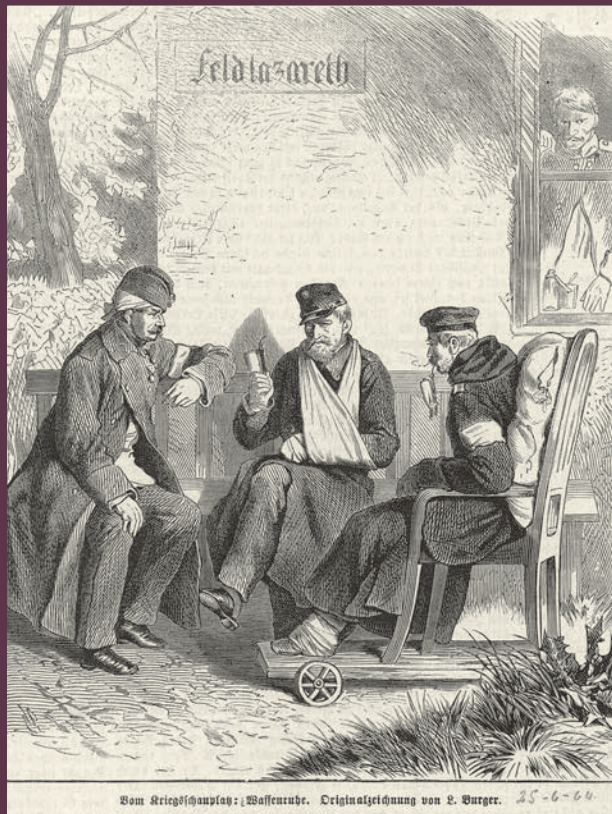


Illustrationen på bogens bagside viser tre sårede tyske soldater under en våbenhvile. Ludwig Burger (1825-1884), tysk maler og tegner. Se Ole Sonnes artikel om anden slesvigske krig side 105. Illustrierte Zeitung bd. 42, nr. 1095, 25. Juni 1864; Illustrierte Kriegsberichte Taf. LXXXII. (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, DH016798)



ISSN 0084-9588

49. ÅRGANG

DANSK MEDICINHISTORISK ÅRB OG 2021

DANSK MEDICIN HISTORISK ÅRB OG



Redaktion

Ole Sonne, Aarhus (ansvarshavende)
Gerda Bonderup, Aarhus
Claus Fenger, Odense
Bernard Jeune, Odense
Hans-Otto Loldrup, København
Anne Dorthe Suderbo, København
Per Vestergaard, Aarhus

Redaktionens adresse

Ole Sonne
Helga Pedersens Gade 9, st. lejl. 3
8000 Aarhus C
medicinhistorisk-aarbog@outlook.com

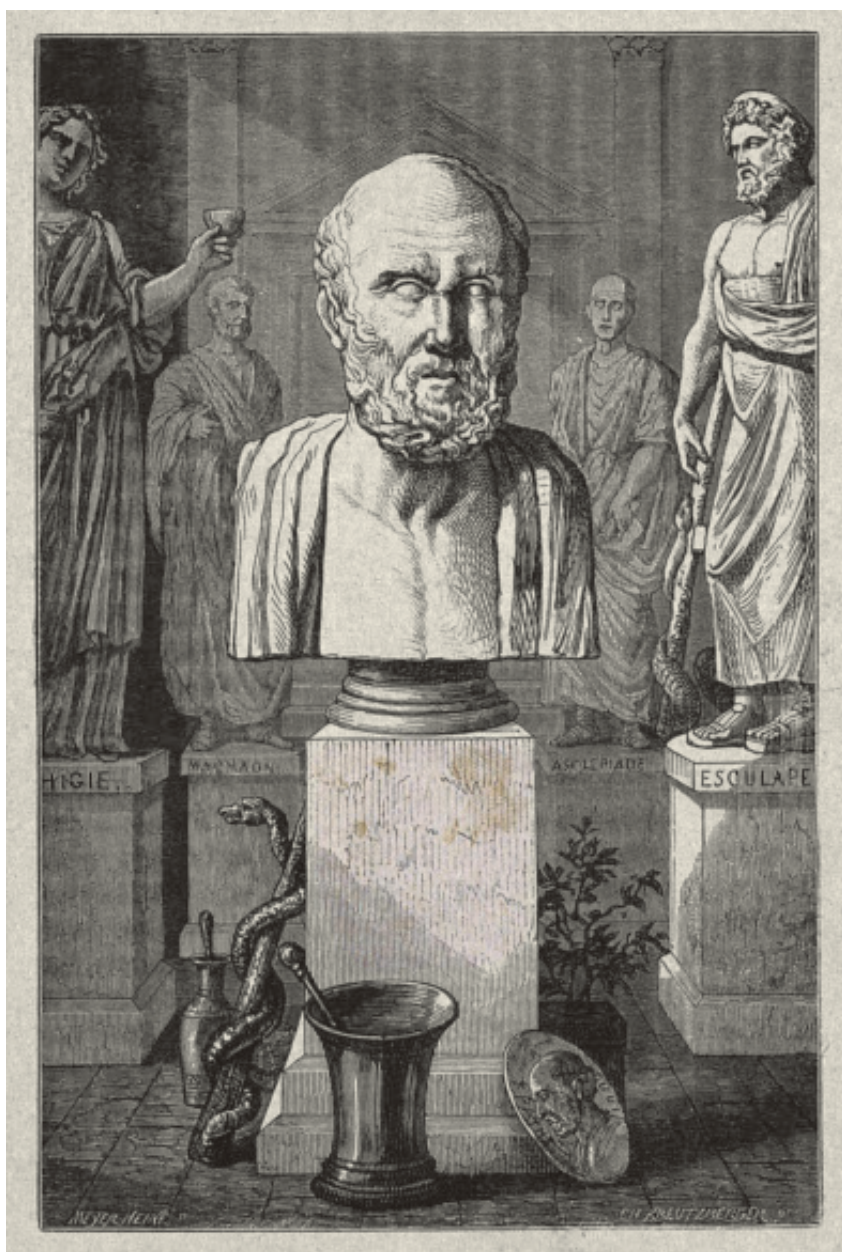
Ekspedition

Som redaktionen

Illustrationen på bogens forside viser det øjeblik, hvor Tobias redder sin fars, Tobits, syn med hjælp fraærkeenglen Rafael. Raphael står til venstre og holder en stor fis frem, som den øjensalve, Tobias brugte, blev udvundet fra. Se Jesper Froms artikel om blindesagens historie i Danmark side 147. (Wellcome Collection, vcbcw248)

2021

Dansk Medicinhistorisk Årbog 2021



*Hippocrates. Træsnit af Meyner-Hein efter Charles Kreutzberger (1829-1863).
(Wellcome Collection, ufmyxfda)*

Dansk Medicinhistorisk Årbog 2021

Udgivet af

Dansk Medicinsk-historisk Selskab
Stenoselskabet – Medicinhistorisk Selskab for Fyn og Jylland

© 2021 Dansk Medicinhistorisk Årbog og forfatterne

Redaktionens medlemmer for årbog 2021

Ole Sonne, læge, universitetslektor emer., dr.med. (fysiologi), Aarhus (ansvarshavende)

Gerda Bonderup, universitetslektor emer., dr.phil. (historie), Aarhus

Claus Fenger, professor emer., dr.med. (patologisk anatomi), Odense

Bernard Jeune, læge, universitetslektor (epidemiologi), Odense

Hans-Otto Loldrup, farmacihistoriker og forlægger, cand.mag., København

Anne Dorthe Suderbo, forskningskonsulent, cand.mag. (historie), København

Per Vestergaard, professor emer., dr.med. (psykiatri), Aarhus

Redaktionens adresse

Ole Sonne

Helga Pedersens Gade 9, st., lejl. 3

8000 Aarhus C

medicinhistorisk-aarbog@outlook.com

Ekspedition

Som redaktionen

Prepress og Tryk

Narayana Press, Gylling

Sat med Minion og trykt på Galerie Art Silk 15g

ISSN 0084-9588

Cand. pharm. Povl M. Assens Fond takkes for en gavmild og helt afgørende bevilling til støtte for udgivelse af Dansk Medicinhistorisk Årbog 2021.

Der kan i årbogen være illustrationer, hvis rettighedshavere det ikke har været muligt at finde frem til. Såfremt vi på denne måde har krænket ophavsretten, er det sket utilsigtet. Retmæssige krav i denne forbindelse vil blive honoreret, som havde der foreligget en forhåndsaftale.



Indhold

Forord	7
<i>Annette Frölich</i>	
Var hun vores allerførste læge?	9
<i>Karl Peder Pedersen</i>	
Sexologen, Sundhedskollegiet og de famøse spørgeskemaer	19
<i>Hans Bonde</i>	
Forebyggelse eller helbredelse?	49
Den moderne sundhedskulturs gennembrud belyst ud fra hygiejnikeren J.P. Müller og tuberkuloselægen Christian Saugman	
<i>Ole Sonne</i>	
Københavns Kommunehospital	89
<i>Gerda Bonderup</i>	
Maria Regina Josepha Christiana von Siebold, f. Henning, enke Heiland (1771-1849)	91
Den anden kvindelige tyske læge men den første kvindelige æresdoktor	
<i>Ole Sonne</i>	
Sundhed og sygdom blandt soldaterne under Anden slesvigske Krig	105
<i>Jesper From</i>	
Socialoftalmologiens og blindesagens historie i Danmark	147
<i>Henrik Permin, Mette Katrine Jensen, Poul R. Kruse og Svend Norn</i>	
Polymyxiner og deres skæbne gennem tiden	199

Boganmeldelser

Ole Sonne

Mette Bøgh Jensen, Camilla Klitgaard Laursen: Englands kys. Syge piger i nordisk kunst 219

Ole Sonne

René Flamsholt Christensen: Peter Ludvig Panum. Det moderne gennembrud i dansk medicin 221

Per Vestergaard

Karl Peder Pedersen: Poul og kærligheden – en kontræseksuels bekendelser . . . 224

Ole Sonne

Per Vestergaard: Den klassiske psykiatris historie. Pioneren Harald Selmer og psykiatriens fødsel i Danmark 227

Gerda Bonderup

Torsten Lang-Jensen: Når tiden tæller. Den præhospitale historie i Danmark. Fra hesteambulance til lægehelikopter 229

Ole Sonne

Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen: Maritim medisinsk historie sett fra Norge 233

Karin Garde

Dorthe Chakravarty, Sarah von Essen: Nielsine Nielsen. Danmarks første kvindelige læge og akademiker 235

Ole Sonne

Jakob Eberhardt: Verdenshistoriens største epidemier – Fra pest til covid-19. 2. udgave 238

Ole Sonne

Johan Olsen: Et prik, der ændrede verden. Bogen om vacciner 240

Beretninger fra Selskaberne 2020 243

Curricula Vitae 245

Manuskriptvejledning for Dansk Medicinhistorisk Årbog 249

Forord

Atter et år hvor Covid-19/SARS-CoV-2 har besværliggjort besøg på biblioteker og arkiver. Trods udfordringerne kan vi præsentere en række artikler, der som sædvanligt spænder vidt i tid, sted og emne: Et arkæologisk fund, nogle personskildringer, blindesagen, og anden slesvigske krig. Vi håber, at du som læser fortsat 'hænger på', og at denne udgave af Årbogen trods udfordringerne i dens tilblivelse stadig fi des tilstrækkelig spændende og læseværdig til at pirre nysgerrigheden. Fortidens tuberkulose og nutidens Covid-19 paralleliseres af Hans Bonde i historien om Vejlefjord Sanatorium og samarbejdet og sammenstødet mellem en læge og en helsefanatiker.

