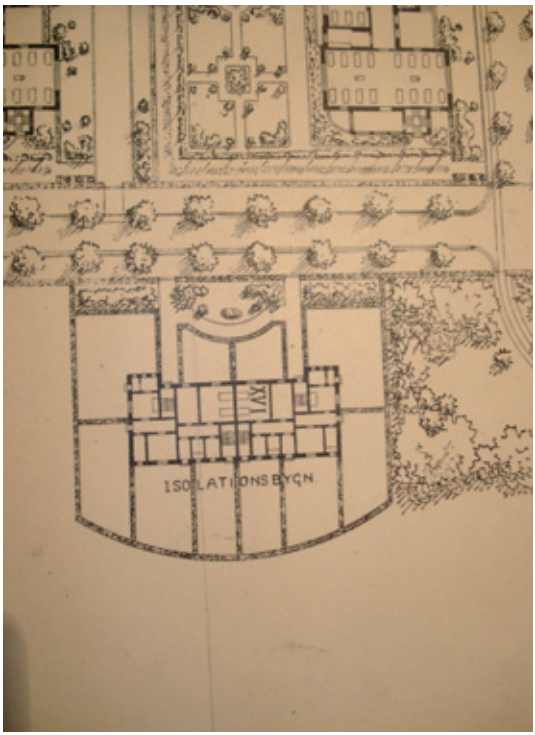
lede antal patienter. Det fortsat stigende befolkningstal i kommunen til ca. 358.000 i 1900 forøgedes yderligere ved indlemmelsen af Brønshøj, Valby, Vigerslev og Kongens Enghave i 1901 og Sundby i 1902, hvorved befolkningstallet steg til 411.000. Selvom Sundby Hospital med 71 senge fulgte med, et anneks til Kommunehospitalet blev erhvervet 1902 med 76 pladser, og kommunens tuberkulosesanatorium i Boserup Skov med 152 senge kom til i 1901, var et nyt stort hospital nødvendigt, så meget mere, som kommunen ikke i 1890erne havde opført nye hospitaler, men kun udvidet de eksisterende [5]. Der kan være flere grunde til denne tøven. Den vigtigste var nok kommunens økonomi. Den voksende befolkning var dyr. Flere mennesker krævede nybyggeri, så kommunen måtte levere vand og elektricitet til de nye huse, veje måtte anlægges, udvides og asfalteres, kloakker måtte lægges eller udbygges og skoler opføres, problemer der øgedes ved indlemmelsen af de nye områder på Amager, i Vanløse og Brønshøj.[6] Københavns kommune havde et stort nyt rådhus under opførelse (1892-1905) og de sociale udgifter steg. Da man ikke måtte hæve indkomstskatten, var eneste mulighed en forøgelse af ejendomsbeskatningen, men det var ikke tilstrækkeligt. Kommunen måtte derfor indtil 1910 finansiere årlige driftsunderskud ved lån. Finansborgmester L. C. Borup, der også

Figur 7. En af de store 16 sengsstuer med stort lysgivende vindue mod sydøst. Foto: 1913, Bispebjerg Hospitals Arkiv.

havde hospitalerne som sit ressortområde, var, ligesom sin efterfølger Jens Jensen, ikke fristet til store kommunale nybyggerier, der ikke var anset for strengt nødvendige. Statistikken viste, at Københavns befolkning i 1912 var steget til 469.000, og i forhold til 1863 var antallet af hospitalssygedage per individ øget fra 1,38 til 1,85 og antal sygedage per patient fra 27 til 35 [8].

Rigshospitalet

En anden grund foruden økonomien til Københavns kommunes tilbageholdenhed med at bygge et nyt hospital kan være diskussionen om flytningen af Det Kongelige Frederiks Hospital. Dette hospital var ikke finansieret af kommunen. Det var en selvejende institution, grundlagt 1751 af Frederik V, åbnet i 1757 og drevet for midler fra hospitalets formue, der stammede dels fra grundlæggeren, dels fra senere tilkomne fundatsformuer. Statstilskud havde dog permanent været nødvendige. Ifølge fundatsen skulle hospitalet yde gratis behandling og pleje til Københavns fattige, og kommunen havde derfor et hospital, den ikke selv drev, og som kunne optage ca. 390 patienter [9,10].[7] Ved siden af hospitalet lå Den Kongelige Fødselsstiftelse



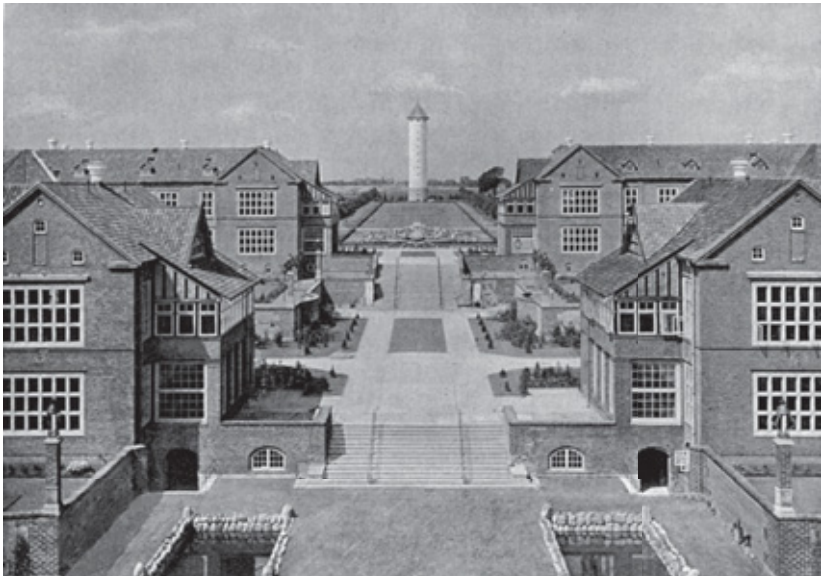
Figur 8. Nyrops reviderede plan fra 1909 hvor de aldrig opførte isolationsstuer er aftegnet, hvor hver enkelt sengestue havde egen have. Til højre kan ses de store sengestuer, nu med 16 senge. Det biovidenskabelige Fakultetsbibliotek, Københavns Universitet.

med egen ledelse. Ved Frederiks Hospital var der siden åbningen blevet givet klinisk undervisning, og en stor del af den kliniske undervisning af de studerende fandt stadig sted her. Efter Kommunehospitalets åbning var det klart, at Frederiks Hospital var blevet for lille og forældet, og fra 1872 ønskede såvel direktionen som kultusministeriet at ændre dette forhold. Den første kommission, der skulle overveje, om hospitalet og fødselsstiftelsen skulle flyttes, var blevet nedsat i 1880, og fra dette tidspunkt fandt langvarige forhandlinger mellem ministerium, diverse kommissioner, folketinget og – ikke mindst vigtigt – med Københavns kommune sted. Hospitalet måtte flyttes til fællederne, som kommunen ejede, men som militæret havde brugsret til. Folketinget, hvor de af kongen udnævnte regeringer havde flertallet imod sig, ville ikke bevilge penge til et hospital, som hovedsagelig københavnere ville få adgang til. Forskellige løsninger med mageskifter mellem kommune og stat strandede dels på Folketingets modstand, dels på kommunens, og universitetets medicinske fakultet, der naturligt ønskede nye undervisnings- og forskningsinstitutter knyttet til et nyt hospital, gjorde ikke forhandlingerne lettere. Borgmesteren for Københavns kommunes 2. afdeling, der havde hospitalerne under sig, havde

Figur 9. Søen og den store natursten, der senere blev mindesten for borgmester Jens Jensen (1859-1928) i midteralléen. I haveanlæggene ses flere bænke, placeret med forskellige eksponeringer. Bagved Pavillon 5 anes sygeplejerskernes bygning. Området bagved pavillonerne 5 og 6 lå hen med græs, hvor der oprindeligt var planlagt yderligere seks pavillonbygninger. Senere blev bygget den mindre smukke korridorbygning 7. Foto: 1913, Bispebjerg Hospitals Arkiv.

sæde i de forskellige kommissioner, først C. E. Fenger (1814-84), der selv var læge og medicinsk professor og havde gennemført bygningen af Blegdamshospitalet og Øresundshospitalet, og efter hans død juristen Ludvig C. Borup (1836-1903). Da Frederiks Hospital i realiteten var en del af byens sygehussystem, er det indlysende, at kommunen ikke på ansvarlig måde kunne udbygge samme system, så længe flytning og nybygning af dette hospital ikke var afklaret. Da det nye ministerium efter systemskiftet løste knuden ved at gøre det nye hospital til Rigshospital, hvortil alle landets indbyggere havde lige adgang, gik loven om bygning og flytning igennem 15. marts 1903 [10]. Den af Borgerrepræsentationen i 1899 nedsatte kommission og Borgerrepræsentationen vidste herefter, at københavnere ikke længere havde fortrinsret til sengene på dette sygehus.

Ved opførelsen af Kommunehospitalet havde man, som oven for nævnt, lagt vægt på, at dette lå lyst og luftigt, og at der var haver til patienternes brug. Traditionen var overtaget fra Frederiks Hospital. Ved projekteringen af dette havde arkitekten Nicolaj Eigtved (1701-1754), foreslået gården anlagt som urtehave til brug for køkkenet. Lægerne mente derimod, at gården skulle anvendes til rekreative formål. Derfor besluttedes det i 1760 at sætte



Figur 10. Foto taget fra administrationsbygningen visende opgangen til sygepavillonerne. Forrest de to branddamme og i baggrunden det runde vandtårn. Disse elementer er senere fjernede. Postkort 1913. Man kunne købe postkort på hospitalet og sende en besked til familie eller en ven. Dengang var der postomdeling flere gange daglig. Bispebjerg Hospitals Arkiv.

træer i gården "til Spatzer Gange", hvilket var sket i 1762 [11]. Øresundshospitalet var ved åbningen i 1876 anlagt med "et smukt Haveanlæg med mange sjældne Planter" [5,12]. Fra 1880erne overflyttedes en del patienter med kroniske lungesygdomme til dette hospital, for at de så kunne nyde godt af de friske omgivelser og strandluften. En yderligere grund til her at opretholde store udendørs områder var, at de var nødvendige til opstilling af telte under epidemier.[8] Blegdamshospitalet måtte som epidemihospital med pavilloner naturligt opføres med store udendørs anlæg, dels for at skabe afstand mellem pavillonerne, dels for at have plads til de telte, der i spidsbelastningssituationer måtte rejses på området.

Borgerrepræsentationen

Selvom kommunen ikke byggede nye hospitaler i 1890erne, men nøjedes med at udvide de bestående, vidste man, at behovet var der, ligesom der også var brug for arealer til begravelsespladser. "I flokkevis blev Patienterne afviste af Hospitalerne. Mennesker, der gennem Operation skulde have hævet en Invaliditet eller gennem medicinsk Behandling have helbredet

en Mavetarmlidelse, maatte vente i Uger" [8], et problem som stadig er aktuelt. Den konservative finansborgmester L. C. Borup havde i 1894 købt gårde i Bispebjerg. Navnet Bispebjerg kommer af bissebjærg, hvor køerne bissede, for forvildet rundt på det bakkede område. Da Borgerrepræsentationen indledte sagen ved nedsættelsen af en kommission i 1899, havde man derfor Borups køb af Bispebjerg i tankerne. Arbejdet i kommissionen trak ud, bl.a. på grund af Borups død i 1903, men da betænkningen var færdig, havde kommissionens medlemmer i enighed udpeget "Pladsen paa den sydøstlige Side af Bispebjerg Bakke ned mod Lersøen paa det Areal, der allerede i Halvfemserne erhvervedes af Kommunen med den Tanke en Gang i Tiden her at bygge et Hospital. Pladsen maa siges at være næsten ideel, idet den skraaner mod Sydøst, ligger vestlig for Byen og derfor ikke generes af Røg ved de hos os fremherskende vestlige Vinde, ligesom Arealet baade ved sin Størrelse og ved sin Bonitet egner sig godt til Hospitalsanlæg" [13 s. 1756].

Da hospitalet kom til forhandling i januar 1905 i Borgerrepræsentationen [13 s. 1751-6], fremgik det, at lys, luft og adgang til haver var væsentlige for repræsentanterne. Praktiserende læge John Vilhelm Duurloo (1859-1922), der sad i borgerrepræsentationen 1901-1909 for det i København indlemmede Valby distrikt og var dens formand 1907-1909, roste i sit indlæg Kommunehospitalet for dets beliggenhed mellem Søerne og Botanisk Have og håbede, at Borgerrepræsentationen nu ville vise en tilsvarende forudseenhed som deres forgængere, så fremtiden ville "berømme den Generation, der planlagde og byggede det nye Hospital" [13, s.1756].

Korpslæge P. Joachim Bondesen (1852-1908), der sad i Borgerrepræsentationen 1904-1908, henviste i sit indlæg også til Kommunehospitalet, hvor der var lys og luft, beliggenheden var glimrende, og den var heldigvis ikke ødelagt, men senere udvidelser havde ødelagt arkitekturen. Med tanke på de nye større bygninger, der var kommet til efter indvielsen, en funktionærbygning og en sygeplejerskebygning og navnlig den netop gennemførte udvidelse af pavillon 1 (6. afdeling/psykiatrisk afdeling), der alle var anlagte i haven ned mod Søerne, tilføjede han: "Den ene Pavillon er blevet en Kaserne, som skæmmer Hospitalet og tager Lys og Luft bort... Mandsstuernes Bagside laa tidligere ud mod en aaben Have, men denne er nu bleven til en firkantet Gaard, omgiven af en Funktionærbolig paa den ene Side, en ny Kaserne paa den anden og paa den tredie Side Badebygningen, som er gjort en Del højere end tidligere". Blandt andet af den grund fandt han, at Bispebjerg var en "heldig Beliggenhed og en heldig Plan". Han var særlig taknemmelig for den meget rigelige grund, den var 2½ gang så stor som Kommunehospitalets og på 21 ha (knap 38 tønder land), lidt større end Tivoli [13 s. 1751-3]. Rasmus Peter Daugstrup (1844-1915), skomager og forretningsfører, medlem af Borgerrepræsentationen 1899-1915 for Socialdemokratiet forklarede, at kommissionen ikke ønskede at lægge hospitalet ud til vejen (den senere Tagensvej), men sælge

Figur 11. Trapperne i midteralléen ved Pavillon 3 og 4 med granitskulpturen"Glæde ved genvundet helbred" fra perioden 1907-13 af Rasmus Harboe (1868-1952). Kortsiderne af pavillonernes øverste etage i bindingsværk leder tanken hen på traditionelt dansk bindingsværk. Foto: Henrik Permin 2008.

de grunde, der lå der. Årsagen hertil var, dels at de var dyre, dels at man "ansaa det for betænkeligt at lægge et Hospital lige op til en Færdselsvej, som muligvis bliver temmelig stærkt frequenteret, og derfor foretrak man ligesom med det nye Rigshospital, at trække det noget tilbage" [13 s. 1754]. Heste- og sporvogne støjede for meget.

Borgerrepræsentanternes interesse for og insisteren på lys og luft er nok blevet forstærket ved lægen Niels Rybjerg Finsens (1860-1904) indsats og berømmelse. Hans succesfulde lysbehandlinger og Nobelprisen i 1903 har gjort selv lægfolk opmærksomme på, hvor vigtigt lys var ikke kun som almindelig helbredsforanstaltning men som direkte behandling.

Jens Jensen (1859-1928)[9] anmodede repræsentationen om bemyndigelse til at lade hospitalet med 600 senge med mulighed for udvidelse til 1000 opføre: "Det var ønskeligt, hvis man vilde have et godt og rationelt Anlæg, navnlig hvis det skulde lykkes at komme paa Højde med det Fremsyn, som alle er enige om at prise de Mænd for, der har bygget Kommune-Hospitalet" [13 s.1759]. Derfor mente han, at hospitalet burde bygges, så det kunne udvides til 1000 senge.

Figur 12. Et af de smukke freskomalerier, der findes i alle de oprindelige patientstuer. Motiverne viser det sjællandske landskab med blomster, fugle og børn. Foto: Henrik Permin 2008.

Allerede i 1901 havde stadsarkitekt Ludvig Fenger (1849-1905), der havde tegnet Dronning Louises Børnehospital, Hovedbrandstationen og Vestre Fængsel, udarbejdet planer for et pavillonhospital på Bispebjerg. Han var blevet syg i 1904 og døde i marts 1905 [14]. Magistraten havde derfor fået tilladelse til at ansætte en arkitekt, der ikke var i kommunens tjeneste, til arbejdet. Den plan, arkitekten skulle udarbejde, ville borgerrepræsentationen få til behandling [15]. Borgmesteren fik fuldmagten 19. oktober 1905 [13 s. 1759], og magistraten overdrog Martin Nyrop (1849-1921) (Fig. 1), der netop havde færdiggjort det monumentale og smukke Københavns Rådhus, at udføre arkitektarbejdet, ingeniør A.C. Karsten (1857-1931) at stå for de tekniske anlæg, som han også havde gjort ved rådhusbyggeriet, og landskabsgartner Edvard Glæsel (1858-1915), der havde anlagt rådhushaven og Bispebjerg Kirkegård, for haveanlægget. Borgmester Jens Jensen må have følt sig tryg ved det tidligere samarbejde med disse tre, siden han ønskede et fortsat samarbejde. Det fremgår også af Jens Jensens reaktion ved anlæggelsen af Fælledparken. Planer for denne fremkom ved en konkurrence i 1905. Den endelige plan udarbejdedes på grundlag af vinderprojekterne af stadsingeniøren i samarbejde med Glæsel efter Jens Jensens forlangende [16]. Et udvalg med borgmester Jensen som formand og repræsentanter for læger og administration blev nedsat til at bistå med sagkyndig rådgivning ved udformningen af hospitalets bygninger og deres indretning. Denne kommissions indstilling forelå 6. juni 1907 sammen med

planerne udarbejdet af Martin Nyrop for bygningernes og af Edvard Glæsel for havernes vedkommende (Fig. 2-4) [17 s. 680-1].

Nyrop havde rejst en del og var inspireret af og fortrolig med historicismen, den stilretning han var blevet undervist i på akademiet. Han var stærkt national i sin behandling af de stilretninger han frit benyttede. I modsætning til den strenge historicisme, hvor en bygning opføres i en bestemt stil, benyttede Nyrop flere stilarter i samme bygning. Selv hvor han er påvirket af jugendstilen (skønvirke), får den hos ham et personligt, nationalt præg. Bispebjerg Hospital er et nationalromantisk bygningskompleks påvirket af forskellige traditioner, badebygningen f. eks. af romersk arkitektur [16 s. 683] og kapellet af den italienske middelalderlige bygningskultur, men alle tegnet med Nyrops egen iderigdom. Intet fremtræder som stilkopiering. Nyrop henviser hyppigt til dansk byggetradition, f.eks. ved brug af bindingsværk i højtliggende dele af bygningerne, hvorved konstruktionen også virker lettere. Eksempler kan være maskinhusets øvre etager, og forbindelsesgangen fra sygestuerne til operationsbygningen (Fig. 5). Nyrop anvender i sin meget restriktive brug af dekoration også henvisninger til traditionen f.eks. ved brug af bislagssten i hovedporten og ved indgangene til pavillonerne (hvor disse dog er anbragt i selve muren) og patologisk institut (Fig. 6). Københavns byvåben er diskret antydet på mange bygninger ved tre lodretstående mursten, repræsenterende de tre tårne. Byens våben gengives i stort format ved det høje, nu nedrevne vandtårn og administrationsbygningens to tårne. Set fra byen var dette symbol tydeligt.

Forslaget omfattende seks sygepavilloner med i alt 528 senge. Hver sygepavillon skulle have to etager med hver 44 sengepladser, der fordeltes på to stuer af 12 senge, to stuer af seks senge, to stuer af tre senge og to stuer af en seng. Under den videre behandling af forslaget viste det sig, at de projekterede 12 sengestuer var tilstrækkelig store til at rumme 16 senge (Fig. 7), og man forøgede herefter sengeantallet til 52, således at hospitalet kunne rumme 624 sengepladser. Ved åbningen havde man i sygepavillon nummer seks indrettet et afsnit for børn, således at sygehuset havde 700 sengepladser [8]. Kommissionens forslag omfattede foruden sygepavillonerne en række bygninger, blandt andet administrationsbygning, køkkenbygning, vaskeribygning, badebygning, kedel- og maskinhus samt sygeplejerskebygning, som alle var tænkt placeret uden om sygepavillonerne (Fig. 4) [8, 13]. Det var kommissionens tanke, at hospitalet senere skulle kunne udvides ved tilføjelse af yderligere seks sygepavilloner (Fig. 4).

I indstillingen fastholdt kommissionen pavillonhospitalet som det mest formålstjenlige, "ikke mindst i vort forholdsvis solfattige Klima er det af Betydning at kunne placere Hospitalsbygninger paa en saadan Maade, at der til Sygestuerne skaffes den bedst mulige Adgang for Luft og Lys" (Fig. 7, 8). Borgmester Jensen understregede ved behandlingen af forslaget, at bygningerne var uden pynt, men dog opført med håndstrøgne sten på

Figur 13. Patientdagligstue med en bueformet karnap mod sydøst. Det ses, hvorledes de store vinduer i karnappen, over og i døren giver et fint lysindfald. De svungne sprosser i vinduet over døren og den svungne karm viser indflydelse fra rokokoarkitektur. Postkort 1913, Bispebjerg Hospitals Arkiv.

facaderne. "Arkitekten har lagt megen Vægt paa, at Pynten og Hyggen tilvejebringes ved et pænt Haveanlæg, hvortil Terrainet egner sig fortrineligt, og ved hvidmalede Vinduesrammer, som jo altid gør et pænt og renligt Indtryk, saa at de kostbare materialer vel erstattes af den Hygge over det hele, som formentlig netop tilstræbes ved et Hospitalsanlæg" [16 s. 692-3]. Det var, af hensyn til kommunens økonomiske problemer, ønskeligt, at der ikke blev fråset med overflødig pynt. Korpslæge Bondesen var, som repræsentanterne i almindelighed, glad for planen: "Saaledes er, saa vidt det kunde ses af Tegningen, Terrainets Skraaning benyttet paa overordentlig heldig Maade, saaledes at Adgangen for Lys og Luft bliver næsten ideal" [16 s. 692-3]. Årsagen til, at Bispebjerg Hospital blev et pavillon-hospital var altså ønsket om lys og luft og hygge, ikke isolation af de syge.

Havearkitekt I. P. Andersen, der var underleverandør til haveanlægget på Bispebjerg, skrev senere om samarbejdet mellem Nyrop og Glæsel "..., med ingen var Glæsel saa aandsbeslægtet som med Nyrop. Deres Tanker og Livsopfattelse, deres Tidspræg og Syn paa Mennesker, deres Kærlighed til dansk Aand, og fremfor alt deres ægte Kærlighed til Kunsten i Haandværket, staar til hinanden i fuldtonende Harmoni, som to velstemte Strenge paa en Violin" [19]. Disse to skulle skabe det lys og den hygge, samtiden,

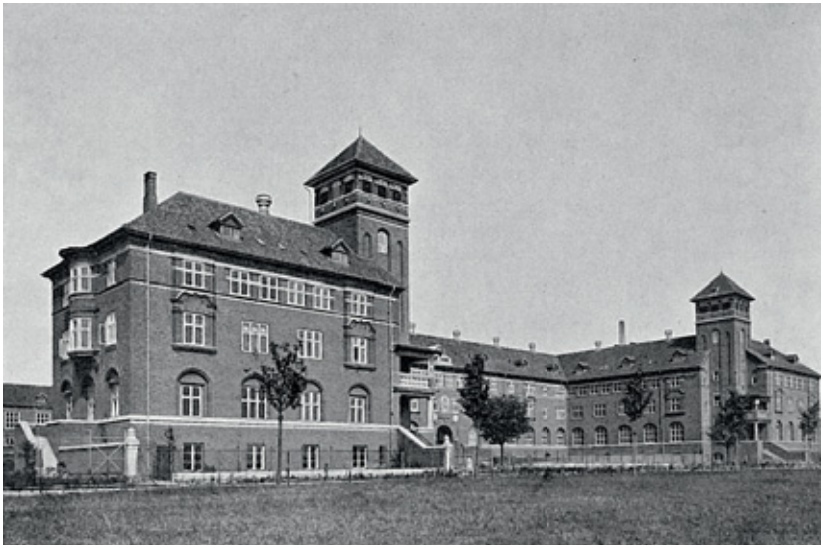
Figur 14. Tværvej 2 med Pavillon 4 til venstre. Lindetræerne i baggrunden står frit og kronerne har form som omvendte hjerter. Foran til venstre i patienthaven lindetræer klippede som stammehæk. Også om vinteren er området seværdigt. Foto: Henrik Permin 2008.

dens politikere, læger og vel også borgere mente, var nødvendige for et godt hospital.

Den endelige beslutning om hospitalets opførelse blev truffet i Borgerrepræsentationen, som vedtog Magistratens indstilling den 2. marts 1908. Opførelsen blev påbegyndt snart efter. Borgmester Jens Jensen ønskede, at hans vælgere skulle have den samme omsorg og behandling som andre og opnåede, at hospitalet blev bygget i et på daværende tidspunkt moderne, smukt og funktionelt pavillonsystem omgivet med grønne områder.

Lys, luft og grønne omgivelser

Det blev dengang anset for væsentligt, at besøgende på en stor institution som Bispebjerg Hospital let kunne finde rundt. Et krav til anlægget var altså, at det skulle være overskueligt. På den anden side var det et ønske, at patienterne skulle finde hospitalet hyggeligt og have ro til at hvile og rekreere sig. De medicinske behandlinger var stadig begrænsede. Indførelsen af den aseptiske operationsteknik medførte, at man kunne operere "selv saa ædle Organer som Hjernen, Hjertet og Lungerne" [8]. Men endnu var den



Figur 15. Administrationsbygningen set udefra med de to middelalderlignende tårne. Tårnene er forsynede med dueslag, et træk Nyrop også have brugt ved Københavns Rådhus. Postkort 1913, Bispebjerg Hospitals Arkiv.

antibiotiske behandling ikke udviklet, så der var en betydelig øget risiko for efterfølgende infektioner. En styrkelse af immunforsvaret kunne opnås med nærende kost, lys og luft, hvorfor man lagde stor vægt på dette, som igen i dag spiller en stor rolle [1, 2]. Overskueligheden for besøgende og patienter var opnået ved at placere bygningerne symmetrisk omkring en midterakse med længdeveje på den sydvestre og nordøstre side af pavillonerne. forbundne ved tværveje (Fig. 4). Den optiske føring af besøgende bestod i at placere indgange til sygepavilloner således, at de let kunne ses. Samtidig skulle helheden fremtræde indbydende og hyggelig. Desuden skulle haverne, knyttet til de enkelte pavilloner eller afdelinger være beskyttede, så rekonvalescenterne kunne nyde dem i ro (Fig. 9). Skulle dette opnås, var et godt samarbejde mellem arkitekt og havearkitekt nødvendigt. Det fremgår af nogle få bevarede breve mellem Glæsel og Nyrop, at dette var tilfældet. Et brev fra Nyrop til Glæsel fra 29. juni 1912 viser, hvorledes brugen af haverne var tænkt. Man kunne "vel næppe regne med mere end 1/5 oven Senge. Men efter de skiftende vinde og Dagstider ønsker man jo at skifte Plads."[10] Hver femte patient var oppegående og kunne derfor benytte haverne. Bænke skulle anbringes således, og i så stort tal, at det var muligt at vælge plads efter, hvorledes sol og vind var. Endog runde bænke kom på tale. Hvor omhyggeligt man gik til værks, fremgår af en skitse af pavillon og have, hvor alene siddepladserne er indtegnede. Et

Figur 16. Hovedporten i administrationsbygningen med en lille balkon beregnet til lægen, som kunne se ned på patienten, der kom i hestekøretøj og visitere til det rette sted (vist aldrig brugt!). Opgangen til optagelsesafdelingen er på siden afsluttet med en mur, der forbinder den foranstående sten med portens væg. Stenen, der har en pendant i trappens modsatte side, er inspireret af middelalderens bislagssten. Foto: Henrik Permin 2007.

yderligere eksempel på deres gode samarbejde er den ændring opførelsen af et cykelskur medførte. Nyrop skrev, at han ledte efter "et Sted for et lavt Skur for Besøgendes Cycler og Barnevogne og er foreløbigt standset ved det Sted hvor De vilde have Popler langs Administrationsbygningens Bagside – Der vilde det ligge bekvemt og naar det blev delt i 2 og de blev behandlet lidt delikat, forhaabentlig ikke skæmme – og vilde maaske virke noget i Retning af Poplerne til at indskrænke Pladsen noget og trænge Administrationsbygningen lidt tilbage."[11]

At de to samarbejdede om det rent æstetiske udtryk sammen med den praktiske anvendelse fremgår af afsnittet om cykelskurenes placering. Tilsyneladende har de oprindelig været enige om optisk at adskille den massive og høje administrationsbygning fra pavillonerne ved en række popler, som Nyrop nu mener, må ofres til fordel for de nødvendige cykelskure. I dag står cykelskurene stadig, hvor Nyrop mente, de burde stå. For begge ender blomstrer hestekastanjer, og symmetrisk anbragt for gennemkørslen i administrationsbygningen står to popler midt på pladsen. Måske er de sat for at "trænge administrationsbygningen lidt tilbage" i stedet for den række popler Glæsel åbenbart havde forestillet sig. Betragtes administrati-

onsbygningen fra midteralleen et stykke fra bygningen, virker denne meget voldsom. Det er derfor rimeligt at antage, at Glæsel har ønsket at sløre bygningen lidt med en række popler. Ændringen viser, hvor megen vægt arkitekt og landskabsarkitekt lagde på, at patienterne oplevede området som domineret af grønne træer.

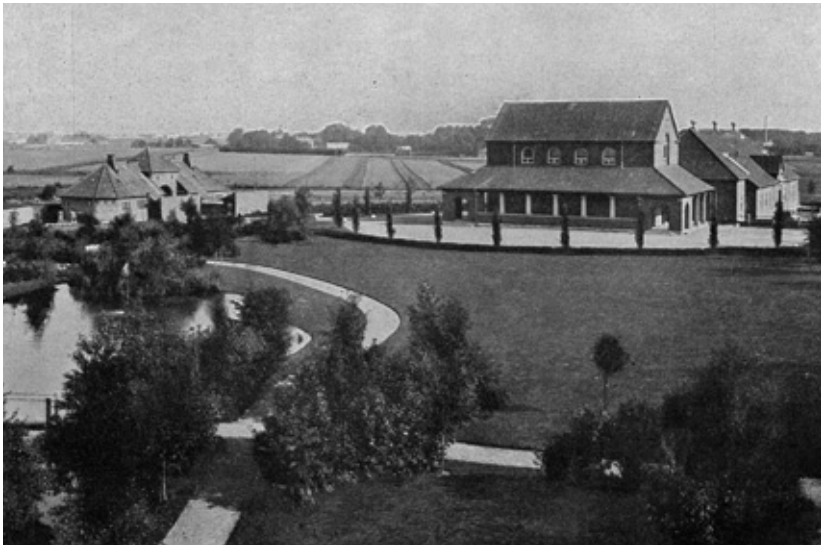
Hvor vigtigt patientens oplevelse af haverne som et rart sted med adspredelse var, fremgår af et andet brev om naturens fugle og fisk: "I Midten et stort Basin 1 ½ Meter dyb til Fiskene med et 2 Meter dybt Hul i den nordlige Del. Omkring den nordlige Side af Bassinet er tænkt Tuffstenspartier med 2 smaa Bækløb og 1 stort til Badested for Fugle og i de nordlige og sydlige Hjørner er vist Foderhuse for større og mindre Fugle For at lokke mange Fugle maa rundt i Anlægget bygges Redekasser paa passende Steder til de forskjellige Fuglearter."[12] (Fig. 9).

Bassinet tænktes altså anlagt som en slags kulisse med et lille landskab med fuglebad og foderbrætter, så der udover beplantningen var fugle at se på. Betydningen heraf fremgår af, at man ikke anså de træer og buske, der skulle plantes, for tilstrækkelige til at lokke fugle til området, men ville bygge redekasser til forskellige fuglearter. Bassinet ligger der endnu og er stadig en meget smuk attraktion. Der er nyere bænke, som, forståeligt nok, stadig er flittigt benyttede.

Hvor vigtigt man anså adgang til lys og luft til at være, fremgår af de bevarede planer for de aldrig opførte vestre og østre isolationshuse. På Glæsels skitser ses, at der til vestre isolationshus var planlagt fire haver på husets bagside, to på dets sider og en på forsiden. På det østre var tegnet seks haver til husets bagside, to på siden af huset og to foran dette. På den trykte plan fra 1909 er de to haver ens (Fig. 8). Glæsels idéer har formentlig været afhængige af, at man har overvejet et forskelligt antal isolationsstuer i de to huse og projekteret et til isolationsafsnittene svarende antal haver. Det fremgår af planen af husene fra 1909, at der var selvstændige udgange til haverne fra de enkelte afsnit, undtagen til dem eller den mellem indgangene til husene.

Pavillonbygninger

Hospitalet blev placeret på en skråning, hvor terrænets stigning er benyttet til et smukt trappeparti og med sygebygningernes facader vendt mod SØ-NV. De røde håndstrøgne murstenssygebygninger på en betonsokkel er to-etagers pavilloner placeret omkring en akse op ad Bispebjerg bakke med sydvendte sengestuer vendt imod haverne. De skrå tage er røde lyse tagsten (Fig. 9-11). Til den oprindelige største sygestue med 16 senge, siden adskilt til to og tre sengs stuer, er på gavlen bygget et lukket glasveranda, tænkt som opholdsstue med en mindre trappe, der fører ned i haven (Fig. 11). Men kort tid efter åbningen af hospitalet var der fortsat en betydelig

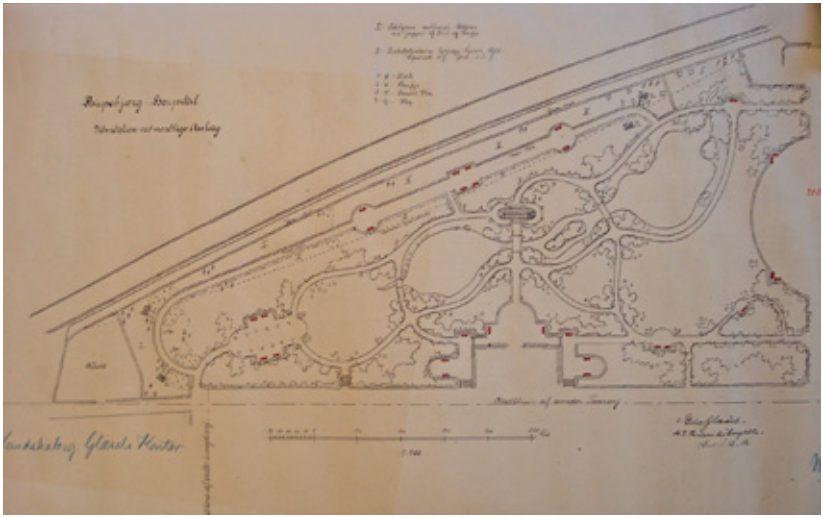


Figur 17. Den nordøstlige del af Bispebjerg hospital med søen og det italiensk inspirerede kapel og bag dette patologisk institut. Til venstre ses den nordlige portnerbolig ud mod Tuborgvej. Udenfor hospitalet var der stadig marker. Foto: 1913, Bispebjerg Hospitals Arkiv.

overbelægning, hvorfor man inddrog glasverandaerne til sygestuer, hvor der kunne ligge op til otte patienter. Alle sygestuer har store vinduer mod sydøst, der giver et udmærket dagslys, og dobbeltglas, så det ikke trækker (Fig. 7). Opvarmningen var helt speciel med frisk opvarmet luft, der kom op gennem riste ved gulvet og udtræk oppe ved loftet, hvorved man undgik træk [3]. På væggene er freskomalerier, der tåler afvaskning, med motiver fra naturen, som fugle, træer og landskaber malet af blandt andet Martin Nyrops datter Ernestine, Jul Madsen, Margrethe Drejer og Marius Jensen (Fig. 12). Der er en stor dagligstue med bueformet karnap med store vinduer med udsigt ud over haven, så man føler naturen tæt på og med veranda, hvor man kan gå ud og sidde (Fig. 13).