Denne 49. årgang af Dansk Medicinhistorisk Årbog udkommer udelukkende så præsentabelt takket være en generøs bevilling fra Cand.pharm. Povl M. Assens Fond kombineret med et enestående grafisk håndværk udført af Narayana Press' dedikerede medarbejdere. Redaktionen ønsker hermed at udtrykke vores dybtføjte tak til alle.

Redaktionen håber, at de forskellige emner fi des så interessante, at læseren vil anbefale andre at blive medlem af et af de to udgivende selskaber og dermed skaffe nye læsere eller tegne et abonnement.

Redaktionen lægger vægt på at have artiklerne rigt illustreret. Vi skylder derfor mange en stor tak for bistand med dette, ikke mindst de mange biblioteker og museer, som har bidraget med illustrationer. Derfor stor tak til bidragydere – økonomisk og litterært – samt udøvere og læsere. Uden læsere, ingen Årbog.

Med venlig hilsen

På vegne af Årbogens redaktion

Ole Sonne

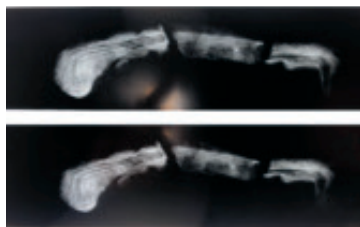


Instrumenter fra det 2. århundrede af den gallo-romerske okulist Gaius Firmius Severus fundet i en grav i Rheims i 1854. (Wellcome Collection, L0007918)

Var hun vores allerførste læge?

Annette Frölich

Medio december 2018 modtog jeg en e-mail fra Museum Sønderjylland i Haderslev med et røntgenbillede og et spørgsmål: Er dette en af “dine” genstande? På det tidspunkt havde jeg, i næsten 20 år, arbejdet med tolkning og identifikation af lægelige redskaber/instrumenter fra oldtiden fundet uden for Romerriget, hovedsageligt i Sydsandinavien.



Figur 1. Røntgenfoto af jernholdig jordklump fra udgravningsområde ved Kassø i Sønderjylland. (Foto: K. Lovén, Museum Sønderjylland)



Figur 2. Den jernholdige jordklump, i tre stykker, fra kvindegraven ved Kassø. (Foto: Museum Sønderjylland)

Der var ingen tvivl. Røntgenbilledet (fi . 1) af en jordklump (fi . 2) tydede meget på, at der var tale om et lægeinstrument. Røntgenbilledet rejste imidlertid fle e spørgsmål. Hvor kom genstanden fra? Hvor var den fundet, og i hvilken sammenhæng? Og hvor gammel var den?

Hvor kom genstanden fra?

Genstanden på røntgenbilledet var et aktuelt fund fra en grav, der var ved at blive udgravet af Museum Sønderjylland som en del af et stort udgravningsområde ved Kassø sydvest for Rødekro i Sønderjylland. Udgravningen omfattede et område, der havde været beboet igennem flere hundrede år. Blandt spor efter bebyggelse var der nu fundet to grave. Den aktuelle grav var en jordfæstegrav, hvori der blev fundet rige gravgaver bestående af lerkar, perlekæder, en bronzering, et bæltespænde, en kniv, fibler (en form for nåle) og en jordklump, som var magnetisk. Det eneste, der var bevaret af den gravlagte person, var lidt opløste rester af knogler fra underarme og lidt tandemalje.



Figur 3. Trepanationssav fra Illerup Ådal. (Foto: J. Ilkjær, Moesgaard Museum)

Analyse af de udgravede gravgaver – især klædedragt, smykkeudstyr og kniv – viste, at graven har tilhørt en kvinde med høj social status, og at graven kan dateres til perioden 225-250 evt. – det vil sige fra en periode i Danmarks romerske jernalder (perioden fra ca. år 0 til 375). Den magnetiske jordklump blev undersøgt af museets konservatorer, som mente, at der var for lidt bevaret af det tilbageblevne jernmateriale, til at genstanden kunne frigøres fra den jord, som den var indlejret i. For at få mere viden om genstanden i jordklumpen blev røntgenfotoet taget (fig. 1), og det viste med stor sandsynlighed, at der var tale om et

dobbeltinstrument med en trepanationssav i den ene ende og en syl i modsatte ende. Desuden så trepanationssaven ud til at være af samme type som en trepanationssav (fi . 3), der er udgravet blandt våben i krigsbytteofringerne fra Illerup Ådal ved Skanderborg [7 s. 32ff, s. 66, s. 70] og dateret til den samme periode i jernalderen, 220-250 evt., som den aktuelle grav. Trepanationssaven fra Illerup Ådal blev fundet tæt sammen med en syl og en håndfuld torne, hovedsageligt fra slåen, på en måde, som viste, at de tre dele oprindelig må have ligget samlet i en pose eller en taske og have udgjort en form for et instrumentsæt [7 s. 30ff, s. 40; 8 s. 92]. Syl og torne blev, ifølge etnografiske beretninger [9 s. 96; 10 s. 929; 11 s. 312; 12 s. 190], brugt til at lukke sår med [7 s. 40]. Sylen blev brugt til at perforere huden, derefter trukket hurtigt ud, hvorefter man straks førte en torn igennem huden i de huller, som sylen havde dannet. Til slut bandt man en tråd ottetalsformet omkring tornen [7 s. 35ff]. Denne sårlukningsmetode kendes også fra senere brug og beskrives blandt andet af Ambroise Paré (1510-1590) i 1564 [13 s. 367] og omtales og illustreres af Joseph Schmid i 1673 [14 s. 10] og af D. Laurentii Heister i 1724 [15 Tavle XI].

Trepanationer er blevet udført gennem årtusinder [16, 17 s. 216f; 18 s. 28ff; 9 s. 372-373; 20]. Der er også i Danmark fundet kranier med spor efter trepanationer, de ældste er dateret til bondestenalderen, ca. 4000-2000 fvt. [21 s. 65-102; 22].

Kunne den indlejrede jerngenstand være en trepanationssav af samme type som den kendte fra Illerup Ådal og tilmed et dobbeltinstrument sammen med en syl? For at komme dette spørgsmål nærmere blev der taget endnu et røntgenfoto, vinkelret på det oprindelige billede, med henblik på at forsøge at få et tredimensionalt indtryk af den indlejrede genstand. Genstanden viste sig at være temmelig vanskelig at se på dette foto. Tolkningen havde stor betydning, fordi der fra romersk jernalder, kun kendes én lægegrav uden for det landområde, som romerne herskede over. Denne lægegrav er fundet ved Aschersleben, mellem Magdeburg og Halle i Tyskland, hvor en læge er gravlagt efter germansk skik, men med romerske instrumenter. Den begravede læge kunne være germaner, som var romersk 'uddannet'

og derfor havde romerske instrumenter, eller måske en romersk læge, som var gravlagt efter germansk skik [1 s. 39]. Der kendes adskillige lægegrave inden for Romerriget både for mandlige og kvindelige læger. Grave, hvor der på gravstenene er skrevet enten 'medicus' eller 'medica' eller de tilsvarende græske betegnelser 'iatros' og 'iatrine'

Læger i Danmark i romersk jernalder (ca. 0-375 evt.)

I vore dages Danmark er en læge en person, der har bestået en lægevidenskabelig embedseksamen ved et af landets universiteter. Men hvordan forholdt det sig i romersk jernalder? I Middelhavsområdet var der lægeskoler i før-romersk jernalder (500 fvt. til år 0) og romersk jernalder. Blandt de bedst kendte er skolerne på øen Cos, hvor Hippocrates (ca. 466-377 fvt.) virkede. Han tilskrives det lægeløfte, som danske læger aflægger efter deres embedseksamen. Der var blandt andet også lægeskoler i Lilleasien, blandt andet i Pergamon, hvor Galen (ca. 129-215 evt.) begyndte sin lægeuddannelse. Han fortsatte uddannelsen ved lærdomscentret i Alexandria.

I romersk jernalder havde germanske stammer, som befolkningen i det danske område tilhørte, aktiv forbindelse, både civilt og militært, med befolkningen i Romerriget, hvor der fandtes læger, som blev betegnet 'medicus' eller på græsk 'iatros'. Fra arkæologiske udgravninger i Pompeji har man et indtryk af antallet af civile læger i byen. I Pompeji var der én læge til ca. 500 indbyggere [1 s. 68]. I Romerriget fandtes læger af begge køn, hvilket fremgår af deres gravsten, hvor der blev skrevet femininumformer af kvindernes titel [1 s. 92-99; 2 s. 87-102]. Foruden civile læger havde romerne en velorganiseret feltlægetjeneste. Lægernes militære tilknytning og deres titler ses også på deres gravsten [3 s. 196].

I de første århundreder efter Kristi fødsel tjente fle e germanere som hjælpesoldater (muligvis på kontrakt) i den romerske hær. Nogle af disse kom fra nuværende danske områder. Soldater i den romerske hær blev oplært i behandling af sår og tilskadekomne [4 s. 17-18]. Overlevede soldaterne deres funktionstid i hæren, drog fle e tilbage til deres hjemstavn. De medbragte en viden, som de kunne udnytte og give videre. På nuværende tidspunkt ved vi ikke, om der i det nuværende danske område i romersk jernalder har været en form for mesterlære i at behandle sårede og eventuelt syge. I de islandske sagaer, som er nedskrevet langt senere (1170-1400) omtales enkelte kvinder som læger, 'læknir'. Kvinderne læger og helbreder de såredes sår [5]. Hvad betegnelsen "læge" dengang omfattede ved vi ikke. Ordet "healer" bruges i dag hovedsagelig som betegnelse for alternative behandlere. I vikingetiden beskrev "healing" især behandling af syge ved hjælp af magi [6 s. 189]. En person, der i romersk jernalder behandlede sår og eventuelt syge, må siges at være lægekyndig og kan betegnes "læge", vel vidende at "læge" dengang dækker noget ganske andet, end det vi forstår ved en læge i dag.

på henholdsvis mands- og kvindegave. Er gravstenene ikke bevaret kendes lægegrave ved fund af kirurgiske instrumentsæt, som er givet som gravgaver til den afdøde.

Hvad forstås ved en læge, der levede i det nuværende danske område i romersk jernalder (perioden fra år 0 til ca. 375 evt.)? Det er ikke let at besvare. Der er ingen kendte skriftlige kilder fra perioden, som kan hjælpe, og beretningerne om læger, "læknir", i de islandske sagaer er nedskrevet omkring tusind år senere end vores aktuelle gravfund (se faktaboks). De eneste kilder, vi har til sammenligning med fundet i Sønderjylland, er arkæologiske fund, og på nuværende tidspunkt kendes ingen samtidige arkæologiske fund af germanske lægegrave uden for Romerriget. Det er derfor uhyre væsentligt at identificere den indlejrede jerngenstand fra kvindegaven fra Kassø med størst mulig sikkerhed, da fundet tyder på at være det første beskrevne fund af en germansk læge dateret til romersk jernalder.