Som en forbedring i forhold til tidligere hospitalsbyggerier blev der i hver pavillon indrettet eget laboratorium og et undersøgelsesrum, så man kunne undersøge en patient mere grundigt i enrum, så "andre Patienter undgaar unødvendige psykiske Chok" [4] (Fig. 3).

Pavillonbygningerne er flankeret af to lange alleer med lindetræer på begge sider og forbundne ved tværveje mellem bygningerne (Fig. 14). På begge sider er de to nederste pavilloner på samme side af trappepartiet indbyrdes forbundet ved en lang overdækket forbindelsesgang, der fører fra første salen i forreste bygning til stueetagen i bageste bygning på grund



Figur 18. Edvard Glæsels plan over det nordlige parkanlæg (ud mod Tuborgvej) med flere gangstier og mange bænke placeret i forskellige retninger, således at spadserende altid kunne finde et sted med skygge eller sol, hvor de kunne sidde og nyde anlægget. Tegning 1912, Det biovidenskabelige Fakultetsbibliotek, Københavns Universitet.

af terrænets skråning (Pavillon 1-3 og 2-4). Fra midten af denne bro udgår en bygning til operationsstuer, så patienterne kan køres direkte til og fra operation (Fig. 5). Operationsstuerne er formet som et fem-kantet rum med spidsbuet hvælving af loftet, så eventuel fugtighed, der omdannes til dråber, ikke drypper ned på operationslejet, men løber ned på siderne. Omkring knap den ene halvdel, bag dobbelte ruder er en gang, hvor studerende og fremmede læger kan overvære operationen uden at skulle klæde sig om etc. Der var fra begyndelsen opført to operationsbygninger, men kun den ene blev taget i anvendelse straks, den anden blev først taget i brug i 1927 [5]. I dag anvendes de ikke mere til operationer, men blandt andet som undervisningslokaler. I stueetagen under afdeling et blev anlagt en røntgenafdeling med vægge, hvor der var indsat blyplader og hvis vinduer var beskyttet med blyglas.

Til at forbinde de forskellige bygninger blev under hele hospitalet indrettet et net af tunneller beregnet på den interne transport af patienter og af mad og forsyninger til hospitalets afdelinger (ca. 5,5 km underjordiske gange). Hermed ville man undgå støj og irriterende trafik, for de indlagte patienter.

Tidligere havde sygeplejerskerne boet på selve afdelingen eller i tagetagen på de enkelte sygebygninger. Ved indretningen af Bispebjerg Hospital

fandt man det mest hensigtsmæssig at indrette boliger for sygeplejersker udelukkende i en særlig sygeplejerskebolig. Omkring hele hospitalet blev opsat et 2,2 meter højt gitter af jerntråd, som skulle støtte en opvoksende hæk af klippet tjørn.

Omkransende sygepavillonerne findes køkkenbygningen, kedelbygningen, vaskeri, administrationsbygningen, funktionærbolig og badebygningen (reumatologisk ambulatorium) og sygeplejeboligen. I administrationsbygningen var indrettet modtagelsesværelser for syge, der ankommer, ambulatoriefunktion, apotek, bolig for kandidater og overordnet personale (overlæger og apoteker) (Fig. 15, 16). I dag rummer bygningen stort set kun de administrative funktioner. I hvert hjørne af hospitalet, bortset fra syd hvor administrationsbygningen ligger, er der en portnerbolig og adgang til hospitalet i dagtimerne (Fig. 17). Der var også en funktionærbolig placeret foran vaskeriet.

Sygeplejeboligen kunne huse hele sygeplejepersonalet med 150 værelser i en smuk trefløjet bygning med madsal og egen afsondret have. Som den første sygeplejeforstanderinde i landet og for alle Københavns Kommunes hospitaler, blev Charlotte Munck udnævnt med sæde på Bispebjerg Hospital, og med sin kristne livsholdning og uddannelse fra Presbyterian Hospital i New York, fik hun reformeret sygeplejerskernes uddannelse såvel praktisk som administrativt, blandt andet med indførelsen af de blå- og hvidstribede uniformer. En anden nyskabelse var, at forstanderinden, inspektøren og overkirurgen var på lige niveau vedrørende administrative beslutninger.

Sygepavillonernes haver

Sygepavillonernes haver udviser både store ligheder og individuelle forskelle. Glæsel og Nyrop har åbenbart forsøgt at skabe en samlet helhed indenfor hvilken individuelle forskelle på pavillonernes haver alligevel var tydelige.[13] Der blev plantet både stedsegrønne planter som buksbom og taks og planter, der blomstrede i løbet af sommeren. Tager man som eksempel pavillonernes mure vendt mod sydøst, altså mod facadehaverne er opad dem alle plantet rådhusvin (Parthenocissus tricuspidata) og blåregn (Wistaria chinensis) samt en slyngrose; variationen ligger alene i den sidste, hvor hver pavillon har sin egen sort, som for eksempel pavillon 1 den hvid til cremegule 'Helene', pavillon 3 den fyldte lyserøde 'Paul Transon', og pavillon 5 den lyserøde 'Dorothy Perkins' [20].

På pavillonernes nordvestside er i de smalle anlæg i busketterne ved alle pavillonerne plantet kristtorn (Ilex), mahonia (Mahonia), buksbom (Buxus arborescens) og taks (Taxus baccata). I mellem busketterne er plantet forskellige stedsegrønne træer ved de tre sygebygninger, og den løvfældende birk (Betula) med lyse stammer findes ved alle tre pavilloners nordvestside.

Figur 19. Indvielsen af Bispebjerg hospital den 19. september 1913 hvor arkitekt Martin Nyrop hilser på Kong Christian X. Bagved kongen ses den medicinske overlæge og professor Sophus Bang og foran til højre kabinetssekretær N.M.A. Krieger. Bagest ses Pavillon 2 og vaskeriet. Foto: 1913, Bispebjerg Hospitals Arkiv.

Patienter og gæster har derfor kunnet orientere sig ved hjælp af planterne. Som et andet eksempel kan nævnes, at der mod Vestre Længdevej i haverne til sygebygningerne et, tre og fem er plantet rækker af falsk acacie (Robinia pseudo-acacia). Ved pavillon 3 er trappen, der fører fra Tværvej

3 ned til haven, markeret med den blå syren-sort 'Charles X'. Ved pavillon 5 er stien nær Vestre Længdevej fra Tværvej 4 ind til haven markeret med samme blå syren. Denne om foråret i blomstringstiden iøjnefaldende busk er også plantet ved nordøst- og nordvesthjørnerne af sygebygning 5 og foran sydøstfacaden af sygebygning 1. I de større haver foran pavillonernes sydøst-facader er træer ved indgangspartierne altid plantet symmetrisk så indgangen er markeret.

Indgangene for gæster og patienter er placeret midt på sydøst og nordvestsiden. Man fristes til at mene, at indgangen for besøgende er på nordvestsiden, ud- og indgang til og fra haven for patienter på sydøstsiden. Patienterne har kunnet se ud på de grønne træer – også i første sals højde. Da der altid er plantet både løvfældende og stedsegrønne træer, har patienterne kunnet se grønne træer hele året.

Nordlig park ved Tuborgvej

Der blev, som omtalt kun opført seks af de planlagte 12 pavillonbygninger, og det store område reserveret de sidste seks henlå som græs og nyttehave (Fig. 9), hvorimod det nordvestligste område mod Tuborgvej blev omdannet til en park med træer og en anlagt sø (Fig. 17). Det fremgår af planerne for "Udvidelsen ved nordlige Anlæg", som det kaldes på tegningerne (Fig. 18), at Glæsel (og Nyrop) ønskede en egentlig promenadepark på stedet. Omkring en langstrakt sø anlægges slyngede stier gennem beplantninger af træer og buske og åbne græsplæner, altså en parktype, der i forvejen var kendt i København og på Frederiksberg. Stisystemet har mod nord og vest forbindelser til en lang allé, der løber omtrent parallelt med den nuværende Tuborgvej. Alleen, der mod nordnordvest er begrænset af en hæk af navr (Acer campestre), er to steder udvidet til rotunder, et stiltræk der går tilbage til barokhaven. Omtrent i midten af alléen er en mindre udvidelse. På disse pladser skulle bænke anbringes og omkring dem hække plantes (Fig.17). Afstanden mellem bænkepladserne er 120 fod. I såvel nordøstenden som sydvestenden af alléen er toiletter. I den sydvestlige ende af området er en åben plads, der på nord- og sydsiden er forsynet med bænke beskyttet af hække. Gennem pladsen er plantet to rækker træer, så bænkene har stået i skygge. Omtrent midt i anlægget er en plads med en "Regnvejrspavillon". På området rundt om vandtårnet og den planlagte forsamlingsbygning (der aldrig blev opført) er også beregnet siddepladser beskyttet af hække eksponerede mod de fire verdenshjørner. Adgangene til parken er anbragt i forlængelse af den vestre længdevej og udfor indgangene til de aldrig opførte sygepavilloner 11 og 12. Adgangen til området omkring vandtårnet er fra midteralléen. Parkområdet grænser op til pladsen foran kapellet (Fig. 17), der var planlagt adskilt fra denne ved en hæk, der også har et par beskyttede siddepladser. Udsigten til kapellet fra parken var tænkt som

åben.[14] Siden er psykiatrisk afdeling blevet bygget (1938) svarende til hvor pavillon 11 og 12 var tænkt bygget, vandtårnet fjernet og haveanlægget blev ændret til lukkede haver for de psykiatriske patienter. I dag er opsat en barakbygning i midten af haven, og hegnet til haverne fjernet.

I det nordøstlige hjørne blev bygget kapel og patologisk institut (Fig.17, 18). Hertil var intet tunnelsystem, og de afdøde blev transporteret til kapellet i fri luft.

Området øst for pavillonbygningerne blev udlagt til gartneri med frugttræer og grønsager, så hospitalet var delvis selvforsynende. Sidenhen er dette område blevet inddraget til et syv-etagers hospitalsbyggeri med ambulatoriebygning (Bygning 60-62, taget i brug 1960). Foran denne anlagdes omkring en stor plæne en utrolig smuk og vellykket have, hvor træer og staudebede giver mulighed for spadsereture af forskellig længde. Disse er afmærkede, så patienter eller plejepersonale kan vælge, hvor lang spadsereturene skal være. Også her er anbragt bænke i læ med udsigt til de smukke bede.

Welanderhjemmet, der ligger mod øst uden for hospitalets område, blev færdigbygget i 1916 med plads til 52 børn med medfødt syfilis, men ved indførelsen af en effektiv behandling med penicillin fra 1945 var der få år senere ikke behov for en særlig afdeling. I dag anvendes bygningen til børnepsykiatrisk afdeling, hvor der foran bygningen er anlagt en (ikke fuldført) sansehave til børnene.

Ved åbningen af sygehuset var der en kirurgisk afdeling A og to medicinske afdelinger B og C (Fig. 19).

Det nye smukke bygningsværk vakte berettiget opsigt i 1913 og i årene derefter. København havde nu fået et nyt hospital med lys, luft og grønne omgivelser. Et helt nummer af Illustreret Tidende 28. september 1913 omtalte indgående hospitalet [8].

Litteratur

1. Helse i tid og rom. Red. Gjengedal E, Schiøtz A, Blystad A. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2008.
2. Sansernes Hospital. Red. Lars Heslet og Kim Dirckinck-Holmfeld. København: Arkitektens Forlag, 2008.
3. King A. Hospital planning: Revised thoughts on the origin of the pavilion principle in England. Med Hist 1966; 10: 360-73.
4. Taylor L. Hospitals of the future. BMJ 1960; 2: 752-8.
5. Jensen S. Københavns Hospitalsvæsen 1863-1963. København: GEC Gads forlag, Bianco Lunos Bogtrykkeri, 1963.
6. Løkke A. Tryghed og risiko – Forsikring i Danmark 1850-1950. I Felbæk, Ole et al.: Drømmen om tryghed. Tusind års dansk forsikring. København 2007; 221.
7. Betænkning afgiven af den angaaende Opførelsen af et stort Hospital for Staden København nedsatte Kommission. 1905.
8. Bispebjerg Hospital i billeder og tekst. København: Illustreret Tidende 1913; 54 (52): 619-32.
9. Gredsted F. Det kgl. Frederiks Hospital 1757-1907, København: Det Schuboteske Forlag, 1907.
10. Gotfredsen E. Rigshospitalets Tilblivelse. København: Det Berlingske Bogtrykkeri, 1960.
11. Wagner P. Lindene i Kunstindustrimuseets grønnegård. Bibl Læger 1992; 184: 339-44.
12. Frederiksen B. Øresundshospitalet, en beretning om 100 års virke i Københavns Kommune. København: Københavns Kommune, 1978.
13. Borgerrepræsentationens Forhandlinger. København. 1905.
14. Funder L. Arkitekten Martin Nyrop. København: Foreningen til gamle Bygningers Bevaring, Gyldendal, 1979; 78.
15. Stephensen LS. Danmarks Havekunst Bind II, København 2001; 283.
16. Borgerrepræsentationen Forhandlinger. København. 1907.
17. Borgerrepræsentationens Forhandlinger. København. 1908
18. Permin H, Hansen SE. Fra bade- og massage klinik til idrætsafdeling – reumatologisk afdeling på Bispebjerg Hospital 1913-2006. Dansk Medicinhistorisk Årbog 2006; 34: 34 – 62.
19. Andersen IP. Haveanlæggene ved Bispebjerg Hospital, Havekunst 1921; 2: 94-7.
20. Wagner P, Permin H. Bispebjerg Hospitals patienthaver – til gavn og glæde (Under udarbejdelse).

Noter

1. Brev fra Vibeke Lange af 12.2.2009.
2. Rammerne sprænges. Københavns historie bind 4. 1830-1900. Gyldendal 1982 p. 114-115 af Sigurd Jensen & Claus M. Smidt.
3. Fra 1891 til 1905 steg antallet af sygekassepatienter indlagt på Kommunehospitalet fra 2203 til 4116 eller fra 26 til 39 % af de indlagte.
4. Antallet af senge kunne på Blegdamshospitalet ved anvendelse af Döckerske telte udvides med 900. Til dette hospital henvistes patienter med tuberkulose, tyfus, kopper, skarlagensfeber, difteritis og rosen. Øresundshospitalet benyttedes hyppigt som aflastningshospital for Blegdamshospitalet.
5. Her indlagdes fortrinsvis kronisk syge og patienter med fnat, skurv og utøj.
6. Vanløse og Brønshøj kloakeredes 1902-04, Frederiksberg og Valby 1907-10. Ca. 10 skoler opførtes 1900-1914.
7. Tallet 290 stammer fra kommunens egen betænkning. Gotfredsen, Edv.: Rigshospitalets tilblivelse. København 1960 (8) anfører p. 14, 381. Dette tal, ligesom tal for de andre hospitaler, er ikke konstant i de forskellige redegørelser. Der har været forskellige måder at opgøre det på. De oprindelige 300 senge i Det kongelige Frederiks Hospitals fundats skyldes, at hospitalet skulle fejre den Oldenborgske slægts 300 års jubilæum som konger af Danmark-Norge.
8. Hospitalets beliggenhed og haver gjorde, at det i praksis blev tuberkulosehospital ca. 1908.
9. Jens Jensen blev i 1893 valgt sammen med K.M. Klausen, som de første socialdemokrater ind i borgerrepræsentationen i København og blev i 1903 den første socialdemokratiske borgmester i Danmark. Han var uddannet som maler, hvorfor han blev kaldt "Maler-Jensen", og spillede en stor rolle vedrørende nedsættelse til arbejdernes 8 timers arbejdsdag og ferielovning for de ansatte, og fik vedtaget anlægget af Fælledparken. Vejen gennem denne hedder Borgmester Jensens Alle. Hans navn er på en stor mindesten foran søen mellem pavillon 5 og 6.
10. Edvard Glæsel Arkiv nr. 67, Det biovidenskabelige Fakultetsbibliotek, Københavns Universitet.
11. Brev fra Glæsel til Nyrop, udateret i Glæsels Arkiv nr. 67. Det biovidenskabelige Fakultetsbibliotek.
12. Brev fra Glæsel til Nyrop, udateret i Glæsels Arkiv nr. 67. Det biovidenskabelige Fakultetsbibliotek.
13. Mærker man sig, at sygepavillonerne er omgivet af høje bygninger, administrationsbygningen, sygeplejeboliger og økonomibygninger mod SV, SØ og NØ, leder de mod støj og forstyrrelser beskyttede pavilloner med deres haver opmærksomheden mod Ebenezer Howards og Edward Lutyens tanker om den beskyttede haveby. Martin Nyrop kendte formodentlig ikke disse tanker og kan derfor ikke være påvirket af dem.
14. På planen for parken dateret 1.12. 1912 er parken mod kapellet afsluttet med en hæk, på den trykte generalplan med en række træer.

Noter

1. Oversat efter citat i [1].
2. I vidt omfang er denne kritik inspireret af Michel Foucault, især gennem hans værk om "klinikkens fødsel" [19].
3. Cesare Lombroso (1835-1909); italiensk kriminolog hvis teori gik på at kriminalitet var noget medfødt, og at den kriminelle kunne identificeres på fysiske kendetegn – især ansigtstræk som fremført i "L'Uomo Deliquente" fra 1876. [http://en.wikipedia. org/wiki/Cesare_Lombroso].
4. John Langdon Haydon Down (1828-96); engelsk læge der i 1866 skrev "Observations on an ethnic classification of idiots" [http://neonatology.org/classics/down.html]. Hans etniske klassifikation af idioter fik ham faktisk til at fremføre, at hvis et mentalt defekt individ af den hvide race kunne udvise race-karakteristika hørende til en ikke-hvid race, viste det at raceforskelle var uspecifikke. [http://en.wikipedia.org/wiki/John_Langdon_Down].
5. Her bygges på grundskemaet i J. Chr. Bangs og Chr. Døørs dialektiske modeller, som kan findes på [http://www.jcbang.dk/main/danskdialektisksprogteori/Dialectical Models].; her også referencer videre i den tilhørende filosofi.
6. Berghs betydning som snegleforsker fremhæves fortsat, således i 2008 af Cochological Society of Great Britain & Ireland [http://www.conchsoc.org/eminent/Bergh_R.php].
7. Der er en del litteratur om denne periode, som indgår i den senere behandling af Berghs artikler særligt [15], men også [24,25].
8. Gustav Adolf Michaëlis (1798-1848) obstetriker i Kiel. Studerede det "snævre bækken" og dets betydning for fødsler [http;//en.wikipedia/wiki/ Gustav_Adolf_Michaelis].

Summary

Dimples
On Rudolph Bergh's studies of the prostitute women's genital anatomy.

By Søren Voigt

From 1874 to 1906 regular examinations for venereal diseases were mandatory for prostitutes in Copenhagen. The leading physician Rudolph Bergh saw the opportunity to obtain detailed knowledge of the genital anatomy through his studies of almost 3.000 prostitute women: He accounted for details as the size of the clitoris, the amount and curliness of the pubic hair, hymeneal remains etc. He related his findings to classical artworks and literature. But he gave no explicit reason for his studies apart from the unique opportunity to study live anatomy. Neither did he conclude on or interpret his findings. Though in late life he supplemented his studies on the genital sphere with an account of the occurrence of some small depressions in the female sacral region; to obstetricians these depressions are known as the lateral demarcations of the rhombus of Michaelis. These depressions were by the classical writer Alciphron called *gelasini* – dimples; they were seen as characteristics of the *hetaera*. Bergh found these depressions absent only on a small percentage of the prostitutes he had studied. As he may have, as his contemporary Cesare Lombroso did for criminals, searched for physical characteristics or deviations, these dimples may to Bergh have represented positive signs of the lascivious body.

En uforudsigelig sygdom[1]

Lægernes tiltag under og efter koleraepidemien i København i 1853.

Ditte Wonsyld,
cand.mag. i Historie. Arkivar ved Statens Arkiver.

Da koleraepidemien brød ud i København i juni 1853, var der ingen, der vidste, at der de næste måneder skulle rammes næsten 7 procent af københavnerne af sygdommen, og at 4737 af disse skulle blive noteret for et dødsfald [1]. Dr. J. R. Hübertz udgav to år efter epidemien et yderst detaljeret værk om statistiske forhold under epidemien. Det indeholder stort set alle de områder i tal, man kunne ønske sig at vide noget om. Selvom Dr. Hübertz udgav sine statistikker med forbehold for fejl, giver de en god idé om, hvordan koleraen opførte sig, hvor den slog ned, hvem den ramte osv. Hübertz' værk er derfor et godt grundlag, når man vil studere koleraens mange facetter. Én af disse facetter er de københavnske lægers forståelse af koleraen, da den arriverede i 1853. Denne artikel søger at belyse nogle af de problemer, lægerne sloges med, når de skulle give anbefalinger vedrørende koleraen.

København – en skiden by

I midten af 1800-tallet stod København i hygiejnisk henseende i en slem forfatning. Befolkningen voksede med stor hastighed, mens byggeriet var begrænset af militærets demarkationslinje, som først blev ophævet i 1852. Selv om dette var året før epidemien, havde København selvsagt ikke nået at ændre sit udseende betydeligt, så der var i høj grad tale om en indeklemt by. De få regler, der var om bygningernes højde, kunne der som regel dispenseres fra, og der var ingen regler for størrelsen på de tilhørende gårde, adgang til luft og lys eller lejlighedernes højde. Efterhånden, som efterspørgslen på boliger blev større, blev lejlighederne bygget mindre, trods protester fra Sundhedskollegiet [2 s. 127-128].

De åbne rendestene var altid fyldt med stinkende vand og mudder, og ofte havde de ikke noget fald, så slammet var stillestående. Da man ikke havde nogen form for dræning, og grundvandet stod højt under København, gravede man huller under kældrene, hvori vandet kunne samle sig

og derfra udpumpes. Udover grundvandet samlede der sig i disse huller vand, som var løbet fra latringruber, rendestene og kirkegårde, og det medførte en slem stank, når vandet blev pumpet op. Det var blevet forbudt at begrave folk indenfor voldene i 1851, men de mange lig, som indtil da lå begravet i byen, gjorde stadig deres indvirken på jordbunden og vandet i 1853 [2 s. 40].

Latringruberne var af og til så store, at de kun behøvede at blive tømt et par gange om året, og de var ofte utætte, så grundvand kunne trænge ind og skylle latrin ud i den omgivende jord, hvor vandrørene af træ var lagt. Ofte blev hele latringruben ikke tømt men kun det øverste lag, da det var det billigste. Den høje pris for at få tømt sin latringrube medførte, at nogle i stedet tyede til rendestenen eller hældte indholdet ned i det føromtalte hul under kælderen. Boede man i nærheden af en kanal eller vandgrav, kunne man også komme af med latrinen på den måde. Mange steder havde man sit "privet" inde i husene under beboede lejligheder i side- og baghusene. Der var ingen ventilation, og luften fra priveterne steg op i lejlighederne ovenover.

Man fik vand fra Emdrup Sø og St. Jørgens Sø, Peblinge Sø og Sortedam Sø inde i byen. Vandet løb fra søerne gennem trærender i jorden til pumper placeret rundt omkring. Vandrørene var ikke alle i lige god stand og lå ofte tæt op ad latringruber, i et enkelt tilfælde gik røret igennem en sådan, og der var mange synlige urenheder i vandet. Om sommeren var vandet gerne små 20 grader varmt [2 s. 128-170].

Det var denne by, koleraen besøgte og samtidig den by, lægerne måtte agere i, da de skulle forsøge at hjælpe de syge og dæmme op for epidemiens udbredelse.

To teorier

Der var uenighed blandt lægerne om, hvordan sygdomme bedst kunne forklares og forhindres. To teorier herskede blandt de københavnske læger. Den ene teori, contagionismen, gik ud på, at sygdom var et smitstof, som altid kom udefra, og blev overført fra menneske til menneske ved berøring. Tilhængerne af denne teori gik derfor for det første op i karantæne og isolering af smittede for at forhindre udbredelse af sygdommen og for det andet i hygiejne for at forhindre smitstoffet i at slå sig ned.

Den anden teori, miasme-teorien, beskrev sygdom som et udefinerbart giftstof, der fandtes i luften. Under de rette omstændigheder, såsom dårlige hygiejniske forhold, omdannedes giftstoffet til en bestemt sygdom. Denne sygdom slog ned i disponible individer, som var svækkede på den ene eller den anden måde. Smitte fra menneske til menneske var ikke muligt ifølge miasme-teorien, og tilhængerne, miasmatikerne, mente derfor ikke, at isolering af patienter havde nogen effekt. Derimod betød hygiejne og diætetik overordentlig meget for denne gruppe [3 s. 17-18].

Det må hertil tilføjes, at koleravibrionen først blev opdaget i 1883 af den tyske læge Robert Koch (1843-1910), og derefter var der endda stadig diskussion om koleraens udbredelsesmåde. Bl.a. diskuteredes forskellige teorier af blandt andre Koch og Pettenkofer (1818-1901) i en artikel af Dr. Gædeken (1832-1900) fra 1892 , og på dette tidspunkt havde der stadig ikke vist sig entydige resultater [4]. Der er derfor ikke noget at sige til, at lægerne i året 1853 havde lidt svært ved at forstå, hvad koleraen egentlig var for en størrelse.

Stadsfysikus Hoppe

Københavns Stadsfysikus under koleraepidemien hed Børge Anton Hoppe (1796-1865). Det var Dr. Hoppes pligt at indberette koleraens forløb, og hvilke tiltag man havde gjort mod den, til Sundhedskollegiet. I starten sendte Hoppe indberetninger af sted hver uge. Senere, da epidemien aftog, kun hver 14. dag. Hoppe var en grundig mand og anførte i hver rapport hvilke gader, der blev ramt, hvor mange der døde, hvilke lazaretter der blev oprettet, og hvad der ellers blev gjort undervejs.

Hoppe agerede efter en instruks for stadsfysici fra 1813 [5]. Denne pålagde ham i tilfælde af epidemier at indberette om sygdommens art og årsager til Det kongelige Sundhedskollegium, samt at redegøre for de midler, som kunne udrydde sygdommen. Dette skulle bl.a. ske i samarbejde med stadens politimester. Desuden skulle han "i de offentlige Tidender betimeligen gøre Almuen opmærksom på de bedste forebyggelsesmidler, samt på diætetiske Feil" [5 §3]. Det sidste fandt sted gennem en række bekendtgørelser til befolkningen[2].

Der blev fokuseret en del på hygiejne, vand, sanitet og bedre beboelse for de fattige i Hoppes indberetninger, og dette vidner i sig selv om den vægt, man lagde på disse tiltag i forbindelse med sygdom. Det er også bl.a. disse rapporter, Hübertz har brugt i sit statistiske værk. Ud fra de to doktorers beretninger kan vi få et godt billede af koleraens forløb.

Koleraens veje

Den 12. juni blev den første patient indlagt på Søetatens Hospital og ved månedsskiftet, var 9 beboere i Nyboder døde. På samme tid rasede sygdommen allerede i Adelgade, som lå (og ligger) i forbindelse med Nyboder. Her var 18 ud af 24 smittede døde ved indgangen til juli måned. I dette område hærgede koleraen indtil midten af august, hvor Adelgade var det eneste sted, der stadig havde regelmæssige tilfælde af kolera. Adelgade var i øvrigt den hårdest ramte gade i hele byen med 331 døde, da epidemien var slut. I Nyboder var 558 mennesker blevet syge, og 395 af dem var døde.

Det indre København så ikke meget til koleraen i juni måned. Et par tilfælde i Vognmagergade og Lille Brøndstræde, som lå nær Kultorvet, var alt, hvad det blev til. Først i midten af juli begyndte sygdommen at brede sig, og Peder Madsens Gang, en parallelgade til Gothersgade, kunne på én gang berette om 9 sygdomstilfælde. Den første uge af august var koleraen aftaget igen i indre by, men slut var den ikke, og da koleraen havde sluppet sit tag omkring første september, var næsten 1000 mennesker i indre by døde.

På Christianshavn brød koleraen ud i Prinsensgade, Amagergade og Overgaden oven Vandet i midten af juli. Der kom hurtigt flere gader til, og sygdommen toppede allerede i slutningen af juli, omend der stadig fandtes mange tilfælde i starten af august. Helt frem til epidemiens slutning i oktober kunne man finde kolerasyge på Christianshavn, og da var ca. 750 christianshavnere bukket under.

Nørrebro var også hårdt ramt af koleraen, mens Vesterbro stort set gik ram forbi, og sådan forløb altså epidemien foran de overraskede læger. Forløbet svarede nemlig på ingen måde til de forudsigelser, lægerne havde gjort sig undervejs.

Den lunefulde sygdom

"Der er mig aldeles ingen Grund bekjendt til at forudsætte, at Sygdommen skulde være indbragt ved noget Contagium. Den opstod i den luftigste, solbareste og tørreste Del af Staden mellem en Befolkning, som i regelen lever under gunstige, diætetiske Forhold[3]". Således skrev Hoppe i sin første epidemiberetning til Sundhedskollegiet og røbede allerede her sin undren over, at koleraen opstod i netop Nyboder og ikke i en af de uslere dele af København[4]. Dette gav i øvrigt ikke mening, uanset om man var contagionist eller miasmatiker. Endnu mere mærkeligt var det, at gader som Peder Madsens Gang, Pistolstrædet, Didrikbadskjergang, Prammandens Gang og Smedens Gang fra indre by eller Amagergaden, Prinsensgaden, Sofiegaden og Søndervoldstræderne på Christianshavn nærmest gik ram forbi hele den første måned. De var alle i særdeleshed gader, hvor man pga. de tætliggende boliger og den dårlige hygiejne kunne have forventet sygdommen med det samme.

Til gengæld slog koleraen meget hårdt ned i "Tømmerkroen" i Adelgade, som ifølge Hoppe var et af de luftigste og renligste steder i hele gaden.

Året før havde området omkring Larsbjørnsstræde, Vestergade og Mikkel Bryggersgade haft mange tyfus-tilfælde, hvilket man tilskrev de usunde forhold som f.eks. drikkevandet. Med hensyn til koleraen var de nogle af de mest forskånede gader.

I medicinalindberetningen fra 1854, hvor Hoppe berettede om hele den overståede koleraepidemi, skrev han, at "Paa Vesterbro, der som bekjendt har det allersletteste Drikkevand og mange andre ugunstige hygieiniske

Betingelser, Slagterier, Svinestier, Garverier, slet Vandafløb etc. viste sig kun ganske enkelte Tilfælde[5]". Da epidemien var overstået, kunne Hoppe stadig ikke få sygdommens forløb til at give mening.

I 1853 var de fleste læger miasmatikere, men koleraens forløb viste, at der i hvert fald ikke alene kunne være tale om, at den var opstået ved miasmer. De fleste læger var af den overbevisning, at den måtte komme fra jordbunden, uden at det kunne defineres nærmere. Hoppe bemærkede til dette, at jordbunden havde været den samme i mange år – uden kolera.

Hoppe satte kolera i samme bås som tyfus og blodgang (dysenteri) og til dels pest, idet han undrede sig over, at Nyboder også under pesten i 1711 blev hårdest ramt. Han gav dog ikke noget bud på, hvordan han mente, koleraen var opstået og havde bredt sig. Kun at det hverken var sket ved et kontagium, en miasme eller gennem jordbunden, og at den i øvrigt havde haft et besynderligt forløb.

I 1854 havde professor A.G. Sommer stadig ikke hørt om noget bevis eller blot om sandsynligheden for, at koleraen var opstået ved smitte fra menneske til menneske. For eksempel fik Køge, som trods alt havde en del kontakt med København, aldrig koleraen at føle, og Roskilde, som var i hyppig kontakt med hovedstaden, fik først sygdommen meget sent og kun i ringe grad.

Sommer mente ikke, at koleraens udbredelsesmåde kunne forklares ved jordbundens beskaffenhed eller højden over vandoverfladen. Derimod mente han, at den, som levede efter de diætetiske forskrifter, var mindre disponeret for kolera [6 s. 68].

Distriktslæge Seidelin var ikke enig i, at koleraen ikke smittede, da han mente, at alle hans patienter havde fået koleraen fra andre, og at smitten også kunne overføres via f.eks. tøj. Distriktslæge Feilberg (1808-1871) på Amager mente sig i starten af epidemien i stand til at følge sygdommen, men dette blev snart umuligt, da "Sygdommen slog ned paa de forskjelligste, fjernt fra hinanden liggende Steder, uden at det lykkedes at opdage den ringeste Sammenhæng i dens Gang" [6 s. 3-4].

Ingeniøren August Colding (1815-1888) og kemikeren Julius Thomsen (1826-1909) skrev i deres værk fra 1853, at det var usandsynligt, at smitten skulle komme fra luften, da den kun fandtes på nogle strækninger, mens andre gik fri. De mente derfor, det ville være naturligt at søge efter forklaringen i jordbunden, hvor det efter nogle undersøgelser havde vist sig, at koleraen mest opstod på steder, der lå på opfyldt grund, dvs. jord, som f.eks. var opfyldt af renovation, murbrokker og i værste tilfælde latrin. Befolkningstætheden var en yderligere faktor, men kunne ikke alene forklare koleraens forløb, da "luftige" gader også blev ramt [7].

Hübertz mente heller ikke, trods sine grundige optegnelser, at kunne se sammenhæng mellem koleraen og jordbundens beskaffenhed eller højde over havet. Der var altså langt fra klarhed omkring koleraens udbredelsesmåde blandt fagfolkene, da epidemien var overstået.

Det, der blev gjort under epidemien

På trods af lægernes forvirring, måtte de gribe til handling. Der blev hurtigt gjort en række tiltag for at dæmme op for smitten og oplyse befolkningen.

For det første oprettede man nye hospitaler til de mange syge, og man sørgede for bureauer rundt om i byen, hvor man kunne anmelde nye tilfælde.

Hygiejnen var som før nævnt meget vigtig for alle læger, uanset hvad de så ellers troede på. Allerede i juni anmodede landphysicus Høegh-Guldberg (1805-1869) Sundhedskollegiet om "at foranledige en [...] Befaling til at iværksætte de Renlighedsforanstaltninger, som med Hensyn til den overhængende Kolera-Epidemi maatte ansees for nødvendige[6]". Dagen efter blev folk igennem en bekendtgørelse fra politiet påbudt at rense deres gårdsrum, straks fjerne det opfejede snavs, samt at udskylle rendestenene i gården og på gaden inden renovationsfolkene ankom. I tørt vejr skulle gaderne stænkes med vand, inden fejningen gik i gang, latrin skulle jævnligt køres væk på lovlig vis, og gruberne helst tømmes hver gang. I et andet cirkulære blev familier anmodet om at sørge for hyppig udluftning, rensning og hvidtning af stuerne, ugentlig luftning af sengeklæder og månedlig udskiftning af sengehalm, samt at sørge for kun at bruge rent vand til drikkelse og madlavning. Politiet skulle tage sig af den øvrige gadefejning og udskylning af rendestenene.

Skibsførerne, som lå i havn, skulle sørge for hyppig udluftning af alle kahytter og sørge for, at der ikke fandtes stærkt lugtende madvarer og andre sådanne genstande indendørs.

Fattighuse og skoler skulle have stuerne hvidtet og udluftet hyppigt, og der burde forefindes lokummer ved disse institutioner. Fattighusene måtte ikke overfyldes, og streng kontrol med hygiejnen burde finde sted.

Når en kolerasyg var kommet på hospitalet, skulle værelset, hvor vedkommende havde ligget, straks udluftes og vaskes, sengen skulle bringes i gården og sengeklæder luftes, inden det atter kunne tages i brug. Desuden måtte man ikke opbevare koleralig hjemme, de skulle straks bringes til hospitalet.

Udover hygiejnen måtte lægerne også overveje hvilken medicin, der kunne benyttes, hvad folk skulle spise, og hvordan de skulle klæde sig. Medicinen var allerede blevet diskuteret i årene før 1853 i *Ugeskrift for Læger*, og konklusionen var der, at en tidlig behandling var vigtig, samt at hospitalernes hygiejne og patienternes sundhedstilstand havde betydning for antallet af helbredte. Man var hverken nået frem til en bestemt behandling eller en bestemt medicin.