Identifikation af instrumentet i jordklumpen

Det var ønskeligt med et endnu bedre bevis end det, røntgenbilledet gav. Kunne det være muligt, at den moderne lægevidenskab kunne hjælpe med at identificere fortidens lægekunst ved at tydeliggøre et instrument? Aabenraa Sygehus blev kontaktet. Her var man meget positive og imødekommende. Den jernholdige jordklump blev bragt til hospitalet, hvor den blev CT-scannet. Undersøgelsen lykkedes, og den indlejrede genstand blev nu beskrevet tredimensionelt som et dobbeltinstrument med en trepanationssav svarende til den, der blev fundet i Illerup Ådal – i den ene ende og en syl i modsatte ende. Dobbeltinstrumenter var almindeligt kendte inden for Romerriget. Den nu identificerede trepanationssav er af en almindelig kendt og velbeskrevet type [23 s.25f;24 s. 8;7 s.30ff;25, 4 s. 10;26 Tafel XXVIII,VII].

Med CT-scanningsresultatet kan det konkluderes, at den aktuelle grav i Sønderjylland fra perioden 225-250 evt. er en grav for en kvin-



Figur 4. Udbredelseskort som viser fund af antikke grave for kvindelige læger. De røde markeringer viser grave med inskription på gravsten. De blå markeringer viser kvindegroave med fund af lægeinstrumenter i graven. (Foto: Künzl 2013, *Medica. Die Ärztin*, 111, Fig. 53)

delig læge. Det er den hidtil første dokumenterede lægegrav fra denne periode, som er lokaliseret uden for Romerriget. Inden for Romerriget kendes adskillige samtidige grave for kvindelige læger (fi . 4).

Sammenfattes resultatet af denne del af Kassø-udgravningen, så viser fundet en grav fra romersk jernalder for en kvindelig læge med en høj social status.

Litteratur

1. Künzl E. *Medizin in der Antike. Aus einer Welt ohne Narkose und Aspirin*. Stuttgart: Theiss, 2002.
2. Künzl E. *Medica. Die Ärztin*. Mainz: Nünnerich-Asmus Verlag & Media, 2013.
3. Simpson J. Was The Roman Army Provided With Medical Offices? *Archaeological Essays* (Edinburgh) 1872;2:97-227.
4. Dana CL. Military and Civil Surgery Among the Ancient Romans. *The Proceedings of the Charaka Club* 1919;V:16-24.
5. Helgadóttir GP. Kvinner og Legekunst i den Norrøne Litteraturen. *Kvinnearbeid i Norden fra vikingetiden til reformasjonen*. Foredrag fra et nordisk kvinnehistorisk seminar i Bergen 3.– 7. august 1983. Bergen: 1985:17-29.
6. Price N. *The Viking Way. Magic and Mind*. In *The late Iron Age Scandinavia*. Oxford: Oxbow, 2019.
7. Frölich A. *Jernalderens lægekunst. Jernalderen i Nordeuropa*. Jysk Arkæologisk Selskab, Aarhus Universitetsforlag, 2009.
8. Ilkjær J. Illerup Ådal 3. Die Gürtel. Bestandteile und Zubehör. *Jutland Archaeological Society Publications*, 1993:XXV:3.
9. Ackerknecht EH. *Surgery and its Paradoxes*. I: Walser HH, Koelbing HM, ed. *Medicine and Ethnology, Selected Essays*. Stuttgart: Verlag Hans Huber 1971;95-114.
10. Felkin RW. Notes on Labor in Central Africa. *Edinb Med J* 1884;29:922-30.
11. Lindblom G. The Akamba, In *British East Africa. An ethnological monograph*. *Archives D'Études Orientales Publiées par J.-A. Lundell* 1920;17:31-120.
12. Merker M. *Die Masai. Ethnographische Monographie eines ostafrikanischen Semiten Volkes*. Berlin: Dietrich Reimer, 1910.
13. Majno G. *The Healing Hand. Man and Wound in the Ancient World*. Cambridge: Harvard University Press, 1991.
14. Schmid J. *Instrumenta Chirurgica*. Augspurg, 1673.
15. Heister DL. *Chirurgie*. I: Welcher Alles/was zur Wund-Arztzen gehöret, Nach der neuesten und besten Art/gründlich abgehandelt/In vielen Kupfer-Tafeln die neuerfundene und dienlichste Instrumenten/Nebst den bequemsten Handgriffen der Chirurgischen Operationen und Bandagen, deutlich vorgestellt werden. Zweyte Auflage/viel vermehrt und verbessert. Nürnberg, 1724.
16. Arnott R, Finger S, Smith CUM. Eds. *Trepanation. History – Discovery -Theory*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003.
17. Brotmacher L. Medical Practice among the Somalis. *Bulletin of the History of Medicine* 1955;29:197-229.
18. Buchan AD. *Primitive Surgery. An Overview*. BAR International Series 1512. *British Archaeological Reports*, Oxford: 2006.
19. Künzl E. *The Tomb of the Warrior and Surgeon of München-Obermenzing and Other Archaeological Evidence of Celtic Medicine*. I: Moscati S, Frey OH, Kruta V et al. eds. *The Celts*. Milano: Rizzoli, 1991:3723.

20. Sachs M. Geschichte der Operativen Chirurgie. Band 1, Historische Entwicklung chirurgischer Operationen. Heidelberg: Kaden Verlag, 2000; 1-43,85-8,127-34,157-61,237-9.
21. Bennike P. Palaeopathology of Danish Skeletons. A Comparative Study of Demography, Disease, and Injury. København: Akademisk Forlag, 1985.
22. Fischer-Møller K. To nye tilfælde af trepanerede kranier fra forhistorisk tid. Aarbøger for Nordisk Oldkyndighed og Historie 1934. København, 1934:279-88.
23. Bennion E. Antique Medical Instruments. London: Sotheby Parke Barnett University of California Press, 1979.
24. Brongers JA. 1969. Ancient Old-World Trepanning Instruments. Berichten van de Rijksdienst voor het Oudheidkundig Bodemonderzoek 1969:19:7-16.
25. Gersdorff H v. Feldbuch Der Wund /arznei / Sampt Vilen Instrumenten Der Chirurgen. Aus Dem Albucasi Contrafant. Strasszburg: 1540.
26. Schvltetvs J. Armamentarium Chirvrgicvm, Bipartitvm. Francofvrti: 1666.

Summary

Was she our very first physician?

Annette Frölich

At an excavation of an Iron Age site, located at Kassø near Rødekro, in Southern Jutland, were recently unearthed two graves. In one of the graves, a rather rich female grave dating to 225-250 AD, was identified a surgical instrument among the excavated artefacts. The instrument, unfortunately badly preserved, was a double-instrument consisting of a trepanation saw in one end and an awl in the other end. The trepanation saw is identical with an instrument excavated from the more central part of Jutland, from a war booty offering, Illerup Ådal, dating to the same period of what is called Roman Iron Age. The find from Kassø is the only one known of a surgical instrument excavated from a Teutonic grave located in Barbarian areas outside the Roman Empire. The grave may be interpreted as a physician's grave and to be the oldest physicians grave in the Germanic territory and furthermore, that physician was a woman.



Illustration i bogen: The secret companion, a medical work on onanism or self-pollution, with the best mode of treatment in all cases of nervous and sexual debility, impotency, etc. and on venereal and syphilitic diseases, containing plain and simple directions for the cure of gonorrhœa, gleets, stricture, secondary symptoms, and every disorder of the urethra, without the use of mercury, or loss of time from business, followed by observations on marriage; with directions for the removal of generative incapacity. Illustrated by full length engravings. R.J. Brodie & Co, Consulting Surgeons, London, 1845. (Wellcome Collection, L003938)

Sexologen, Sundhedskollegiet og de famøse spørgeskemaer

Karl Peder Pedersen

Patienter har altid været vigtige kilder til lægers faglige viden, men det forudsatte naturligvis en høj fortrolighed, ikke mindst når de informationer, der blev udvekslet, kunne være anstødelige, usædelige eller kriminelle.

Denne fortrolighed blev efter Sundhedskollegiets mening voldsomt udfordret, da den unge københavnerlæge Axel Proschowsky i 1882 begyndte at bede mange af sine patienter om at udfylde spørgeskemaer, hvori de skulle gøre udførligt rede for deres sexliv. Da det kom den energiske kommunelæge Julius Lehmann for øre, bragte han sagen op i Sundhedskollegiet, hvor det i 1886 udløste kraftige reaktioner og efterfølgende undersøgelse i Kriminal- og Politiretten. Hvis ikke Proschowsky midt under det hele var stukket af til Amerika, var han sikkert blevet dømt; ikke kun på grund af spørgeskemaerne, men også fordi han havde haft sex med helt unge piger.¹

Hvem var dr. Proschowsky?

Axel Antonio Proschowsky (1857-1944) fødtes i København som søn af den ungarskfødte hofskræddermester Antonio Proschowsky og dennes danske hustru Frederikke Halberg. Han blev i 1874 student på Borgerdydskolen, og i 1881 cand.med. fra Københavns Universitet. I studieårene havde han særligt fattet interesse for kønssygdomme, og allerede i efteråret 1881 oprettede han sin egen praksis; uden i øvrigt forinden at have gjort kliniske erfaringer gennem ansættelse på et

hospital. Det var således med en spinkel ballast, at den kun 24-årige dr. Proschowsky åbnede en klinik på Vesterbrogade 44, som han gennem avisannoncer gjorde kraftigt reklame for. En af de første, bragt i *Morgenbladet* 15. februar 1882, lød således: “Axel Proschowsky, læge. Specialitet: Hud- og Kønssygdomme. Specifikke kønssygdomme, kønslig svækkelse (pollutioner, impotens) og nervesvækkelse”, og 12. maj 1882 anbefaler han sig i *Social-Demokraten* med behandling af “veneriske sygdomme, kønslig svækkelse, følgerne af onani, pollutioner, spermatorrhea, impotens, ufrugtbarhed, nervesvækkelse”. De mange annoncer, der også fortsatte de følgende år, blev naturligvis læst af Hovedstadens andre læger, og her fik vi sikkert den første kim til det uvejr, der brød løs over hans hoved i 1886.



I 1876 besøgte Axel og Ebba Proschowsky faderens hjemland, og under opholdet i den ungarske hovedstad fik de taget dette elegante fotografi, der må have gjort hofskræddermesteren hjemme i København rigtig stolt, da han så det. Fotograf Erdéli, Budapest. (Privateje)

Allerede i 1882 begyndte Axel Proschowsky også at gøre sig gældende som skribent med pjecen *Om Forebyggelse af venerisk Smitte ved Desinfection*, og i 1884 med et foredrag, der blev udgivet under titlen *Den legale, autoriserede og reglementerede Prostitution*. Hæftet blev anmeldt i *Social-Demokraten* 18. maj 1884, uden at det dog røbes, at forfatteren er partimedlem. Det er uklart, hvornår Proschowsky egentlig meldte sig ind i Socialdemokratiet, men sikkert er det, at han den 29. april 1885 blev indvalgt i hovedbestyrelsen; i øvrigt samtidig med *Social-Demokraten*s navnkundige redaktør Emil Wiinblad.² Også for dem, der ikke fulgte med i politik, blev det i 1886 synligt, at Proschowsky var socialist, for da udkom hans nyeste pjece *Socialismens A, B, C. En kortfattet Ledetraad* [1 s. 1 Ø].

Axel Proschowskys virksomhed som læge, skribent og politiker fik en brat ende, da han den 8. juli 1886 gik om bord på et udvandrerskib for aldrig mere at sætte sine ben i Danmark.³

Skæbnesvangre spørgeskemaer

Samtidig med at Axel Proschowsky i 1880 forberedte sig til den afsluttende lægeeksamen, forsvarede hans 16 år ældre halvbror Heinrich Proschowsky (1841-1912) sin doktorafhandling: *Statistiske og kliniske Bidrag til Hyppigheds- og Aarsagsforholdene samt Charakteristikken af Hjertesygdomme hos Soldater*, og måske var det her, Axel fandt inspiration til at bruge patientinformationer til forskningsundersøgelser. Heinrich havde siden 1878 virket som praktiserende læge i København med speciale i lunge- og hjertesygdomme, og derfor kunne man godt have ventet, at han havde hjulpet lillebroren på vej, men det er der intet, der tyder på. Han synes heller ikke at være kommet ham til undsætning, da han blev klar over, i hvor høj grad Axel påkaldte sig kollegernes og autoriteternes vrede. Formentlig så de to brødre meget forskelligt på mange ting, og noget kan også sagtens være gået galt på den familiære front, da den fi e hofskrædderfar i 1882 gik fallit, og kort tid efter døde.

Patienten bedes udfylde dette Skema saa nøjagtig og fuldstændig som mulig og overveje nøje hvert Spørgsmaal, inden Svaret nedskrives, da Oplysningernes Nøjagtighed er af stor Vigtighed med Hensyn til Bedømmelsen af Svækkelsens Grad, og derigjennem har Indflydelse paa Behandlingen. Ethvert af de i dette Skema rettede Spørgsmaal har det sin Betydning at faa besvaret, selvom det ikke overalt maatte være indlysende for Patienten. Der maa ved dette Skemas Udfyldning nøje skelnes mellem Onani-Tiden, d: den Tid (Maaned, Aar), da Patienten onanerede, og den foregaaende og efterfølgende Tid. Patienten maa søge at besvare alle Spørgsmaal med samme Nøjagtighed, saaledes f. Ex. med samme Omhyggelighed besvare de Spørgsmaal, der vedrører kønlig Omgang, som de Spørgsmaal, der vedrører Onani og Pollutioner, da den kønslige Svækkelsestilstand ligesaa vel kan indtræde som Følge af overdreven kønlig Omgang, selv om denne foregaar paa normal Maade, som af ufuldendt eller anden abnorm kønlig Omgang, Onani eller hyppige Pollutioner. Endvidere maa Patienten i sine Svar stadig tage Hensyn til, hvorledes Forholdet har været i de forskellige Aldere og Perioder, idet f. Ex. et Sygdomssymptom kan have været tilstede i et vist Tidsrum, men ikke i den øvrige Tid osv. Saafremt Patienten kan give Oplysning om Forhold af Betydning, hvorom der i dette Skema ikke just directe rettes Spørgsmaal, saa bedes saadanne Oplysninger tilføjede enten under det Spørgsmaal, hvorhen de nærmest hører, eller bagved i Skemaet. Patienten bedes om at skrive med Blæk og ikke ude i Marginen.

For at Patienten ikke skal begaa nogen Fejl ved Skemaets Udfyldning, meddeles her, hvad der forstaaes ved følgende Benævnelser. **Onani**—vilkaarlig Tilfredsstillelse af Kønsløften paa unaturlig Maade, idet til Onani dog ikke henregnes virkelig kønlig Omgang af unaturlig Art (med Mennesker eller Dyr). Almindelige Benævnelser for Onani er: Selvhjælp, Selvbesmittelse, Svandspilleri. Til Onani henregnes altsaa kun saadan Tilfredsstillelse af Kønsløften, som sker i bevidst Tilstand, med Vedkommendes Vilje. Det maa da altid erindres, at til Onani henhører ikke alene den Tilfredsstillelse af Kønsløften, som foregaar ved **Onidning, Strykning og Trykning af Kønsløftet med Haanden**, men ogsaa alle andre Metoder af unaturlig Tilfredsstillelse af Kønsløften i bevidst Tilstand, saasom ved Risting af Kønsløftet, ved at prikke det med en spids Ting eller lignende, ved at Patienten lægger sig ned og gnider Kønsløftet imod Underlaget ved Bevægelser af Kroppen, ved forsætlig Tilfredsstillelse af Kønsløften ved **Onidning af Kønsløftet under Ridning, Klattring, eller anden legemlig Bevægelse**, ved at Patienten indfører Kønsløftet i en eller anden Genstand eller Aabning og foretager Bevægelser af Kroppen, hvorved Kønsløftet gnides, ved at Patienten gnider Kønsløftet imod en eller anden Genstand, uden at det indføres i nogen Aabning, f. Ex. ved **Onidning af Kønsløftet imod en Bordkant eller lignende, osv.** paa andre Maader. Til Onani henhører ligeledes de Tilfælde, hvor Patienten indfører en eller anden Genstand i Urineret i det Øjemed, at tilfredsstille Kønsløften.

Endvidere maa det bemærkes, at der, for at den unaturlige Tilfredsstillelse af Kønsløften skal henregnes til Onani, ikke forudsættes, at der skal være foregaaet **Berøring (Onidning og Trykning)** af Kønsløftet, men at ogsaa saadanne Metoder for unaturlig vilkaarlig Tilfredsstillelse af Kønsløftet, hvorved ingen **Berøring af Kønsløftet finder Sted**, henregnes til Onani, f. Ex. at Patienten foretager bestemte Bevægelser af Legemet, saasom afvæksende Strækning og Bøjning, ved hængende i Armene at hæve og sænke sig, ved at klattr, ved Ridning, Keren, Gygning, Vugning, selv om Kønsløftet ikke herved gnides, men kun en almindelig Rystning af hele Legemet finder Sted, endvidere ved forsætlig at holde Tanken optagen af vellystig Forestilling, uden at Kønsløftet berøres, medens det er i Erektionstilstand (eller uden at dette er Tilfældet), og saa fremdeles paa andre Maader. Saaledes henregnes altsaa vellystige Tanker i og for sig ikke til Onani, men kun det at Patienten metodisk holder Tanken forvættelig anspændt i vellystig Retning, og søger at gøre denne vellystige Forestilling saa stærk og intens som mulig (altsaa dog uden at berøre Kønsløftet), hvorved da tilsluttedt Sædæmtebebe kan foregaa (fuldendt Onani), eller saadan ikke naaes (ufuldendt Onani).

Dr. Proschowsky stillede med sine spørgeskemaer store forventninger til patienternes evne og vilje til at ville fortælle om deres vita sexualis. Her ses første side med nogle af de forkætrede definitioner af seksuelle aktiviteter.

Uanset hvorfra inspirationen kom, begyndte Axel Proschowsky snart som praktiserende læge at udarbejde detaljerede spørgeskemaer, som han fik trykt, og formedelst 10 kr. udleverede til de mænd, der henvendte sig om kønssygdomme og sexproblemer. Vi kender dem i to versioner; en første på 12 sider og 59 spørgsmål, og den sidste på 46 sider med hele 209 spørgsmål. Det siger sig selv, at så store skemaer ikke skulle udfyldes under konsultationen, og derfor blev de som regel på forhånd sendt ud til folk.

Spørgeskemaerne var forsynet med en grundig introduktion, hvis indledende passager lyder sådan: "Patienten bedes udfylde dette skema så nøjagtigt og fuldstændigt som muligt, da oplysningernes nøjagtighed er af stor vigtighed med hensyn til bedømmelsen af svækkelsens grad, og derigennem har indflydelse på behandlingen.

Der må ved dette skemas udfyldelse nøje skønnes mellem onanitionen, det vil sige den tid (år, måneder), da patienten onanerede, og den foregående og efterfølgende tid. For at patienten ikke skal begå nogen fejl ved skemaets udfyldning, meddeles her, hvad der forstås ved følgende benævnelser: Onani = Vilkårlig tilfredsstillelse af kønsdriften på unaturlig måde. [...] Til onani henregnes kun sådan tilfredsstillelse af kønsdriften, som sker i bevidst tilstand, ved gnidning af lemmet (med hånden eller ved gnidning på anden måde), eller ved berøring af lemmet (med hånden eller på anden måde), eller uden berøring af lemmet (ved at løfte sig op i armene eller på anden måde). Almindelige betegnelser for onani er: Selvhjælp, selvbesmittelse, svansspilleri".⁴

Som det fremgår, begrundet Axel Proschowsky brugen af skemaer med hensynet til diagnosticering og behandling, mens han helt undlod at fortælle, at de primært var tænkt anvendt som videnskabeligt datamateriale, således som han vedgik det i 2. Kriminalkammer den 10. juni 1886.⁵ Udeladelsen skete sikkert af frygt for, at oplysningen kunne skræmme patienter væk, men den rejste jo en etisk problemstilling, som han ikke forholdt sig til.

Når Axel Proschowsky talte om 'patienter', mente han mænd, og det fremgår også tydeligt af de enkelte spørgsmål. I det store skema gik de 20 første på tiden, "inden De onanerede", hvorpå de næste over

100 spørgsmål berørte forhold “under onaniteten”, mens de resterende handlede om “tiden efter ophør med onani”. Forløbet var altså det, at de mænd, der henvendte sig, fik udleveret et skema, som de skulle udfylde nogen tid efter, at de var holdt op med at onanere. Proschowsky havde således implicit en helt klar forventning om, at mere eller mindre alle mænd onanerede, siden han så bastant gjorde dette moment til undersøgelsens omdrejningspunkt, samtidig med at han i øvrigt også delte samtidens opfattelse af aktivitetens store farlighed [2 s. 10-39; 3].

I det store skema nøjedes Axel Proschowsky ikke med blot at bombardere patienterne med spørgsmål; han afkrævede dem også yderst præcise svar. Hør blot spørgsmål 30 og 43: “Hvor ofte onanerede De? (Nøjagtig angivelse af hyppigheden i de forskellige aldre, samt, så vidt pollutioner og kønslig omgang har fundet sted under onaniteten, da nøje angivelse af hyppighedsforholdet mellem onani, pollutioner og kønslig omgang i de forskellige perioder. Angivelse, selv om den måtte være nok så ufuldstændig, bedes opgivet med tal, da de ellers er uden værd. Det gælder både periodernes varighed og onaneringernes hyppighed)”, og “Hvor mange gnidningsbevægelser (strygninger) af kønslemmet har De i de forskellige aldre foretaget under onaneringen? Hvor mange omtrent i en vis tidsenhed (sekund, minut)? Kan De angive forhold, som har haft indflydelse i så henseende? (Hvis der i de forskellige aldre og perioder har gjort sig nogen forskel gældende i så henseende, da bedes dette angivet)”.