Hoppe blev d. 26. juli af Sundhedskollegiet bedt om at opfordre apotekerne til at indkøbe rigeligt med medikamenter såsom opiumsdråber, kamferdråber, tyk kamferolie, amerikansk olie, kamille- og hyldeblomster samt sennepspulver, da der sandsynligvis ville blive stor efterspørgsel på

disse produkter. Høegh-Guldberg opfordrede i en bekendtgørelse befolkningen til at behandle mild diarre (som kunne gå hen at blive til kolera) med korrekt diæt, amerikansk olie, rabarber- , hoffmanns-, kamfer og opiumsdråber, samt varm beklædning af underlivet. Medikamenterne kunne fås på alle apoteker uden recept. Behandlingen af de første symptomer var yderst vigtig og kunne forebygge mange rigtige koleraanfald.

I bekendtgørelsen fra Sundhedskollegiet i slutningen af juni lød det, at mådehold var det bedste middel mod kolera. Sure, fede og afførende fødevarer skulle undgås, både hvad angik kød og grøntsager, og det anbefaledes i øvrigt at tilsætte maden krydderier. Dårligt vand, gæret og surt øl, sur mælk og umådelig nydelse af brændevin skulle undgås. Derimod gjorde en smule bitter brændevin eller god vin ikke noget for de, som var "dertil vante".

Det var vigtigt, at frugt var modent, når det blev indtaget, og varm mad og drikke anbefaledes generelt, hvorfor der hver morgen måtte være kaffe eller varm øl kogt med ingefær på kasernerne. Øllet og maden skulle undersøges dagligt af kasernens læger. Hvis man skulle ud i fugtigt eller koldt vejr, skulle man forinden drikke en bitter snaps.

Forbeholdene mod at indtage umoden frugt var i øvrigt så store, at der midt i juli kom forbud fra politiet mod at indføre og sælge det i København. Syndere ville blive anholdt og frugten konfiskeret.

Var man først blevet syg, anbefaledes det bl.a. at spise havresuppe og grød og drikke hed kamillete med kamfer- og opiumsdråber, evt. vin eller cognac, samt at tage amerikansk olie mod diarre og mavekramper. Man kunne mod mavekneb endvidere gnide maven i tyk kamferolie, evt. blandet med opiumsdråber.

Ved sværere anfald, som blev nøje beskrevet for folk i Sundhedskollegiets bekendtgørelse, måtte man gnide huden med børster eller uldne klude dyppet i brændevin, salt og peber. På den kolde hud måtte man lægge poser med varmt vand, sand eller aske. Sennepskager skulle lægges på arme, ben og i hjertekulen. Tørsten skulle gerne stilles med iskoldt vand, og ved døsighed skulle man sætte igler i tindingerne.

Det anbefaledes at klæde sig varmt, specielt var uldne klæder og et varmt bælte om maven godt mod kolera. Store temperaturudsving og dermed forkølelse burde undgås.

Lægerne H. Selmer (1814-1879) og A.G. Sommer mente begge, at "Intet disponerer mere til at blive angrebet af en Choleraepidemie end netop et nedtrykt Sind, fuldt af Ængstelse, Uro og Bekymring" [8 s. 3]. Derfor indkaldte Sommer ikke-medicinsk kyndige til forelæsninger om kolera, så de ville kunne træde hjælpende til under epidemien, hvis lægerne ikke slog til. Dermed kunne folk forvisse sig om, at der var hjælp nok. Ifølge Selmer havde det imidlertid den stik modsatte effekt, idet det signalerede, at der var mangel på læger. Sommer svarede igen ved at sige, at lægemangel aldrig ville komme på tale, idet der var læger nok

i København til, at de hver især kun skulle foretage 40 sygebesøg pr. dag.

Da Sundhedskollegiet udsendte sin bekendtgørelse ved epidemiens udbrud var punkt fire, at man måtte vogte sig for "uafbrudt Aandsanstrengelse, nedtrykkende Sindslidelser, især Ængstelse og Frygt[7]".

Derudover kæmpede lægerne for bedre boliger til de mange fattige, der boede i de alt for små, tillukkede og uhygiejniske lejligheder rundt om i byen. Der blev opført barakker med 180 lejligheder som svar på lægernes tryglen. Barakkerne, som lå på de militære Glacier ved søerne, fik efter megen kamp lov til at stå til 1857. Derefter blev de revet ned igen [2 s. 537-541].

Efter epidemien

Der er ingen tvivl om, at de københavnske læger havde travlt og gjorde, hvad de kunne under den raserende sygdom. Selvom lægerne ikke kunne forklare koleraens forløb og ikke var enige om, hvad der burde gøres mod den for at komme den til livs, så var de tydeligvis helt på det rene med, at byens tilstand havde noget med sagen at gøre. Hygiejnen måtte forbedres, folk måtte have bedre boliger og et kloaksystem til at udlede latrin, hvis man skulle forhindre sygdommen i at komme igen.

Der manglede utallige boliger, og der blev taget en række initiativer af lægerne for at få midler til formålet, men de blev ikke bevilget i det ønskede omfang. Borgerrepræsentationen mente, at offentlige pengemidler kunne medføre en øget forventning til det offentliges ansvar for fattigt boligbyggeri, hvilket skulle undgås. Det var holdningen, at det måtte overlades til privat virksomhed, og sådan blev det, bortset fra at kommunen forærede grunden på Østerfælled, hvor barakkerne lå. Der blev ganske vist opført 32 lejligheder á ca. 25 kvadratmeter på grunden i slutningen af 1853, det såkaldte Brumleby [9 s. 231], men det var langt fra nok til at huse alle de udflyttede familier.

I 1857 kom der en ny byggelov, som med mindre justeringer fik lov til at vare mange år frem i tiden. Det var stadig, selv efter koleraen, muligt at bygge, så der kun var meget lidt plads mellem husene, hvilket bevirkede manglende lys og luft. Der var heller ingen krav om værelsesstørrelser eller vinduer. Man fulgte ikke mange af lægernes anbefalinger, når det gjaldt byggeri på længere sigt [10].

Forholdene omkring afskaffelsen af latrin var også et problem, lægerne gerne ville have løst. Lægerne mente, at latrinen var sundhedsfarlig og derfor burde afskaffes uden kontakt med omverdenen. Jordejere så derimod latrinen som en gødningsressource, som ikke burde kasseres. Desuden ville et nyt kloaksystem medføre store omkostninger, så København fik først de første kloakker i 1860, og man måtte stadig ikke installere vandkloset-

ter, da kloakkerne mundede ud i havnen og kanalerne. Et velfungerende udbygget kloaksystem så først dagens lys i 1898. Kloakindholdet udledtes nu til Øresund med den stærkere strøm – noget de københavnske læger havde kæmpet for i 50 år [11].

Lægernes anbefalinger – politikernes betænkeligheder

Selvom det hovedsageligt var de fattige og mest uhygiejniske gader, som blev ramt af kolera, kunne miasmeteorien ikke forklare, at sygdommen også slog ned i de bedre gader. Ej heller contagionismen kunne forklare forløbet, for det så ikke ud som om, at koleraen smittede fra menneske til menneske, i hvert fald ikke i alle tilfælde.

Dog kunne alle læger blive enige om hygiejnens vigtighed, og her var der rent faktisk mulighed for at gøre noget. Det krævede ganske vist meget mandskab og frivillig arbejdskraft, men det var muligt at skabe resultater i det små. Det samme gjaldt diætetikken. De mange bekendtgørelser til folket om gode spise- og drikkevaner vidner om den tro, man havde på den rette diæt. Det var typisk miasmatisk at gå så meget op i ernæring, da miasmerne ifølge miasmatikerne slog ned i legemer, som var fejlernærede i den ene eller den anden forstand. Men folks sundhed betød også noget for contagionisterne, så det store fokus på ernæring er ikke overraskende. Og igen var der her noget, lægerne rent faktisk kunne gøre.

Hvad angår medicin forsøgte man sig, som tidligere vist, med forskellige midler, dog uden nogen sikker effekt. Lægerne rådede folk til at gøre noget ved koleraen i opløbet, for når den først kom rigtigt i udbrud, var der nok i virkeligheden ikke så meget, man kunne gøre.

Lægerne satte altså ting i værk på den korte bane. Det var straks værre med de langsigtede tiltag. Trods lægernes anbefalinger om sund luft, kloakering og forbedret vandforsyning var det ikke straks noget, der slog igennem. De større projekter var ikke i lægernes hænder men i politikernes, som havde flere økonomiske betænkeligheder. Man lyttede til lægerne efter behov. De større projekter, som lægerne anbefalede, men ikke selv kunne tage hånd om, var længere tid om at blive gennemført, end dem, hvor lægerne selv kunne være iværksættere, omend projekter som forbedret kloak og vandforsyning faktisk var sat i gang allerede i slutningen af 1840'erne. På grund af interne politiske stridigheder nåede de samme projekter dog aldrig at blive realiseret, så koleraen og lægernes anbefalinger overgik ikke konflikterne mellem politikerne [10]. Frygten for en ny koleraepidemi overskyggede altså ikke politiske spekulationer og dispositioner.

Der blev gjort meget under koleraen, men det var mest på den kortsigtede bane. Havde lægerne kunnet fremlægge klare, entydige argumenter, havde det muligvis været lettere at få politikerne i tale, men uden disse argumenter var tiden endnu ikke moden til så store forandringer.

Litteratur

1. Hübertz JR. Beretning om Cholera-Epidemien i Kjöbenhavn 12 Juni-1 October 1853. København: Den overordentlige Sundhedscommission for Kjøbenhavn, 1855.
2. Christensen V. København i Kristian den Ottendes og Frederik den Syvendes Tid 1840-1857. København: G.E.C. Gads Forlag, 1912.
3. Bonderup G. Det Medicinske Politi – Sundhedspolitikken i Danmark 1750-1860. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2006.
4. Gædeken CG. Undersøgelser om den asiatiske Koleras Aarsagsforhold. I: Indbydelsesskrift til Kjøbenhavns Universitets Aarsfest til Erindring om Kirkens Reformation. København: 1892.
5. Carøe K. Stadsfysikatet i København. København: Historiske Meddelelser om København, 1907.
6. Sommer AG. Om Cholera's Udbredelsesmaade i Kongeriget Danmark (udenfor Kjøbenhavn) i Aaret 1853. København: 1854.
7. Colding A, Thomsen J. Om de sandsynlige Aarsager til Choleraens ulige Styrke i de forskjellige Dele af Kjöbenhavn og om Midlerne til i Fremtiden at formindske Sygdommens Styrke. København: C. A. Reitzels Bo og Arvinger, 1853.
8. Sommer AG. Det diætetiske Forhold ved Nærmelsen af og under en Choleraepidemi – beskrevet for Lægfolk. København: Universitetsboghandler Reitzel, 1848.
9. Bonderup G. Cholera-Morbro'er og Danmark. Billeder til det 19. århundredes samfunds- og kulturhistorie. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 1994.
10. Knudsen T. Storbyen støbes. København mellem kaos og byplan 1840-1917. Akademisk Forlag, 1988.
11. Lindegaard, Hanne. Ud af røret. Den hygiejniske diskurs og videnskabelige praksis ved etableringen af det københavnske kloaksystem 1850-1900. Den Jyske Historiker 2003;102-103:107-125.

Noter

1. Artiklen er en omarbejdelse af opgaven "Koleraepidemien i København i 1853 – og hvordan man forsøgte at komme den til livs". Opgaven besvarede eksamensspørgsmålet: "Der ønskes en redegørelse for forløbet af koleraepidemien København 1853, samt en diskussion af de modforholdsregler, der blev truffet (i denne diskussion bør samtidens medicinske forståelse af sygdommen inddrages)." Spørgsmålet skulle besvares på 14 dage. Opgaven vandt Dansk Medicinskhistorisk Selskabs Studenterpris 2008.
2. Alle oplysninger fra utrykte kilder stammer fra Sundhedsstyrelsens arkiv på Rigsarkivet, arkivnummer 1252, arkivserie: Epidemiberetninger om kolera 1850-1854, æske 2 og 4. (Benævnes nedenfor blot RA). Citater markeres med en præcis henvisning. Hvor ingen andre referencer er angivet, stammer artiklens oplysninger fra disse arkivalier.
3. RA æske 2, nr. 261, 1. juli 1853.
4. Grunden til, at sygdommen bredte sig i Nyboder var, at en 19-årig tømmersvend var blevet smittet på Nyholm og derefter indlagt i Nyboders hospital. [9 s. 21]
5. RA æske 4, nr. 194, 28. marts 1854.
6. RA æske 2 nr. 256, 30. juni 1853.
7. RA æske 2 nr. 266, 26. juni 1853. Det er i øvrigt interessant, at man i opslagsværket "For Sunde og Syge" af lægerne Jensen og Meyer fra 1904 stadig skrev, at "Angsten og Frygten for Koleraen er dens Hovedhjælpere". Det var ca. 20 år efter, at koleravibrionen blev opdaget.

Summary

An unforeseeable disease
Measures taken by the doctors during and after the cholera-epidemic in Copenhagen in 1853

By Ditte Wonsyld

When the cholera-epidemic came to Copenhagen in the summer of 1853, the doctors had to deal with a lot of problems. What was the disease after all? How did it spread and was it infectious between human beings? The doctors were not sure and did not agree about these questions, but still they had to handle the great epidemic, which nearly after it ended, had killed 5000 people.

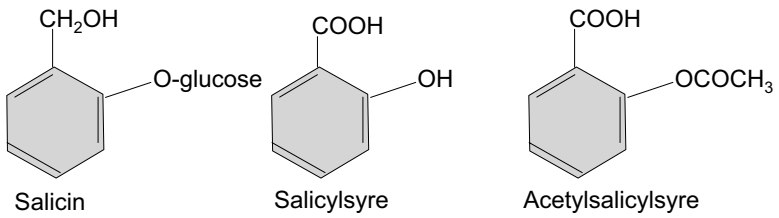
This article illuminate some of the problems which faced the doctors in their fight against the disease. Copenhagen was a very unhygienic city at that time with no sewerage, bad water supply, very densely built-up, and densely populated. The doctors wanted the politicians to solve these problems, but it was mostly in the field of better hygienic and nutrition, where the doctors could handle the problems themselves, that something happened. The fear of the disease didn't overrule the political and economic agendas and it wasn't clear which measures that had to be done to combat the cholera. The epidemic itself didn't create many changes in Copenhagen.

Fra pilebark til acetylsalicylsyre

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

Acetylsalicylsyren er et af de mest succesfulde farmaka, der er fremstillet af lægemiddelindustrien, og i dag er stoffets position yderligere befæstet ved dets antitrombotiske virkning. Acetylsalicylsyrens historie er fascinerende, fordi dens forløbere har været forskellige naturprodukter, som indeholder salicylsyre-lignende forbindelser, her benævnt »salicylater«. Disse naturprodukter har været af afgørende betydning for behandlingen af mange forskellige lidelser præget af smerter, inflammation og feber gennem oldtiden og middelalderen, ja helt op til vor tid, hvor syntetisk fremstillet acetylsalicylsyre siden slutningen af 1800-tallet har haft en central plads.

En medicinsk anvendelse af disse salicylatholdige naturprodukter kan føres 4.000 år tilbage i tiden til anvendelsen af naturprodukter som bark og blade fra både pil (*Salix*-arter) og poppel (*Populus*-arter). Også mjødurt (*Spiræa*-arter) hører blandt de historiske lægeplanter, som indeholder salicylater. Mange forskellige salicylater er identificeret i disse naturprodukter, bl.a. salicylalkohol (saligenin), salicylaldehyd, salicylsyre, metylsalicylat samt glykosidet salicin, hvor salicylalkohol er bundet til glukose (1, 2). Fig. 1 viser flere af disse stoffer samt acetylsalicylsyre. Indholdet af forskellige salicylater varierer meget i de forskellige naturprodukter. Salicin og saligenin synes at dominere i forskellige pile- og poppelarter. Moderne undersøgelser antyder, at disse naturprodukter har en vis effekt ved inflammatoriske og smertefulde lidelser. Peroral indgift af et standardiseret ekstrakt af pilebark, svarende til 240 mg salicin pr. dag, har vist god eller moderat smertestillende effekt ved osteoartrit (3-5), mens denne virkning



Figur 1. Figuren angiver salicin, hvor salicylalkohol (saligenin) er bundet til glukose. Dette glykosid findes i forskellige pile- og poppelarter. Desuden ses salicylsyre og acetylsalicylsyre (1).

ikke kunne påvises af Biegert et al (6). Den kliniske effekt af poppeltræets bark og blade i kombination med gyldenris og ask har været undersøgt ved reumatiske lidelser, hvor der angiveligt er opnået en vis smertestillende effekt (7-9). En svaghed ved alle disse undersøgelser er den manglende standardisering af de enkelte salicylater i ekstraktet samt det forhold, at andre substanser end salicylater antageligt må medvirke til den kliniske effekt (10, 11). Således kan det lave serumniveau af salicinets hovedmetabolit salicylsyre, der udgør 86 % af total salicylaterne, ikke alene forklare den analgetiske og antiinflammatoriske effekt af nævnte pilebarkekstrakt (10).

Anvendelse af naturens produkter

Arkæologer har fundet assyriske lertavler fra den sumeriske periode, tavler som stammer fra oldtidsbyen Nippur, der lå ved floden Eufrat syd for det nuværende Baghdad. En af disse tavler, som stammer fra ca. 2100 f.Kr., indeholder antageligt verdens ældste optegnelser over medicinske forskrifter. Her finder vi anvendelsen af piletræets blade som lindrende middel ved inflammation og smerter (12, 13).

Oldtidens Egypten viser et lignende vidnesbyrd om anvendelsen af disse naturprodukter. Således finder vi i »Papyrus Ebers«, en 20 m lang papyrusrulle, som dateres tilbage til ca. 1550 f.Kr., blandt mange lægeplanter, som bulmeurt, valmue, figen, aloe og løgarter, også anvendelsen af piletræets blade (14-16). »Papyrus Ebers« giver en overraskende god beskrivelse af inflammationen og virkningen af et udtræk af pilens blade, som i den engelske oversættelse lyder (14, s. 151): "When you examine a man with an irregular wound … and that wound is inflamed …(there is) a concentration of heat; the lips of that wound are reddened and that man is hot in consequence … Then you must make cooling substances for him to draw the heat out … leaves of the willow."

I antikkens Grækenland anbefalede Hippokrates, lægekunstens fader, der levede i det 5. århundrede f.Kr., piletræets blade og bark mod smerter og feber. Ved fødselsveer måtte den fødende tygge piletræets blade, medens afkog af pilens bark eller blade blev anvendt mod feber (17-19). Der er nok tvivl om, hvorvidt Hippokrates i al almindelighed anså det for formålstjenligt at slå feberen ned, antageligt mente han, at feberen medvirkede til restitutionen (20).

I det første og andet århundrede e.Kr. finder vi i Romerriget flere vidnesbyrd om den medicinske anvendelse af salicylatholdige naturprodukter ved smertefulde tilstande. Her kan nævnes Celsus, kirurgen, som mestrede amputation ved cirkelsnit i én gennemskæring, og som beskrev de fire klassiske tegn på inflammation – rubor, color, dolor et tumor [hævelser]. Celsus anvendte et ekstrakt af piletræets blade, opnået ved kogning af bladene med eddike, til lindring af smerterne ved uterusprolaps (1, 17).

Admiralen og embedsmanden, Plinius den Ældre, beskriver i sin encyklopædi, »Naturalis Historia«, brugen af poppelbark-ekstrakt ved iskiassmerter, og omslag af poppelblade eller bark, som er gennemvædet med eddike, til behandling af podagra. Plinius omtaler også den keratolytiske virkning af pilebarkens aske, som blev anvendt i form af en pasta ved kallositeter (1, 17). Om virkningen skyldes askens indhold af salicylsyre eller snarere den alkaliske potaske, kaliumkarbonat, må stå ubesvaret.

Lignende oplysninger om de salicylatholdige naturprodukter fremgår af den fremtrædende læge og botaniker, Dioscorides' berømte håndskrift, »Materia Medica« fra omkring år 60, som rummer næsten 600 plantearter, heriblandt pil og poppel. Dioscorides skriver om pilebladets smertestillende virkning: "The leaves being beaten small and dranck with a little pepper and wine doe help such as are troubled with the Iliaca Passio [kolik]" (21, s. 75). Dioscorides angiver endvidere, at kogt, vandigt udtræk af pileblade eller aske af pilebark kan anvendes i behandlingen af ørepine, gigt- og podagrasmerter, hudsygdomme og ligtorne, ligesom gigtsmerter og ørepine kan behandles med udtræk af poppelblade og -bark (1, 17, 21).

Galen, der regnes blandt lægekunstens og apotekerkunstens berømte fædre, har også kendt og anvendt piletræets blade, bl.a. i forbindelse med behandling af sår (17). Her kan pilens blade eller udtræk heraf måske have været til gavn ved hans behandling af sårede gladiatorer i Roms gladiatorkaserne.

Pilebarkens rolle i middelalderen og frem til vor tid

I middelalderen finder vi ikke megen omtale af piletræet i litteraturen, men piletræets bark og blade blev anvendt i folkemedicinen (22)**.** Pilen nævnes dog af Hildegard af Bingen, abbedisse ved benediktinerklostret Rupertsberg nær Bingen ved Rhinen, og især kendt for sine liturgiske sange. Hildegard levede i 1100-tallet, og hun anses for at være en af de største lægekyndige på sin tid. I sin lægebog »Causae et Curae«, som er oversat af Ladefoged (23), anbefaler hun udtræk af pilebark ved akut feber: »Efter pludselig feber hos en patient tages følgende lægemiddel, for at han kan få det bedre og med færre smerter få det søde svedudbrud. Der tages lidt tørt træ af "ahorn" og to dele tør pil, som ikke må være grøn. Lidt af det skrabes ned i koldt vand … og der tilsættes så meget agermåne som der er pil. Når det indtages, tilberedt sådan, vil det gøre mindre ondt. Dette middel skal tages af den pågældende i de første timer eller dage efter feberens fremkomst, lige til svedudbruddet kommer. Lægemidlet kan anvendes, så længe feberen er kraftig eller næsten til dens afslutning, nemlig femte eller sjette dag …«. Det skal dog påpeges, at Hildegard af Bingen anvender mange forskellige urter mod feber, og det samme er tilfældet, når hun behandler gigtlidelser. Her anbefaler hun poppelarten bævreasp, men mange andre naturprodukter har

ligeledes været anvendt, fx ask, baldrian, ingefær, mynte- og bregnearter og ofte var middelalderens behandling præget af polyfarmaci (24). Det skal erindres, at begrebet gigtlidelser var meget diffust, det inkluderede lidelser i led og knoglesystemet (24).

Henrik Harpestræng, der levede i 1200-tallet, fungerede som kannik ved Roskilde Domkirke og som læge for kong Erik 4. Plovpenning. Han regnes for Nordens første medicinske forfatter. I sin urtebog, »Liber Herbarum«, omtaler Harpestræng pilen i forbindelse med hovedpine (forkølelse, influenza) og skriver: »Thæt hialpær for houæth wærk af hetmæ [hede, varme]. of hænnæ [hende, dvs. pilen) os [afkog] latæs innæn næsæ røuæ [lade i næsen anbringe]« (25).

Christiern Pedersen, der i 1500-tallet arbejdede som kannik ved domkirken i Lund, omtaler i sin lægebog fra 1533 både pil og poppel (26). Om pilen skriver han, »at den som haver svært ve i bugen han skal tage knopperne af palmetræ (raklerne af *Salix*-arter) og rive dem i vin og drikke det særdeles når den ve kommer af megen hede«. Men denne behandling af smerter i bugen står ikke alene, for lægebogen nævner mange andre muligheder som indtagelse af vandige eller vinøse udtræk af forskellige blade og rødder samt frugter som anis, fennikel og kommen. Lægebogen angiver også behandling af podagra med salver af poppelblade udrevet i svinefedt eller plaster af pulveriseret bark af pilens rødder, som er udrevet i rosenolie. I disse lægeråd er vi nærmere en »rationel behandling« end de alternative forslag, som omhandler salver med indhold af ko- eller hundemøg – et tydeligt levn fra tidligere tiders uhumske midler.

Isolering og syntese af salicylater

Det første forsøg på at isolere et aktivt princip fra piletræet fandt sted omkring 1826, da de italienske apotekere Fontana og Brugnatelli isolerede små mængder af glykosidet salicin fra barken af piletræet, *Salix purpurea* (27). Få år senere, i 1833, kunne salicin fremstilles i større mængder til behandling af feber, dvs. i fabriksmæssig skala og tilmed til den halve pris af kinin. Indsatsen skyldtes apotekeren fra Darmstadt, E. Merck, som senere grundlagde den kemiske fabrik E. Merck i Darmstadt (i dag Merck KGaB) (28). Også mjødurten, *Spiræa ulmaria*, blev undersøgt, for dens blade var i folkemedicinen kendt for at have en smertestillende virkning. Den schweiziske farmaceut J.S.F. Pagenstecher isolerede et stof fra bladene, det var salicylaldehyd, forstadiet til salicylsyre (27). Disse pionerarbejder blev skelsættende, for salicylsyre kan fremstilles ud fra såvel pilebarkens salicin som mjødurtens salicylaldehyd, og det var netop, hvad der fandt sted i 1830'erne. Her fremstillede R. Piria i Paris salicylsyre ud fra pilens salicin, og den schweiziske kemiker Lowing opnåede salicylsyre ved oxidation af mjødurtens salicylaldehyd (27).

I 1852 kunne tyskeren B.W. Gerland som den første gennemføre syntesen af salicylsyre, men en mere praktisk syntesemetode for fabrikation blev senere opnået af H. Kolbe fra Marburg Universitet, idet salicylsyren blev dannet ved indvirkning af kuldioxid på natriumfenolat (27, 29, s. 8). Det blev en af Kolbes studenter, Friedrich von Heyden, der gennemførte det store arbejde at oprette den første fabrik til produktion og salg af syntetisk salicylsyre, og salicylsyren fik i 1880'erne sit gennembrud som analgetikum og antipyretikum. Det kostbare antipyretikum kinin kunne nu erstattes med salicylsyre, »fattigfolks kinin«.

Syntesen af acetylsalicylsyre

Den første syntese af acetylsalicylsyre fandt sted i 1853, da den franske kemiker Charles Gerhardt syntetiserede acetylsalicylsyre i uren form ved acetylering af salicylsyre, dvs. ved indvirkning af acetylklorid på natriumsalicylat (17, s. 6). Desværre blev stoffet hengemt på laboratoriet, for Gerhardt kunne ikke forestille sig, at acetylsalicylsyre kunne bruges som et lægemiddel – det var alt for tidligt at tænke i denne bane – for selv dets forløber, salicylsyre, var endnu ukendt som lægemiddel, og Gerhardts store indsats inden for syntesen af acetylsalicylsyre blev længe helt ignoreret (30). Gennembruddet for acetylsalicylsyren skete på den tyske medicinfabrik Friedrich Bayer & Co. Den blev grundlagt i 1863 som en lille farvefabrik i Ruhrområdet, hvor farvekøbmanden Friedrich Bayer og farvemesteren F. Weskott stod ved et komfur med én medarbejder. Efter fire år var der 50 medarbejdere, og herefter tog udviklingen fart. I 1891 blev fabrikken udvidet og oprustet til forskning og produktion af lægemidler (31). Her blev acetylsalicylsyre skabt som lægemiddel under dramatiske omstændigheder, der er blevet betegnet som »Der Aspirin Krimi« (18, 22).

I Bayers synteseafdeling var chefen, Arthur Eichengrün, interesseret i at modificere salicylsyre til et mere tolererbart stof, og den unge farmaceut og kemiker Felix Hoffmann blev sat på opgaven. Hoffmann studerede den kemiske litteratur og blev opmærksom på Gerhardts acetylering af salicylsyre. Det lykkedes Hoffmann at fremstille acetylsalicylsyre i ren form i 1897. Fig. 2 viser Felix Hoffmann. Legenden beretter, at Hoffmann afleverede en prøve til sin gigtplagede far, der oplevede en smertefri nat. Med begejstring overrakte Eichengrün acetylsalicylsyren til firmaets indflydelsesrige farmakolog, professor Heinrich Dreser fra Bonns Universitet. Dreser undersøgte stoffet, og disse undersøgelser menes at være de første dyreeksperimentelle forsøg, der har fundet sted i en medicinfabrik. Fig. 3 viser Dresers farmakologiske laboratorium. Desværre var Dreser nok mere optaget af det nye heroin, der blev anset for at være et harmløst middel, som kunne blive et fortræffeligt hostemiddel, og han mente, at acetylsalicylsyren virkede kardiotoksisk, en virkning som først senere kunne tilbagevises af

Figur 2. Felix Hoffmann, den unge farmaceut og kemiker, der i 1897 syntetiserede acetylsalicylsyre i ren form på den tyske medicinfabrik Friedrich Bayer & Co. (67).

en anden farmakolog. Til alt held opgav Eichengrün ikke ideen om en fremtid for acetylsalicylsyren, han afprøvede stoffet i store daglige doser på sig selv og fandt ingen bivirkninger. Herefter overskred han fuldstændigt sin egen kompetence – uden firmaets vidende sendte han stoffet til nogle læger i Berlin, som herefter kunne afprøve det på deres patienter. Lægernes begejstrede feedback til firmaets ledelse åbnede omgående for den kliniske gennemprøvning. Herefter foretog Dreser en hurtig kovending. Som eneforfatter publicerede han den første meddelelse om acetylsalicylsyren, en farmakologisk afhandling om stoffet, uden at nævne Eichengrüns eller Hoffmanns indsats (32). Dette medførte, at litteraturen ofte fejlagtigt angav Dreser som opfinder af acetylsalicylsyren.

Kliniske undersøgelser af salicylater

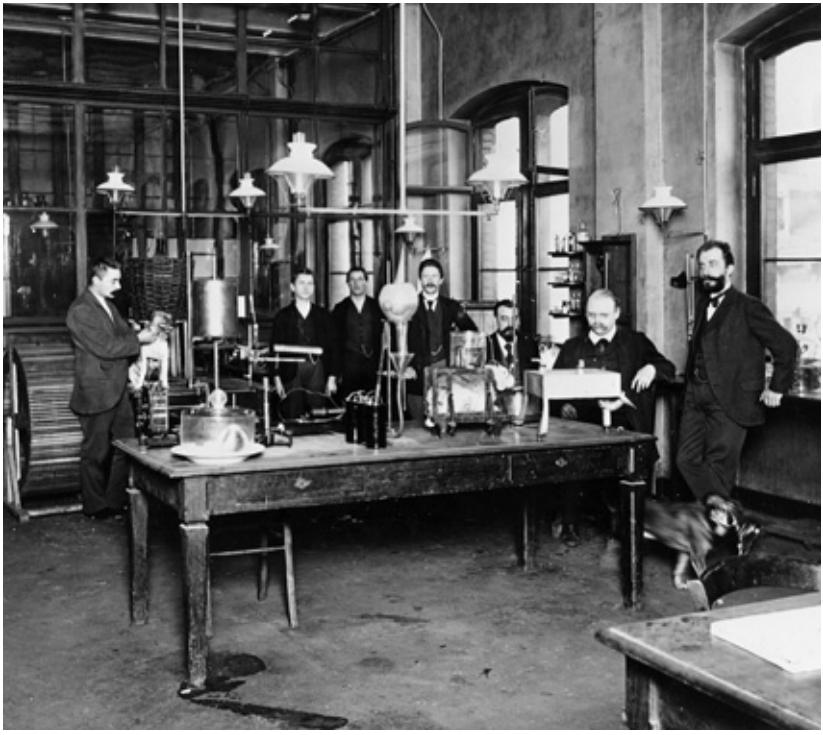
Kliniske undersøgelser af salicylater kan føres tilbage til anden halvdel af 1700-tallet. Her rapporterede Pastor Edward Stone i 1763 i Royal Society i London sine resultater i forbindelse med anvendelsen af pilebarken (33).

Stone havde tørret pilebarken i flere måneder og herefter pulveriseret den. Pulveret blev indtaget som te, eller det blev opslæmmet i vand eller øl og anvendt til behandling af patienter med smerter og feber, specielt den intermitterende feber ved malaria, hvor ca. 1 gram pulver blev givet til malariapatienten hver 4. time mellem anfaldene. I løbet af 5 år behandlede Stone omkring 50 patienter med vellykket resultat, og han konstaterede, at piletræets bark kunne erstatte det kostbare ekstrakt af kinabarken (kinin) i behandling af smerter og feber, og særlig værdifuld var barken ved behandling af malaria.

I året 1876 følger opdagelsen af den antireumatiske effekt af salicin, som beskrives af T. Maclagan i Lancet (34). Her omtaler han en vellykket behandling af patienter med akut reumatisk feber, hvor peroral indgift af salicin, ca. 1 gram hver 3. eller 4. time, resulterede i en dæmpning af både temperatur, ledsvulst og smerter. Der er næppe tvivl om, at han anser denne nye behandling med salicin for at være et helt afgørende gennembrud i den medicinske behandling af reumatisme. Det fremgår med tydelighed af hans indledende opremsning af tidens mange forskellige og tvivlsomme behandlingsmuligheder i forbindelse med reumatisme, som munder ud i: "Of all these different remedies (purgatives, diaphoretics, sedatives, alkalies, alkaline salts, colchicum, aconite, quinine, guaiacum, sulphur, mercury and veratria), not one stands out prominently as that to which we can with confidence look for good results". Det har han utvivlsomt ret i, og her kunne der også tilføjes mange andre tvivlsomme medikamenter og behandlingsmetoder som tvekulsurt natron (natriumbikarbonat), salpeter (kaliumnitrat), brækmidler samt lokale blodudtømmelser eller Bouillauds åreladning, hvor der fjernes godt to liter blod – en behandling som dog blev begrænset til kun at omfatte yngre, kraftige individer med reumatiske lidelser med stærk feber (29).

Den første kliniske beretning om en antipyretisk effekt af salicylsyre foreligger i 1875, hvor C. Buss, i tiltro til en desinficerende virkning, behandler tyfuspatienter med salicylsyre, og her overraskes han over, at behandlingen resulterer i et hurtigt indtrædende fald i den høje temperatur (22). Året efter publicerer S. Stricker og L. Riess i Berlin, uafhængigt af hinanden, deres resultater af den gunstige effekt af salicylsyre ved akut reumatoid artrit (27). Stricker beretter, at der er opnået en udtalt reduktion i både ledsvulst, rødme og ledsmerter hos patienter med leddegigt. I sit resumé erklærer han, at salicylsyre er det mest virksomme stof der findes, og måske kan det betegnes som et radikalt lægemiddel ved akut leddegigt. At behandlingen kunne medføre ubehagelige gastrointestinale bivirkninger, tinnitus og risiko for døvhed blev dog hurtigt erkendt (35).

Efter Bayers fremstilling af acetylsalicylsyre og den omtalte tvist om kardiotoksisk virkning, blev stoffet gennemprøvet af K. Witthauer og J. Wohlgemuth, og i året 1899 kunne begge læger, uafhængigt af hinanden, rapportere om en god effekt af høje daglige doser af acetylsalicylsyre ved



Figur 3. Bayers farmakologiske laboratorium 1897. Chefen, den indflydelsesrige farmakolog, professor, dr.med. Heinrich Dreser, ses som nummer 2 fra højre. I dette laboratorium blev acetylsalicylsyren undersøgt i dyreforsøg (67).

smerter og reumatisk feber (36, 37). Den høje dosering af acetylsalicylsyre viste også en markant effekt ved reumatoid artrit resulterende i nedsat ledhævelse, stivhed og smerter (38). At behandlingen kunne medføre ubehagelige gastrointestinale bivirkninger og ved høje doseringer risiko for øresusen og hørenedsættelse blev efterhånden erkendt, men afgørende var det, at acetylsalicylsyren var mere tolererbar end salicylsyren. Angående de mange kliniske undersøgelser, der fulgte efter Witthauers og Wohlgemuths gennemprøvning af acetylsalicylsyre, skal der her blot henvises til det store og seriøse værk publiceret af Gross & Greenberg, et værk som omfatter både salicin, salicylsyre, natriumsalicylat og acetylsalicylsyre, samt næsten 5.000 referencer (17). Her skal det dog fremhæves, at den første danske disputats over virkningen af salicylsyre ved reumatiske lidelser foreligger i 1878 ved V. Bokkenheuser, der fungerede som reservelæge på Kommunehospitalet under overlæge, dr.med. F. Trier, for senere at virke som kommunelæge i København (29).

Acetylsalicylsyrens sejrsgang

I 1899 blev acetylsalicylsyre markedsført af Friedrich Bayer & Co. som Aspirin, hvor *A* står for acetyleringen af salicylsyre og *spirin* hentyder til *Spiræa ulmaria* (mjødurten), hvorfra salicylsyren kan isoleres. Lægerne blev informeret om det nye febersænkende og smertestillende stof, og nu begyndte »the Aspirin Story«. Et år efter introduktionen i pulverform lanceredes Aspirin som tabletter. Det blev med sine færre bivirkninger et stort fremskridt frem for salicylsyre, og Aspirin blev hurtigt meget populært, og det blev et af de mest solgte lægemidler i verden. Fig. 4 viser Bayers Aspirin pulver og tabletter. Under de talrige influenza-epidemier blev Aspirin betegnet som »Königin der Salicylate«, »Wunderdroge« og »Volksheilmittel«. Succesen gik verden over, og Aspirin blev indregistreret i talrige lande, både i Europa og i USA (31).

Den første egentlige danske medicinfabrik, Løvens Kemiske Fabrik, blev oprettet i 1908 af apotekerne Anton Antons og August Kongsted på

Figur 4. Bayers acetylsalicylsyreprodukter. A. Aspirin pulver. B. Aspirin tabletter, pakning fra ca. 1912 (68).

Løve Apoteket i København. Løvens Kemiske Fabrik markedsførte i 1912 acetylsalicylsyretabletterne Albyl Leo (Fig. 5) som en kopi af Aspirin (39). Som et modtræk mod den stigende konkurrence fra medicinindustrien i 1900-tallet oprustede apotekervæsenet deres mulighed for produktion af lægemidler ved etablering af DAK-Laboratoriet, som skulle udvikle lægemidler, der kunne erstatte medicinske specialiteter, således at de kunne produceres på ethvert apotek. Et af disse kopipræparater blev Magnyl DAK, hvis navn er sammensat af navnene på de to virksomme stoffer i tabletterne: det syreneutraliserende stof *magn*esiumoxid og det smertestillende og febernedsættende stof acetylsalic*yl*syre. Efter nogle år blev tabletterne optaget i Pharmacopoea Danica 1933 under navnet Magnyl, og disse tabletter (Fig. 5) blev fremstillet i stor skala på apotekerne, da tabletmaskinen nu var etableret som et vigtigt redskab i apotekslaboratoriets produktion af lægemidler.

Skønt de tre nævnte præparater, Aspirin, Albyl og Magnyl, opnåede stor udbredelse i form af almindelige tabletter med 500 mg acetylsalicylsyre pr. tablet, skete der yderligere produktudvikling, som resulterede i formuleringer som brusetabletter, enterotabletter og depottabletter. Brusetabletter til opløsning i vand giver maksimal serumkoncentration efter kortere tid end almindelige tabletter, og de dyspeptiske gener er mindre. Enterotabletter er forsynet med et overtræk, der bevirker, at tabletterne først opløses, når de kommer ud i tarmen, og fra depottabletter sker frigørelsen af det virksomme stof også med forsinkelse. Disse tablettyper giver derfor mindre dyspepsi, men den maksimale virkning indtræder også senere. Også kombinationspræparater af acetylsalicylsyre + andre analgetika blev meget populære: fx Kodimagnyl (med kodeinfosfat) og Codyl, Gelonida, Kodifen mfl. (med både kodeinfosfat og fenacetin). Da brugen af fenacetin ophørte i 1983, forøgede man indholdet af acetylsalicylsyre i de pågældende præparater. I dag er sortimentet af svage analgetika med acetylsalicylsyre begrænset til præparaterne Aspirin, Magnyl og Idotyl samt Kodimagnyl (med kodeinfosfat) og Treo (med coffein).

Antitrombotisk effekt af acetylsalicylsyre

I 1940'erne forelå der nogle undersøgelser af K.P. Link og C.D. Govan, som antydede, at indgift af natriumsalicylat og acetylsalicylsyre kunne nedsætte protrombinaktiviteten og således virke som et svagt antikoagulantium (40, 41). Det skal dog bemærkes, at der i de humane undersøgelser, som omfattede pædiatriske patienter, kun kunne påvises en abnormal forlængelse i protrombintiden hos ¼ del af patienterne (41). Andre undersøgelser kunne ikke bekræfte disse fund, og de synes da også kun at finde sted ved meget høje doseringer (17). P.C. Gibson var i 1948 den første, der foreslog, at vaskulære sygdomme som koronartrombose kunne behandles med salicyl-

Figur 5. Ældre forbrugerpakninger af to danske acetylsalicylsyrepræparater: Albyl Leo tabletter og Magnyl tabletter. Albyl Leo var i handelen i årene 1912-1999. Magnyl tabletter er efter apoteksproduktionens ophør fortsat på markedet, men fremstilles nu i industrielt regi og forhandles under navnene Magnyl »DAK« og Magnyl »SAD«. (Dansk Farmacihistorisk Fond, foto: Carsten Andersen).

syre og acetylsalicylsyre, og han rapporterede om gunstigt resultat opnået hos fire patienter (42, 43). I Californien observerede den praktiserende øre-næse-hals-læge Lawrence L. Craven, at tonsillektomerede patienter blødte mere, når de fik acetylsalicylsyre. Dette førte til tanken om en præventiv virkning ved koronartrombose, en tanke som blev støttet af hans antagelse af større hyppighed af slagtilfælde hos mænd end hos kvinder, hvilket han mente kunne forklares ved at kvinder var mere tilbøjelige til hyppig benyttelse af acetylsalicylsyre. For at forebygge myokardieinfarkt behandlede Craven sine ældre mandlige patienter med acetylsalicylsyre, og han beretter, at ingen af hans 400 patienter udviklede myokardieinfarkt under den toårige forsøgsperiode (44, 45).

Senere undersøgelser over acetylsalicylsyrens antitrombotiske effekt viste meget overraskende, at en præventiv virkning ved koronartrombose kunne opnås ved en lav dosering af acetylsalicylsyre (Hjertemagnyl). Den lave dosering var i modstrid med den ovenfor omtalte antagelse, at acetylsalicylsyrens antitrombotiske effekt skyldtes en nedsættelse af protrombinaktiviteten, hvilket som nævnt krævede en høj dosering. En anden virkningsmekanisme måtte derfor være af afgørende betydning. I 1968 fokuserede H.J. Weiss og J.R. O'Brien på trombocytaktiveringen, som de fandt blev hæmmet af acetylsalicylsyre, og det stod dem klart, at en hæmning af trombocytfunktionen kunne være af terapeutisk betydning ved trombedannelsen og dennes forebyggelse (46, 47). Dette førte til erkendelsen af at acetylsalicylsyre er et trombocytfunktionshæmmende middel. Hjertemagnyl til tromboseprofylakse findes i dag som tabletter a 75 mg og 150 mg acetylsalicylsyre; den daglige vedligeholdelsesdosis er 75 mg.

Acetylsalicylsyrens virkningsmekanismer

Gennembruddet i forståelsen af virkningsmekanismen startede med John Vanes' publikation i Nature i 1971, hvor forskergruppen fandt, at acetylsalicylsyre hæmmede prostaglandinsyntesen via en hæmning af enzymet cyclooxygenase (COX) (48). Senere forskning skulle vise, at denne hæmning af cyclooxygenase resulterede i en nedsat produktion af forskellige prostaglandiner samt endvidere af tromboxan A2. Tromboxan A2 syntetiseres især i trombocytterne og frigøres herfra under aktiveringen, hvor det udløser trombocytaggregation og vasokonstriktion (49). Tromboxanet er således af afgørende betydning for trombogenesen. Acetylsalicylsyrens evne til at hæmme tromboxandannelsen kunne forklare dets antitrombotiske virkning, en virkning som endog blev opnået i lav dosering.

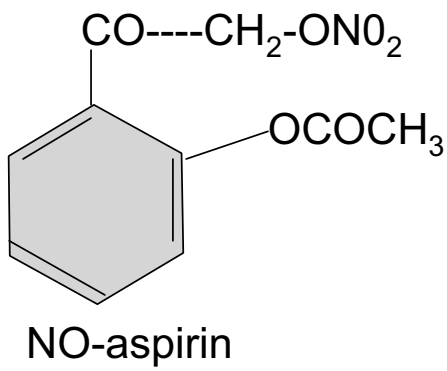
Acetylsalicylsyrens antipyretiske, antiinflammatoriske og smertestillende effekt kan til dels forklares ved dets hæmning af prostaglandinproduktionen, men nyere undersøgelser peger på at acetylsalicylsyre også kan

stimulere dannelsen af visse lipoxygenaseprodukter som lipoxiner. Her er 15-epi-lipoxin A4 af særlig interesse, idet dette lipoxin viser sig at være en potent antiinflammatorisk mediator. Det er muligt, at stabile lipoxinanaloger kan medvirke til nye behandlingsmuligheder af inflammatoriske sygdomme (50, 51).

Opdagelsen af at enzymet cyclooxygenase findes i to isomere former satte skub i udviklingen. Det blev klarlagt at den ene form, COX-1, er aktiv under fysiologiske forhold, mens den anden form, COX-2, aktiveres under patofysiologiske forhold med inflammeret væv. Acetylsalicylsyre hæmmer begge enzymer ved acetylering, men er mest aktivt mod COX-1, og inhiberingen her er årsag til acetylsalicylsyrens antitrombotiske virkning. Uheldigvis kan denne inhibering af cyclooxygenase COX-1 også medføre en reduktion i dannelsen af mucosabeskyttende prostaglandiner af E-serien (52, 53). Hos følsomme individer eller ved større eller hyppig dosering af acetylsalicylsyre kan dette resultere i gastrointestinale bivirkninger med blødninger fra ventrikelslimhinden og forværring af ulcus hos ulcerative patienter. Dette forhold gav anledning til udvikling af forskellige nonsteroide antiinflammatoriske midler (NSAID) (54). Hensigten var, at opnå selektive hæmmere, dvs COX-2-inhibitorer, som kun i ringe grad påvirkede COX-1-enzymet. NSAID skulle ligesom acetylsalicylsyre anvendes som smertestillende, antiinflammatoriske og antireumatiske midler, men med mindre risiko for omtalte gastrointestinale bivirkninger. En frugtbar udvikling har fundet sted, men kardiale bivirkninger som myokardieinfarkt er set som et nyt fænomen hos visse af disse nye stoffer (55).

Nitrogenoxid-frigørende aspirin

I modsætning til de øvrige NSAID hæmmer acetylsalicylsyre trombocytternes aggregationsevne irreversibelt. Denne enestående antitrombotiske effekt skyldes en acetylering af COX-1, som resulterer i en irreversibel hæmning af enzymet, og hermed af dets dannelse af tromboxan A2 (52). For at bevare denne egenskab, men samtidigt minimere risikoen for mucosal beskadigelse har man eksperimenteret med »nitrogenoxid-frigørende aspirin« (NO-aspirin). Disse stoffer spaltes i organismen til acetylsalicylsyre og et kompleks, som frigør gassen nitrogenoxid (NO) (56). Fig. 6 viser et eksempel på et NO-aspirin, hvor $–ONO_2$ (nitroxy) gruppen er den egentlige NO-donor. Nitrogenoxid øger ventrikelslimhindens modstandskraft mod beskadigelser og fremmer restitutionen ved forskellige processer, som inkluderer en øget mikrocirkulation i slimhinden, øget mukøs sekretion, påvirkning af inflammatoriske celler og en stimulering af sårhelingen (57). Humane og dyreeksperimentelle forsøg har vist, at NO-aspirin i modsætning til acetylsalicylsyre er uden slimhindebeskadigende effekt, og at NO-aspirin sammen med acetylsalicylsyre forhindrer dennes slimhindebeskadigende



Figur 6. Nitrogenoxid-frigørende aspirin, NO-aspirin. Acetylsalicylsyrens syregruppe er substitueret og sidekædens komponent -CH_2-ONO_2 er den NO-frigørende gruppe, som frigør gassen NO, der øger ventrikelslimhindens modstandskraft mod beskadigelser (56, 57).

effekt hos sunde individer (58, 59). Der spekuleres også på muligheden af en bedre effekt af NO-aspirin i forhold til acetylsalicylsyre ved iskæmiske kardiovaskulære sygdomme (58).

Aspekter ved colonlidelser

Her skal der erindres om sulfasalazin (Salazopyrin), der sandsynligvis er det første »designer drug« i medicinens historie (60). Sulfasalazin blev omkring 1940 kreeret til behandling af infektiøs artrit af professor Nanna Svartz i samarbejde med medicinalfirmaet Pharmacia. Sulfasalazin består af sulfapyridin koblet til 5-aminosalicylsyre. Her skulle sulfapyridinkomponenten (et sulfonamid) virke antiinfektiøst og en antiinflammatorisk effekt skulle opnås med aminosalicylsyre. Under det kliniske arbejde på Karolinska Instituttet undersøgte Svartz effekten af behandling af reumatoid artrit med sulfasalazin og fandt, at det også havde effekt ved colitis ulcerosa (61).

Et andet aspekt ved colonlidelser er risikoen for udvikling af colontumorer. Undersøgelser synes at pege på muligheden af, at denne risiko måske kan nedsættes ved dosering af acetylsalicylsyre givet over flere år (62). Teorien har været, at acetylsalicylsyre hæmmer COX-2-aktiviteten, som er abnormt forhøjet i cancercellerne, hvor forhøjet aktivitet fremmer celleproliferationen (63, 64). Forholdet synes dog at være mere kompliceret, og der fokuseres også på andre potentielle patogene faktorer som fx transskriptionsfaktorer og nitrogenoxid-syntase (NOS-2) (65). Muligheden af en anvendelse af NO-aspirin undersøges, og det er opmuntrende, at der her er opnået en præventiv effekt ved eksperimentel coloncancer i dyremodeller, og i kulturer af cancerceller viser NO-aspirin en mere udtalt inhiberende effekt end acetylsalicylsyre (66).

Afslutning

Historien om acetylsalicylsyren viser, at vi her står over for et lægemiddel, som stadig er særdeles aktuelt. Dets popularitet aftog ganske vist ved fremkomsten af paracetamol og ibuprofen, men herefter fik acetylsalicylsyre sin renæssance som antitrombotisk middel til forebyggelse af akut myokardieinfarkt og andre kardiovaskulære sygdomme. Det skal bemærkes at den kliniske interesse for acetylsalicylsyrens kulturhistoriske "forfædre", dvs. barken fra pil og poppel, salicin samt salicylsyre nu er så ringe at der ikke foreligger tilstrækkelige undersøgelser over deres virkningsmekanismer. Den manglende acetyleringsevne antyder at i det mindste nogle af mekanismerne må være forskellige fra acetylsalicylsyrens virkningsmekanismer.

Professor Dr. Marianne Petersen-Braun, Bayer HealthCare, Bayer Vital-Pharma, Köln og Michael Frings, Bayer Business Services GmbH, Leverkusen, Tyskland takkes for assistance i forbindelse med litteratur og fotografier.

Litteratur

1. Rainsford KD. Aspirin and the salicylates. London: Butterworths, 1984.
2. Kammerer B, Kahlich R, Biegert C et al. HPLC-MS/MS analysis of willow bark extracts contained in pharmaceutical preparations. Phytochem Anal 2005; 16 (6):470-8.
3. Schmid B, Lüdtke R, Selbmann HK et al. Effectiveness and tolerance of standardized willow bark extract in arthrosis patients. Randomized, placebo controlled double-blind study. Z Rheumatol 2000; 59 (5): 314-20.
4. Chrubasik S, Künzel O, Model A et al. Treatment of low back pain with a herbal or synthetic anti-rheumatic: a randomized controlled study. Willow bark extract for low back pain. Rheumatology 2001; 40: 1388-93.
5. Gagnier JJ, van Tulder MW, Berman B et al. Herbal medicine for low back pain: a Cochrane review. Spine 2007; 32 (1): 82-92.
6. Biegert C, Wagner I, Lüdtke R et al. Efficacy and safety of willow bark extract in the treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: Results of 2 randomized double-blind controlled trials. J Rheumatol 2004; 31: 2121-30.
7. Von Kruedener S, Schneider W, Elstner EF. A combination of Populus tremula, Solidago virgaurea and Fraxinus excelsior as an anti-inflammatory and antirheumatic drug. A short review. Arzneimittelforschung 1995; 45 (2):169-71.
8. Klein-Galczinsky C. Pharmacological and clinical effectiveness of a fixed phytogenic combination trembling poplar (Populus tremula), true goldenrod (Solidago virgaurea) and ash (Fraxinus excelsior) in mild to moderate rheumatic complaints. Wien Med Wochenschr 1999; 149 (8-10): 248-53.
9. Gundermann KJ, Müller J. Phytodolor-effects and efficacy of a herbal medicine. Wien Med Wochenschr 2007; 157 (13-14): 343-7.
10. Schmid B, Kötter I, Heide L. Pharmacokinetics of salicin after oral administration of a standardised willow bark extract. Eur J Clin Pharmacol 2001; 57: 387-91.
11. Nahrstedt A, Schmidt M, Jäggi R et al. Willow bark extract: The contribution of polyphenols to the overall effect. Wien Med Wochenschr 2007; 157 (13-14): 348-51.
12. Lévesque H, Lafont O. Aspirin throughout the ages: a historical review. Rev Med Interne 2000; 21 (Suppl. 1): 8s-17s.
13. Norn S, Kruse PR, Kruse E. Opiumsvalmuen og morfin gennem tiderne. Dansk Medicinhistorisk Årbog 2005; 33:171-84.
14. Mann J. Murder, magic, and medicine. Oxford: Oxford University Press, 2000.
15. Norn S, Kruse PR. Hjerteglykosider: Fra oldtiden over Witherings digitalis til endogene glykosider. Dansk Medicinhistorisk Årbog 2004; 32: 119-32.
16. Germer R. Flora des pharaonischen

Ägypten. Mainz am Rhein: Verlag Philipp von Zabern, 1985.
17. Gross M, Greenberg LA. The salicylates, a critical bibliographic review. New Haven: Hillhouse Press, 1948.
18. Mueller RL, Scheidt S. History of drugs for thrombotic disease, discovery, development, and directions for the future. Circulation 1994; 89: 432-49.
19. Sabatowski R, Schäfer D, Kasper SM et al. Pain treatment: A historical overview. Curr Pharm Design 2004; 10: 701-16.
20. Vane JR, Botting RM. Aspirin and other salicylates. London: Chapman & Hall Medical, 1992.
21. Gunther RT. The Greek herbal of Dioscorides. J Goodyer (trans). NY: Hafner Publishing Co., 1959.
22. Kaiser H. Von der Pflanze zur Chemie – die Frühgeschichte der »Rheumamittel«. Z Rheumatol 2008; 67: 252-62.
23. Ladefoged J. Hildegards Lægebog »Causae et Curae«. København: Rhodos, 1997.
24. Müller I. Die pflanzlichen Heilmittel bei Hildegard von Bingen. Salzburg: Otto Müller Verlag, 1982.
25. Kristensen M. Harpestræng. Gamle danske urtebøger, stenbøger og kogebøger. København: H.H. Thieles Bogtrykkeri, 1908-20.
26. Hauberg P. Christiern Pedersens lægebog, Malmø 1533 (facsimile). København: Levin & Munksgaard, 1933.
27. Hedner T, Everts B. The early clinical history of salicylates in rheumatology and pain. Clin Rheumatol 1998; 17: 17-25.
28. Löw C. Die chemische Fabrik, E. Merck (Jubiläumsbroschüre).Merck, Darmstadt, 1952.
29. Bokkenheuser V. Om salicylsyrens indvirkning paa den akute ledderevmatisme, en klinisk undersøgelse. Afhandling for doktorgraden i medicinen. København: Rudolph Kleins Boghandel, 1878.
30. Lévesque H, Lafont O. Aspirin throughout the ages: a historical review. Rev Hist Pharm (Paris) 2007; 55 (354): 209-16.
31. Lund-Jensen C. Portræt af Bayer. Industrifarmaceuten 1986; 8: 375-81.
32. Dreser H. Pharmakologisches über Aspirin (Acetylsalicylsäure). Pflügers Arch 1899; 76: 306-18.
33. Stone E. An account of the success of the bark of the willow in the cure of agues. In a letter to the right honourable George Earl of Macclesfield, president of R. S. from the rev. Mr. Edmund Stone. Philos Trans R Soc Lond 1763; 53: 195-200.
34. Maclagan T. The treatment of acute rheumatism by salicin. Lancet 1876; 1: 342-3.
35. H.R.S. (letter). Salicylic acid in acute rheumatism. In: Duffey GF. Periscope. Dublin J Med Sci 1876; 52: 395-6.
36. Witthauer K. Aspirin, ein neues Salicylpräparat. Die Heilkunde 1899; 3: 396-8.
37. Wohlgemuth J. Ueber Aspirin (Acetylsalicylsäure). Therap Monatshefte 1899; 3: 276-8.
38. Goodwin JS, Goodwin JM. Failure to recognize efficacious treatments: A history of salicylate therapy in rheumatoid arthritis. Perspectiv Biol Med 1981; 31: 78-92.
39. Kruse PR, Møller N. Apotekervæsenets historie i Danmark. København:

Danmarks Apotekerforening, 2001.
40. Link KP, Overman RS, Sullivan WR et al. Studies on hemorrhagic sweet clover disease. J Biol Chem 1943; 147: 463-73.
41. Govan CD. The effect of salicylate administration on the prothrombin time. J Pediatr 1946; 29: 629-36.
42. Gibson PC. Salicylic acid for coronary thrombosis? Lancet 1948; 1: 965.
43. Gibson PC. Aspirin in the treatment of vascular diseases. Lancet 1949; 2: 1172-4.
44. Craven LL. Acetylsalicylic acid, possible preventive of coronary thrombosis. Ann West Med Surg 1950; 4: 95-9.
45. Craven LL. Prevention of coronary and cerebral thrombosis. Miss Valley Med J 1956; 78: 213-5.
46. Weiss HJ, Aledort LM, Kochwa S. The effect of salicylates on the hemostatic properties of platelets in man. J Clin Invest 1968; 47: 2169-80.
47. O'Brien JR. Effects of salicylates on human platelets. Lancet 1968; 1: 779-83.
48. Vane JR. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. Nat New Biol 1971; 231 (25): 232-5.
49. Katzung BG. Basic & Clinical Pharmacology, Seventh Edition. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1998.
50. Parkinson JF. Lipoxin and synthetic lipoxin analogs: an overview of anti-inflammatory functions and new concepts in immunomodulation. Inflamm Allergy Drug Targets 2006; 5 (2): 91-106.
51. Serhan CN. Lipoxins and aspirin-triggered 15-epi-lipoxins are the first lipid mediators of endogenous anti-inflammation and resolution. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2005; 73 (3-4): 141-62.
52. Kalgutkar AS, Crews BC, Rowlinson SW et al. Aspirin-like molecules that covalently inactivate cyclooxygenase-2. Science 1998; 280: 1268-70.
53. Kampmann JP, Brøsen K, Nielsen-Kudsk F et al. Basal og klinisk farmakologi. København: Foreningen af danske lægestuderendes forlag, 1999.
54. Crofford LJ, Lipsky PE, Brooks P et at. Basic biology and clinical application of specific cyclooxygenase-2 inhibitors. Arthritis Rheum 2000; 43 (1): 4-13.
55. Fosbøl EL, Gislason GH, Jacobsen S et al. Risk of myocardial infarction and death associated with the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) among healthy individuals: a nationwide cohort study. Clin Pharmacol Ther 2009; 85 (2): 190-7.
56. Kashfi K, Rigas B. The mechanism of action of nitric oxide-donating aspirin. Biochem Biophys Res Commun 2007; 358: 1096-101.
57. Wallace JL, Miller MJS. Nitric oxide in mucosal defence: a little goes a long way. Gastroenterology 2000; 119: 512-20.
58. Fiorucci S, Mencarelli A, Meneguzzi A et al. Co-administration of nitric oxide-aspirin (NCX-4016) and aspirin prevents platelet and monocyte activation and protects against gastric damage induced by aspirin in humans. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 635-41.
59. Wallace JL, McKnight W, Del Soldato P. Anti-thrombotic effects of a nitric oxide-releasing, gastric-sparing as-

pirin derivative. J Clin Invest 1995; 96: 2711-8.
60. Moshkovska T, Mayberry JF. Duration of treatment with 5-aminosalicylic acid compounds. World J Gastroenterol 2007; 13 (32): 4310-5.
61. Svartz N. Salazopyrin, a new sulphanilamide preparation. A.Therapeutic results in rheumatic polyarthritis. B. Therapeutic results in ulcerative colitis. C. Toxic manifestations in treatment with sulphanilamide preparations. Acta Med Scand 1942; 110: 577-98.
62. Chan AT, Giovannucci EL, Meyerhardt JA et al. Aspirin dose and duration of use and risk of colorectal cancer in men. Gastroenterology 2008; 134: 21-8.
63. Featherstone C. Aspirin for bowel cancer: an old friend finds a new role. Lancet 1997; 350: 418.
64. Harris RE, Beebe-Donk J, Alshafie GA. Similar reductions in the risk of human colon cancer by selective and nonselective cyclooxygenase-2 (COX-2) inhibitors. BMC Cancer 2008; 8: 237-43.
65. Rigas B, Kashfi K. Nitric-oxide-donating NSAIDs as agents for cancer prevention. Trends Mol Med 2004; 10 (7): 324-30.
66. Rigas B. Novel agents for cancer prevention based on nitric oxide. Biochem Soc Trans 2007; 35 (5): 1364-8.
67. Bayer: 100 Jahre Acetylsalicylsäure, die unvergleichliche Karriere des Wirkstoffs von Aspirin.
68. 100 Jahre Pharmakologie bei Bayer 1890-1990. Leverkusen: Bayer AG, 1990.

Summary

From willow bark to acetylsalicylic acid

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

Acetylsalicylic acid is one of the most widely used drugs in the world. Its ancestry the salicylates, including salicin and salicylic acid, are found in the bark and leaves of the willow and poplar trees.

The ancient Sumerians and Egyptians, as well as Hippocrates, Celsus, Pliny the Elder, Dioscorides and Galen used these natural products as remedies for pain, fever and inflammation. In the Middle Ages these remedies were used for fever and rheumatism by Hildegard of Bingen and Henrik Harpestreng. The first "clinical trial" was reported by Edward Stone in 1763 with a successful treatment of malarial fever with the willow bark. In 1876 the antirheumatic effect of salicin was described by T. MacLagan, and that of salicylic acid by S. Stricker and L. Riess. Acetylsalicylic acid was synthesized by Charles Gerhardt in 1853 and in 1897 by Felix Hoffmann in the Bayer Company. The beneficial effect of acetylsalicylic acid (Aspirin) on pain and rheumatic fever was recognized by K. Witthauer and J. Wohlgemuth, and the mechanism of action was explained in 1971 by John Vane. Today the antithrombotic effect of acetylsalicylic acid and new aspects of ongoing research demonstrates a still living drug.

Brugen af hudtransplantation ved behandling af brandsår 1870-1960

Af Sidsel Hald Rahlf

Indtil 1870 havde man i Danmark ingen reelle behandlingstilbud til brandsårspatienter. Kendskabet til helingsprocessen og forbrændingernes indvirkning på kroppen var ukendte. Man dækkede forbrændingsfladerne med æggeolie eller fedtsalver og håbede derefter på spontan opheling. Da dette var før man kendte til bakterier og udviklingen af betændelse, var mortaliteten høj selv for små brandsår. Dette ændrede sig dog i 1869, hvor en scweitzisk læge ved navn Jacques-Louis Reverdin (1842-1929) præsenterede en ny behandlingsmetode for det kirurgiske selskab i Paris [1]. Han kaldte metoden for hudpodning. Ved denne metode blev små stykker overhud løsnet fra patienten selv og anbragt på såret. Hudlapperne voksede sig fast i såret, hvor de dannede små hudøer og skabte grundlaget for helingen. Reverdins metode blev dog i første omgang modtaget med nogen skepsis. Mange læger mente, at Reverdin blot havde observeret en tilfældig dannelse af hudøer i såret, der ikke kunne tilskrives hans transplantationer. Men interessen for hudpodning var dog skabt. Det skulle sidenhen vise sig, at Reverdins hudpodning dannede grundlaget for udviklingen af brandsårsbehandlingen, som vi kender den i dag [2].

Brandsår

Vores hud består af tre lag, overhud (epidermis), læderhud (dermis) og underhud (subcutis). I overhuden findes tre forskellige celletyper: keratinocytter, melanocytter og Langerhans celler. Keratinocytterne er epithelceller, der danner den mekaniske beskyttelse af kroppen som huden udgør. Melanocytterne danner pigment i huden. Pigment beskytter os mod solens skadelige stråler. Langerhans celler er en del af immunforsvaret. Melanocytterne og Langerhans celler ligger spredt i overhuden, mens keratinocytter udgør tre lag: Et inderste lag kaldet stratum basale, der består af et enkelt lag keratinocytter. Disse basalceller udgør hudens stamcellepopulation. De deler sig kontinuerligt og forsyner huden med nye celler. Det næste lag kaldes stratum spinosum og består af flere lag kerationocytter, såkaldte spinocellulære celler. Disse celler deler sig ikke. Yderst findes stratum corneum. I dette lag er cellernes indre, cytoplasma, erstattet med keratin

(hornstof). Disse celler har ingen kerne. Keratinet gør cellerne tørre og skællignende. En celle passerer i gennem alle tre lag før den til sidst bliver afstødt [3 s. 19].

Læderhuden inddeles i to lag: en øverste stratum papillare og en nederste stratum reticulare. Læderhuden er opbygget af celler, fibre og grundsubstans. Cellerne udgøres blandt andet af fibroblaster, der danner kollagen. De kollagene fibre giver huden styrke. Foruden kollagene fibre består læderhuden også af elastiske fibre, der trods styrken sørger for at huden kan give efter for tryk og træk [4].

I huden findes desuden hårfollikler, svedkirtler og smertereceptorer. Hårfollikler og svedkirtler er beklædt med keratinocytter, hvorfor en heling af huden kan udgå fra disse om end helingsprocessen vil vare længere end ved heling fra stratum basale. Smertereceptorerne reagerer på mekaniske skader, varme (temperatur over 45°C) og kemiske substanser (toksiner) frigivet ved beskadigelse af huden [5]. Dette er med til at beskytte huden mod potentiel skade.

Når et sår opstår starter der straks en helingsproces. I første omgang strømmer der blod til såret, hvor det størkner for at danne den første midlertidige lukning af såret. Samtidig vil den første bølge af celler, der skal hjælpe til i helingen, blive transporteret til sårområdet af blodet. Herefter kan helingsprocessen opdeles i 3 stadier: I det første stadie, kaldet inflammationsstadiet, øges blodforsyningen til sårområdet, hvorved leukocytter transporteres til skaden. Disse celler forbereder såret ved at fjerne beskadiget væv og forhindrer mikroorganismer i at kolonisere sig. Derefter følger proliferationsfasen, hvor blodkar begynder at vokse ind i sårområdet. Disse nye blodkar transporterer fibroblaster med, som danner et fibrøst væv til dække af såret. Samtidig stimuleres basalceller til vækst i siderne af såret og i dybden. Dermed er såret endeligt lukket, og den sidste fase, remodelleringsfasen, kan begynde. I denne fase remodelleres det fibrøse væv, der dækker skaden til det definitive arvæv. Denne proces kan tage flere måneder, efter såret er lukket [7]. Arvævet vil aldrig blive lige så stærkt som almindelig hud, men ved stræk og belastning vil styrken øges, da de kollagene fibre der udgør arvævet, vil placere sig parallelt i strækretningen [8]. Man kan altså ikke forvente, at det forbrændte område bliver lige så stærkt som den intakte hud, men man kan dog trods alt øge styrken ved tidlig mobilisering af patienten.

Ved brandsår afgøres helingsprocessen af graden af brandsåret. Ved en første grads forbrænding er det kun celler i en del af overhuden der er ødelagt. Stratum basale er stadig intakt. Der ses rødmen af huden og patienten har stærke smerter. Da basalcellelaget er intakt, heler brandsåret spontant ved helingsprocessen beskrevet ovenfor.

Ved en anden grads forbrænding vil der ses hævelse af det forbrændte område og væskefyldte blærer. Anden grads forbrænding opdeles i overfladiske og dybe forbrændinger. Ved den overfladiske er cellerne i overhuden

og en del af cellerne i stratum papillare i læderhuden ødelagt. Ved den dybe forbrænding er hele overhuden og en varierende grad af læderhuden destrueret. Hårsækkene og svedkirtler er stadig intakte. Derfor kan en anden grads forbrænding også hele op spontant. Ved den overfladiske forbrænding sker helingen fra keratinocytter i det delvist destruerede stratum papillare og i mindre grad fra hårfollikler og svedkirtler. Da dermis kun er skadet i mindre grad, vil resultatet blive tilfredsstillende både på et funktionelt og kosmetisk plan, hvorfor kirurgi ikke er nødvendig. Ved den dybe andem grads forbrænding sker helingen derimod især fra hårfolliklerne og svedkirtlerne. Da dette er en langsommelig proces, og da resultatet ikke bliver særligt tilfredsstillende, er kirurgi nødvendigt. Man kan ikke umiddelbart adskille den overfladiske anden grads forbrænding fra den dybe. Man bliver nødt til at vente 14 dage, hvorefter den overfladiske forbrænding vil være helet spontant, mens den dybe forbrænding kræver operation for at hele.

Ved en tredje grads forbrænding vil celler helt ned i underhuden være ødelagt. Der vil ses en skorpe uden blærer og såret er smertefrit, da smertereceptorerne er ødelagte. Da forbrændingen når under svedkirtler og hårfollikel niveau, kan brandsåret ikke hele spontant, da alle regenerative celler er ødelagt. Såret kan altså kun hele op fra siderne. Men keratinocytter kan kun migrere 15-20 mm. Det vil sige, at brandsår over 40 mm i diameter kun kan hele op ved skrumpning af arret [6].

Der er dog andre bekymringer i den akutte fase ved en forbrænding end helingsprocessen. De to yderste lag, stratum spinosum og stratum corneum danner en membran, der beskytter kroppen mod invaderende mikroorganismer og væsketab. Når dette lag destrueres ved forbrænding, vil der fordampe op til 20 liter væske i døgnet, mod normalt 1,5-2 liter. Derfor er der stor risiko for, at en brandsårspatient vil blive dehydreret ved større forbrændinger. Ved større forbrændinger vil der desuden ske en systemisk påvirkning af kroppen. Karvæggene lækker vand, proteiner og elektrolytter. Dette kan medføre, at brandsårspatienten går i brandsårs-chok. Desuden er der en øget risiko for infektion. En infektion kan omdanne et overfladisk brandsår til et dybt brandsår [6]. Både infektion, dehydrering og chok er livsfarlige tilstande for patienten, hvorfor det er vigtigt at opretholde en god hygiejne omkring en brandsårspatient og sørge for kontinuerlig væsketilførsel til kroppen.

Alle disse mekanismer kendte lægerne ikke til i 1870, men de vidste godt, at sår over en vis størrelse ville skrumpe, og at den nydannede hud ikke var lige så stærk som intakt hud. Det havde de observeret. Derfor var forventningerne store til hudpodning, da lægerne var overbeviste om, at disse forhold ville forbedres med den nye metode. Det viste sig dog hurtigt, at det ikke var så ligetil. Og lige præcis disse to egenskaber ved huden vil det vise sig, har stor indflydelse på udviklingen af brandsårsbehandlingen.