Da Sundhedskollegiet i april 1886 drøftede spørgeskemaerne, kunne histologidocenten Johan Ditlevsen (1836-1910)⁶ “ikke undertrykke en vis tvivl om, hvorvidt dets forfatter er psykisk normal”. Måske tænkte han her på Proschowskys – ofte helt urealistiske – forventninger til patienternes hukommelse, iagttagelsesevne og vilje til at ville blotlægge sig selv.⁷

Proschowsky som socialdemokratisk skribent

Inden vi følger Sundhedsskollegiets og Kriminalkammerets aktion mod dr. Proschowsky, skal vi kaste et blik på hans avisskribentvirksomhed. Den indledtes i 1884, efter at *Social-Demokraten* havde bragt en artikel om forholdene på den store københavnske institution, Almindeligt Hospital i Amaliegade. En af de ting, journalisten særligt havde hæftet sig ved, var hvordan mange af de afdøde, der ikke havde pårørende, fragtedes over til Kirurgisk Akademi i Bredgade, hvor de blev dissekeret af medicinstuderende. Det fik den iltre Proschowsky til at sende avisen et langt læserbrev, bragt den 21. august 1884, hvor han berettede om sine egne erindringer fra studenterårene. “Dengang jeg som student første gang betrådte dissektionsstuen, og kom ind imellem en forsamling af unge mennesker, der rygende og drikkende dissekerede de udtærede lig af gamle, udslidte mennesker, påtrængte sig mig forestillingen om, hvilken uhyre ulighed, der fi des her i verden mellem de forskellige menneskers lod. De lig, der her skæres op til de mindste dele for at tjene de studerende som læremateriale, og således udbyttedes og udnyttedes til det yderste, tilhørte fattige, udslidte individer, som hele livet igennem havde måttet arbejde og trælle, mens kun en ringe del af udbyttet af deres arbejde var kommet dem selv til gode. Det var lig af mennesker, som ikke alene i al deres levetid, men også efter døden måtte tjene som udbytningsgenstand. Det stod for mig, som et af de simpleste og mest iøjnefaldende eksempler på det abnorme og uretfærdige i den nuværende samfundsordning”.

Proschowskys indignerede og skarpe kritik rettede sig ikke kun mod behandlingen af de døde kroppe fra Almindeligt Hospital, men havde også brod vendt mod egne fagfæller. “Hvor meget naturligere og rimeligere ville det ikke være, at de mennesker, som studerer lægevidenskaben og lever af at udøve lægevirksomheden, og for hvem nødvendigheden og nytten af de studerendes praktiske uddannelse i anatomen står klart; at disse – altså lægerne og de medicinske studerende – overlod deres lig til dissektionsøvelserne? Har disse sidstnævnte en virkelig og dyb interesse for lægevidenskabens fremgang, så

kan de naturligvis intet øjeblik betænke sig på at stille deres legemer til de studerendes disposition efter døden”.

Med kritikken af Almindeligt Hospital og Kirurgisk Akademis dis-sektioner havde Axel Proschowsky gjort sin entré som samfundskritisk socialist, og i den følgende tid fortsatte han skribentvirksomheden,⁸ der året efter toppede med en række anmeldelser⁹ af det nye helsetids-skrift *Sundhedsbladet. Populært Tidsskrift for Sundhed og Sygepleje*.¹⁰ Generelt var han godt tilfreds med bladet, bortset fra dets “uvidens-kabelige og naive” dækning af kønslivet, og i den sidste anmeldelse, bragt den 25. oktober 1885, konkretiseredes denne kritik. Proschowsky efterlyste nemlig her “en kyndig og belærende artikel om den i vort [...] samfund så overordentlig udbredte unaturlige tilfredsstillelse af kønsdriften, den såkaldte selvhjælp (onani), specielt således som den drives af det langt overvejende antal af børn og unge mennesker. [...] Må det ikke vække den største bekymring hos enhver at vide, at en så forfærdelig, for samfundets sundhedstilstand fuldt så ødelæggende, faktor som alverdens bakterier og andre sygdomsårsager dag ud og dag ind virker undergravende på den opvoksende slægts legemlige og



Cand.med. Axel Proschowsky som ung læge i 1880'ernes Kø-benhavn. Det kraftige, viltre hår vidner om en karakter, der nu ikke længere bare underord-nede sig datidens konventioner. Ukendt fotograf. (Privateje)

åndelige sundhedstilstand, uden at der hidtil så at sige er gjort noget som helst for alvorligt at bekæmpe den af lægerne. [...]

Jeg har fra lærere meddelelser om, at det ved undersøgelser har vist sig, at indtil 80% af drengene i en skoleklasse havde tilstået, at de var mere eller mindre hengivne til onani. Alle disse menneskers fremtid vil blive mere eller mindre skadeligt påvirket heraf, og dog kunne al denne ulykke forholdsvis let være undgået. Dette kan dog kun ske på én måde, nemlig ved at det kønslige forhold allerede i en tidlig alder fremstilles på en ligefrem og nøgtern vis, og følgerne af alle abnormiteter på det kønslige område fremstilles i en efter børnenes alder affttet forståelig form”.

Udover skolernes manglende seksualvejledning kritiserede skribenten også, “at der aldeles intet læres om denne vigtige sag ved det medicinske studium. [...] Jeg har i min praksis behandlet medicinske studerende, der [...] havde hengivet sig til onani uvidende om dens følger, og som til sidst fik øjnene åbne for disse; ikke gennem de kundskaber, som det regulære medicinske studium gav dem, men først gennem læsning af de bøger, der på en mere eller mindre ukorrekt og overdreven måde fremstillede sagen”. Derfor “burde det være en af lægevidenskabens allervæsentligste opgaver at foretage grundige undersøgelser af dem [kønslige svækkelsestilstande], og, hvad der er det vigtigste, søge at angive midlerne til forebyggelsen og helbredelsen af alle disse sygelige og abnorme tilstande”.

Sluttelig kritiserede Axel Proschowsky den dagældende straffelov fra 1866, og specielt dens § 174, der gav fængselsstraf til “den, som til utugt forfører et pigebarn i en alder af 12 indtil 16 år”, men som rummede den usædvanlige tilføjelse, at “tiltale fi der dog *kun* sted på forældres eller værges forlangende”. Det betød, at velbjærgede mænd i realiteten kunne undgå tiltale ved at betale de unge, fattige piger og deres forældre så godt, at de afstod fra at gå til politiet. Han glemte her lige at fortælle, at det var en metode, han også selv benyttede sig af!¹¹

Dr. Proschowskys intense skribentvirksomhed blev også bemærket uden for København. I februar 1886 fi der vi nemlig i *Bornholms Tidende* en rosende omtale af hans prostitutionsbog, samtidig med



Da Carl Wallichs karriere i 1883 nåede sit højdepunkt med udnævnelsen til retspræsident, skete det på baggrund af mange års forudgående virke som assessor i den store københavnske efterforsknings- og retsinstant Kriminal- og Politiretten. Fotografi ca. 1880 af Niels Christian Hansen. (Det Kongelige Bibliotek, DP033952)

at anmelderen præsenterer forfatteren, som “en frihedsmand, elsket af Københavns arbejdere, hadet og bagtalt af aristokraterne, der ikke ved, hvad ondt de vil opdigte mod ham, misundt af andre læger”.¹²

Sundhedskollegiet på banen

I 1885 blev overlæge Sophus Engelsted (1823-1914)¹³ kontaktet af en ung mand, der havde konsulteret Axel Proschowsky om akne i ansigtet, og som i den forbindelse var blevet bedt om at udfylde et spørgeskema. Engelsted indberettede efterfølgende episoden til stadslæge Peter Schleisner (1818-1900),¹⁴ som drøftede sagen med politiet, der gav det svar tilbage, at man “ikke kunne gøre noget derved”.¹⁵

Selv om både Engelsted og Schleisner var medlemmer af Sundhedskollegiet, var det først året efter, at Proschowsky sattes på dagsordenen her. Det skete, da en af dets mest toneangivende medlemmer, den københavnske kommunelæge Julius Lehmann (1836-1901),¹⁶ den 11. april 1886 sendte et opsnappet spørgeskema til kollegiet med følgende bemærkninger: “Jeg er af et par kolleger blevet opfordret til at bringe vedlagte fra hr. Axel Proschowskys private konsultation hidrørende aktstykke til Sundhedskollegiets kundskab for om muligt at få sat en stopper for hans virksomhed, der mere og mere antager karakter af en

skandale for lægestanden. Det pågældende skema udleveres af ham til enhver, der søger hans hjælp for sygdomme af den deri angivne natur, og det skal så, inden kuren begynder, aflæses til ham i udfyldt tilstand og med navns angivelse; herfor må vedkommende patient betale 10 kr., hvortil så senere betalingen for kuren kommer, der i reglen skal udgøre ca. 70 kr. Da enhver, der således har udfyldt skemaet under angivelse af sit navn, jo selvfølgelig er fuldstændig i hans vold, er det ikke rimeligt, at nogle af ofrene nogensinde vil skride ind mod ham.

Selve aktstykkets natur taler noksom for sig selv; det synes under videnskabelighedens maske normalt beregnet på at tilfredsstille hr. Proschowsky egen svinske fantasi. [...] Under alle omstændigheder kan man dog vistnok, uden at gå ham for nær, sige, at han er en plet på lægestanden, og at det vedlagte aktstykke må give tilstrækkelig grund til at foretage noget imod ham”.¹⁷

Sundhedskollegiet var en af de enevældige institutioner, der havde overlevet systemskiftet i 1848/49, og det “afgav råd og henstillinger til ministerierne, retsmedicinske erklæringer til domstolene, ledede embedslægevæsenet og førte tilsyn med embedslæger, læger, tandlæger, jordemødre, sindssygeanstalter, hospitaler, sygehuse, plejeanstalter og apoteker”. Ikke så mærkeligt at dets ca. 10 medlemmer som reglen hørte til nogle af lægeverdenens ‘tunge drenge’ [4 s. 1650; 5].

Den københavnske kommunelæge Julius Lehmann var den drivende kraft bag Sundhedskollegiets aktion mod Axel Proschowsky. Som redaktør af Bibliothek for Læger siden 1871 var han et kendt og respekteret navn i lægeverdenen. Fotografi ca. 1885 af Jens Petersen. (Det Kongelige Bibliotek, DP014325)



Lehmanns brev blev omgående sendt i cirkulation til medlemmerne, som alle var enige om at indberette sagen til Justitsministeriet. Mange mente, at Proschowsky burde kunne tiltales for overtrædelse af Straffelovens § 184, der omhandlede offentliggørelse af utugtige skrifter, men det springende punkt var dog her, om man kunne kalde udleveringen af spørgeskemaer for en offentliggørelse. Det spørgsmål var Lehmann nok mand for at få afklaret; for han opsøgte nemlig Kriminal- og Politirettens præsident Carl Wallich (1825-1888), der fortalte ham, at “han vil aldrig tage i betænkning at betragte skemaet som et ‘offentliggjort’ (eller efter Presseloven ‘uddelt’) skrift”. Det forudsatte dog, at Sundhedskollegiet var villig til at afgive erklæring om, at “indholdet af det i hovedsagen ikke er til nogen nytte, hverken i videnskabelig eller praktisk henseende, men må have en anden tendens”.