Hudtransplantation

Reverdins nye opdagelse skulle dog ikke kun komme til at spille en afgørende rolle i udviklingen af brandsårsbehandling. Hudpodning kom også til at danne grundlag for hele immunologien. Hudtransplantation kan udføres med hud fra patienten selv (autograft), med hud fra en anden tilhørende den samme art (allograft) eller fra en helt anden art (xenograft). I dag ved vi, at kroppen vil afstøde fremmed væv,medmindre der gives immunsupprimerende behandling på grund af genetiske forskelle mellem donorvæv og vært. Dette vidste man intet om i 1870, da immunsystemet endnu ikke var kendt. Derfor mente lægerne, at allograft måtte være lige så godt som autograft [1]. Og da forbrændingsfladerne ofte var så store, at hud fra patienten selv ikke kunne dække hele området, blev hud fra andre patienter og amputerede benstumper brugt i lige så høj grad som fra patienten selv. Der var sågar flere læger, der rapporterede om succesfulde transplantationer med allograft. Efterhånden som flere hudpodninger blev forsøgt, måtte lægerne dog indrømme, at allograft transplantationerne altid gik til grunde. Flere læger begyndte at interessere sig for dette problem, mens der dog også var læger, der mente det var spild af tid, da "the goal [of survival of foreign grafts] was impossible to attain" [9]. Især den engelske zoolog Peter Medawar (1915-1987) blev berømt for sit arbejde med vævsafstødelse ved allograft. Under anden verdenskrig arbejdede han sammen med kirurgen Thomas Gibson (1915-1993). De to læger brugte normalt kun autografts ved brandsårsbehandlingen, men en enkelt patient var forbrændt på så store områder, at allograft transplantation var en nødvendighed. Det fremmede væv blev afstødt som forventet, men da de transplanterede endnu engang med hud fra samme donor, viste det sig, at vævet blev afstødt hurtigere anden gang end første gang. Dette fik de to læger til at konkludere, at den hurtige afstødelse af vævet anden gang måtte skyldes, at patientens krop var blevet immuniseret fra den første transplantation. I 1943 publicerede Medawar og Gibson deres hypotese i the Journal of Anatomy, hvilket blev startskuddet til en forståelse for immunologien og transplantationens muligheder. I 1960 modtog Peter Medawar Nobel-prisen for dette arbejde [10].

Alt dette havde lægerne nok ikke fantasi til at forestille sig, da Reverdin offentliggjorde sine resultater for det kirurgiske selskab i Paris. Men de var meget begejstrede for udsigten til en behandlingsmulighed for patienter med sår, der ikke ville hele. Derfor kastede de danske læger sig ivrigt over Reverdins nye metode.

Hudtransplantationens begyndelse 1870-1914

I Ugeskrift for Læger den 7. januar 1871 kunne man i en redaktionel artikel læse om Reverdins nye behandlingsmetode til at afhjælpe helingen af store sår. Redaktøren berettede om flere vellykkede udenlandske resultater med metoden og opfordrede til sidst i artiklen danske læger til at offentliggøre deres erfaringer med hudpodning [2].

To læger tog opfordringen op. Oscar Paolo Samuel Storch (1833-1896), der var ansat ved København Amts sygehus, og Harald Aron Peter Philipsen (1839-1892), der arbejdede ved 1. afdeling på Københavns Kommunehospital, skrev begge en artikel til Ugeskrift for Læger med deres erfaringer [1]. Ingen af sygehistorierne i de to artikler omhandlede dog forbrændingsskader. Men dette skyldes nok, at hverken Storchs eller Philipsens afdelinger behandlede forbrændinger. For i årsberetningen fra Københavns Kommunehospitals 5. afdeling kan man læse, at hudpodning var blevet brugt til behandling af brandsårspatienter ved dybe forbrændinger med gode resultater [1]. Til trods for at Storch ikke selv forsøgte sig på brandsårspatienter, reflekterede han dog i sin artikel over potentialet i hudpodningens brug ved forbrændinger. Han mente at hudpodning ville være fremragende til blandt andet forbrændinger af fingre og ansigt, hvor den ville forhindre skrumpning af arret, og man ville undgå den vansiring et normalt brandsår forårsager. "Man vil i saa Tilfælde ikke nøjes med at benytte den til hist og her i et Saar at skabe nye Midtpunkter, hvorfra Ardannelsen kan gaa ud, for at bringe et Saar til at lukke sig ved Hjælp af Arvæv, men man vil søge at bringe et Saar til Heling ved at dække det med naturlig Hud, og man vil altsaa gøre Hudpodningen til, hvad den utvivlsomt fortjener at være, en plastisk Metode" [11]. Foruden at hudpodningen naturligvis var til stor glæde for patienterne, så Storch også fordelen for hospitalerne. Behandlingen nedsatte patienternes indlæggelsestid, hvorved de optog mindre plads på afdelingerne, desuden mindskede de arbejdsbyrden for lægerne og plejepersonalet [12].

I sin artikel forklarede Storch fremgangsmåden således: Lægen løsnede en lille hudlap med en saks eller en skarp kniv og anbragte lappen på sårfladen med en pincet. Sårfladen skulle i forvejen være renset for alt pus. Hudlappen kunne enten anbringes hel eller klippes i mindre stykker først. Foruden overhuden måtte lappen godt bestå af et overfladisk lag af læderhuden. For at fastholde hudlappen, dækkede lægen denne med flere lag lærredslapper, der blev fastholdt med hæfteplaster [12]. Allerede på dette tidlige tidspunkt havde Storch fjernet sig en smule fra den oprindelige metode, da hudlapperne ifølge Reverdin kun måtte bestå af overhud.

Danske læger var altså hurtige til at tage Reverdins nye metode til sig og afprøvede den flittigt på egne afdelinger. Men på sigt var resultaterne dog noget skuffende. Storchs optimistiske forudsigelser viste sig ikke helt at holde stik. Selvom Reverdins metode helede såret hurtigere end spontan

Figur 1. Oscar Paolo Samuel Storch (anden række nummer tre fra venstre). Oscar Storch (1833-1896) var en af de første læger i Danmark der gjorde sig erfaringer med Jacques-Louis Reverdins (1842-1929) nye hudpodningsmetode til behandling af sår. Han var desuden en af foregangsmændene til at simplificere de noget besværlige udenlandske metoder, så det var lettere for de danske læger at anvende metoderne i dagligdagen. Billedet er venligst udlånt fra Medicinsk Museion.

heling, og i nogle tilfælde helede sår, der ikke ville lukkes af sig selv, kunne skrumpning af arret ikke undgås, og arret viste sig ikke mere holdbart end ved den naturlige sårheling. Metoden var desuden besværlig, og i flere tilfælde lykkedes transplantationen slet ikke, da hudlapperne gik til grunde [13].

De skuffende resultater fik dog ikke lægeverdenen til helt at opgive hudpodning. I stedet afprøvede man forskellige modificerede metoder. Omkring 1886 indførte man i Danmark Thierschs metode, da den viste sig, at være den bedst anvendelige.

Carl Thiersch (1822-1895) var en tysk læge, der videreudviklede Reverdins metode. Transplantatet skulle nu bestå af både overhud og læderhud. Desuden skulle hele såret dækkes med hud i stedet for små hudøer som ved Reverdins metode. Såret blev først rengjort med en kniv, hvorefter den blødning, rensningen forårsagede, skulle standses. Lægen afskrællede derpå hudlapperne, skyllede dem rene for blod og placerede dem dernæst i en kogsaltopløsning til desinficering. Efterfølgende skulle de renses for hår og klippes lige i randene, inden de blev placeret på såret, hvor lapperne absolut ikke måtte dække hinanden. Hele operationen foregik i narkose.

Forbindingen af såret måtte ikke vædes i desinficerende midler, da Thiersch var overbevist om, at lapperne ikke tålte dette, hvorfor der ofte sås vækst af bakterier. Dette fik tit hudplapperne til at gå til grunde med efterfølgende ny hudpodning. Denne fremgangsmåde viste sig dog alt for besværlig til at blive almindelig praksis i Danmark. Derfor simplificerede Storch metoden. Han lod såret rense sig selv med et "karbolvandomslag" i 6-10 dage, hvorved han undgik blødningerne. Hudlapperne blev skrællet af med en kniv og derefter straks placeret på såret. Storch var ikke så nøje med om lappernes rande dækker hinanden. Erfaringerne viste, at hudlapperne udmærket voksede til alligevel. Forbindingen blev vædet i karbolvand, så man undgik bakterievækst. Desuden betød Storchs simplificerede metode, at narkose ikke var nødvendigt."Narkose anvendes ikke. Selve Granulationerne lades jo helt urørte, og Afskæringen af Hudlapperne er efter Erfaringen her paa Sygeafdelingen ikke synderligt smertefuld. Dens Resultat svarer til en overfladisk Hudafskrabning, og Smerten ved en saadan have vi alle taalt uden at kny. Operationen kan dog ikke helt jævnføres hermed; thi den er forberedt, og Forberedelserne ere som bekendt de værste. Men vore Patienter taale den uden stærke Smertesytringer, selv saadanne Patienter, hvis Alkoholisme gjør dem hysterisk modstandssvage lige overfor Smerte." [14].

Til trods for den simplificerede metode, var resultaterne med Thierschs lapper dog heller ikke på sigt tilfredsstillende. Selv om skrumpning af arret ikke var så udtalt som ved Reverdins metode, var den dog stadig betydelig. Det kosmetiske resultat blev ikke særlig pænt, og arret var stadig ikke lige så stærkt og elastisk som normal hud [13]. Lægerne stod altså overfor en metode, der nok havde givet dem en mulighed for at hjælpe patienter med brandsårskader, som de ikke før havde haft mulighed for at hjælpe, men der var stadigvæk brug for forbedringer. Tragisk nok kom Første Verdenskrig til at spille en stor rolle for den videre udvikling.

Første Verdenskrig 1914-1918

Under Første Verdenskrig forårsagede brugen af flammekastere at forbrændinger blev en hyppig krigsskade [15]. Dette bevirkede, at England og Frankrig oprettede specielle brandsårsafdelinger [16]. De sårede soldater blev i første omgang transporteret til hospitaler nær ved fronten, de såkaldte "Casualty Clearing Stations" [17]. På disse hospitaler modtog patienterne den akutte behandling, før de blev transporteret videre til specialafdelingerne [18]. Grunden til at denne visitation til brandsårsafdelingerne kunne lade sig gøre, skyldtes introduktionen af motoriserede ambulancer i den britiske hær i oktober 1914. Hvor transporten af sårede før foregik med heste, kunne man nu let og skånsomt transportere patienterne til hurtig behandling på specialafdelingerne [17].

Da soldaterne kæmpede i dårligt vejr og vådt føre, var betændelse i sårene en stor udfordring for kirurgerne [19]. Det viste sig hurtigt umuligt at holde sårene sterile med de antiseptiske midler, der blev brugt før krigen [17]. Det var derfor nødvendigt at finde andre metoder. Lægerne forsøgte sig derfor med forskellige antiseptiske midler, før valget faldt på paraffinsalven "ambrine" [16]. Paraffin var dog ikke en nyopdagelse gjort af de krigsførende landes læger. En fransk læge havde allerede forsøgt sig med paraffinbehandling af brandsårskader under bokseropstanden i Kina i 1900 med gode resultater. Men det var først under krigen, hvor man søgte nye antiseptika, at de europæiske læger blev opmærksomme på salven [15]. Med introduktionen af "ambrine", var det den almindelige opfattelse, at hudpodning ikke længere var nødvendigt [20].

Det ser altså ud til, at de dårlige resultater med hudpodning før krigen og de store udfordringer med antiseptiske midler under krigen fører til, at hudtransplantation opgives til fordel for salvebehandlingen.

Salvebehandling tager over 1914-1945

Det lader til, at Danmark efter Første Verdenskrig fulgte trop og opgav hudpodning til fordel for salvebehandling. Men det er svært at afgøre, hvad der præcist har været årsagen til skiftet. Lægerne var i denne periode ikke særligt flittige til at offentliggøre deres erfaringer med brandsårsbehandling. Noget tyder dog på, at det har været en kombination af de allierede landes erfaring under Første Verdenskrig og en naturlig udvikling med den forbedrede hygiejne ved sårbehandling, der blev introduceret samtidig med Reverdins hudpodning.

I 1867 offentliggjorde Joseph Lister (1827-1912) i The Lancet en artikelserie om hans banebrydende arbejde med antiseptisk behandling af sår. Ved at dække såret med et stykke linned vædet i karbolsyre, blev der med blodet dannet en kompakt skorpe, hvorved karbolsyrens antiseptiske evne beskyttede såret mod skadelige partikler fra luften. Desuden havde syren en lokalbedøvende virkning, så forpinte patienter blev smertefri [21].

Listers nye metode blev, som Reverdins, modtaget med stor skepsis i udlandet. Den var besværlig at bruge. Og da karbolsyre allerede var kendt som antiseptisk behandling, kunne de fleste læger ikke se det revolutionerende i Listers arbejde. Men også her var danske læger foregangsmænd. Professor i kirurgi, Mathias Hieronymus Saxtorph (1822-1900) var i 1870 på studietur til Glasgow, hvor han fik mulighed for at studere og anvende Listers antiseptiske metode [22]. Saxtorph var begejstret for Listers arbejde og indførte straks de antiseptiske principper, da han vendte tilbage til Danmark. Et år senere sendte han et brev til Lister, hvori han forklarede den store betydning det havde haft for sårbehandlingen på hans kirurgiske afdeling. Dette brev offentliggjorde Lister i The Lancet som bevis på,

at hvis lægerne lærte metoden ordentligt, ville enhver kirurg opnå lige så gode resultater, som Lister på dette tidspunkt havde fremvist i tre år på sin afdeling [23]. Ifølge Lister selv, var det Saxtorphs fortjeneste, at hans metode spredte sig til andre kirurgiske afdelinger rundt omkring i Europa [22].

Til trods for at Listers antiseptiske metode blev udbredt på de danske hospitaler samtidig med Reverdins hudpodning, blev antiseptikken dog ikke anset for brugbar ved brandsårsbehandling. "Aarsagen hertil har vistnok for de fleste været, at Saarene var saa smertefulde for mekanisk Berøring og for kemiske Antiseptica, for en Del, at man ansaa det for haabløst i Længden at holde disse saar rene." [24 s. 99]. Desuden viste det sig, da man endelig forsøgte sig med karbolsyre, at denne blev optaget i kroppen og gav svære forgiftninger. Dette så man især ved brandsårspatienter, hvis sårflader havde en stor resorptionskapacitet.

I 1919 blev Arne Henri Kissmeyer (1889-1939) i Paris opmærksom på "ambrine". Han tog noget af ambrinesalven med hjem til forsøg på Finsens Medicinske Lysinstitut med henblik på at lave en dansk analog. Det gjorde han af flere årsager: "dels var Ambrinen jo til en vis Grad et Arkanum, hvis nøjagtige Sammensætning ikke kendtes, hvad der altid er ubehageligt at arbejde med, dels kunde jeg ønske at forbedre enkelte af dets Egenskaber, og endeligt vilde det jo altid være en Fordel at faa fremstillet et dansk Præparat."[15]. Det lykkedes Kissmeyer at få lavet et dansk produkt, som han kaldte "parasan". Til forskel fra andre produkter man forsøgte at fremstille i samtiden, havde hverken parasan eller ambrine en sårhelende virkning. Salvens egenskaber var udelukkende at beskytte såret, så den naturlige heling fik optimale betingelser [15]. Under narkose blev sårene renset og desinficeret med æther. Parasanen blev smeltet over et vandbad ved 52°C og derefter direkte penslet på såret. Salven blev herefter dækket med vat. På vattet smurte lægen lidt mere parasan, som blev dækket med endnu et lag vat. Til sidst blev såret forbundet. Forbindingen blev skiftet, når vattet var gennemvædet, hvilket ofte var dagligt, og da patienten ikke længere befandt sig i narkose, var det temmelig smertefuldt at få det flydende parasan smurt direkte på en blottet sårflade [16]. Mens nogle læger mente, parasan ikke var en særlig anvendelig behandlingsmetode ved brandsår på grund af disse smertefulde forbindingsskifte, mente andre læger, at den var at foretrække, da patienten kun havde smerter i det øjeblik, hvor parasanen blev smurt på, men ellers var helt smertefrie.

De læger der mente, at det var for smertefuldt at anvende parasan, forsøgte sig derfor med lapissalve. Brandsåret blev dækket med en lapissalveforbinding, og forbindingen blev skiftet to gange dagligt. Efter 2-3 døgn rensede lægen såret med omslag af klorkalkvand. Når såret var rent, ordinerede lægen lapisomslag, og efterhånden som såret lægte, blev den nye hud dækket med zinkpasta [25]. I "Lærebog i Kirurgi" fra 1920 meddelte forfatteren, at ved denne behandling var det kun i meget svære tilfælde af

tredje grads forbrændinger, hvor transplantation efter Thierschs metode var nødvendigt Desuden mente lægerne, at man med salvebehandlingen havde fundet den rette metode til at forhindre skrumpning af arret [24 s. 100-101].

De danske læger havde altså allerede inden Første Verdenskrig forsøgt sig med en steril behandling af sår. Det virker dog sandsynligt, at det har været udlandets erfaringer fra krigen, der gjorde, at antiseptikken blev introduceret i behandlingen af brandsår.

Til trods for de forskellige behandlinger opnåede alle lægerne dog det samme resultat: At eliminere en hyppig dødsårsag, nemlig betændelse i såret. Men der var dog stadig mange brandsårspatienter, der døde pludseligt – også efter en tilsyneladende ubetydelig forbrænding. Den almindelige opfattelse under krigen var, at dette skyldtes udviklingen af det, lægerne kaldte chok. Der blev derfor nedsat en engelsk chokkomité til at undersøge årsagen til chok og en eventuel behandling. Komitéen kom frem til, at tilstanden skyldtes en udvidelse af kapillærerne, som derfor blev stærkt permeable. Man nåede dog ikke frem til en tilfredsstillende behandling under krigen [26].

I efterkrigsårene arbejdede man videre på at finde årsagen til chok og en eventuel behandlingsmulighed. Chokvirkningen mente man nu var neurogen, mens giftstoffer dannet i det forbrændte væv nåede blodbanen gennem kapillærerne og forårsagede toxæmi. I 1925 udviklede Edward Clark Davidson (1894-1933) garvesyrebehandlingen, som man mente kunne binde giftstofferne og derved forhindre toxæmien. Patienten blev bragt i ethernarkose, og alle sår blev grundigt renset, inden garvesyren blev sprøjtet på. Man lagde patienten i seng, og sengen blev overdækket med et lagen. I det næste døgn blev garvesyren sprøjtet på brandsåret hver halve time, hvorefter skorpen skulle have lov til at tørre. Da patienten ved indlæggelsen havde været udsat for forbrændingen i nogle timer og derfor allerede havde optaget giftstoffer i kroppen, gav man patienten pituitrin to gange dagligt i de første par dage. Dette skulle forhindre kapillærdilatation og dermed frigivelsen af giftstoffer til kroppen. Desuden blev der givet rigeligt væske for at skylle giftstofferne ud af kroppen. Efter 10-15 dage ville skorpen blive afstødt efterladende normal hud [26]. Behandlingen blev en stor succes og var den foretrukne behandlingsmetode ved forbrændinger frem til Anden Verdenskrig [27]. Under krigen blev nye erfaringer igen årsagen til endnu en ændring i behandlingen af brandsår.

Anden Verdenskrig 1939-1945

Under Anden Verdenskrig sås der flere brandsårsskader end i nogen anden krig før denne. Især brugen af benzindrevne maskiner, såsom fly, skibe og tanks førte til de mange forbrændinger. Der blev desuden udviklet specielle

Figur 2. Kirurgisk afdeling på Rudolph Bergs Hospital fra 1886. Rudolph Bergs Hospital i København var et af de hospitaler i hovedstaden der behandlede brandsårspatienter. Frem til 1959 blev forbrændinger i Danmark anset som et dermatologisk problem, hvorfor patienterne blev behandlet på disse afdelinger. Kun i tilfælde af at hudtransplantation blev nødvendig, blev de overført til en kirurgisk afdeling. Dette ændrede sig i 1959, da behandlingen af brandsårspatienter i hovedstaden blev samlet på den kirurgiske afdeling på Kommunehospitalet. I 1961 oprettede man på samme hospital den første brandsårsafdeling. I England, hvor de to verdenskrige gav lægerne væsentligt mere erfaring i behandlingen af forbrændinger, blev de første brandsårsafdelinger allerede oprettet efter Første Verdenskrig. Billedet er venligst udlånt fra Medicinsk Museion.

brandbomber, hvis formål var at sætte ild til målet mere end at ødelægge det. De mange brandsårspatienter gjorde, at der også i denne krig blev oprettet specielle centre til behandling af brandsår. På disse hospitaler fik lægerne stor erfaring med behandling af forbrændinger [28]. Den før krigen så udbredte metode med garvesyre viste sig at have flere ulemper. Sårene helede langsommere end ved andre metoder, og der sås udtalt skrumpning af arret, der især på ekstremiteterne førte til invaliditet. I de fleste tilfælde sås der desuden dybe infektioner under garvesyrens skorpe. Da det viste sig, at behandlingen med garvesyre kunne føre til svære leverskader, blev metoden forbudt i de allierede hære [29].

Salvebehandlingen blev derfor igen erstattet med hudtransplantationer, da man mente, at tidlig heling ville forhindre den invaliderende skrumpning af arret. Man forberedte forbrændingsfladen til transplantation ved

hjælp af saltbade introduceret af Sir Archibald McIndoe (1900-1960) [28]. Patienten blev anbragt 1-2 gange dagligt i et badekar fyldt med en steril kogsaltopløsning, hvor skorper og vævsstykker løsnede sig. Imellem badene forbandt man brandsåret med steril vaselingaze. I løbet af 1-2 uger ville det forbrændte område være klar til transplantation [30]. Desuden mente lægerne at have fundet en behandling af chok. Man vidste nu, at chok skyldtes dehydrering som følge af det store væsketab fra forbrændingsfladen. Dette blev forhindret ved infusion af plasma [28].

Hudtransplantation vender tilbage 1945-1960

De danske læger havde ikke mulighed for at gøre sig de samme erfaringer, som de krigsførende lande gjorde under krigen, da Danmark ikke i samme omfang var berørt af krigshandlingerne [31]. Men interessen for de udenlandske resultater var stadig stor. Der var således flere danske læger, der tog til England i efterkrigsårene for at følge kirurgernes arbejde med brandsårsbehandlinger. Resultaterne må have været overbevisende, for i 1948 var hudtransplantation igen den primære behandling af forbrændinger herhjemme. Men det var ikke muligt for de danske læger blot at kopiere de udenlandske metoder. England fortsatte efter krigen med at behandle brandsårspatienter på store specialafdelinger, hvor forberedelsen til transplantation stadig foregik i åbne saltbade. Denne metode krævede meget plejepersonale og var derfor ikke mulig at gennemføre på de danske hospitaler, hvor patienterne endnu blev behandlet på dermatologiske afdelinger og overflyttet til en kirurgisk afdeling i tilfælde af, at hudtransplantation var nødvendig [32].

I stedet benyttede man sig mange steder af den halvåbne forbindingsmetode. Sårene blev penslet med et desinficerende stof og efterfølgende dækket med sterilt vaselingaze, og fikseret med en elastisk forbinding, som man lod urørt i 8-14 dage. Sårene rensede derved sig selv, og efter et forbindingsskifte med chloramin eller saltvand ville såret være klar til transplantation. Fordelene ved den åbne behandlingsmetode var, at patienterne, når de kom ned i badekarrene, var smertefrie og kunne bevæge alle led. De danske patienter lå i 8-14 dage med fikserede led, hvorfor kontraktur af arret ikke kunne forhindres [30]. Lægerne måtte altså gå på kompromis, da ressourcerne var begrænsede. Men efter 3-4 uger var brandsårene klar til transplantation. Transplantaterne var nu mellemtykke "Thiersch-Ollier lapper" bestående af overhud og en del af læderhuden. Disse var ideelle til transplantationer omkring led, da skrumpning af ar i nogen omfang kunne undgås. Til ansigt, hals og hænder brugte man fuldhudslapper bestående af overhud og læderhud i hele sin udstrækning, da det gav et meget flot kosmetisk resultat [27]. Det var således ikke kun forberedelsen til transplantation, man havde forbedret siden indførelsen af Reverdins

metode, men også tykkelsen af lapperne, der blev brugt til transplantation, var videreudviklet.

Andre steder var forberedelsen til transplantation med forbindinger dog helt forladt. "Ingen forbinding blev anlagt ud fra den erfaring, at bind ofte fremkalder necroser ved tryk på den sensible corium og epithelialiseringen fra sved- og talgkirtler derved kompromiteres" [33]. Patienten blev i stedet anbragt på en stue med høj luftfugtighed uden forbindinger, men med en salve på de forbrændte partier.Først benyttedes en salve af penicillin og derefter af zink. Behandlingen var god til opheling af anden grads forbrændinger og som forberedelse til transplantation ved tredje grads forbrændinger [33].

Udviklingen inden for behandlingen af forbrændinger og det faktum, at lægerne på de forskellige danske sygehuse brugte forskellige metoder, gjorde, at lægerne efterhånden begyndte at efterspørge en centralisering af brandsårsbehandlingen på kirurgiske afdelinger med specialuddannet personale [34].

I 1956 sammenlignede Grete Olsen (f. 1912) i Ugeskrift for Læger behandlingen af forbrændinger på danske sygehuse med de tilsvarende på engelske sygehuse. I Danmark opfattede lægerne forbrændinger som et dermatologisk problem, hvorfor brandsårspatienter i København blev indlagt på dermatologiske afdelinger. Herfra blev de senere overflyttet til kirurgiske afdelinger, hvis transplantation blev nødvendig. På den dermatologiske afdeling behandlede lægerne patienten med salver og hyppige forbindingsskift, og der gik ofte op til flere uger, før patienten blev overflyttet. Desuden brugte kirurgerne alt for tykke transplantater. På de specielle brandsårsafdelinger i England viste erfaringerne, at der skulle transplanteres tidligt, og at transplantaterne skulle være tynde for at opnå et godt resultat. På grund af de dårlige behandlingsresultater man havde i Danmark, mente Grete Olsen, at det var nødvendigt med oprettelse af specielle plastiskkirurgiske afdelinger på landets sygehuse, hvis behandlingen af forbrændinger skulle forbedres [32].

Brandsårsbehandling efter 1960

Tre år efter Grete Olsens artikel samlede man behandlingen af brandsårspatienter på den kirurgiske afdeling på Kommunehospitalet i København. Og i 1961 oprettede man på samme hospital en speciel brandsårsafdeling. Afdelingen modtog alle brandsårspatienter fra Københavns kommune og alle de svære tilfælde fra resten af landet. Ved indlæggelsen vaskede man patienten i 10 minutter uden bedøvelse med et antiseptisk middel. Derefter lagde man patienten i en seng med forbrændingsfladerne blottet og sterile lagner. Temperaturen på afdelingen blev holdt mellem 25-28° C og luftfugtigheden på 30-40 %. Forbrændingerne lod man herefter urørte

i 14 dage. På dette tidspunkt ville overfladiske forbrændinger være helet spontant, mens dybe forbrændinger stadig ville være dækket med en skorpe. Disse blev fjernet under bedøvelse ved vask med et antiseptisk middel i 10 minutter, og efterfølgende foretog man hudtransplantationen. Det transplanterede væv lod man være udækket. Efter 12-14 dage ville transplantationen være helet, og patienten kunne i de fleste tilfælde udskrives. Patienter med en estimeret forbrændingsareal (EAB = Estimated Area Burned) på 15 % krævede antichok behandling de første 48 timer i form af saltvandsinfusion. Desuden gav man forebyggende penicillinbehandling og human gammaglobulin (antistoffer). Et fald i patientens blodprocent blev nu behandlet med blodtransfusion og aldrig blot med plasma [35].

Det skal kort nævnes, at centralt i udviklingen af brandsårsbehandlingen i de efterfølgende år stod professor, dr.med. Bent Sørensen (f. 1924), som i perioden 1976-1990 var overlæge ved Afsnit for Plastikkirurgi og Brandsårbehandling på Hvidovre Hospital.

Diskussion og konklusion

Som det ses af gennemgangen er udviklingen i behandlingen af brandsårsskader i Danmark delt ind i tre tidsperioder. Fra 1870 og frem til Første Verdenskrig forsøger man sig med hudpodninger. Fra 1916 og frem til Anden Verdenskrig er salveforbindinger den primære behandlingsmetode, mens hudtransplantation igen bliver behandlingsformen herhjemme efter 1945.

Det vakte stor begejstring i lægestanden, da man i 1870 for første gang øjnede en mulighed for aktivt at behandle brandsår. De første beretninger fra de danske læger var da også fulde af optimisme for fremtiden. Desværre viste virkeligheden sig at være en lidt anden. Arrene blev ikke stærkere af hudpodning, og skrumpning viste sig lige så udtalt som ved den spontane opheling. Man indså derfor nødvendigheden i at videreudvikle behandlingsmetoderne. Det kan umiddelbart vække forundring, at man helt forlod hudtransplantation til fordel for salvebehandlingen i mellemkrigsårene. Men det skyldes sandsynligvis, at det har været nødvendigt at udvikle en bedre antiseptisk behandling, før hudtransplantation igen gav tilfredsstillende resultater. Da salvebehandling stort set gav lige så gode resultater på længere sigt som hudpodning, har lægerne formentlig ikke anset det for nødvendigt at forsøge sig med den besværlige behandling, som hudpodning stadigvæk var. Da garvesyrebehandlingen mentes at kunne eliminere den anden store årsag til pludselig død ved forbrænding, nemlig chok, har lægerne anset salvebehandling for den bedst anvendelige metode. Dette ændrede sig under den næste verdenskrig, hvor bivirkningerne ved garvesyre viste sig at være alt for store. Man så sig derfor om efter en anden behandlingsmetode. Med den forbedrede antiseptiske metode, der efterhånden var udviklet, vandt hudtransplantation igen terræn. Salvebehandlingen har altså ikke

været en metode i mangel af bedre, men en vigtig faktor i udviklingen af brandsårsbehandlingen.

Kendetegnende for hele udviklingen i Danmark har været inspirationen fra udlandet. Hudpodningens indførsel i Danmark er inspireret først af Reverdin fra Paris og senere af Thiersch fra Tyskland. Da salvebehandling afløser hudpodning, virker det sandsynligt, at det er en kombination af indførelsen af Listers antiseptiske metoder og de krigsførende landes erfaringer fra Første Verdenskrig. Og da de allierede lande under Anden Verdenskrig opdager, at garvesyre kan give svære leverskader, genindføres nye og forbedrede hudtransplantationsmetoder. Få år efter krigen følger Danmark trop. Især de to verdenskrige må siges at have haft indflydelse på udviklingen af brandsårsbehandlingen, både i Danmark og i udlandet. De allierede lande havde et stort antal brandsårspatienter og gjorde sig talrige erfaringer, man ikke havde mulighed for i Danmark. Allerede fra Første Verdenskrig oprettede England specielle brandsårsafdelinger, mens Danmark helt frem til 1961 behandlede brandsårspatienter på først dermatologiske og senere kirurgiske afdelinger [32]. I København har der fra 1884-1904 været 1019 tilfælde af forbrændinger, fra 1916-1935 1574 brandsårspatienter og fra 1938-1948 2201 forbrændingstilfælde [36]. Man må formode, at antallet af brandsår ikke har været større på provinshospitalerne end i København. Dertil skal lægges, at disse tal dækker alle typer af forbrændinger, der er blevet behandlet på hospitaler i København. Når man tager i betragtning, at der fra 1962-1966, hvor Kommunehospitalet modtog samtlige brandsårspatienter fra København og alle svære tilfælde fra resten af landet, kun blev foretaget hudtransplantation på 495 patienter ud af 1326 indlagte [37], må det formodes, at en stor del af brandsårstilfældene i perioden fra 1884-1948 heller ikke har krævet behandling med hudtransplantation. Med det lille patientgrundlag, der således karakteriserer hele perioden, har der sandsynligvis været ringe basis for eksperimentielt at udvikle nye behandlingsmetoder i Danmark.

Ikke desto mindre har de danske læger i høj grad sat deres præg på udviklingen. Lægerne har således igennem hele perioden været hurtige til at afprøve nye behandlingsmetoder udviklet i udlandet, og de har været næsten lige så hurtige til at tilpasse metoderne til danske forhold. Oscar Storch var hurtig til at gøre både Reverdins og Thierschs metoder lettere. Kissmeyer fik lavet et dansk produkt af "ambrine" og flere danske læger valgte at opgive behandlingen igen, da den viste sig meget smertefuld for patienterne. Da hudtransplantation genindførtes, fandt lægerne på metoder til at erstatte den ressourcekrævende åbne behandling. Forskellene i hospitalsstrukturen i Danmark og udlandet har medført, at de danske læger ikke har haft kapacitet til blot at kopiere de udenlandske metoder. Således har danske læger alligevel sat deres præg på udviklingen af brandsårsbehandlingen i Danmark fra 1870-1960.

Litteratur

1. Petersen NC. Den frie hudtransplantations indførelse i Danmark. Ugeskr Læger 1970;132:2327-31
2. Trier, F. Hudpodning, en ny fremgangsmaade til at paaskynde helingen af store saaflader. Ugeskr Læger 1871;3.R.XI:1-9
3. Weismann K, Petersen CS et al. Dermatologi og venerologi – lærebogen, 4. udgave. FADLs forlag 2005:19-23
4. Geneser F. Histologi på molekylærbiologisk grundlag, 1. udgave. Forlaget Munksgaard 1999: 459-478
5. Geneser F. Histologi på molekylærbiologisk grundlag, 1. udgave. Forlaget Munksgaard 1999: 341-390
6. Alsbjørn B. Forbrændinger. Kirurgisk kompendium, 2. udgave. København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busck 2003:252-59
7. Shakespeare P. Burn wound healing and skin substitutes. Burns 2001; 27: 517-522
8. Fenger C, Baandrup U, Clausen PP et al. Almen patologi – teori og praksis, 2. udgave. FADLs forlag 2007: 231-239
9. Tilney NL. Transplant – from myth to reality. New Haven, Conn: Yale University Press 2003:1-35
10. George JF, Pinderski LJ. Peter Medawar and the science of transplantation: a parable. J Heart Lung Transplant 2001;20:927
11. Storch O. Iagtagelser over hudpodning. Ugeskr Læger 1871;3.R.XI:184-93
12. Storch O. Iagtagelser over hudpodning. Ugeskr Læger 1871;3.R.XI:168-78
13. Schaldemose V. Om den operative behandling af defekter i hud og knogler. Forelæsninger i almindelig kirurgi: 3 prøveforelæsninger. København 1906
14. Zahrtmann MK. Dagligdags kirurgi. – Thierschs hudpodning. Hospitalstidende 1896;4.R.IV:937-42
15. Kissmeyer A. Forsøg med paraffinagtige stoffer i hudterapien. Ugeskr Læger 1921;83:475-479
16. McDougal C. Behandling af forbrændinger med parasan og pituitrin. Ugeskr Læger 1927;89:59-60
17. Meisen V. Britisk kirurgi ved fronten. Ugeskr Læger 1917;79:1341-42
18. Svindt. Lidt krigskirurgi.Ugeskr Læger 1918;80:1243-45
19. Meisen V. Britisk kirurgi ved fronten. Ugeskr Læger 1917;79:1407-1408
20. Wakeley CPG. Skingrafting in the treatment of war burns. Lancet 1918;191:736-37
21. Lister J. New method of treating compound fracture, abscess, etc. Lancet 1867;89:326-29
22. Gotfredsen E. Det 19.-20. århundrede. Medicinens historie, 2. udgave. København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busck 1964:502-8
23. Lister J. Further evidence regarding the effects of the antiseptic system of treatment upon the salubrity of a surgical hospital. Lancet 1870;96:287-89
24. Rovsing T. Thermiske Læsioner. Lærebog i kirurgi. København: MP Madsens boghandel 1920:97-103

25. Jersild O. Om behandling af forbrændinger. Praktisk lægegerning og social medicin 1935:13;181-94
26. Wollesen JM. Behandling af forbrændinger med garvesyre. Ugeskr Læger 1930;92:478-91
27. Gammeltoft A, Zahco A. Transplantation af 3die grads forbrændinger. Ugeskr Læger 1948;110:653-62
28. Sheehan JE. Burns as war wounds. Am J Surg 1943;61:331-38
29. Spørgsmål og svar. Om garvesyrebehandling af forbrændinger. Ugeskr Læger 1952;114:189
30. Behandlingen af forbrændinger. Ugeskr Læger 1948;110:680-81
31. Bertelsen A. Forbrændingsfølger og deres behandling. Ugeskr Læger 1948;110:669-72
32. Olsen G. Forbrændinger og plastik kirurgiske fremtidsproblemer. Ugeskr Læger 1956;118:1177-1181
33. Tønnesen H. Om den åbne behandling af forbrændinger. Ugeskr Læger 1952;114:708-11
34. Spotoft J. Forbrændinger. Ugeskr Læger 1948;110:662-69
35. Sørensen B, Thomsen M. The burns unit in Copenhagen. I. Principles of treatment. Scand J Plast Reconstr Surg 1968;2:3-7
36. Sørensen B, Thomsen M. The burns unit in Copenhagen II. Material and results, 1962-1966. Scand J Plast Reconstr Surg 1968;2:8-15
37. Sørensen B, Thomsen M. The burns unit in Copenhagen. III. Treatment and mortality. Scand J Plast Reconstr Surg 1968;2:16-23

Summary

The use of skin grafting for the treatment of burn wounds in Denmark 1870-1960

Beginning around 1879 the efforts to develop methods for treating burn wounds were fuelled by necessity. Before this time no specifik treatment existed. Following the revolutionary work by the Swiss doctor Jacques-Louis Reverdin in 1869, the first skin graft was performed in Denmark in 1870. Skin grafts were used to treat burn wounds until World War I but due to poor results, the method was abandoned for ointment treatments. Tannic acid was one of the substances used as ointment in this period. During World War II, however, tannic acid treatment was linked to liver damage due to absorption from the wound. At the same time, the many burn injuries of World War II brought about new advances in skin grafting methods, which again became the principle treatment for burn injuries. Up to 1959 patients with burn wounds were treated in dermatological wards at Danish hospitals, but the efforts were then gathered at the surgical ward of the Kommunehospitalet in Copenhagen. In 1961 a burns ward opened at the same hospital, treating all burn injuries from Copenhagen, as well as serious cases from the whole country.

Aspekter af psyke – krop forholdet i medicinhistorisk perspektiv

Historieskrivninger, begrebshistorie og den påvirkelige krop

Lars Ole Andersen, cand. phil., ph.d.

Psykiater og antropolog Arthur Kleinmann skriver i "Companion encyclopedia of the history of medicine", at det er karakteristisk for den vestlige medicin, at lige som man i den kristne verden kun har haft én gud, har man også ledt efter én årsag til sygdom: én læsion, én bakterie eller én fejl i genmaterialet [1]. Langt hen ad vejen har dette syn på sygdom haft stor succes set i forhold til tidligere tiders sygdomsbehandling. På en række områder har den vestlige medicin dog haft vanskeligheder ved at finde entydige og stabile begreber f.eks. for psyke – krop interaktionen. Området har været præget af diskussioner, nye vurderinger og udskilninger til andre fag (f.eks. præster og psykologer).

Fra antikken til 1700-tallet var tankegangen præget af en forestilling om, at der i mennesket var et hierarki med knoglerne lavest og fornuften højest. I kroppen var der kompakte knogler, de mindre kompakte muskler, de tyndere væsker, de mere forfinede legemsvæsker og til sidst de naturlige, vitale og animalske ånder, som blev transporteret rundt i kroppen ved hjælp af blodet. I psyken havde man den vegetative, sensitive og rationelle sjæl, hvoraf det kun var den sidstnævnte, der var udødelig. Den rationelle sjæl var i besiddelse af egenskaberne indbildningskraft, tænkning og hukommelse. Mellem knoglerne og den højeste åndelige egenskab, tænkningen (fornuften), var der et hierarki i mange lag, hvor påvirkninger kunne foregå *begge* veje. Der var et meget fleksibelt system, hvor påvirkninger mellem psyke og krop uhindret kunne bevæge sig rundt. Skader og ubalance i knogler, muskler og legemsvæsker kunne give forandringer i livsånderne og fornuften. Påvirkninger af indbildningskraften kunne påvirke legemsvæskerne, som kunne give sygdom i muskler og knogler. Konsekvenserne kunne f.eks. være, at hvis man så en pestsyg og blev chokeret over det, kunne man risikere selv at få pest. Hvis en gravid kvinde så et handikappet barn, kunne hun risikere selv at føde et handikappet barn. Disse konsekvenser blev livligt debatteret i 1600-1700-tallet.

Synet på interaktioner mellem sind og krop blev dog udsat for store forandringer i 1700-, 1800- og 1900-tallet. I diskussionerne indgik begreber

som psykosomatik, suggestion, placebo, impression, indbildningskraft og følelser (både passion og emotion). Det er værd at lægge mærke til, at ordet psykosomatik først opstod i 1818 [2]. Man kan sige, at tidligere havde al sygdomsbehandling et vist psykosomatisk element. Det var via teoridannelsen integreret i al sygdomsbehandling. Det der skete i 1800-tallet var, at der nu blev adskilt mellem sygdomsbehandling, der havde et psykosomatisk element, og sygdomsbehandling der ikke havde det. Det var med til at bane vejen for dannelsen af fagspecialer som psykiatri og psykologi.

Historieskrivning som puslespil

Når emnet er meget komplekst, kan det være vanskeligt at rumme i én historieskrivning. Der har dog været gjort forsøg. Et eksempel er Stanley W Jacksons bog "Care of the psyche. A history of psychological healing" [3]. Den kan ses som et samlet forsøg på at beskrive anvendelsen af psyken til at helbrede sygdom og mindske lidelse indenfor sygdomsbehandling. På lidt over 500 sider tegnes et billede af 2000 års praksis. Han har forsøgt at skabe et overblik som i ét stort puslespil, hvor alle brikker bliver samlet.

Det er på mange måder en meget imponerende og lærerig bog med referencer til den antikke verden, religiøse skrifter, psykologiens fædre, psykoterapi og daglig klinisk praksis. Hvad enten det drejer sig om shamaner, Platon (427 – 347 f.Kr.), Robert Burton (1577 – 1640), Franz Anton Mesmer (1734 – 1815), Sigmund Freud (1856 – 1939) eller Ivan Pavlov (1849 – 1936) har de alle deres plads i den beskrevne historie. Men man kunne spørge, hvordan brikkerne i puslespillet hænger sammen? Og hvad er det, der afgør, at nogle personer er nævnt, og andre ikke er nævnt? Man får en fornemmelse af, at kriteriet for at blive nævnt er, at andre har nævnt dem.

Historieskrivning som kortlægning af vigtige sammenhængende brikker

En anden tilgang har Anne Harrington benyttet i bogen "The cure within. A history of mind-body medicine" [4]. Hun beskæftiger sig først og fremmest med 1800- og 1900-tallet, og hun fokuserer på seks spor i perioden. Det første spor (the power of suggestion) handler om den påvirkning mesmerismen og brugen af hypnose og suggestion har på patienter. Det andet spor (the body that speaks) handler om de tidlige ideer indenfor psykologien hos Jean Martin Charcot (1825 – 1893), Sigmund Freud og Georg Groddeck (1866 – 1934). Her hører 1940'ernes og 1950'ernes interesse for den psykosomatiske medicin også hjemme. I det tredje spor (the power

of positive thinking) fokuserer Anne Harrington på religiøs helbredelse fra 1800-tallets Lourdes, over Christian Science til moderne amerikansk tro på positiv tænkning. Det fjerde spor (broken by modern life) handler om bekymringen for det moderne urbane livs indflydelse på det sarte menneske. Vi taler i dag om stress, eller at civilisationen har en pris, vi betaler med vores helbred, men der var tidligere begreber som "dårlige nerver" og "neurasteni". Walter Cannons (1871 – 1945) og Hans Selyes (1907 – 1982) arbejde med "kæmp eller flygt responsen" og kroppens udmattelse på grund af en konstant alarmtilstand hører også under her. Det femte spor (healing ties) handler om epidemiologisk forskning i eventuelle helbredsfremmende effekter af fælleskab, stabile rammer og hjemmevandt kultur. Det sjette spor (eastward journeys) handler om effekten af meditation og indre ro, inspireret af østerlandsk praksis og filosofi. Det er de seks spor, der har bidraget til nutidens diskussioner af "mind-body medicine". Disse seks spor, mener Anne Harrington, udgør seks "distinct narrative traditions". Det giver samtidigt forskellige tilbud til patienter og behandlere, som alt efter behov, interesse og kultur ønsker mere epidemiologiske data, laboratoriedata, psykologiske eller religiøst funderede værktøjer.

Stanley Jackson havde også givet sin fortælling nogle hovedoverskrifter men ikke med samme præcision og tidsmæssige afgrænsning som Anne Harrington. "The cure within" giver en både personlig og vidende beretning om rødderne til vore dages "mind-body medicine", som der både blandt behandlere og patienter er stor interesse for. En simpel søgning på Amazon.com giver tusindvis af populære eller videnskabelige bøger om dette emne [4].

Alle historieskrivninger har deres stærke og svage sider. Hvor man hos Stanley Jackson får lyst til at spørge, hvordan brikkerne i det historiske puslespil passer sammen, får man hos Anne Harrington lyst til at spørge, om sporene ikke er lidt for pænt og sammenhængende konstrueret. Hvorfor er netop disse spor vigtige? Mange forstyrrende sidespor og diskussioner er skåret væk. Til gengæld er der kommet kød og blod på opdagelserne gennem tiden. Som et eksempel kan nævnes beretningen om Walter Cannons og Hans Selyes forskning i 1940'erne og 1950'erne, som er levende beskrevet.

Historieskrivning som undersøgelse af de enkelte brikkers skiftende betydninger

En tredje måde at undersøge psyke-krop forholdet i et medicinhistorisk perspektiv er at tage nogle enkelte brikker ud og undersøge dem nærmere. Hvordan hører de sammen med andre brikker, og hvordan ændrer disse brikker sig over tid? De enkelte brikker kan gennem tid lyse stærkere eller svagere, træde mere frem eller være tilbagetrukne. Det er denne

tidsdimension for de enkelte brikkers vedkommende, som denne type af historieskrivning interesserer sig for. Én måde at gå tæt på de enkelte brikker i et puslespil på er begrebshistorie, som jeg her vil uddybe nærmere.

Inden for mange fag har man arbejdet med undersøgelser af ord og begreber, uden at det ses som en særlig historisk retning eller et særligt speciale. Det har længe været og er stadig en del af historie, idéhistorie, medicinhistorie, videnskabshistorie eller de humane videnskabers historie.[1] Med den såkaldte sproglige vending inden for de humanistiske videnskaber generelt, kom der en øget opmærksomhed på begrebers tidslighed, det vil sige den forandring, der over tid skete med deres betydning. Interessen for begreber fik næring fra strømninger, der havde fokus på sprog, symboler, betydninger og tidsmæssige forandringer.

Nogle historikere, der især har interesseret for den sociale og politiske udvikling i Tyskland og Frankrig i 1700-1800-tallet, har valgt at definere deres forskningsmetode som begrebshistorie. To markante udgivelser inden for denne tradition er "Geschichtliche Grundbegriffe" og "Handbuch politisch-sozialer Grundbegriffe in Frankreich 1680-1820" [5, 6]. Denne begrebshistoriske tradition opstod dels som en kritik af "presentism", hvor nutidige begreber og deres betydning blev lagt ned over fortiden, og dels som en kritik af den del af idéhistorien som så ideer som konstante størrelser, der kunne have forskellige former i forskellige historiske perioder, men i deres kerne forblev uændret [7]. Begrebshistorikerne mente, at man nøje måtte undersøge brugen og forandringen i betydningen af vigtige politiske nøglebegreber, som f. eks. revolution, borger eller natur, i kilder fra bestemte perioder og fra forskellige lag i samfundet, f.eks. i leksika, lovtekster eller viser. Begreberne skulle altså forankres indenfor de traditionelle kulturvidenskabelige kategorier tid, sted og socialt rum. I sundheds- og sygdomshistorie kan det selvfølgelig også dreje sig om centrale begreber som sundhed, miasme, evidens, rehabilitering eller lignende.

Det var tanken, at den sproglige og begrebsmæssige udvikling især skulle afdække en grundlæggende samfundsmæssig transformationsproces i Europa frem mod moderniteten eller "nytiden", "die Neuzeit." Begrebernes forandring blev set både som indikator og faktor, hvilket betyder, at det både var tegn på en udvikling og samtidigt påvirkede denne udvikling. Sproget vi bruger påvirker den måde, vi opfatter ting på, og de måder vi handler på.

Idéhistorikere kritiserede denne fremgangsmåde ved at sige, at begrebshistorikerne havde en tendens til kun at se begrebet som ét eller ganske få ord og søge efter disse ord i kilderne, uden at se på idéen bag ordet, og uden at søge efter lignende eller nærtbeslægtede betydninger ved andre ord. Idehistorikerne mente, at man i stedet burde undersøge en idé eller en tanke bag ordet og se, hvordan den blev tænkt og udformet gennem tiden. Begrebshistorikere kritiserede denne fremgangsmåde for at have karakter af "Gipfelwanderung", hvilket vil sige, at man sprang fra den ene

store tænker til den anden, uden at se på hvordan begreberne konkret bredte sig og blev brugt i forskellige lag i samfundet.

For begrebshistorikere er begreber flertydige og under forandring. Den tyske begrebshistoriker Reinhardt Koselleck mener, at de erfaringer vi gør os, og de forventninger, vi har til fremtiden (forventningshorisonten), har været tæt sammenknyttet, men at der i slutningen af 1700-tallet blev en voksende afstand mellem erfaringer og forventninger. Det betød, at vi kunne gøre os forestillinger om fremtiden, som i højere grad var løsrevet fra tidligere tiders eller nutidens liv og sociale betingelser. Løsrivelser, revolutioner, oprør og forandringer af begrebers betydning var udløbere af, at det i stigende grad blev muligt at have forventninger til en anden fremtid. Koselleck medgiver, at der sikkert er foregået en semantisk kamp i alle krisetider. Her vil mange idéhistorikere sikkert være enige. Koselleck mener dog, at denne semantiske kamp er blevet forstærket siden tiden omkring den franske revolution.

På dette tidspunkt begyndte man også at tale om, at der kom en ny tid, eller man var en del af den nyeste tid. Dette kan ses som et tegn på en ny tidserfaring. Siden da, det vil sige de sidste par hundrede år, er der sket en hastighedsforøgelse på mange områder. Jordens befolkningstal fordobler sig med stadigt kortere mellemrum, transporthastigheden er blevet øget, informationer bliver udbredt med stadig større hastighed, og tiden, inden videnskabelige og teknologiske opdagelser giver sig udslag i forandringer i dagligdagen, bliver kortere. Koselleck mener, at det, der indledte den nye tid, var oplevelsen af, at de politiske processer, som f.eks. den franske revolution, foregik med meget stor hastighed. Det var inden, den tekniske og industrielle revolution havde opnået en lignende forandringshastighed. Han mener, at historien på denne måde består af lag, der forandrer sig med forskellige hastigheder: "Die Geschichte enthält zahlreiche unterscheidbare Schichten, die sich jeweils schneller oder langsamer verändern, jedenfalls mit verschiedenen Veränderungsgeschwindigkeiten" [8]. Begreber kan være forud eller bagud i forhold til en social udvikling, eller socio-økonomiske strukturer kan være bagud eller foran i forhold til en politisk udvikling. En historiker må skelne mellem disse forskellige lag, der forandrer sig med forskellige hastigheder, og må undersøge hvordan forskellige tidsaldre rækker ind over hinanden og hvor meget nyt, der egentlig er i "nytiden."

Indbildningskraften

For at vende tilbage til psyke – krop forholdet har jeg lavet en undersøgelse af indbildningskraftbegrebet, som jeg her kort vil referere [9]. Det er et begreb, der stammer fra antikken, men som bliver forandret, og selv bidrager til forandringsprocesser i "nytiden." Jeg har tidligere nævnt, hvordan indbildningskraften indgik i psykens og kroppens hierarki. Ind-

bildningskraftens opgave var at modtage sansninger og oversætte dem til billeder eller ideer, som var det sprog, som fornuften forstod. Tanker og ideer fra fornuften kunne af indbildningskraften formidles nedad til livsånderne i kroppen og på den måde påvirke balancen i kroppen. De billeder, indbildningskraften skabte, kunne påvirke viljen og følelserne. Herfra gik påvirkningen via livsånderne videre ned i kroppen. I 1700 – 1800-tallet var der dog mange diskussioner om, hvad indbildningskraften kunne udrette, om den kunne kontrolleres, og hvad der var realitet, og hvad der var overtro.

Jeg har lavet en nøjere analyse af diskussioner om indbildningskraften i perioden 1780'erne til 1870'erne. På baggrund af en bredere undersøgelse valgte jeg fire emner ud, som jeg har analyseret nøjere. De fire emner var: indflydelse på fosteret af moderens indbildningskraft, virkningen af "Perkins tractors" (metalnåle anvendt til sygdomsbehandling), virkningen af mesmerisme og virkningen af homøopati. De første forsøg med blinding og anvendelse af en ikke-virkningsfuld behandling i forsøg (placebo) blev her anvendt for at afgøre, hvilken rolle indbildningskraften spillede. Diskussioner om indbildningskraften spillede altså en væsentlig rolle i udviklingen af de første kontrollerede forsøg i slutningen af 1700-tallet og i begyndelsen af 1800-tallet. Det er interessant, at klinisk kontrollerede forsøg blev foretaget allerede på dette tidspunkt, selvom den store udbredelse først kom efter Anden Verdenskrig. Interessen for klinisk kontrollerede forsøg var øjensynligt ikke stor nok til sikre en større udbredelse før langt senere.

Formålet med at undersøge brugen af ordet "indbildningskraft", er også at undersøge den begrebsdannelse, som var en del af sundhedsfaglige diskussioner. Med et begreb forstås normalt den abstrakte egenskab, der kendetegner og afgrænser en klasse af ting, altså en mental kategori af objekter, hvad enten disse objekter er genstande, ord eller tanker. For eksempel er begrebet blå en betegnelse for en mængde forskellige farvenuancer, og begrebet stol er en betegnelse for en mængde møbler af forskellig størrelse og udformning. På samme måde findes der begrebsdannelser indenfor medicinen, psykologien og filosofien om psykens indflydelse på kroppen, "mind's influence upon the body", som indbildningskraft i en bestemt historisk periode har været en del af. Indbildningskraft har også haft en række negative og positive betydninger og har haft overlapninger med f.eks. "medical faith" og "impression". Disse større begrebsdannelser kaldes ofte semantiske felter. Koselleck har dog ikke klart beskrevet, præcist hvad der udgør og afgrænser et semantisk felt. Psykologihistorikeren Kurt Danziger kalder det diskursive formationer [10]. Thomas Dixon taler om netværk af beslægtede begreber [11]. Selvom man kan have et ord som indbildningskraft i centrum af sin analyse, må man søge at forholde sig til disse større felter og formationer.

En svaghed ved de begrebshistoriske tilgange er, at de ikke indeholder nogen systematiske analyser af relationen mellem ord og begreber [12].

Tanker, begreber og betydninger udtrykkes (blandt andet) i ord, og det er ordenes historie i bred forstand, der udgør en begrebshistorie. Der er ofte behov for at udvide begrebshistorien og se på det større netværk af ord og betydninger. Det har været foreslået, at det kan gøres med diskursanalytiske tilgange [13]. Det har også været foreslået at udvide teoridannelsen med såkaldte betydende følgebegreber, som er ord, der er med til at give værdi til de vigtige nøglebegreber [14]. Alt sammen er det bestræbelser, der lige som mine egne bestræbelser i min undersøgelse af indbildningskraftbegrebet går ud på at brede interessen for begrebet ud til et større sprogligt felt, end det begrebshistorikere traditionelt har gjort. Det er også det, der var baggrunden for at undersøge diskussioner under en lang række forskellige emneord i medicinske tidsskrifter.

Som kilder har jeg brugt en række bøger, opslagsværker, hæfter og tidsskrifter fra perioden fra Det kongelige Bibliotek (København), Danmarks Natur og Lægevidenskabelige Bibliotek (København), British Library (London) og Wellcome Library (London). Derudover er følgende tidsskrifter blevet systematisk gennemgået: *The Lancet* fra 1823 til 1875, *The Asylum Journal of Mental Science* fra 1855 til 1858 og dets fortsættelse i *The Journal of Mental Science* fra 1858 til 1887. *The Lancet* er valgt, da det blev et talerør for den almindelige, praktiserende læge og på utraditionel vis konstant tog emner i tiden op til debat. Det andet af de to store medicinske tidsskrifter, *British Medical Journal*, var i højere grad talerør for de lægelige organisationer, og udkom desuden først fra 1857. *Journal of Mental Science* er valgt, da det bragte artikler og anmeldelser om psykiatri og udforskning af bevidstheden. I de to tidsskrifters index finder man kun sjældent en henvisning til ordet "imagination." Til gengæld gemmer der sig diskussioner om "imagination" og "mind's influence upon the body" under andre opslagsord. Efter en række indledende undersøgelser valgte jeg at søge efter følgende indexord: "Animal magnetism", "faith healing", "fear", "foetus", "homoeopathy", "imagination", "mesmerism", "mind", "placebo", "psychological healing", "sensorium" og "suggestion". I *The Lancet* har jeg desuden foretaget en extra søgning på følgende indexord: "Attention", "expectant", "expectation", "impression" og "maternal". Alle artikler under de nævnte indexord er blevet læst og undersøgt for diskussioner om indbildningskraft eller tilgrænsende diskussioner. Formålet med systematisk at gennemgå tidsskrifterne har været dels at komme tæt på holdningen hos den almindelige læge med tæt kontakt til patienterne og dels at undersøge hvilke emner, der gav anledning til diskussioner om indbildningskraften. Som tidligere nævnt valgte jeg fire emner ud og analyserede disse diskussioner nøjere.

Det var overraskende at opdage, at det næsten udelukkende var negative virkninger af indbildningskraften, der blev diskuteret. Hvordan kunne det forårsage misdannelser hos et foster, hvordan kunne det forårsage sygdom, kramper og lignende? Tilbage til antikken havde man ment, at der var både

negative og positive virkninger af indbildningskraften, men de positive virkninger gled stort set ud i diskussionerne i 1700 – 1800-tallet. To læger gjorde dog forsøg på at indføre en mere systematisk brug af indbildningskraften (power of imagination) indenfor sygdomsbehandling. Det var John Haygarth (1740 – 1827) [15] og Daniel Hack Tuke (1827 – 1895) [16]. Deres forsøg på at udnytte en mere systematisk brug af indbildningskraften, og ikke kun overlade det til dem, de betegnede som kvaksalvere, blev mødt med tavshed.

Indbildningskraften blev dels associeret til behandlingsformer som mesmerisme og homøopati, som mange behandlere ønskede udgrænset fra god sygdomsbehandling, dels blev den associeret til virkninger, som det var vanskeligt for den enkelte behandler at kontrollere. Man følte, det var lettere at kontrollere åreladninger, plastre, tabletter, tonicer og vaccinationer, selvom deres virkninger ofte var omdiskuterede.

Et andet problem ved indbildningskraften var, at den var vanskelig at forklare inden for de rammer, der blev afstukket af anatomi, fysiologi, cellelære og bakteriologi. Inden for psykologien og sociologien blev den dog taget op og omformuleret i forbindelse med diskussioner om virkningen af suggestion.

Hvad bidrager en psyke – krop historie inden for sundheds/sygdomshistorien med?

De tre nævnte historieskrivninger behøver ikke at udelukke hinanden. De har hver deres stærke og svage sider, og der er store forskelle med hensyn til overblik og detaljeringsgrad. Hvis man spørger, hvad vi skal bruge medicinens historie og sundheds/sygdommenes historie til, er det vigtigt at medtænke, at der findes mange måder at skrive historie på, som jeg har søgt at anskueliggøre i denne artikel. Jeg synes selv, der mangler mere detaljerede analyser af diskussioner og sproglige udviklinger. De mere oversigtsprægede værker, som Stanley W Jacksons "Care of the psyche. A history of psychological healing" kan få karakter af namedropping uden de dybere analyser af teksterne og uden indsigter i de samfundsmæssige relationer til de sundhedsfaglige diskussioner.

Det er imidlertid karakteristisk for alle tre historieskrivninger, at de trækker tråde op til i dag. Stanley Jackson mener, at psyken alt for ofte har været glemt i sygdomsbehandligen, til stor skade og gene for patienterne og patienternes helbred. Han skriver, at "healing is, at its root, a natural phenomenon", selvom den selvfølgelig kan hjælpes på vej af medicin og mange procedurer. I disse helbredelsesprocesser spiller den psykologiske del en vigtig rolle, og han mener, det ofte overses i en tid med mange teknologiske landvindinger.

Én af Anne Harringtons pointer er, at den moderne tale om "mind-body medicine" er lidt af et kludetæppe og sammensat af en række forskellige traditioner, hvis stemmer kan høres i debatten. Mange af disse stemmer har netop opnået stor udbredelse, fordi de har en lang tradition inden for psykologi, epidemiologi, religion m.m. De kommer ikke ud af ingenting, men er rodfæstede i forskellige kulturelle og videnskabelige aktiviteter og erfaringer. Disse rodfæstede traditioner er med til at styre diskussionerne og vores tankebaner.

Én af mine pointer er, at det er bemærkelsesværdigt, så meget den moderne tale om KRAM-faktorer, egenomsorg og self-efficacy minder om talen i 1600- og 1700-tallet om, at det er vigtigt at opretholde balancen i kroppen. Dette kunne bl.a. gøres ved hjælp af de såkaldte non-naturales: luft, mad og drikke, søvn, bevægelse, udtømmelser og følelser. Det var elementer mennesker selv kunne styre og oprette / genoprette helbredet ved hjælp af. Følelser og indbildningskraft blev set som væsentlige elementer, der kunne påvirke helbredet, men som også samtidigt kunne tilpasses og bearbejdes. Disse elementer forsvandt ud af sygdomsbehandlingen i 1800- og 1900-tallet i takt med skift i sygdomsopfattelse og i takt med at mere potente behandlingsformer som vaccination, anti-toxin, smertestillende medicin, anti-biotika m.m. vandt frem.

I dag viser undersøgelser, at 39 % af befolkningen lider af langvarige eller kroniske lidelser. Mange af disse kroniske lidelser findes der ingen "magic-bullets" imod. Derfor har non-naturales endnu engang fået en rennæssance i en slags neo-non-naturales autoriseret i form af KRAM-faktorer, egenomsorg og selv-efficacy.

Brugen af egenressourcer som afbalancering af kroppen har, ligesom sund levevis og "tankens kraft", altid været der og vil nok altid være der som en mulighed og et potentiale i sygdomsbehandlingen. Imidlertid vil det være forskelligt, hvor meget vægt den officielle og autoritative sygdomsbehandling lægger på disse faktorer. Hvis den har kunnet tilbyde noget andet, har de ikke været vægtet højt. Men hvis den etablerede sygdomsbehandling har store problemer eller spiller fallit lader det til, at disse faktorer igen inddrages i etableret sygdomsbehandling.

Litteratur

1. Kleinman A. What is specific to western medicine? I: Bynum WF , Porter R (eds). Companion encyclopedia of the history of medicine. London og New York: Routledge, 1993: 15-23.
2. Langley LL, Brand JL. The mind-body issue in early twentieth-century American medicine. Bulletin of the history of medicine 1972; 46: 171-9.
3. Jackson S.W. Care of the psyche. A history of psychological healing. New Haven og London: Yale University Press, 1999.
4. Harrington A. The cure within. A history of mind-body medicine. New York og London: W.W. Norton & Company, 2008.
5. Brunner O, Conze W und Koselleck R (red). Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexicon zur politisch-socialen Sprache in Deutschland. Bd. 1-6. Stuttgart: Klett-Cotta, 1972.
6. Reichardt R, Schmitt E, Heuvel G van den und Höfer A (red). Handbuch politisch-socialer Grundbegriffe in Frankreich 1680-1820. München: R. Oldenburg, 1985-.
7. Koselleck R. Begriffsgeschichte und Sozialgeschichte. I: Koselleck R. Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1995 (1972): 107-29.
8. Koselleck R. Wie neu ist die Neuzeit? Historische Zeitschrift 1990; 251: 539-53.
9. 9. Andersen LO. Før placeboeffekten: Indbildningskraftens virkning i 1800-tallets medicin. Ph.d. afhandling. Københavns Universitet, 2004. Udgives i udvidet udgave på Museum Tusculanums forlag.
10. Danziger K. Naming the mind. How psychology found its language. London and New Delhi: Sage publikations, 1997.
11. Dixon T. From passions to emotions. The creation of a secular psychological category. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
12. Ifversen J. Om den tyske begrebshistorie. Politologiske studier 2003; 1: 18-34.
13. Ifversen J. Om magt demokrati og diskurs. Diskuteret i lyset af den franske revolution. Århus: Begrebshistoriske Studier nr. 2, 1997.
14. Mønster-Kjær I. Begrebshistorie som analysestrategi. Rubicon 2005; 14, nr. 1: 43-60.
15. Haygarth J. Of the imagination, as a cause and as a cure of disorders of the body: exemplified by the fictitious tractors and epidemical convulsions. Bath and London: Cruttwell, 1801.
16. Tuke DH. Illustrations of the influence of the mind upon the body in health and disease designed to elucidate the action of the imagination. London: J & A Chhurchill, 1872.

Note

1. Som eksempler kan nævnes: Sarbin TR and Juhasz JB. The historical background of the concept of hallucination. Journal of the history of the behavioral sciences 1967; 3: 339-58. Cofer CN. The history of the concept of motivation. Journal of the history of the behavioral sciences 1981; 17: 48-53. Smith R. Inhibition. London: Free association books, 1992. Johannisson K. Nostalgia. En känslas historia. Stockholm: Bonnier, 2001. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. Journal of the history of the behavioral sciences 2003; 39: 115-29. Starobinski J. Action and reaction. The life and adventures of a couple. New York: Zone books, 2003.

Summary

Aspects of the mind-body relationship in the perspective of medical history

Lars Ole Andersen

In the article three kinds of history writing about the mind-body relationship are presented: History as a puzzle, history as a connection of important pieces into meaningful narrative traditions and history as an investigation into the changing importance and meaning of concepts and discussions in medical history. In particular, ideas behind "Begriffsgeschichte" are presented in detail. The history of imagination is given as an example of the usefulness of tracing concepts and discussions back in time and looking for modern representations. Discussions on the power of imagination initiated the first clinical trials in the 18th century. Emphasis on the power of the mind, self-efficacy and self-care has today substituted earlier discussions on the power of imagination.

Bergen 3. – 5. juni 2009

Indtryk fra og orientering om "The XXII Nordic Congress on the History of Medicine"

Af Annette Frölich og Karin Garde

I forbindelse med kongressen var arrangeret en "Pre-Congress Workshop on Museums of Medical History", som fandt sted på Bryggen Museum dagen før den egentlige kongres. Der var 37 tilmeldte, men flere af kongresdeltagerne kom til workshoppen efterhånden som de ankom til Bergen. Blandt de 37 deltagere var alle de fem nordiske lande repræsenteret, desuden var der deltagelse fra Australien og Schweiz. Fra Danmark deltog Karin Garde, fra Sct. Hans Hospital, Roskilde, Magne Juhl fra Regionshospitalet i Viborg og Morten Skydsgaard fra Steno Museet i Århus. Morten Skydsgaard deltog aktivt med et spændende foredrag: "The incomplete Child ("Det uperfekte barn". Boundaries of the Body and the Guest). Med inspiration og erfaringer fra en udstilling af same navn som har været vist på Stenomuseet i Århus.

Pre-Congress Workshop'en havde tre sessioner med overskrifterne:

I. The institution and the narrative,
med Kerstin Hulter Åberg, fra Universitetet i Uppsala som "chair".

II. Medical collections and artefacts,
med Olav Hamran, fra Nasjonalt Medisinsk Museum, Oslo, som chair.

III. The medical exhibition,
som havde Sigurd Sandmo, fra Bymuseet i Bergen som chair.

Der var pæn interesse for indlæggene samt diskussioner og ide-udvekslinger efterfølgende.

Selve kongressen blev afholdt på engelsk. Der var 83 deltagere fra 10 lande, som ud over de fem nordiske var Argentina, Australien, England, Schweiz og Tyskland. Blandt deltagerne holdt 31 foredrag og der blev vist en enkelt poster.

Fra de nordiske lande var især værtslandet Norge vel repræsenteret med mere end halvdelen af samtlige deltagere, nemlig i alt 47. Fra Danmark kom sammenlagt 6 deltagere, hvor af 2 var fra Jysk Medicinsk Historisk Selskab, Magne Juhl og Morten Skydsgaard, desuden deltog historiker, Karl-Erik Frandsen fra SAXO-Instituttet på Københavns Universitet, samt Karin Garde, Nils Rosdahl og Annette Frölich fra Dansk Medicinsk Historisk Selskab.

Fig. 1. Bergens musicerende studenter anførte os på vej til Sct. Jørgens Kirke.

Kongressens selskabelige åbning fandt sted som et "Get Together" selskab på Pleiestiftelsen for Spedalske derefter fortsatte alle, undervejs passerende Bergens byport, og festligt anført af et studenterhornorkester til spedalskhedskirken, Sct. Jørgens Hospitals Kirke. I kirken var også et musikalt indslag, en klassisk koncert hvor Bergen Barok spillede værker af Benedetto Marcello, Jakob Mestmachers Musikbok (Bergen 1700 – tallet) og Francesco Maria Varacini.

I forbindelse med "Get Together" viste vores værter rundt på Pleiestiftelsen. Det var interessant for os danske at se stiftelsen og at erfare, at den havde fungeret som stiftelse for spedalske helt ind i vort århundrede, hvor den sidste spedalske beboer døde. De spedalskes kirke, Sct. Jørgens Kirke, oplevede vi med dens traditionelle norske arkitektur. Kirken er opført som et blokhus laftet sammen, tilmed kunne det ses, at de enkelte bjælker var udhugget med økse og ikke savet i form. Det var således en interessant, underholdende og oplysende introduktion til den kommende kongres.
Selve kongressen fandt sted på Radisson SAS Hotel Norge, som er beliggende meget centralt i Bergen. Den videnskabelige del blev afholdt med flere samtidige sessioner som fandt sted i to af hotellets etager, hvor to sessioner fandt sted i lokaler ved siden af hinanden. Det var således lokalemæssigt muligt let og hurtigt at komme fra en sessions lokale til et andet på ganske kort tid. Sessionerne var tilrettelagte således at 3 sessioner fandt sted torsdag den 4. juni indtil middagstid, hvorefter der var ekskursion om

eftermiddagen. Fredag den 5. juni havde 3 samtidigt forløbende sessioner både formiddag og eftermiddag.

Den officielle åbning blev foretaget af kongressens præsident professor Lorentz M. Irgens med et foredrag om spedalskhed i Norge som fulgte efter trompeteren af to musikere fra Bergen Philhamoni.

Foredrag – sessionerne på kongressens første dag var:

1A: Plagues, 1B: Mental Health omfattede indlæg af Kjell Asplund om 3 psykosociale epidemier i Sverige og 2 foredrag af Ottar Gudmundsson om fordomme om psykisk syge i Island og om den medicinske behandlings historie i Island. 1C: History of Quaks, hvor sessionen om pest blev fortsat næste dag med to indlæg. Sessionen om pest manglede tid, derfor forsatte indlæggene om pest og diskussionerne om emnet dagen efter, som 3 C: Plagues, hvor der var indlæg af svenskeren Bodil Persson, som er læge og historiker, og af vor danske historiker Karl-Erik Frandsen, som har beskæftige sig med pestepidemierne i Danmark i 1654 og i 1711 med kirkebogsoptegnelserne som kildemateriale.

På kongressens anden dag var der sessioner med emnerne:

2 A: History of Drugs, 2 B: War and Peace – Medicine and international Connections, 2 C: History of Nursing og om eftermiddagen session 3 A: Pregnancy, Birth and Childhood, 3B: Techniques, Theories and Practice for så at afslutte med pest. Begge dage blev afholdt forelæsninger af indbudte forskere inden de parallelle sessioner begyndte. Emnerne for disse spredte sig fra spedalskhed i Norge, over malaria i hollandsk Østindien i perioden 1913 – 1943 til undervisning af studerende i Medicinens Historie i nutidens Oslo.