Wallich anbefalede derfor kollegiet at indberette sagen til Justitsministeriet, og i dets skrivelse pointere, “at skemaet ikke alene på en oprørende måde overskrider den almindelige sømmeligheds grænser, men tillige efter sit indhold må betragtes som et groft misbrug af tilidsforholdet mellem lægen og patienten”.¹⁸

2. Kriminalkammer

Den 30. april 1886 var Sundhedskollegiets voteringsrunde afsluttet, og den 15. maj afgik indberetningen til Justitsministeriet, hvorfra der i begyndelsen af juni 1886 udgik ordre til Kriminal- og Politiretten om at undersøge sagen. Wallich videregav opgaven til 2. Kriminalkammer, hvor kriminalretsassessor Jacob Ingerslev (1888-1923) lagde ud med at undersøge Proschowskys spørgeskemapraksis.¹⁹ På det første forhør den 10. juni 1886 fik han oplyst, at de fle te skemaer var blevet udleveret personligt, men en del også udsendt pr. brev. Derfor måtte Proschowsky også nødtvungent medgive, at “det har ikke kunnet undgås, at de dels er blevet læst af personer, som aldeles ikke havde givet sig af med kønslige udskjelser, dels af personer, som kun i en ganske enkelt retning have skejet ud på dette område”. Skemaerne brugtes,

ifølge lægen, “dels for at spare tid, og dels for i videnskabelig interesse at samle et statistisk materiale”, og derfor var alle spørgsmålene også nødvendige, selv om en del “må siges at indeholde en temmelig fuldstændig beskrivelse af og anvisning til den måde, hvorpå kønslige udskejelser af alle arter, derunder også sådanne, som af lovgivningen er belagt med strenge straffe, kunne drives”.

Under dette første møde i 2. Kriminalkammer blev Proschowsky officielt informeret om, at man var i gang med at undersøge hans forhold med henblik på at tiltale ham for overtrædelse af ikke alene § 184, men også § 185, der hjemlede fængselsstraf til “den, som ved uterligt forhold krænker blufærdigheden eller giver offentlig forargelse”. Da han samtidig fik forelagt Sundhedskollegiets udtalelse, gik sagens dystre alvor med ét op for ham, og derfor nægtede han kategorisk at udlevere de udfyldte skemaer, hvorimod han accepterede Ingerslevs ønske om beslaglæggelse af det uforbrugte restoplæg.²⁰

Helt frem til 1919 var den kriminelle efterforskning og rettergang i Danmark inkvisitorisk, og det betød, at det var kriminaldommeren, som suverænt styrede slagets gang. Først når al efterforskning var afsluttet, og politidirektøren havde besluttet at rejse tiltale, fik den anklagede beskikket en forsvarer, men så langt nåede Proschowskysagen aldrig, da den tiltalte forlod landet, inden det kom så vidt [6].

Datidens kriminaldommere kunne også indkalde hvem de ville til forhør eller private samtaler, og det benyttede Ingerslev sig af, da han to dage før den første afhøring af Proschowsky, havde talt med den københavnske hotelejer Christian Charles Christensen. Denne kunne oplyse, at han efter anmodning fra en gift, barnløs, svensk bekendt havde henvendt sig til Proschowsky for at søge råd mod impotens. Under samtalen havde han antydnet, at grunden til svenskerens problemer var “ungdomssynder”, hvortil lægen havde svaret, “at der var så mange måder på hvilke folk kunne tilfredsstille deres kønsdrift; at nogle gjorde det forfra, andre bagfra og andre i munden, samt at alle disse måder efter hans (Proschowskys) mening var ‘lige hæderlige’”. I det konkrete tilfælde afviste dr. Proschowsky dog at sige mere, før svenskeren havde udfyldt et spørgeskema. Inden hotelejeren forlod

konsultationen, lovede lægen ham oven i købet 10% i provision for hver ny kunde, han henviste til ham.²¹

Da Axel Proschowsky anden gang gav møde i 2. Kriminalkammer den 17. juni 1886, blev han foreholdt hotelejerens forklaring, som han godkendte, hvorpå han blev konfronteret med Ingerslevs anklager. De alvorligste lød på, "at spørgsmålene 11,57, 84-85, 109, 168 og 178 indeholder henvisninger til blodskam, som om dette var en ganske naturlig ting; at spørgsmålene 12,36-37, 100 samt 194-202 indeholder lignende henvisninger til omgængelse mod naturen med mere eller mindre detaillerede anvisninger angående de forskellige metoder på hvilke sådant kan fi de sted; at spørgsmål 38 indeholder anvisning til andre modbydelige og unaturlige tilfredsstillelser af kønsdriften, og at spørgsmålene 56 og 177 m.fl. giver anvisning på benyttelse af børn".²²

På det tredje møde den 22. juni 1886 imødegik Proschowsky Ingerslevs anklager med følgende bemærkninger: "At blodskam også her til lands, navnlig på landet, er en ingeniunde ualmindelig ting; [...] at det jo må anses for en kendsgerning, at omgængelse mod naturen i forskellige former, er noget som faktisk ikke så ganske sjældent fi der sted, samt da det for den lægelige behandling af en patient er af praktisk interesse at vide, om patienten giver sig af med sligt, er det også



Jacob Ingerslev i 2. Kriminalkammer var en af Kriminal- og Politirettens dygtigste assessorer, og i 1888 efterfulgte han Carl Wallich som retspræsident. Han var også fra 1874 medlem af bestyrelsen for Kong Frederik VII's Stiftelse for hjælpeløse og forladte Pige-børn på Jægerspris. Fotograf ca. 1890 af Marius Christensen. (Det Kongelige Bibliotek, DP01334)

nødvendigt at spørge ham derom, og for at kunne få et forståeligt og bestemt svar er det nødvendigt at spørge i en sådan form, at man kan være sikker på, at patienten forstår spørgsmålet”.²³

Retsmødet sluttede med, at Ingerslev bekendtgjorde, at han nu ville overveje sagen grundigt, inden han besluttede næste skridt, og den chance greb Proschowsky til umiddelbart efter at forfatte en stor redegørelse, som han sendte til Ingerslev privat. Her omtaler han “den række af forfølgelser, hvorfor jeg har været genstand fra en stor del af mine kollegers side; hvilken forfølgelse begyndte med udspredelsen af rygter om uduelighed hos mig som læge, og da dette ikke formåede at ødelægge min praksis, kastede man sig efterhånden over min politiske overbevisning og til sidst over min person; stadigt sekunderet af et ensartet omkvæd vedrørende min formentlige betydelige indtægt. [...] Jeg har modtaget fle e trusselsbreve, bl.a. undertegnet: ‘Talrige københavnske læger’, der undsagde mig, og lovede at gøre mig umulig i København. Mine kolleger har gjort, hvad de formåede i alle retninger. Det sidste bevis formener jeg findes i den nu rejste anklage. Hvor meget noblere og hæderligere – ikke at tale om kollegialt – havde det ikke været, om de læger, der ‘forargedes’ over de spørgsmål, jeg stiller, og må stille til mine patienter, først havde henvendt sig direkte til mig, om ikke på anden måde, så dog ved at varsle mig om, at de ellers ønskede at rejste retslig tiltale mod mig”. Det fremgår videre af redegørelsen, at Proschowsky på et tidspunkt havde været så desperat, at han havde bedt *Ugeskrift for Læger* “om at fremføre på tryk og offentligt, hvad mine kolleger havde at klage på mig”, hvilket redaktionen dog havde afvist.

Til slut advarede Proschowsky om, at såfremt han blev straffet, vil “det sikkert være første tilfælde i nutidens lægevidenskabs historie, at videnskabelige undersøgelser af fuldstændig human og nyttig art forbydes eller næsten umuliggøres. Den eventuelle dom ville da danne en ejendommeligt præcedens til største skam for den danske lægestand”.²⁴

Piger besegler Proschowskys skæbne

Da Axel Proschowsky for fjerde gang mødte op i 2. Kriminalkammer den 26. juni 1886, forventede han sikkert at modtage Ingerslevs svar på redegørelsen, men sådan kom det slet ikke til at gå. I stedet blev han konfronteret med den 16-årige Dorthea Marie Hansen²⁵ og den 14-årige Hansine Marie Nielsen,²⁶ og måtte høre på, at Dorthea trådte frem og fortalte, hvordan hun, kun 13 år gammel, havde haft samleje med ham. Da det blev Proschowskys tur til at svare, prøvede han at anfægte pigens troværdighed, men måtte til sidst vedgå, at "så meget er sandt, at han for ca. 2 år siden har haft Dorthea Marie Hansen med hjemme i sin lejlighed i Snaregade i den henseende at pleje legemlig omgang med hende, uden at der dog ej blev noget heraf, idet hun løb sin vej efter at have fået 2 kr.". At det var pigen og ikke lægen, der havde ret, afsløres af det faktum, at Proschowsky udtrykkeligt gav hende penge, for at hun ikke skulle melde ham til politiet. I øvrigt forklarede lægen videre, at han den forgangne vinter på Vesterbrogade var blevet antastet af pigerne, "og derefter gik med dem ind i et beværtnings-lokale,²⁷ hvor han begyndte at pleje legemlig omgang med Hansine, uden at samlejet dog blev fuldbyrdet". Begge piger "optrådte", ifølge Proschowsky, "yderst frækt, og lagde både i ord og gerning tydeligt for dagen, at de i ikke ringe omfang havde givet sig af med usædelighed".²⁸

Axel Proschowsky var udmærket klar over, at det kunne være risikabelt at have sex med 12-16-årige, og derfor havde han også spurgt pigerne, om de var fyldt 16 år, hvilket de havde bejaet. At det ikke var sandt, må Proschowsky utvivlsomt have vidst, uden at det dog fik ham til at trække sig tilbage af den grund. Han forklarede nemlig videre i Kriminalkammeret, at "har han betragtet det som noget ganske sædvanligt, og som noget, der skete hver dag, at pigebørn mellem 12 og 16 år lod sig bruge til utugt, og han selv har ikke haft nogen betænkelighed ved at indlade sig med sådanne, når de selv erklærede, at de tidligere jævnligt havde haft med mandfolk at gøre".²⁹

Logikken var her, at piger kun kunne "forføres til utugt" én gang, og derfor kunne den tidligere omtalte § 174 også kun bruges over for

Sidste side af
Axel Proschowskys omfat-
tende redegørelse
til kriminalrets-
assessor Ingerslev,
udat. (22-23. juli
1886).

er Raffinement og Lystlag af en ofte dygtig
Kunst (Tilstand (Kunst) Middel), men ofte
maaske alene Difter, som videnskabelig
dygtig, som bekendt i den første
Gang) Kvalitet for Løgnen Tid.
Him hushjælpe er, som de Anden nok
har fortalt i den Omgang med den alene.
Orde. I mener, at hushjælpe for en Løgn
men, for ingen Værdens Tid skæbne
hånd, har hjælpe en Tidens eller Løgn
men til at blive normal i Løgn
Kunst, der for men ikke for Løgn
og straffe en Løgn dygtig, ofte Løgn
en Løgn, Løgnen Løgn. Løgnen Løgn
Løgn og Løgnen og Løgnen Løgn
alene Løgn.

ch. H. H. H.
arb.
Axel Proschowsky.
Løgnen Løgn.

deres førstegangsforførere, mens det så at sige var en gratis omgang for alle deres efterfølgende sexpartnere.³⁰ Som det netop er fremgået, spurgte Proschowsky ikke kun pigerne om deres alder, men også, om de tidligere havde haft sex med mænd, og da de bekræftede dette, forsvandt hans betænkelighed. Han kunne jo ikke beskyldes for forførelse, når pigerne allerede var forførte. Det var en fortolkning, der gav god mening i datidens samfund, hvor mænds adgang til sex uden

for ægteskabet prioriteredes højt, og hvor prostitution jo derfor også var fuldt legaliseret [7,8].