Som det fremgår, var der både en session om pharmacihistorie og en om sygeplejehistorie, men begge var korte. Gynækologi var specielt repræsenteret med et foredrag om længden af graviditeter og graviditetslængdernes betydning gennem historien. Hvilket kunne være meget betydningsfuldt, ikke mindst i forbindelse med arv i regerende slægter. Desuden et indlæg fra Island, af Auður Ingvardsdóttir, som talte om uønskede graviditeter på Island og deres sociale betydning og dermed betydningen af "To kill the child before it is born". Denne session havde også et interessant indlæg om Göteborgs jordemødre omkring århundredeårsskiftet 1700 – 1800, hvor der begyndte at være uddannede fødselshjælpersker, hvis uddannelse var under supervision af læger. Og at der blandt byens tidlige jordemødre var kløgtige kvinder, som var til stor hjælp for både de fødende kvinder og for lægerne.

Den korte pharmacihistoriske session omhandlede kun 4 indlæg. Begyndende med Annette Frölichs om Terra Sigillata, som var en illustration af en artikel i Medicinsk Historisk Årbog 2008, men som vakte interesse fra

Fig. 2. Skærgården omkring Bergen.

en af de øvrige foredragsholdere, Bo Ohlson, som netop har identificeret mere end 100 Terra Sigillata tabletter på Evolutionsmuseet i Uppsala og som aktuelt mangler information og litteratur om emnet. Bo Ohlson havde selv et indlæg med om undersøgelse af fund fra regalskibet Kronan, som sank i 1676 udfor Ölands kyst og som nu er ved at blive bjerget. Skibslægens medicinkiste er blevet identificeret og er ved at blive undersøgt, både med hensyn til hvilke medicamenter og i hvilken mængde de var medbragt ombord på orlogsskibet. Sessionen blev afsluttet med et indlæg om opium fra så tidlig en periode som det gamle Ægypten, med beskrivelse af kilderne til vores viden, men også den sproglige, ordet "Pharmacon", som foredragsholderen, Ana María Rosso fra Argentina, bemærkede var af ægyptisk oprindelse.

I fredagens session om teknik, teori og praksis var hele to danske indlæg, Mortens Skydsgaards og Nils Rosdahls. Nils Rosdahl beskæftigede sig med den indflydelse som danske læger, både medicinere og kirurger spillede ved etableringen af det danske hospitalsvæsen i perioden fra midten af 1700 – tallet til midten af 1800 – tallet. Det blev konkluderet, at betydningen var vanskelig at bestemme, især kvantitativt. Morten Skydsgaard forelæste om medicinsk meteorologi i Danmark 1810 – 75; En teori, om at der skulle vises sammenhæng mellem klimaforhold og forekomsten af epidemiske sygdomme. Interessen for denne teori aftog omkring 1860 på grund af manglende empirisk bevis.

Fig. 3. Kong Håkons hal, Bergen.

Der var undervejs i diskussionsforløbene drøftelse af kongressprogetdels ønsket om at bibeholde det nordiske, dels ønsket om at kunne bibeholde muligheden for at deltagere fra ikke nordiske lande kunne deltage med udbytte. Der kom ikke nogen konklusion, men tendensen går mod engelsk.

Torsdag eftermiddag forlod hele kongressen foredragssalene og deltog i en ekskursion, som gik til den berømte norske violinist og komponist

Ole Buhls sommerresidens. Turen dertil og tilbage til Bergen foregik med skib i den smukke bergensiske skærgård. En strålende naturoplevelse og heldigvis i strålende sol, dog med nogen blæst. Efter ankomsten til sommerboligen blev der givet en mindre koncert, hvor et at stykkerne var "Sæter Jentens Søndag" og hvor vi blev præsenteret for både Ole Buhls fornemme antikke violin og en Hardangerfele.

Det festlige kongresindlæg var festmiddagen, som blev afholdt på Skibsfartmuseet. Museet er smukt beliggende højt over Bergen og beskriver meget af byens historie. Også her var en musikalsk overraskelse. En charmerende sangerinde som underholdt med et lettere klassisk program og således afsluttede middagen meget festligt.

Til afslutning på kongressen var deltagerne byen Bergens gæster ved en reception i den historiske Kong Håkons Hal fra 1200 – tallet. Bygningen var imponerende stor og vidnede om stedets historie – et meget værdigt punktum for den medicinsk historiske kongres i Bergen.

Nordisk medicinhistorisk forening, som er paraplyorganisation for alle medicinhistoriske selskaber i Norden, og som står bag de nordiske kongresser, besluttede ved sin genralforsamling i forbindelse med kongressen i Bergen, at:

Den næste nordiske medicinhistoriske kongres finder sted på Nasjonalt Medisinsk Museum, Oslo, onsdag den 25. maj til fredag den 27. maj 2011.

Boganmeldelse

Anmeldelse af *Jesper Vaczy Kragh (red.): Psykiatriens historie i Danmark. Hans Reitzels Forlag 2008. Illustreret. 378 sider. Pris 348 kr. ISBN 978-87-412-5146-2.*

At skrive en anmeldelse af en antologi, så den både kommer nøgternt rundt om hvert enkelt indlæg og giver en brugbar vurdering af det samlede arbejdes struktur og vidensformidling, er næsten lige så svært som at redigere en sådan antologi. Og det siger ikke så lidt! Lad mig til indledning sige, at historikeren Jesper Vaczy Kragh (JVK) er sluppet godt fra opgaven. Det er en bog, hvor hver enkelt bidragsyder har gjort sit bedste – og de fleste har meget at byde på og er sluppet rigtig godt fra opgaven. Med hensyn til antologiens strukturering kan jeg godt forstå, at man har kaldt artiklerne for "kapitler" – det giver en illusion af en sammenhængende historie. I det hele taget er problemet med at redigere en sådan historie jo ofte at få arbejdet til at "hænge sammen". JVK har valgt at gå kronologisk frem, hvilket er den enkleste måde – og i dette tilfælde måske også den bedste, for så kan hver enkelt bidragsyder mere frit præsentere de forskellige perioders foci uden, at man behøver overordnet at tale om og inddele efter temaer.

JVK skriver i indledningen: "Det er bogens målsætning at beskrive psykiatrien ud fra den relevante historiske kontekst, fordi psykiatriens udvikling ikke kun drejer sig om læger og hospitaler. Den handler også om patienter, politikere, journalister, jurister, psykologer og andre faggrupper, der på forskellig vis har været med til at påvirke området. I bogen inddrages disse grupper i en række nye analyser af emneområder, som ikke tidligere er blevet beskrevet indgående i den danske psykiatrihistoriske litteratur." Som JVK yderligere gør opmærksom på i indledningen, er det først i de senere årtier, at de historiske fag er kommet på banen med hensyn til historieskrivningen. Tidligere skrev psykiaterne historien. I denne antologi, hvor bidragyderne er seks historikere og to psykiatere, ses det, hvor stor vægt JVK har lagt på, at de enkelte afsnit (undskyld kapitler) skulle bygge på grundige kildestudier, og derfor har bogen også en høj grad af dokumentationsværdi, mens det holdningsmæssige, som måske tidligere i særlig grad prægede psykiaternes historieskrivning, er delvis udeladt. Når historieskrivning overlades til historikerne, bliver de metodiske spørgsmål med hensyn til, hvordan man skriver historien, vigtigere end forfatternes ståsted inden for psykiatrien. Det er et godt argument for at overlade det

meste af historieskrivningen til historikere, selv om vi i et tilfælde som med denne antologi, hvor det overordnede tema (laveste fællesnævner) for alle indlæg er "hospitalsbehandlingen af psykisk syge", ikke vil kunne undvære de psykiatrifagliges bidrag. Og selvfølgelig behøver man ikke at være faghistoriker for at skrive historisk om sit eget fag, men det hjælper, når man anvender historiske metoder. Man kan så spørge, om historikerne ikke i dette tilfælde har lært lidt mere af psykiaterne, end psykiaterne har lært af historikerne?

I sin prisværdigt korte og klare indledning præsenterer Vaczy Kragh de valg, man har foretaget til denne historie om dansk hospitalspsykiatri fra ca. 1600 til omkring 1970. Man kan nok med nogen ret fremføre, at antologiens titel "Psykiatriens historie i Danmark" er ganske ambitiøs. JVK har ikke forsøgt ved hjælp af undertitel at indskrænke sit emne. Det er ganske dristigt gjort, og denne læser studsede lidt, men efter endt læsning fandt hun ikke anledning til at harcelere yderligere over det!

De enkelte kapitler

I "St. Hans Hospital i København 1612-1808" skildrer historikeren (og etnologen) Barbara Zalewski (BZ) Sct. Hans Hospitals komplicerede forhistorie med stor empirisk nøjagtighed og passende forsigtighed med hensyn til alt for vidtgående konklusioner på kildematerialet. Det er udmærket. Vi er vant til at tænke på de forskellige sindssygehospitaler som karakteriseret ved de bygninger, der enten blev nyrejst eller nyindrettet til brug for sindssygebehandlingen. Det kan vi ikke gøre med Sct. Hans, hvor Kurhuset først kom til i 1860. Det vil være mere passende at datere oprettelsen af Sct. Hans til 1816, hvor man ansatte en læge, Johannes Henrik Seidelin, hvis interessante karrierehistorie også nævnes i kapitlet. Et særdeles spændende kapitel, der kommer vidt omkring i de relevante temaer.

I betragtning af BZs omhyggelighed er det sært at konstatere, at forfatteren fuldstændig udokumenteret om "myterne" inden for sindssygevæsenet skriver: "Flere filosoffer, filosofiske psykiatere og psykologer i anden del af 1900-tallet har hævdet, at stat og samfund er blevet stadig mere repressive: Engang var der en guldalder, hvor mennesket kunne udfolde sig frit og ikke behøvede at flygte fra et frit samfund ind i sindslidelse – dengang var der plads til galskaben, det originale og det anderledes, det unormale." Blandt disse filosoffer, filosofiske psykiatere og psykologer nævnes kun en, nemlig Michel Foucault, og den uvisse henvisning til "Galskabens historie" kan ikke være nok dokumentation. BZ følger her desværre i sporet på traditionelle psykiatrihistorikere som for eksempel Roy Porter (jeg tillader mig her at bruge samme fremgangsmåde med hensyn til referencer, som BZ har brugt), som har udsat Foucault for en "fortolkning", der antyder, at Foucault skulle tro på en eller anden universel og ensartet udvikling, der

altså også dækker Danmark. Anmelderen kunne godt have tænkt sig, at BZ havde haft bare én eksakt reference. Der kommer et par steder undervejs, i det ellers så grundige kapitel, flere af disse antydninger af forfærdeligheden af det apokalyptiske, men unævnte, dyr: socialkonstruktivismen, der af nogle betragtes som lige så ødelæggende for psykiatrihistorien, som Stalin var for kommunismen. BZ synes mærkværdigvis at være den af forfatterne, der har lært mest af de tidligere psykiatrihistorikere. Når jeg skriver "mærkværdigvis", er det fordi BZ også har en etnologisk baggrund, og her plejer man ikke at kaste vrag på sobre teoretiske og metodologiske diskussioner. Måske har det været et redaktionelt valg at udelade diskussioner om historieskrivningens metoder, men i så fald skulle man nok også have udryddet uvisse hentydninger.

Når det er sagt, skal det også siges, at dette kapitel absolut fungerer fint som starten på en historie om psykiatrien i Danmark.

Historikeren Trine Fastrup Nielsen (TFN) har i "Fra dårekiste til terapeutisk anstalt" fortalt om tiden fra 1800 til starten på asyltiden midt i 1800-tallet. Det var en periode med store forandringer – fra man i slutningen af 1700-tallet overlod til de enkelte familier at passe de stakler, der enten selvforskyldt eller som følge af Djævelens foretagsomhed, var blevet gale eller afsindige, til man i første halvdel af 1800-tallet diskuterede de sindssyges sag overalt i Europa. En periode, hvor det offentliges ansvar fandt de første regulerede udtryk i form af regulativer om forplejning og behandling. I forbindelse med stænderforsamlingerne i 1846 diskuteredes blandt andet det offentliges forsørgerpligt, og man ser, at opmærksomheden nu var flyttet fra spørgsmålet om farlige eller ufarlige afsindige til "primært at handle om, hvem der var potentielt helbredelige. Det drejede sig nu om at helbrede afsindighed ved hjælp af en behandling, der skulle foregå på terapeutiske anstalter baseret på lægevidenskabelige argumenter og teorier." I dette kapitel introduceres tankerne bag oprettelsen af asylerne, de fysiske rammer og lægevidenskabens rolle i behandlingen. Her præsenteres også de to rivaliserende læger, der skulle få så stor betydning for dansk sindssygevæsen med deres ideer om sindssygevæsenets indretning: Harald Selmer, der skrev "Almindelige Grundsætninger for Daarevæsenets Indretning" og senere blev leder af Jydske Asyl, hvor han fik et langvarigt virke. Jens Rasmussen Hübertz bidrog med "Om Daarevæsenets Indretning i Danmark", en række rejsebeskrivelser fra hans stipendiebetalte rejser og ikke mindst med de først kendte statistikker over sindssyge i Danmark. Hübertz' karriere inden for sindssygevæsenet kom aldrig i gang, derimod opnåede han at blive valgt som leder af den første kongerigske helbredelsesanstalt for svagsindige på Gl. Bakkehus. Han døde dog efter få uger her. (Hübertz kan i øvrigt tillægges den første helt klare formulering af forskellen mellem de svagsindige, der senere blev kaldt åndssvage, og de afsindige, de psykisk syge). TFN går dog ikke i særlig grad ind i disse lægers spændende karrierehistorie, der ellers nok er værd at beskæftige sig

med, men det er heller ikke hendes opgave her. Vi hører primært om de to herrers opfattelse af indretningsprincipperne for sindssygehospitalerne, og det er helt i orden. Også et kapitel med relevante informationer.

Jette Møllerhøj skriver om "Sindssygdom, dårevæsen og videnskab. Asyltiden 1850-1920." Kapitlet handler om, "hvordan de sindssyge og deres sygdomme blev opfattet, forklaret, klassificeret og forsøgt behandlet på de nye sindssygehospitaler i 1800-tallets anden halvdel, og om, hvordan psykiatrien i kraft af dette arbejde blev institutionaliseret og anerkendt som en gren af lægevidenskaben." Gennem hele sindssygevæsenets historie fra 1800-tallet til i dag går diskussionerne om, hvad sindssygdom skyldes, hvad den er – og hvordan får man behandlingen af den anerkendt som en gren af lægevidenskaben. JM kommer på den lille plads godt omkring dette problem. JM strejfer Freud og Wimmer og ofrer behandlingsstrategierne ret stor opmærksomhed. Den i tiden så omtalte pladsmangel diskuteres også. Dette kapitel kommer ind på mange temaer, men det lykkes JM på elegant vis at kæde dem sammen, og det forekommer mig, at denne artikel (nå nej: dette kapitel!) - måske netop på grund af mangfoldigheden - er det indlæg, der bedst belyser den sindssyges forhold ikke alene på hospitalerne, men også i kultur og samfund. Og selv om det ikke har været den primære hensigt, så gør det faktisk ikke noget!

""Men selvfølgelig Jernstænger for Vinduerne", Nybrud i dansk retspsykiatri 1900-1935" har Pernille Sonne (PS) kaldt sit meget spændende bidrag til antologien. For en del år siden havde anmelderen fornøjelsen at besøge det lille museum, som nogle ildsjæle havde indrettet på sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland. Omplaceringer af afdelinger og lignende har vel betydet, at denne samling er flyttet eller måske slet ikke fungerer mere, men det karakteristiske ved den var netop det, at man hele tiden fornemmede, hvor forskelligt fra de andre hospitaler dette skulle fungere. Ja, de var hospitaler – dette var en anstalt! PS beskriver både de juridiske baggrunde for denne "anstalt i anstalten" – sikringsanstalten i den ordinære anstalt/det ordinære hospital - og diskussionerne om straffeloven og om, hvordan man skulle håndtere psykisk abnorme lovovertrædere. Sikringsanstalten kom i 1915, og det var netop i en periode, hvor spørgsmålet om abnormitet havde virkelig vægt i samfundet. PS beskriver også bygningens indretning, og dens egnethed til at medvirke til en kontrollerende praksis over for patienterne/fangerne. Behandlingen var ifølge PS "ret sparsom" men anstalten var også først og fremmest "en fængselsmæssig indretning og kun sekundært et hospital for syge mennesker." I denne periode møder vi også for første gang psykopaten. På et tidspunkt blev nogle af disse fanger skilt ud og sendt til Psykopatforvaringsanstalten på Sundholm, og de imbecile blev i 1930 overført til åndssvageforsorgen, da anstalten Rødbygaard fik en sikringsafdeling. Et interessant kapitel.

Psykiateren Mogens Mellergaard har skrevet "Nye svar på gamle spørgsmål. Psykiatriske trosretninger 1880-1930". Kapitlet er bestemt interessant,

men anmelderen sad hele tiden med en fornemmelse af, at hun havde læst det hele før – og det havde hun måske også? MM har i år 2000 udgivet en bog om "Epoker i dansk psykiatri", og dette kunne være en forkortet form. Det er der ikke spor galt i. Det må snarere bemærkes, at MMs skrivemåde og stil måske ikke passer sammen med historikernes. Psykiateren har ikke lært af historikerne, men forbliver hele tiden en psykiater, der præsenterer sine holdninger til historien og ikke en historiker, der er så heldig også at være psykiater! Igen: det er kun et spørgsmål om stil, og det generer ikke denne læser. Tværtimod nyder hun igen at få serveret de kendte historier om Amalie Skram og diverse psykiateres diskussioner. Dog kan man måske med nogen ret spørge, om ikke det, at redaktøren har villet have en kronologisk rækkefølge, på en måde kommer dette kapitel til skade? Da det nu er så forskellige måder at fremstille historien på, havde det måske alligevel været bedre at indsætte de to psykiatere først eller sidst i bogen? Der synes i øvrigt at være en vigtig grund til, at psykiatrihistorie så ofte er antologier. Man vil gerne tværfagligheden (siges det), men er man parat til et virkeligt samarbejde? Jeg håber en dag at opleve en psykiatrihistorie skrevet af for eksempel en historiker, en kulturhistoriker og en psykiater i fællesskab og ikke i form af enkeltartikler. Er det mon en umulig tanke?

Redaktøren Jesper Vaczy Kragh har skrevet både kapitel 6 og kapitel 7: "Feberdrømme. Malariabehandling og andre psykiatriske terapier 1922-1937" og ""Det er som et mirakel."Chokbehandling med insulin og cardiozol 1837-1954." Det er vanskeligt på denne lille plads at give et bare nogenlunde dækkende referat af kapitlernes indhold. Men de skal nødvendigvis også læses i deres helhed, før man kan få samling på alle de udsving i behandlingspraksis. Men det er ulejligheden værd. Lad mig sige det med det samme: det er rystende læsning. Mest, fordi det igen viser, at nye behandlinger, som medfører stor optimisme hos lægerne, ofte er endt med at blive karakteriseret som virkningsløse eller endda skadelige. Måske er det særlige ved skildringen af psykiatriske behandlingsmetoder, at det er svært at finde eksakte fysiske tegn på, om en behandling hjælper eller ikke. I teorien kan nogle læger gå rundt og tale om visse behandlingsmetoders gode virkning, mens andre med lige så stor ret kan hævde det modsatte. Først statistikkerne kan vise, om der er noget om snakken – og selv de vil jo i nogen grad være baseret på hypotetiske antagelser: hvad er "bedring" for eksempel? I den første del af perioden var det store problem de mange patienter med dementia paralytica, et sent stadium af syfilis. Malariabehandlingen blev set nærmest som en mirakelkur, men dels gik der nogle patienter til under kuren – og dels viste den sig ligesom efterfølgende feberfremkaldende kure meget tvivlsom. Men ifølge JVK ændrede malariabehandlingen måden at studere behandlede patienter på, så den kom altså alligevel til at spille en rolle for den empiriske forskningstradition.

Også behandlingerne med insulin og cardiozolchokbehandlingen blev hilst velkommen som epokegørende nyheder, og man forsikrede, at med

mindre patienterne havde for eksempel "hjerte-karlidelser", "nyrelidelser" eller andre alvorligere lidelser, kunne behandlingerne stort set betragtes som "en farefri metode". Men det viste sig alligevel, at nogle patienter døde, og med hensyn til insulinbehandlingen, så var den yderligere meget ubehagelig med voldsomt fald i blodsukkeret og truende bevidstløshed. Disse to kapitler fortæller en del af behandlingshistorien, som det er vigtigt af og til at vende tilbage til!

Det er også vigtigt ikke at glemme hospitalernes administrationshistorie. Måske er den knapt så spændende som behandlingshistorien, men historikeren Merete Bjerrums "Fra stat til amt. Dansk hospitalspsykiatri 1930-1976" viste sig til min glæde at være let at komme igennem – og selvom man selv har oplevet sidste del af perioden, var der baggrunde og diskussioner, jeg ikke har bemærket i samtiden. Men noget har vi jo nok haft en mistanke om! For eksempel gør MB opmærksom på, at når fremtidens psykiatri i 1976 blev bygget op som ambulant behandling frem for den traditionelle hospitalsbehandling, så var argumenterne grundlæggende økonomisk og ikke behandlingsmæssigt begrundede. Også et kapitel med væsentlige informationer.

Det sidste kapitel: "Den farmakologiske udvikling 1950-1970" er skrevet af bogens anden deltagende psykiater Raben Rosenberg. Det er et særdeles informativt og opklarende kapitel, hvor denne læser fik forklaring på nogle af de spørgsmål, hun af og til har siddet med under læsningen af tekster om psykiatribehandling. Der er imidlertid en lille indvending. Forfatteren har villet have så meget med, at oplysningerne nærmest falder over hinanden, og selv om det er det kapitel, hvor forfatteren har gjort mest ud af at være pædagogisk – så kommer man alligevel i bekneb ind imellem! Jeg har imidlertid allerede erfaret, at kapitlet kan bruges til at "slå op i", og det er ingen ringe egenskab for en historisk fremstilling. Det er også meget positivt, at forfatteren slutter med at vurdere de forventninger til psykiatrien, vi kan have i dag (2008). RR peger blandt andet på den oplysende virksomhed ikke mindst fra PsykiatriFonden, hvis formand, Jes Gerlach, har skrevet forord til antologien. RR slutter i øvrigt med den indlysende, men af den grund ikke mindre kloge bemærkning: Megen "videnskabshistorisk læsning må dog mane til en vis forsigtighed i forventningerne til fremtiden. Hvad der i nutiden betragtes som fremskridt, er ikke nødvendigvis fremskridt set med fremtidens øje."

Psykiatriens historie i Danmark

Redaktøren af denne antologi har ydet et stort og fortjenstfuldt arbejde og medvirket til en positiv udvidelse af mulighederne for at søge oplysninger om psykiatriens historie i Danmark. JVK har åbenbart også kunnet få rækken af gode forfattere til at opføre sig disciplineret og følge de redak-

tionelle anvisninger. Det er ikke nogen lille opgave! Men det ville være besynderligt, hvis man ikke som anmelder havde nogle indvendinger. Nogle har jeg fremført ovenfor, men et af de værste irritationsmomenter gælder bogens noteapparat. Jeg tror, at det er forlaget, der er skyld i det! For det første finder jeg det meget upraktisk, når noter sættes om bag i bogen i stedet for som fodnoter. Det er besværligt at skulle sidde med en finger bag i bogen hele tiden, og risikoen er, at læserne ikke gider læse noterne. For det andet mangler jeg en litteraturliste. Denne mangel gør noternes placering mangefold mere irriterende. Det er desværre en omsiggribende historisk uvane at undlade at sætte en egentlig litteraturliste i bogen, men i stedet nøjes med at nævne referencerne i noterne.

Bortset fra dette (ret stærke) irritationsmoment og de tidligere anførte indvendinger kan jeg kun gratulere redaktør og forfattere med at have skrevet et værdifuldt bidrag til psykiatriens historie i Danmark!

Edith Mandrup Rønn

Anmeldelse af *Morten Møller: Mogens Fog bind 1 Fra modstandshelt til landsforræder 490 s. ISBN 978-87-07107-8 bind 2 Den røde rektor 335 s. ISBN 978-87-02-07107-8 Gyldendal København 2009. pris: kr. 499 for begge bind.*

I sidste kapitel 'Et liv, mange liv' af Morten Møllers store Mogens Fog-biografi skriver forfatteren:: ""Det er for fattigt at reducere ham til en forbenet kommunistisk landsforræder .- og det er for simpelt at hylde ham som en demokratielskende, nationalsindet modstandsmand. Mogens Fog var for sammensat og modsætningsfyldt et menneske til at kunne pakkes ned i firkantede og færdigformede kasser". Det er det mest nuancerede, Morten Møller skriver om Fog, og forfatteren undgår herved også ret behændigt at give sin mening til kende, om Fog var begge dele. Også derfor er det ganske overraskende , at forfatter og forlag har valgt at give første bind af biografien undertitlen 'fra modstandshelt til landsforræder'. Den undertitel gav anledning til flere indlæg – bl. a. fra mig - i Politikens tillæg "Bøger" i ugerne efter biografiens fremkomst i maj 2009, hvor den gennemgående var blevet meget positivt anmeldt i de væsentligste dagblade

Helt overordnet må man rose biografien som en velskrevet, spændende og overvejende veldokumenteret fortælling om en fascinerende og kontroversiel dansk skikkelse i det 20. århundrede. Biografien er stort set kronologisk opbygget med nogle glimt om den private person i indledning og afslutning.Vi får også de vigtigste biografiske data:Født 1904,student 1922, læge og gift 1930 samt en kort beskrivelse af disputats i 1934 og

udnævnelse til professor og overlæge i neurologi ved Rigshospitalet 1938. I bind1 er hovedvægten lagt på Fogs indsats under besættelsen og indtil dannelsen af SF; Han var, efter at være gået under jorden i slutningen af 1942, hovedkraft bag bladet "Frit Danmark", der var etableret i et samarbejde med Aksel Larsen og Christmas Møller i et forsøg på at danne en flerpartiorganisation mod besættelsesmagt og samarbejdsregering. I 1943 blev han ved dannelse af Danmarks Frihedsråd medlem som repræsentant for Frit Danmark. I slutningen af 1944 blev han arresteret af Gestapo og sad indespærret i Shellhusets øverste etage, hvorfra han undslap efter RAF's bombeangreb i marts 1945. Han var minister fra maj til oktober 1945 i befrielsesregeringen, som bestod af et ligeligt antal medlemmer fra befrielsesbevægelsen og de gamle politikere. Ved det første frie valg i oktober 1945 opstillede Fog "i tilslutning" til DKP uden at være medlem af partiet. Han blev indvalgt ved dette og det følgende folketingsvalg og indgik i den kommunistiske gruppe indtil 1950 uden at engagere sig helhjertet i det parlamentariske arbejde. Fra 1950 til 1958 helligede hans sig modstand mod oprustning som formand for organisationen 'Fredens Tilhængere', der med en vis ret blev betragtet som kommunistisk orienteret, bl.a. fordi dens kritik mest rettede sig mod oprustning i Vesten. Fog havde ikke reageret udadtil mod kuppet i Prag i 1948, men efter Ungarn i 1956 kom han med tiltagende kritik, dog primært internt, af DKP's holdning til den sovjetledede nedkæmpning af den folkelige modstand mod det kommunistiske regime, og det medførte efter et par år dannelse af SF. Bind 1 viser meget godt, hvorledes Fog gik fra at være betragtet som modstandshelt til at få klistret emblemet "landsforræder" på sig.

Bind 2 omhandler stort set Mogens Fogs tid som universitetsrektor med omkringliggende år.

Morten Møller nævner selv helt korrekt i bind 1 s.13. , at biografien koncentrerer sig om det politiske menneske Mogens Fog, og ikke om lægen, forskeren –og man kunne tilføje underviseren. Det er efter min opfattelse en mangel i beskrivelsen af Fog Hans lægelige baggrund gav sig mange udtryk, som nødvendigvis må med for at skrive den fulde historie.

Et vigtigt element er den aktivitet, som Fog udøvedede som ung læge ved at være inspirator for radikale studenter i 1930erne. Det drejede sig om medicinere, økonomer og arkitekter, der beskrev konsekvenserne for den almindelige befolkning af den økonomiske krise og kom med forslag til forbedringer. Den senere departementschef i Finansministeriet, Erik Ib Schmidt, giver Fog kredit for at have motiveret denne danske studenteraktivitet, måske med inspiration fra den norske bevægelse "Mot Dag", startet af den kommunistiske yngre læge , og senere helsedirektør Karl Evang. Medicinerenes aktiviter i 30erne kom til at inspirere danske stud.med.er og yngre læger i 1960erne og fremover til aktiviteter om bl.a. arbejdsmiljø.

Meget hurtigt efter at være blevet læge i 1932 blev Fog involveret i lægeforeningsarbejde som medlem af Foreningen af Yngre Lægers bestyrelse,

af lægeforeningens hovedbestyrelse 1935-38, formand for lægeforeningens uddannelseskomité fra 1964 samt medlem a foreningens hygiejnekomite 1936-63. Det var i sidstnævnte egenskab jeg fik et vist samarbejde med Fog, da man ønskede at få beskrevet komiteens historie ved 40-årsjubilæet i 1976. Tilsammen havde Fog og jeg været medlemmer det meste af tiden, da jeg blev medlem i 1969 og havde været. formand et par af de følgende år. Vedrørende oprettelsen af komiteen i 1936 lagde Fog vægt på at fremhæve praktiserende læge Aage Gullestrups betydning; så meget at han insisterede på, at Gullestrups portræt kom med i den artikel, som blev resultatet i Ugeskrift for Læger (1977;139:45). Gullestrup var politisk Fogs modpol, da han gik ind for lægegerning som et liberalt erhverv. I 1939 blev Fog redaktør for Ugeskrift for Lægers sektion "Videnskab og praksis" , og han beholdt posten til 1966, selv om der var politiske røster, som i den kolde krigs tid stillede spørgsmål om lægerne nu kunne vælge kommunister til faglige tillidshverv.. I perioden 1946-66 var hans medredaktør for sektionen "Fagligt og Socialt" Poul Bonnevie, der i 1946 blev professor i Hygiejne ved det lægevidenskabelige fakultet (senere i social medicin). Bonnevie havde absolut forståelse for sundhedsproblemer hos samfundets svage, men der er næppe tvivl om, at han lå langt til højre for Fog på en traditionel politisk skala. Alt tyder imidlertid på, at de havde et glimrende samarbejde med udgangspunkt i et fælles genuint ønske om at sikre og om muligt højne det videnskabelige niveau i dansk sundhedsforskning.

Bind 2 af biografien "Den røde rektor" beskriver Fogs karriere i universitetets hierarki, først som prorektor og i perioden 1966 til 72 som rektor. Det kommer næsten til at fremstå som en ambitiøs persons trang til at nå højest op i et system, som han allerede som 34-årig var indtrådt i ved udnævnelsen til professor. Det var nu næppe den eneste årsag. Hans redaktionelle arbejde for at sikre forskningsformidling var en naturlig funktion på et af universitets kerneområder. Fogs egen videnskabelige produktion var ikke stor efter besættelsen, men han skrev lærebøger og var inspirator for talrige yngre neurologer. Også på undervisningsområdet, universitetets anden kernefunktion, havde han siddet i adskillige udvalg og råd og havde blandet sig med talrige forslag, og han var blevet involveret helt generelt for at skaffe større bevillinger til de højere læreanstalter. Da han samtidig var kendt som en smidig forhandler og kompromismager, var det naturligt, at de stemmeberettigede (professorernee) ved valg til de højeste universitetsposter, så ham som en mulig kandidat Rektoratsperioden blev utvivlsomt den mest tumultariske tid i Universitetets historie, og på trods af Fogs forhandlingsevne og charme blev han klemt mellem parterne, de revolterende studenter, professorerne og det politiske system, og han blev nok upopulær i alle disse lejre, men i visse medier i de tidlige faser var han nærmest en helt.

Morten Møllers hovedbudskab i biografien er, at Mogens Fog under og i årene efter besættelsen - til dannelsen af Socialistik Folkeparti - havde en hemmelig kommunistisk dagsorden, og at han i hele sit liv gjorde alt for at tilsløre dette faktum..

En vigtig indicium fori Møllers tese er et notat, som Fog skrev i februar 1943, kort efter at han var gået under jorden og havde udsendt sine kendte breve 'til en kreds af venner og bekendte', hvori han argumenterede mod de forbehold, som kunne stilles op mod at bekæmpe nazisterne. "En Draabe i Havet, siger De! Nuvel, Havet bestaar af Draaber.". Notatet fra februar 1943 opstiller en strategi for hvordan den kommunistiske ide skal sælges til en modstræbende dansk befolkning med henblik på at skaffe tilslutning efter befrielsen, altså ved at stemme kommunistisk ved et normalt demokratisk valg.. Et af elementerne er at fremstille den kommunistiske bevægelse i Danmark (læs DKP) som en national bevægelse, frigjort fra Sovjetunionen og Komintern, et andet var at overbevise middelklassen om, at en kommunistisk magtovertagelse ikke nødvendigvis ville betyde proletarisering. Der er næppe tvivl om, at Fog havde analyseret problemerne korrekt, og at notatet var udtryk for hans ærlige overbevisning. Møller angiver, at notatet "efter alt at dømme" er sendt til DKP's (illegale) ledelse. Henvisningen er publikationen' Dokumenter til belysning af Danmarks kommunistiske Partis og Frit Danmarks virksomhed 1939-1943/44' udgivet i 2001 af Kirchhoff og Trommer. I følge denne er den ene modtager af notatet Børge Houmann, som senere blev DKP's repræsentant i Frihedsrådet.. I samme publikations afsnit med 'Dokumenter til belysning af Kominterns beskæftelse med DKP' er der ingen henvisning til Fogs notat, men der er en forespørgsel fra KGB til Komintern om kendskab til en dansk professor Mogens Fog (medlem af DKP) af april 1943 og Komintern svarer august 43, "at der hos os ikke er noget materiale" Der var næppe nogen i USSR, der tilbageholdt den slags oplysninger for KGB, så selv hvis DKP's ledelse havde fået det, var det nok ikke gået videre til Komintern i det mindste ikke med forfatterens navn. Men andre i partiets top kan måske have ladet notatet sive til sovjetsystemet for at sværte Fog som renegat. .

Jeg er imidlertid overbevist om, at Morten Møller har demonstreret på overbevisende måde, at Mogens Fog i mange år gjorde meget for at sløre både sin tro på kommunismen i USSR samt sin tilknytning til DKP. Efter min opfattelse ville det ikke have været til skade for ham at have spillet med mere åbne kort og have ladet den kritik han fremførte internt i partiet komme åbent frem og senere at have beklaget sine fortielser, men det hørte ikke til hans naturel at sige undskyld, og jeg kan godt forstå hans argument om, at han ikke ville give den antikommunistiske propaganda yderligere ammunition.

Biografien har givet mig anledning til at læse/genlæse andre bøger om/af Mogens Fog. Hans aselvbiografi i to bind 'Efterskrift' og en samling af breve, artikler og taler 'Sine meningers mod' samt 'En bog om Mogens

Fog' redigeret af Elias Bredsdorff med bidrag af kolleger og venner. Den sidste giver et godt indtryk af disses fascination og beundring af samt næsten hengivenhed for Mogens Fog og dermed risikoen for en mindre nøgtern vurdering af ham. Det er bestemt ikke en fælde Morten Møller falder i; snarere tværtimod, for man får hurtig ved læsning den følelse, at vi her har en biograf, som ikke bryder sig om den biograferede. Det har været en nydelse at læse Fogs artikler og taler med hans forbløffende sprogbehandling . Der er for mig ingen tvivl om, at Morten Møller har følt det som en udfordring at skulle leve op til Fogs formuleringsevne, og det er i mange tilfælde lykkedes ham.