Da Axel Proschowsky forlod 2. Kriminalkammer den 26. juni 1886 var han godt klar over, at sagen havde taget en endnu mere alvorlig drejning, samtidig med at han må have undret sig meget over, hvordan i alverden disse piger pludselig dukkede op midt i hans sag. Kriminalretsassessor Ingerslev havde naturligvis løbende forhørt sig hos andre myndigheder, og fra Københavns Politi fået oplysninger om lægens tvivlsomme forhold til en række unge piger. Allerede som helt ung medicinstuderende havde Proschowsky tilbage i 1879-1880 haft seksuelle forhold til den da 14-årige Vilhelmine Petrea Petersen,³¹ som færdedes rundt på de københavnske pladser for at sælge blomster, men som også tjente penge på sex. Denne sag nåede dog aldrig frem til Kriminal- og Politikammeret, da Proschowsky i juni 1880 fik den københavnske politiinspektør overtalt til at henlægge sagen.³²

Også Københavns Overpræsidium kunne fortælle lidet flatterende ting om den unge læge. I 1884 havde den 20-årige Johanne Cathrine Meyer nemlig født en datter, som Axel Proschowsky var far til, men som han ikke ville betale til. Året efter giftede jomfru Meyer sig med snedker Bernhard Carstens, og han gik i marts 1886 til Overpræsidiets for at få Proschowsky ikendt bidragspligt, men så langt nåede sagen ikke, før fuglen var fl jet.³³

Når kriminalretsassessor Ingerslev konfronterede Proschowsky med Dorteas og Hansines udsagn, var det udtryk for, at han tog sin embedspligt om at efterforske nye, potentielt kriminelle forhold alvorligt. Samtidig var han naturligvis også fuldt bevidst om, at han med dette skridt satte den tiltalte læge under et massivt pres. En fængselsdom for at have forledt unge piger til utugt ville være langt mere farlig og skadelig for Proschowsky, end en bøde for at have uddelt usædelige skemaer til nogle patienter. Hele hans respektabilitet og agtelse stod på spil, og han ville sikkert også blive ekskluderet af Socialdemokratiet, som på dette tidspunkt brugte enhver lejlighed til at falde over borgerskabets "sædelighedsforbrydere" [9 s. 123-126].

Farvel til Danmark

Tiden efter det skæbnesvangre retsmøde den 26. juni 1886 brugte Axel Proschowsky på at afvikle sine aktiviteter i København, samtidig med at han købte billetter til sig og sin lillebror, den 18-årige isenkræmmerlærling Franz, til det udvandrerskib, der afgik den 8. juli 1886. Da han for sidste gang mødte op i 2. Kriminalkammer den 3. juli 1886, var det kun for at meddele, "at han har bestemt sig til at forlade landet, og den 8. d.m. at afrejse til Amerika. Han er nemlig sindet definitivt at opgive sin lægevirksomhed her i landet. Grunden til denne beslutning er først og fremmest, at han ikke mener på en fyldestgørende måde at kunne fortsætte sin lægevirksomhed, når det formenes ham at benytte de under sagen omhandlede skemaer, men i øvrigt har han allerede i flere år tænkt sig muligheden at ville forlade landet, fordi han mener at være blevet lagt for had af sine kolleger i lægestanden".³⁴

Noget af det allersidste, Axel Proschowsky derudover foretog sig, var at sende en redegørelse til *Social-Demokraten*, hvor han orienterede om baggrunden for den kriminelle sigtelse mod ham, som han fandt "yderst krænkende". Det "er mig umuligt at indse, hvorledes det skulle kunne forbydes mig at lade mine spørgsmål til patienterne trykke i stedet for mundtligt at fremsætte for dem". Da han "under ingen omstændigheder ville indlade mig på at ændre den fremgangsmåde, som jeg selv, efter masser af erfaringer, anser for den bedste med hensyn til omhyggelig eksamination, undersøgelse og behandling af de pågældende sygdomstilstande, har jeg altså kun det at gøre at søge min virkekreds andetsteds, hvor der ikke er risiko for en lignende indblanding i tillidsforholdet mellem læge og patient. Af denne grund har jeg besluttet mig til at forlade Danmark".³⁵

I USA slog Proschowsky-brødrene sig ned i Chicago, hvor Franz blev boende de næste mange år, og giftede sig med en lokal kvinde, der i 1893 fødte deres første barn. For Axels vedkommende gik turen snart videre rundt i USA, og en tid "flakkede han om hos naturfolkene ved Sorte Flod i Wisconsin" [10 s. 294-295]. Efter et kort, nyt ophold hos

Franz i Chicago, besluttede han sig i 1888 for at drage til Mexico, hvor han hurtigt giftede sig med Concepcion Bordes Aldrete, der 1889-1895 fødte ham tre børn, som alle levede et langt liv i Mexico. Desværre tillader kilderne os ikke at følge ham tæt i disse år, men så meget er sikkert, at han ved morens død i 1890 opholdt sig i London, uden at han dog fandt anledning til at aflægge familien i København noget besøg.³⁶ Da man herhjemme i 1899 indsamlede biografiske oplysninger om de jubilerende studenter fra 1874, havde redaktionen kun kunnet fremskaffe få oplysninger gående ud på, at Proschowsky havde været "gift en kort tid i Mexico, og lever i nærheden af Nice optaget af plantedyrkning" [11s. 18; 12s. 163].

Ifølge senere kilder grundlagde han allerede i 1892 Parc des Tropiques i Nice, som snart blev en af Rivieraens kendteste palmehaver, blandt andet fordi han, ifølge botanikerne Maerki og Sant, efterhånden blev kendt som "en af verdens førende palmespecialister" [13 s. 76-77]. Det er da også en tydelig stolt Axel Proschowsky, der i 1936 langt om længe havde overvundet sin bitterhed mod de københavnske lægekolleger, og ikke alene bidrog med et nydeligt foto til 11. udgave af *Den Danske Lægestand*, men også med en række oplysninger om fire medlemskaber af franske, amerikanske og russiske botaniske foreninger [14 s. 175].

Det er uklart, hvordan Axel Proschowsky havnede i Nice. Efter skilsmissen fra sin mexicanske hustru, giftede han sig i juli 1905 i Fulham i England med Marie Thérèse Sauer, som to år senere fødte ham sønnen Roland Robertson-Proschowsky.³⁷ Kort tid efter, at Axel og Frantz i 1886 var ankommet til USA, begyndte de at kalde sig Robertson-Proschowsky, men det var først i Frankrig, at det nye efternavn konsekvent blev benyttet [15].

Selv om Axel Proschowsky til sidst faldt til ro mellem sine mange palmer i det behagelige mediterrane klima med kone og børn, opgav han ikke sine gamle interesser. I 1923 bidrog han til det anarkistiske tidsskrift *l'en dehors* med en artikel om "homoseksualitet og samfund", og her fortæller han, at han i sin tid som praktiserende læge i København havde mødt en række homoseksuelle, hvoraf en del var

endtl sådan på grund af onani. “Denne frygtelige plage, der medfører en seksuel svækkelse, som næsten altid er defintiv og uhelbredelig, og som har ødelagt så mange eksistenser og ødelagt deres seksuelle fornøjelser” [16 s. 2].

I 1927 udgav Axel Proschowsky yderligere en 60-siders stor bog om forebyggelse af kønssygdomme [17], og få år senere blev han bestyrelsesmedlem i l’Association d’Etudes Sexologiques, stiftet i 1931 af psykiateren og journalisten Édouard Toulouse (1865-1947) [14]. Politisk befandt han sig stadig på venstrefløj; det fremgår af hans bidrag til anarkisten André Lorulots (1885-1963) debatbog om kommunisme og frihed, der udkom i 1924 [18 s. 175], ligesom vi i anarkisten Eugène Humberts (1870-1944) arkiv i Amsterdam finder flere Proschowsky-breve fra 1929 og 1939.³⁸

Afrunding

Da Axel Proschowsky åbnede sin københavnske hud- og kønssygdomsklinik i 1881, havde han ikke blot ambitioner om at blive en succesrig læge, der tjente gode penge. Han ville også gerne blive en af landets første sexologer, og derfor fik han den idé at bruge sine patienter som forskningsobjekter – og ovenikøbet at lade dem selv betale for det. Under forhørene i 2. Kriminalkammer i 1896 bedyrede han at have fået anerkendende kommentarer fra de kolleger, han havde vist de færdige skemaer, men intet tyder på, at han under deres udarbejdelse drøftede dem med nogen; heller ikke med sin ældre lægebror. Derfor var der heller ingen til at advare ham. I hvor høj grad, det ud fra datidens standarder var etisk forsvarligt at indsamle følsomme oplysninger fra folk, uden at orientere dem eller indhente deres tilsagn, kan være svært at afgøre, for det var i hvert fald ikke noget, Sundhedsskollegiet fandt anledning til at påtale. Derimod tog man med Lehmann som pennefører klart afstand fra, at Proschowsky pressede sårbare patienter til at besvare et spørgeskema, som primært tjente andre formål end deres behandling.

Når man betænker det saftige frisprog, Proschowsky brugte over for den ham formentlig helt ukendte hotelejer Christensen, og det tilbud, han til slut gav ham, aner vi konturerne af en ambitiøs, selvsikker person, der udnyttede, at der gik masser af frustrerede mænd rundt, ivrige efter at søge hjælp til deres seksuelle problemer. Intetsteds fortæller Proschowsky det mindste om, hvilken behandling, han tilbød, og man sidder i dag tilbage med mistanke om, at han udover at tale med folk og advare dem mod deres dødsensfarlige onaneringer, ikke gjorde meget andet end at ordinere bromkaliumtabletter.³⁹ Men til alt dette behøvedes ingen monstrøse skemaer; de fandt alene deres begrundelse i hans forskningsambitioner.

Proschowskys vilje til at ville udforske seksuelle aktiviteter, også dem, der gik helt på tværs af de herskende tabuer og moralforestillinger, forekommer på mange måder meget sympatisk, men den var bare helt ude af trit med sin samtid. 1880'erne var stadig gennemsyret af den gamle opfattelse af, at sex var noget, man ikke talte eller skrev om. Derved mente man at kunne forhindre, at kendskabet til disse aktiviteter spredtes til bredere kredse, hvor det kunne udløse mere usædelighed og løsagtighed. Hvor lidt tiden endnu var moden til tabuudfordrende undersøgelser, ses af de reaktioner, der mødte den kendte berlinerlæge og sexolog Magnus Hirschfeld (1868-1935), da han i 1904 udsendte spørgeskemaer til 3.000 studenter på Technische Hochschule, hvor han spurgte til deres seksualitet. Det fik straks kirkelige kredse til at indkalde til protestmøder, hvor de harcelerede over lægens "attentat på studenternes ære". Ydermere fik de overtalte seks af de angiveligt forulempede studenter til at anmelde Hirschfeld til Landgericht Berlin, der den 7. maj 1904 ikendte ham en bøde på 200 mark for "krænkelse gennem udbredelse af utugtige skrifter" [19 s. 78-88].