Udover den ovenfor nævnte mangel ved biografien for at undlade omtale af Fogs virksomhed i lægeforeningsregi mangler jeg også en nærmere beskrivelse af hans indsats som minister for særlige anliggender i befrielsesregeringen, hvor han fik iværksat mange foranstaltninger for krigens ofre, som vel også var lægeligt inspireret.. Den tale han som repræsentant for modstandsbevægelsens del af regeringen holdt i radioen 5.maj 1945, efter kongen og statsminister Buhl, er et retorisk mesterstykke.. Det lykkes ham, uden at give udtryk for tilgivelse af samarbejdspolitikerne, her at beskrive en enig dansk befolknings modstand mod besættelsen og nazismen fra den passive afstandstagen til den væbnede kamp. Han lagde hermed grunden til den historiefortælling om besættelsen, som de samme samarbejdspolitikere så flittigt dyrkede de følgende årtier. Morten Møller mener, at det skyldtes et ønske om at skabe et fortroligt samarbejde mellem regeringens to parter. Det kunne også skyldes et ønske om at hjælpe processen med at få Danmark accepteret som allieret nation, hvilket lykkedes, da Danmark blev indbudt til FN-pagtens underskrivelse senere på sommeren 1945. Det var også dejligt at læse, at han i talen opfordrede modstandsgrupperne til at sikre ro og hindre overgreb mod den overvundne fjende og de tyske flygtninge. Samme mangel på hævntørst kommer også frem i hans sikring af, at Frit Danmark ikke bragte fotos af arresterede landssvigere m.fl.

Det har været interessant at sammenligne denne biografi med biografien 'Idealisten',som Arne Hardis skrev om Hans Scherfig. Titlen skal måske ikke tages bogstaveligt, da den kan hentyde til de besynderlige karakterer, som befolker universet i Scherfigs roman "Idealister". Personerne vil med okkulte teorier frelse verden, og det kan være at Hardis ser en lighed med Scherfig og hans livslange tro på kommunismen. Hardis ,som bedømt på sine øvrige skriverier ikke kan betragtes som blød over for danske kommunister, er imidlertid nådig mod Scherfig. Denne gik et par klasser under Fog i Metropolitanskolen og hadede den jf 'Det forsømte forår', mens Fog boltrede sig. Scherfig måtte gå 2.g. om og Hardis trykker karakterbogen i biografien. Vi skal sandelig få ondt af den naive og fattige kunster. Møller beskriver den charmerende og begavede Fog, som strøg gennem skole, studium og disputatsarbejde. Han kom også til penge, fik villa i Charlot-

tenlund og hus ved den franske reviera. Morten Møller kommer igen og igen tilbage til villaen på Søllingsvej. Fog var systembryder og systemnyder, og den vurdering kan jeg godtage, men ikke hvis den bruges til en moralsk nedvurdering. Samtidig skinner det igennem, at hos en mand med den begavelse er det vanskeligt at acceptere, at man kan lukke øjnene så længe for stalinismens forbrydelser. Den naive og måske ikke så begavede kunstner kan man tilgive.

Når dette er sagt, ,kan jeg anbefale at læse bogen, men tag noget tid til at supplere læsningen med nogle af de titler, som er anført ovenfor. Kun derved bliver det muligt at danne sig et fuldstændigt billede af en mand, der respekterede sine politiske modstandere og som var dybt påvirket af den humanistiske, lægelige tradition, ikke kun i ord men også i gerning.

Nils Rosdahl

Anmeldelse af *Pedersen C Brahe: Øre-operationer, før og nu. Udvalgte emner fra otologiens historie m.m. Eget forlag, 2007, 226 sider, pris 98 kr.*)*

Professor, dr. med. Christian Brahe Pedersen (CBP) har en betydelig faglig forfattervirksomhed omfattende et stort antal videnskabelige artikler og medforfatterskab til otologiens lærebog: *Øre-Næse-Halssygdomme, Hoved- og halskirurgi*. Han er desuden medforfatter på *Tinnitusbogen*. Aktuelle bog er skrevet på glat papir med letlæselig skrifttype og illustreret med 88 figurer, de fleste i farver. Sproget er velskrevet nutidsdansk. Bogen er opdelt i 11 kapitler: introduktion, øret og mastoidectomi, Wilhelm Meyer, tonsil efterblødning, behandling af døve med elektricitet, cochlear Implant, otosclerose kirurgiens udvikling, spredte erindringer, CBP's publikationsliste og efterskrift.

CBP har den grundholdning, at kendskab til medicinsk-historiske forhold er vigtigt og undertiden nødvendigt for forståelsen af nutidens lægevidenskab. Man finder da også i de kliniske kapitler en grundighed med oplysninger helt fra oldtiden og frem til nutiden; f.eks. i kapitlet om opmejsling af øret, mastoidectomiens historie. Fra oldtiden hører man både om Hyppokrates' og Aristoteles' indsigt i øre og hørelse i Grækenland, og fra Rom Galens opfattelse af øret. Via Renæssancen når vi til 1600 og 1700 tallet med interessant redegørelse for litteraturens oplysninger, om hvem der kom først med mastoidectomi både internationalt og i Danmark. Vi når frem til "Nyere tid" fremdeles med stor interessant detailrigdom og der er indføjet fatale sygehistorie – "Berger sagen", som resulterede i manglende otokirurgisk udvikling i ¾ århundrede. Alt meget velbeskrevet og med god klinik, der også har nutidig interesse, kan findes i kapitlet.

I kapitel 3 beskrives nøje den næsten katastrofale betydning det fik for Wilhelm Meyer, at han opholdt sig i Holsten ved krigsudbruddet i 1848. Han blev beskyldt for landsforræderi og opnåede aldrig tilnærmelsesvis den berømmelse i samtiden i Danmark, som han opnåede internationalt Også beskrivelsen af opdagelsen af adenoide vegetationer og disses betydning er levende beskrevet. Kapitel 4 er om Meyers familie og en sommerhusdagbog, der blev fundet i 2004.

Tonsilectomiefterblødning(kap 5) beskrives med samme bredde og omhyggelighed som vi finder i de andre kapitler. Forfatteren når via nutidig beskrivelse af indikationer og operationsmetodik frem til en omfattende og aktuel diskussion. Man finder den samme bredde i kapitel 6. Historiske finurlige elektriske behandlinger beskrives, indledende videnskabelige stimulationsforsøg meddeles og vi når i kapitel 7 frem til de sidste 25 års kolossale udvikling indenfor Cochlear implant behandlingen – et af forfatterens superspecialistområder. Otosclerosekirurgiens historie og udvikling i Danmark fylder kapitel 8 og aktuel teknik og resultater meddeles. CBP´s spredte erindringer meddeles i kapitel 9 og er både underholdende og tankevækkende.

Målgruppen for denne interessante og velskrevne bog er naturligvis otologer og i særdeleshed yngre otologer og Dansk Selskab for Oto-rhinolaryngologi, Hovedhalskirurgi har da også allerede foræret bogen til alle landets otologer. Bogen har imidlertid også generel medicinsk historisk interesse og kan varmt anbefales til alle med dette interesseområde.

Karsten Ejsing Jørgensen, prof.dr. med. Platanvej 43, 5230 Odense M. ejsing@galnet.dk

*)Bogen kan købes for 98 kr. inkl. forsendelse ved henvendelse på mailadressen: Brahe@dadlnet.dk

Dansk medicinsk-historisk Selskab

Beretning 2008

Bestyrelsesmedlemmer siden generalforsamlingen 8. februar 2007

Direktør, dr. med. Gert Almind (formand)
Kærsangervej 66, 4300 Holbæk
Tlf. 59 43 46 66
gea@novo.dk

Udviklingskonsulent, ekstern lektor, cand. phil., ph.d. Lars Ole Andersen
Titangade 3 C, 4. th., 2200 København N
Tlf. 43 28 23 06
lars_ole_andersen@hotmail.com

Gynækolog, mag.art. Annette Frölich
Vilvordepark 11, 2920 Charlottenlund
Tlf. 39 64 06 20
acfroelich@dadlnet.dk

Overlæge Karin Garde (næstformand)
Sct. Hans Hospital, afd. L, 4000 Roskilde
karin.garde@shh.hosp.dk

Museumsinspektør, cand. mag., ph.d. Søren Bak-Jensen (sekretær)
Københavns Bymusæum
Tlf. 60249249
sbj@kff.kk.dk

Cand. mag. Anne Dorthe Suderbo (kasserer)
Strandvej 12 B, 2900 Hellerup
Tlf. 39626857
adsljj@post11.tele.dk

Speciallæge Nils Rosdahl
Borgevej 22, 2800 Lyngby
Tlf. 45 88 34 27
nrosdahl@dadlnet.dk

Bestyrelsen har holdt 6 møder, gerne i tilslutning til medlemsmøder. Desuden et fællemøde i Århus, hvor vi mødtes med repræsentanter for bestyrelserne i Jydsk og i Syddansk Medicinhistorisk Selskab. Endelig har bestyrelsen med sine delegerede deltaget i Dansk Medicinsk Selskabs generalforsamling.

Selskabet havde ved udgangen af 2008 269 medlemmer. Kontingent 200 kroner, dog 100 for studerende.

Selskabets aktiviteter støttes ikke kun af medlemmerne gennem det årlige kontingent. Selskabet modtog igen i 2007 med stor glæde en donation fra Kommunelæge Vilhelm Christian Eilschou Holms Legat.

Desuden gør vi gratis brug af Medicinsk Museions lokaler til vores møder, hvilket vi er meget taknemmelige for.

Årets er forløbet med de klassiske aktiviteter: videnskabelige foredrag, en enkelt udflugt, bogtilbud, studenterpris og udsendelse af årbogen, hvor vi i 2008 og 09 har hovedredaktørposten, flittigt og sikkert varetaget af Nils Rosdahl.

I årets løb er Venneforeningen blevet opløst. Vi har derfor i andet halvår 2008 indbudt dets sidste formand Sven Erik Hansen til at deltage i vores bestyrelsesmøder som bisidder, og vi håber at DMHS fremover kan danne rammen om nogle af de aktiviteter, som Venneforeningen tidligere havde, ikke mindst udflugter og rejser.

Dansk Medicinsk-historisk Selskabs Studenterpris

Selskabet stimulerer interessen for medicinsk historie blandt de studerende ved årligt at uddele en Studenterpris. Prisen er ledsaget af 10.000 kroner og mulighed for at holde foredrag i selskabet. I 2008 blev den tildelt stud. mag. Ditte Wonsyld for emnet: *Koleraepidemien i København 1853 – og hvordan man forsøgte at komme den til livs.*

Videnskabelig møder

24. januar 2008
Professor em., dr.med. Karl R. Kristoffersen
Fra bondekarl til professor
Om sin opvækst, skolegang og uddannelse til læge. Om forskning inden for livmoderhalskræft og forholdet mellem graviditet og sukkersyge. Foredraget kom også ind på de etiske problemer, der opstod i takt med udviklingen indenfor fosterdiagnostik og sygdomsforebyggelse for det ufødte barn.

21. februar 2008
Fhv. embedslæge ph.d. Jens Steensberg
Spirituskørsel. Dansk og nordisk politik gennem det 20. århundrede
Belyst med de historiske forskelle mellem Danmark og de øvrige nordiske lande. Alkohol og trafikproblemet har været størst i Danmark, hvilket især skyldes den liberale drikkekultur og det traditionelt store alkoholforbrug. Dansk alkoholpolitik har været tøvende og lidet effektiv, og præget af tilbageholdenhed med at stramme lovgivningen mod spirituskørsel. De tidligt vedtagne og ret strenge norske og svenske bestemmelser har formentlig – i samspil med holdninger i befolkningen – haft betydning for den lavere forekomst af spirituskørsel end i Danmark.

3. april 2008
Temamøde: Katyn-massakren som propaganda og retsmedicin
Cand.mag., ph.d. Niels Bo Poulsen, Center for militærhistorie, Forsvarsakademiet.
fhv. embedslæge, gæstekurator Niels Rosdahl, Medicinsk Museion og
journalist Lisbeth Jessen, DR
Temamødet tog udgangspunkt i ny

international forskning omkring de retsmedicinske undersøgelser i 1943 af massegravene fra den sovjetiske massakre på polske officerer i Katyn-skoven i 1941. Foredragene gennemgik baggrunden for massakren og den tyske brug af massegravene som propaganda under 2. verdenskrig. Der blev også set nærmere på omstændighederne omkring den internationale retsmedicinske ekspertgruppe, der under tysk ledelse stod for undersøgelsen af massegravene. Mødet blev afsluttet med fremvisning af tv-dokumentaren "Kraniet fra Katyn", der fortalte historien om den danske læge Helge Tramsen og hans rolle i den retsmedicinske undersøgelse.

24. april 2008 – eftermiddagsmøde i Dam-auditoriet, Panum Instituttet
Professor, dr. med et scient. Jens Rehfeld, Rigshospitalet
Individualiseret diagnostik og terapi. Kan den store københavnske polioepidemi være et udgangspunkt?
Foredraget gennemgik den videnskabelige og tekniske udvikling, som polioepidemierne i begyndelsen af 1950erne afstedkom. Vægten blev lagt på Poul Astrups indsats inden for laboratorievirksomhed, det speciale, som i dag betegnes klinisk biokemi. Astrups indsats revolutionerede på internationalt niveau målinger af boldgasser og syre-base i blodet og han konstruerede et apparat til dette. Astrupapparatet har fungeret mange steder i Verden og astruptal (de værdier som udregnes på basis af apparatets målinger) er et centralt begreb.

17. september 2008
Cand.mag. Inge Mønster-Kjær
Thomas Bartholin, den naturvidenskabelige revolution og medicinens kulturhistorie
Anatomen Thomas Bartholin (1616-1680) huskes bedst i medicinhistorien for sin opdagelse af lymfekarrene hos mennesket. Ofte beskrives han som overgangsfigur mellem nyt og gammelt. En stor del af Bartholins virke, forbigås normalt af hans biografer, men en bredere læsning af hans arbejder viser, at Bartholin med sin bibelske anatomi var banebrydende og toneangivende for sin tid. Han udgav den første samlede bibelske anatomi med udgangspunkt i Det Nye Testamente. Og han var en vigtig faktor i professionaliseringen af kirurgien, jordemoderfaget og farmakologien.

22. oktober 2008
D. Phil. Frances Larson, Research Fellow, Anthropology Department, Durham University
Henry Wellcome's Historical Medical Museum: Science or Spectacle?
The Wellcome Historical Medical Museum opened in London in 1913 and remained there until 1932. It contained an astonishing array of material: surgery, pharmacy, nursing, dentistry, astrology, anatomy, chemistry, criminology, anthropology and archaeology were all represented in Henry Wellcome's enormous collection, and his Museum was hailed as 'the finest historical medical museum in the world'. But a series of tensions lay at the heart of Wellcome's Museum. While it aspired to the highest scientific stand-

ards, many of the exhibits provided little more than entertainment. One journalist termed it 'a haunt of delightful horrors'. Henry Wellcome claimed his collection was an educational resource, but he refused to let anyone study it and kept his activities shrouded in secrecy. What is more, he denied any link between the Historical Medical Museum and his pharmaceuticals business, Burroughs Wellcome and Co., even though their activities were intimately entwined.

12. november 2008

Professor, Dr. phil. Lene Koch, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, KU

Da reagensglasmetoden kom til Danmark! Om brugen af vidneseminarer som kilde til medicinens nyere historie

Et vidneseminar er en samtidshistorisk metode til at indsamle truet kildemateriale, i dette tilfælde erindringer om væsentlige medicinhistoriske begivenheder. Oplægget præsenterede resultaterne fra et vidneseminar om IVF metodens indførelse i Danmark – med en gruppe sundhedsfaglige aktører, der spillede en afgørende rolle da IVF-metoden blev indført i midten af 1980erne. Inden for vidneseminarets semistrukturerede ramme søgte denne gruppe i fællesskab at erindre væsentlige begivenhedsforløb omkring forskningsaktivitet, teknologiudvikling og organisationsændringer i tilknytning til metodens indførelse. Oplægget gav eksempler på den form for viden seminaret frembragte og diskuterer nogle metodiske problemer ved denne form for kildeindsamling.

10. december

Temamøde: Forskere, biografier og selviscenesættelse

Cand. mag. Tanja Pauck, Novo Nordisk Fonden

Den selviscenesættende videnskabsmand. En kulturvidenskabelig-biografisk analyse af fysiologen August Krogh

Foredraget byggede på et eksempelstudie i, hvad der betinger den enkelte videnskabsmands muligheder for at forske frit. August Kroghs bevillinger fra private fonde samt en afdækning af, hvad foredragsholderen kalder en bevidst karrierestrategi og selvfremstilling er omdrejningspunktet for analysen. Den enkelte videnskabsmands evne til at opnå forskningsmidler samt hans ageren i det videnskabelige miljø har en afgørende betydning for muliggørelsen af hans frie forskning.

Professor Thomas Söderqvist, Medicinsk Museion, KU

Medicinhistorie på individniveau

Thomas Söderqvist redegjorde for, hvordan historieskrivning på individniveau adskiller sig fra andre former for historieskrivning ved at opstille 7 typer af biografier. Historikere fokuserer tit på historiske individer, fordi individet forventes at kunne illustrere noget historisk alment (individstudier som 'case-study'). Men man kan også være interesseret i at forstå et individ sui generis, dvs. hin enkeltes partikulære udvikling.

Udflugt

30. maj – eftermiddag og aften
Ekskursion til Skt. Hans Hospital
Overlæge Karin Garde viste rundt på museet i Kurhus og i de historiske bygninger, som rummer Danmarks ældste og stadig største psykiatriske hospital. Afsluttet med middag i Villa d'Este.

Bogtilbud

Følgende medicinhistoriske udgivelser er tilbudt selskabets medlemmer:

Jens Steensberg: Trafik og alkohol. Dansk forebyggelsespolitik gennem det 20. århundrede set i nordisk perspektiv (Nyt Nordisk Forlag, 2007)

Lene Koch: Da reagensglasmetoden kom til Danmark 1977-1987. Rapport fra et vidneseminar. (Københavns Universitet, 2007)

Jesper Vaczy Kragh (red.): Psykiatriens historie i Danmark (Hans Reitzels Forlag, 2008)

Christian Graugaard: Corpus. Rejser i Menneskekroppen (Politikens Forlag, 2008)

Gert Almind

Jydsk medicinhistorisk Selskab

Beretning 2008

Bestyrelsen efter generalforsamlingen den 7. maj 2008

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

Næstformand
Professor dr. med.
Markil Gregersen
E-mail: mgr@retsmedicin.au.dk

Kasserer
Ledende overlæge lic. med.
Magne Juhl
E-mail: magne.juhl@sygehusviborg.dk

Sekretær
Museumsinspektør, mag. art.
Hanne Teglhus
E-mail: hanne.teglhus@si.au.dk

Øvrige medlemmer
Professor dr. med.
Albert Gjedde

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

Læge, Ph.D.
Lene Warner Boel
E-mail: lwb@retsmedicin.au.dk

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

Sygeplejerske, lektor, Ph.d.
Susanne Malchau
E-mail: sm@sygepleje.au.dk

Professor, dr. med.
Per Vestergaard
E-mail: per.vestergaard@ps.rm.dk

Medlemstal ved udgangen af 2008: 140

Følgende møder og aktiviteter har været afholdt I selskabet

Tirsdag den 26. februar 2008
Bibliotekar, cand. mag. Ph.D. Philippe Provencal, Naturhistorisk Museum, Århus:
Den arabiske medicin og Europa – hvilken ny viden fik Europa fra den arabiske medicin?

Overlæge, professor, dr. med. Niels Ehlers, Øjenafdeling, Århus Sygehus:
Jacques Daviel, kirurg og forsker. Et afgørende trin i stæroperationens historie

Onsdag den 2. april 2008
Lektor, dr. med. Ole Sonne, Institutleder, Institut for Fysiologi og Biofysik, Aarhus Universitet:
Animalsk elektricitet – opdagelsen af musklers og nervers elektriske aktivitet

Professor, dr. med. Christian Brahe Pedersen, Århus:
Historien om verdens bedste operation. Om Otosclerosekirurgiens udvikling i Danmark.

Onsdag den 7. maj 2008
Generalforsamling
Lektor, dr. med. Jesper Boldsen, Retsmedicinsk Institut, Odense:
Lepra og den sorte død

Tirsdag den 30. september 2008
Fællesspisning i cafeen ved Museet på Psykiatrisk Hospital i Risskov.
Kunsthistoriker, cand. mag. Mia Leisted, museumsleder, Museet på Psykiatrisk Hospital viste rundt i museets udstillinger.

Onsdag den 5. november 2008
Museumsinspektør, læge, Ph.D. Morten Skydsgaard, Steno Museet, Aarhus Universitet:
Ideer og tanker bag Steno Museets særudstilling: Det uperfekte barn

Onsdag den 3. december 2008
Professor, dr. med. Peter K. A. Jensen:
Fosterdiagnostikken i Danmark i historisk belysning
Efter julemødet blev der serveret ost og rødvin.

For øvrig information henvises til Jydsk Medicinhistorisk Selskabs hjemmeside på adressen: www.jmhs.dk

Hanne Teglhus

Syddansk medicinhistorisk Selskab

Årsberetning 2008

Bestyrelsen efter generalforsamlingen 19.02.08 og konstituerende bestyrelsesmøde

Formand:
Claus Fenger, professor dr.med.
Finsens allé 16
5230 Odense M
66111969 (privat)
claus.fenger@dadlnet.dk

Næstformand:
Niels Kristoffer Jensen, pens. overlæge
Elmelundsvej 24
5200 Odense V
65 92 33 10 (privat)
nk.jensen@get2net.dk

Kasserer:
Søren Hess, reservelæge
Ørsbjerg Skovvej 28
5560 Aarup
64472020 (privat), 22979119 (mobil), 65412981 (arbejde)
hess@dadlnet.dk

Sekretær:
Marianne Gjerløv Lauritzen, tandlæge
Holger Bisgaardsvej 1
5620 Glamsbjerg
64 72 14 84 (privat)
omlauritzen@hotmail.com

Flemming Brandrup, pens. overlæge, dr.med.
Vestergade 30
5600 Faaborg
62 61 12 14 (privat)

Bernard Jeune, lektor
Klaregade 27 3.sal th./ Finsens Alle 7
5000 Odense C / 5230 Odense M
66 12 14 63 (privat) og 65 50 30 36 (arbejde)

Allan Kelbæk, apoteker cand. pharm.
Hesselager apotek, Langgade 5
5874 Hesselager
62 25 12 35 (privat) 62 25 10 03 og 62 25 16 78 (begge arbejde)

Hans Jørn Kolmos, professor, overlæge dr.med.
Carl Baggers Alle 2 A
5250 Odense SV
66 11 19 83 (privat) og 40 75 46 26 (mobil privat)
65 41 47 95 (arbejde)

Æresmedlem:
Bent Collatz Christensen, dr. med.
Svalevænget 4
5210 Odense NV
66 16 15 74

Tilforordnede medlemmer:
Ib Søgaard, cheflæge
Vinkelvej 24
7900 Nykøbing Mors
97 72 17 06 (privat)

Jens Zimmer Rasmussen, professor dr.med.
Olaf Ryesgade 5
5000 Odense C
66 14 81 20 (privat)

Formandsberetning

Ved udgangen af 2008 har selskabet 60 medlemmer. Kontingentet er uændret 200 kr årligt, for studenter dog 100 kr. årligt. Selskabet har i det forløbne år arbejdet med at forbedre informationen overfor medlemmer og andre interesserede, og med at gennemgå selskabets samling af medicinhistoriske effekter. I 2008 har der været afholdt nedennævnte aktiviteter for medlemmerne. For efterårets møder har man valgt et tema fra nyere tid "Læger i 2. Verdenskrig". Dette har resulteret i en større tilhørerskare, heriblandt mange yngre.

Møder og udflugter 2008

Alle møder er blevet afholdt i Aarestrup auditoriet på OUH.

19.02.08 (møde 151)
Lektor Bernard Jeune og Hans Christian Pedersen
Franskmanden Buffon (1707-1788) og svenskeren Linné (1707-1778) var det 18. Århundredes to store naturforskere og modstandere. Begge blev fejret sidste år med deres 300 års fødselsdag

08.04.08 (møde 152)
Professor dr. med. Knud Siboni
Udviklingen 2000-2006 af geografisk oprindelse, studievarighed, postgraduat uddannelse, slutstilling og pensionering for 3055 lægevidenskabelige kandidater fra SDU, Odense

20.05.08 (møde 153)
Overlæge Torsten Sørensen
Træk af ovariotomiens historie– privathospitalet på Jelling mark.

10.09.08 (møde 154)
Pens. overlæge dr. med. Jørgen Kieler
Hvorfor gjorde vi det? Om mit samarbejde med Flammen og andre sabotører.

20.09.08 (Udflugt)
Den årlige udflugt gik til Historiecenter Dybbøl, hvor der var foredrag ved pens. overlæge Bent Misfeldt om Sanitetstjenesten i 1864 og derefter rundvisning i museum og skanser. Efterfølgende var der frokost ved Augustenborg fjord og rundvisning i Psykiatrimuseet, Augustenborg, ved forstander og historiker Rudi Cargnelli. Til sidst fik vi kaffe og kage på slottet og foredrag ved pens. overlæge Bent Misfeldt om slottets funktion som lazaret i 1848-50 og ved dr. med. Johannes Brix om Lazarettet i 1864. Der var 25 deltagere.

28.10.08 (møde 155)
Pens. Overlæge, dr. med. Sven Arvid Birkeland
Taget af tyskerne. Danskere i 2. Verdenskrig.

09.12.08 (møde 156)
Lektor Terkel Stræde, SDU og Bernard Jeune (i stedet for mag.art. Anders Stensager, DKBibl)
Nazilægen Josef Mengele

Foreløbigt, ikke-revideret regnskab til Dansk Medicinhistorisk Årbog 2008

Indtægter

Donation fra Assens Fond	40.000,00	kr.
A conto overførsler (foreløbige) fra		
Dansk medicinsk-historisk Selskab	10.000,00	-
Jysk medicinhistorisk Selskab	6.235,00	-
Syddansk medicinhistorisk Selskab	2.600,00	-
Renter	2,68	-
Salg (indbetalte beløb; se note 1)	1.225,00	-
Subtotal	60.062,68	-
Overført fra regnskab årbog 2007	4.620,31	-
Til rådighed	64.682,99	-

Udgifter

Rejse til redaktionsmøde (Suderbo og Rosdahl)	667,00	kr.
Porto og forsendelser (note 2)	1.296,08	-
Papirvarer	129,55	-
PC-reparation og keyboard	2.924,00	-
Trykkeriregning	57.668,75	-
Subtotal	61.685,38	-

64.682,99 minus 61.685,38 lig = 2.997,61 kr.: overført til regnskab for årbog 2009.

Regnskabet afsluttet i forbindelse med sidste indbetaling for en årbog 2008 d.18.9.2009

Nils Rosdahl

Note 1: Indtægter ved salg er lavere end foregående år. De fleste af bøgerne er afsendt i januar og februar, evt afleveret direkte fx til Københavns kulturforvaltning og Københavns Universitetsbibliotek. Desværre kom nogle først af sted senere bl.a. efter rykkere. Bøgerne er afsendt efter den liste jeg modtog fra min forgænger, Niels Kristoffer Jensen med en indlagt nota. En del kommunale biblioteker forlangte en elektronisk nota, mens andre og boghandlere betalte. Arbejdet med årbog 2009 har været ret belastende, og jeg prioriterede dette højere end bogholderrollen. Der er vel udsendt 10 årbøger , der ikke er betalt for, men jeg betragter bestemt beløbene som erholdelige Da udsendelsesomkostningerne er afholdt , jf. udgifter til porto og forsendelse, kan man ansætte disse udestående fordringer til 150 kr pr. årbog.

Note 2: nogle udgifter fx til porto er afholdt i 2009, og kunne for så vidt være anført under årbog 2009. Nu bliver de/ er blevet anvendt i forbindelse med årbog 2009

Curricula Vitarum

Andersen, Lars Ole. Født 1955. Cand. phil. 1994 og ph.d. 2005 ved Københavns Universitet. Han har gennem flere år været ekstern lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, hvor han har undervist i medicinens historie og folkesundhedsvidenskabens idé- og kulturhistorie. Han er udviklingskonsulent i Brøndby Kommune, hvor han arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse. Han har arbejdet med sundheds og sygdomshistorie og har skrevet bøger og artikler om epidemier, psykiatriens historie, placeboeffektens historie og indbildningskraftens rolle i medicinen. I 2004 færdiggjorde han sin ph.d. afhandling "Før placeboeffekten: Indbildningskraftens virkning i 1800-tallets medicin."
Privat adresse: Titangade 3 C, 4 th, 2200 N
E-mail: lars_ole_andersen@hotmail.com

Frölich, Annette E. Født 1942. Cand. Med. 1969, speciallæge i gynækologi og obstetrik i 1980. Klinisk lektor i gynækologi. Ophør med lægeligt arbejde i 1990 på grund af arbejdsbetinget lidelse efter ansættelse på onkologisk afdeling Finseninstitutet/Rigshospitalet. Begyndte i 1995 at læse Forhistorisk Arkæologi ved Københavns Universitet og blev i 2003 mag. art. i Forhistorisk Arkæologi med Klassisk Arkæologi som tilvalg på et magisterkonferens speciale om kirurgiske instrumenter blandt våbenofferfundene i jernalderens offermoser i Danmark. Har skrevet danske og internationale arkæologiske artikler om fortidens kirurgiske instrumenter.
Adresse: Vilvordeparken 11, 2920 Charlottenlund
E-mail: acfroelich@dadlnet.dk

Garde, Karin. Født 1938, speciallæge i psykiatri, overlæge ved Sct. Hans Hospital siden 1983, klinisk lektor ved Københavns Universitet til 2008. Mine forsknings- og interesseområder er socialpsykiatri, sexologi samt kønsforskelle i psykiatrien med undervisning heri på universitets- og postgraduat niveau. Bidragyder til fagbøger, lærebøger og videnskabelige artikler om især sexologiske emner. Tidelt Dansk Kvindesamfunds ærespris Mathilde 1981. Leder af Sct. Hans Hospitals Museum siden 1997, hvor en række særudstillinger er blevet afholdt og hvorfra en længere række publikationer om psykiatriens nyere historie er blevet udgivet. Næstformand i Dansk Medicinsk Historisk selskabs bestyrelse siden 2005.
Adresse: Frederiksborgvej 55 H, 4000 Roskilde
E-mail: karin.garde@shh.regionh.dk

Kruse, Edith. Født 1944. Cand.pharm. 1968. Ansættelser: Informationsafdeling, H. Lundbeck & Co. A/S, 1969-1975, Lægeforeningens forlag 1981-2004, fra 1987 som forlagsredaktør. Konsulent ved Dansk Farmacihistorisk Samling siden 2004. Medlem af redaktionskomiteen for Set & Sket i Medicinsk-historisk Museum 1990-2003. Publikationer inden for det farmacihistoriske område, herunder bibliografiske oversigter.
Adresse: Ved Store Dyrehave 60, 3400 Hillerød.
E-mail: epkruse@webspeed.dk

Kruse, Poul R. Født 1943. Cand.pharm. 1967, lic.pharm. 1978 og dr.pharm. 1991 på afhandlinger om farmaciens historie. Ansat ved Danmarks Farmaceutiske Universitet 1970-2002, fra 1978 som lektor. Leder af Dansk Farmacihistorisk Samling fra 2002. Adjungeret professor i farmaciens historie ved Danmarks Farmaceutiske Universitet 2002-2006 og ved Det Farmaceutiske Fakultet, Københavns Universitet, fra 2007. Formand for Dansk Farmacihistorisk

Fond og Dansk Farmacihistorisk Selskab samt vicepræsident for The International Society for the History of Pharmacy. Konsulent- og redaktørhverv inden for det farmacihistoriske område.
Adresse: Ved Store Dyrehave 60, 3400 Hillerød.
E-mail: epkruse@webspeed.dk

Mønster-Kjær, Inge. Virksomhedskonsulent og projektkoordinator ved GuideserviceDanmark; Forår 2009, Sanderumgaard – akademisk medarbejder ved godsarkivet. Vinteren 2008/2009; Svendborg Museum – videnskabelig assistent. 2008; Cand. mag. i historie fra SDU (modtager af årets specialepris v. Historiestudiet SDU, juni 2009). 2004; Ansvarshavende redaktør for tidsskriftet Rubicon (de historiestuderendes tidsskrift på SDU). 2001-2003; Redaktionsassistent og skribent ved Det Historiske Hus Aps.
Adresse: Astrupvej 26a, 5000 Odense C
E-mail: moensterkjaer@hotmail.dk

Norn, Svend. Født 1934. Cand.pharm. 1958, dr.pharm. 1971. Ansættelser: Farmakologisk Afdeling, H. Lundbeck & Co. A/S; lektor ved Farmakologisk Institut, Københavns Universitet, 1968 og docent her 1989-2001. Publikationer inden for farmakologi, allergologi og immunologi, desuden medicinske- og farmacihistoriske emner. Organisator og chairman ved internationale kongresser inden for farmakologi og allergologi. Editorial board: Immunopharmacology; Eur. J. Pharmacol.; Annals of Agricultural and Environmental Medicine. Konsulent ved Dansk Farmacihistorisk Samling og Esrum Kloster.
Adresse: Skovvang 1, DK-3460 Birkerød.
E-mail: ksnorn@post.cybercity.dk

Permin, Henrik. Født 1948. Cand.med. 1974, dr.med. 1984 (A Study of autoimmune allergic Type I reactions in rheumatoid arthritis), speciallæge i intern medicin 1985 og i infektionsmedicin 1987. 1989-2004 overlæge på Epidemiklinik M, Rigshospitalet og fra 2004 overlæge på Medicinsk Klinik I og fra 2006 overlæge på Lungemedicinsk Klinik L, Bispebjerg Hospital. Lektor/klinisk lærer ved Københavns Universitet fra 1987. Bestyrelsesmedlem i Dansk Medicinsk-Historisk Selskab 1991-2007 og sekretær 1991-2001. Medredaktør af Dansk medicinhistorisk Årbog 1998-2006. Har skrevet artikler om infektionssygdomme, immunologi og medicinhistoriske og medicinlitterære emner.
Adresse: Lungemedicinsk Klinik L, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.
E-mail: henrikpermin@hotmail.com

Rahlf, Sidsel H. Født 1982. Stud. med. Københavns Universitet. Vinder af Dansk Medicinskhistorisk Selskabs studenterpris 2007 med opgaven: "Brugen af hudtransplantation til behandling af brandsårsskader i Danmark 1870-1960".
Adresse: Silkeborggade 24, 1.tv, 2100 København Ø
E-mail: sidselhald@hotmail.com

Voigt, Søren. Født 1950. Cand. med. 1977 fra Københavns Universitet. BA 1996 (diplomeksamen i etnografi fra Århus Universitet 1992; suppleringsuddannelse i omsorgsetik og teknologikultur fra Odense Universitet 1996). Speciallæge i gynækologi og obstetrik 1989. Siden 1992 overlæge ved gynækologisk-obstetriske afdelinger, fra 2003 ved Sydvestjysk Sygehus Esbjerg. Klinisk lektor i gynækologi og obstetrik 1990-2 og 1997-2003 ved Syddansk Universitet. Ekstern lektor med undervisning i medicinsk videnskabsteori, kommunikation og etik ved Syddansk Universitet fra 1999.
Adresse: Finlandsvej 34, DK-5500 Middelfart.
E-mail: Soeren.Voigt@svs.regionsyddanmark.dk

Wagner, Peter. Født 1942. Cand.scient. 1970 med speciale i vedanatomi og dendrokronolgi. Museumsinspektør ved Nationalmuseet 1970-1972. Adjunkt, senere lektor ved Botanisk Museum og Centralbibliotek 1972-2004. Har publiceret om træ og anvendelsen heraf ofte i forbindelse med arkæologiske udgravninger, om planter og deres emblematiske betydning

i kunsten, om botanikkens historie og om Flora Danicas historie. Har yderligere skrevet om Botanisk Centralbiblioteks ældste historie og været medarrangør af udstillinger om planter og om træs anvendelse. Bestyrelsesmedlem og kasserer i Dansk Medicinsk-Historisk Selskab 1989-2005. Redaktør af Dansk dendrologisk Årsskrift 1976-1978.
Adresse: Bianco Lunos Allé 10, DK-1868 Frederiksberg C.
E-mail: peter.wagner@webspeed.dk

Wonsyld, Ditte. Født 1981. Cand.mag.Historie fra Københavns Universitet august 2009. Vinder af Dansk Medicinsk-historisk Selskabs studenterpris 2008. Arkivar ved Statens Arkiver. Redaktør af tidsskriftet 1066.
Adresse: Weidekampsgade 31, 1 tv, 2300 København S
E-mail: ditte_wonsyld@hotmail.com

ISSN 0084-9588