Proschowskys spørgeskemaer baserede sig på en grundlæggende præmis om, at onani var roden til al ondt, og at mænds seksuelle problemer i høj grad kunne forklares herudfra. Det var helt i overensstemmelse med 1880'ernes syn på onani, og så indlysende selvfølgelig, at han ikke fandt grund til at begrunde det eksplicit. Takket være hans franske skriverier, kan det dokumenteres, at han holdt fast ved denne

Ebba Proschowsky bevarer hele livet igennem forbindelsen til storebroderen, som hun her ses sammen med i hans Parc de Tropiques i Nice. Ukendt fotograf, ca. 1930. (Privateje)



opfattelse endnu i 1923, og det må derfor være kommet som noget af et chok for ham, da 1920'ernes læger ændrede signaler, og begyndte at betragte onani som en helt uskadelig fornøjelse, man kunne forlyste sig med flere gange om dagen, hvis man skulle få lyst til det.⁴⁰

Et andet spørgsmål, som også presser sig på her, er i hvor høj grad Proschowskys kriminalsag havde politiske undertoner. Hvad mente Wallich, når han bad Sundhedskollegiet sørge for tydeligt at fremhæve, at skemaerne “må have en anden tendens”? Desværre gentages formuleringen i indberetningen til Justitsministeriet uden tilføjelser, så det gør os ikke meget klogere. Var hele kollegiet enig med Lehmann i, at skemaerne primært skulle “tilfredsstille hr. Proschowskys egen svinske fantasi”, eller betragtede de ham mere som en ung, højst ir-

riterende kollega, der ikke forstod at finde sin rette plads i den klasse, han tilhørte – og som derfor truede med at blive “en skandale for lægestanden”. Det bare at åbne en praksis som helt ung læge uden kliniske erfaringer, som Proschowsky gjorde det, må bestemt også være faldet mange ældre kolleger for brystet.

I betragtning af Proschowskys politiske engagement og den forfølgelse, han følte sig udsat for, kunne man godt forvente, at han selv ikke var sen til at udråbe sigtelserne mod ham som politisk motiverede. Han vidste jo udmærket, at datidens embedsmænd og læger over én kam var Højrefolk, der betragtede socialister med allerstørste mistro. Hverken under forhørene eller i den private redegørelse til kriminalretsassessor Ingerslev, gjorde han dog dette motiv gældende. Det kan naturligvis meget vel være taktisk begrundet. Det er altid dumt at provokere dem, der senere skal dømme én.

Axel Proschowsky var på godt og ondt et barn af sin tid, men han rummede også en usædvanlig ustyrlig og kompromisløs personlighed. Måske var det andengenerationsindvandrerens stærke higen efter anerkendelse og accept; måske var det trangen til selvhævdelse over for den mere succesrige storebroder. Uden tvivl gjorde et stærkt politisk engagement, der varede hele livet, sig også gældende. Som mand hævdede Axel Proschowsky også kønnets stærke “naturlige” ret til hyppig sex, og den skaffede han sig i Københavnertiden hos unge, fattige, halvprostituerede piger.

Axels Proschowsky fik et usædvanligt liv. Det begyndte i København, hvor han som ung praktiserende læge kastede sig over sexologien, men hans arbejdsmetode – de voluminøse spørgeskemaer – udløste så voldsom modstand fra den etablerede lægeverden, at han følte sig tvunget til at emigrere til Amerika. Tilbage i Europa kastede han sig som ejer af palmehaven i Nice over planternes verden, og opnåede international anerkendelse som palmeekspert. Hvad tænkte han mon selv om sit liv, når han som ældre mand sad og nød solnedgangen under palmerne, og lod tankerne gå tilbage til tiden i 1880'ernes København?

Litteratur

1. Christensen E, Bertolt PHO. En bygning vi rejser. Den politiske arbejderbevægelses historie i Danmark, bd. 1. København: Fremad, 1955.
2. Skydsgaard MA. Hænderne over dynen. Om onani i rådgivningslitteratur og dansk lægevidenskab 1785-1870. Bibl Læger 2016;208:10-39.
3. Skydsgaard MA. Onani. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2019.
4. von Rosen W. Rigsarkivet og hjælpemidlerne til dets benyttelse II, 1848-1990, bd. 4. København: Gads Forlag, 1991.
5. Petersen N. Det kgl. Sundhedsskollegium 1803-1907. Det centrale sundhedsstyre. Byrokrati, sagkundskab og politik i: Blomquist H, Hertz M (udg.): Sundhed, Byrokrati, Politik. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag 1996;7-173.
6. Pedersen KP. Straffeprocessen i enevældens Danmark. 2012. https://www.academia.edu/155115/Straffeprocessen_i_enev%C3%A6ldens_Danmark.
7. Pedersen MB. Den reglementerede prostitution i København 1874-1906. København: Museum Tusculanums Forlag, 2000.
8. Pedersen MB. Prostitutionen og Grundloven. Regulering af og debat om prostitution i Danmark i perioden ca. 1860-1906. København: Museum Tusculanums Forlag, 2007.
9. Pedersen KP. Poul og kærligheden. En kontrærseksuels bekendelser. København: Gads Forlag, 2021.
10. Carøe KF, Selmer JH. Den Danske Lægestand. 6. udgave. København: Otto B. Wroblewskis Forlag, 1891.
11. Studenterne fra 1874. Korte Biografiske Oplysninger i Anledning af Studenter-Jubilæet 1899. København: Nielsen og Lydiche, 1899.
12. Christophersen V, Johnsson JWS. Den Danske Lægestand 1907-1915. 9. udgave, København: Jacob Lunds Forlag, 1915.
13. Maerki D, Sant S. Un arbre plus que centenaire: Cupressus guadalupensis. Bulletin of the Cupressus Conservation Project 2014;3:76-7. http://www.cupressus.net/bulletin/bulletin06/BullCCP03_2.pdf.
14. Christophersen V, Winsløw E. Den Danske Lægestand 1925-1936. 11. udgave. København: Den Almindelige Danske Lægeforening, 1936.
15. https://fr.wikipedia.org/wiki/Axel_Robertson-Proschowsky.
16. Robertson-Proschowsky A. L'homosexualité relativement à la société. l'en dehors, Orléans, 1923;9/20:2.
17. Robertson-Proschowsky A. Comment éviter les maladies vénériennes sans réglementation de la prostitution, ni police des mœurs. Réflexi n sur la mentalité des prostituées et la vie sexuelle de l'avenir. Paris: E. Armand, 1927.
18. Lorulot A. Le Communisme et la liberté: Le communisme est-il conciliable avec l'individualisme. Conflans-Honorine: Idée libre, 1924.
19. Wolfert R. Poul Andræs Briefwechsel mit dem WhK. Mitteilungen der Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft 50/51. Berlin, 2014.

Noter

1. Jeg vil gerne takke Axels søster, Ebba Proschowskys (1859-1949), oldebørn for meget venligt at have stillet en række fotografier og andet kildemateriale til min rådighed.
2. *Social-Demokraten*, 1. maj 1885.
3. Artiklens biografiske oplysninger stammer fra en række onlinekilder (kirkebøger, folketællinger, skifter, dødsattester, københavnpolitiets registerblade m.m.) samt fra biografiske leksika, som der kun for hovedpersonens vedkommende henvises specifikt til.
4. Rigsarkivet (RA). Justitsministeriet, 1. kontor: Journalsager 1886, nr. 2126-2200, pk. 1731. Journalsag nr. 2178.
5. I redegørelsen til Ingerslev skrev Proschowsky om dette, at han "efterhånden opsamler et uvurderligt videnskabeligt materiale. Et materiale, der rummer betingelser for at kunne gøre uhyre nytte til brug ved lægevidenskabelige, psykologiske, moralske og sociale undersøgelser". (Proschowskys redegørelse til Ingerslev, udat. (22.-23. juni 1886)). (RA. Justitsministeriet, 1. kontor: Journalsager 1886, nr. 2126-2200, pk. 1731. Journalsag nr. 2178).
6. Johan Gottlob Ditlevsen. Cand.med. 1862, dr.med. 1872, docent i histologi 1880, medlem af Sundhedsskollegiet fra 1880.
7. Johan Ditlevsens votum, 20. april 1886. (RA. Sundhedsskollegiet: Journalsager 1886, nr. 1-235, pk. 245. Sag 221).
8. I *Social-Demokraten*, 14. december 1884 anmeldtes overretsassessor Pierre Paul Mourier: Om Prostitutionslovgivningen, og stift læge Ove Malling Giersing: Statistik over veneriske Sygdomme i Danmark i Tiaaret 1871-80.
9. *Social-Demokraten*, 29. og 30. september og 7. og 25. oktober 1885.
10. I 1881 begyndte lægen Nicolaj Julius Bentsen (1823-1910), der var fysikus i Viborg og Th sted Amter, at udgive *Sundhedsbladet* – Danmarks ældste helsetidsskrift – som udkom frem til 2001.
11. *Social-Demokraten*, 25. oktober 1885.
12. *Bornholms Tidende*, 5. februar 1886. Anmeldelsen er signeret D.S.
13. Carl Sophus Marius Neergaard Engelsted. Cand.med. 1847, dr.med. 1854, overlæge på Københavns Kommunehospitals Afdeling for Hud- og Kønssygdomme 1863, og medlem af Sundhedsskollegiet fra 1869.
14. Peter Anton Schleisner. Cand.med. 1842, dr.med. 1848, Københavns stads læge 1865, og medlem af Sundhedsskollegiet fra 1872.
15. Peter Schleisners votum, 28. april 1886. (RA. Sundhedsskollegiet: Journalsager 1886, nr. 1-235, pk. 245. Sag 221).
16. Julius Christian Lehmann. Cand.med. 1859, dr.med. 1862, redaktør af *Bibliothek for Læger* 1871-1889, kommunelæge i København 1872, og medlem af Sundhedsskollegiet fra 1882.
17. Julius Lehmanns brev til Sundhedsskollegiet, 11. april 1886. (RA. Sundhedsskollegiet: Journalsager 1886, nr. 1-235, pk. 245. Sag 221).
18. Julius Lehmanns votum, 18. april 1886. (RA. Sundhedsskollegiet: Journalsager 1886, nr. 1-235, pk. 245. Sag 221).

19. RA. Københavns Kriminal og politiret, 2. Kriminalkammer: Journal 1886, og forhørsprotokoller 1885-86, nr. 73-108 og 73-109. Sag 242/86. Axel Proschowsky, sigtelse for overtrædelse af § 184 og 185.
20. RA. Københavns Kriminal og politiret, 2. Kriminalkammer: Forhørsprotokol 1885-86, nr. 73-108, s. 591-98.
21. Ibidem, s. 585-88.
22. Ibidem, s. 614-18.
23. RA. Københavns Kriminal og politiret, 2. Kriminalkammer: Forhørsprotokol 1885-86, nr. 73-109, s. 265-68.
24. Proschowskys redegørelse til Ingerslev, udat. (22.-23. juni 1886). (RA. Justitsministeriet, 1. kontor: Journalsager 1886, nr. 2126-2200, pk. 1731. Journalsag nr. 2178).
25. Dorte Marie Hansen, født 23. maj 1870 i København som datter af arbejdsmand Karl Hansen og hans forlovede Frederikke Olsen. Hun gifter sig den 6. marts 1892 med sejl-mager Peter Ferdinand Andersen, som hun senere bliver skilt fra.
26. Hansine Marie Nielsen, født 28. maj 1872 i Vejle som datter af arbejdsmand Anders Nielsen og ugifte fruentimmer Ane Kirstine Hansen. Hun flytter i 1880 med familien til København, og den 1. februar 1890 fi der vi hende logerende i Korsgade 47, med døden ventende lige om hjørnet. Hun døde 20. oktober 1890 af tarmslyng på Københavns Kommunehospital.
27. På mange værtshuse og kroer fandtes separate rum, såkaldte kabinetter, hvor gæster i fred og ro kunne dyrke sex med hinanden. (Mikkel T: *Rådhuspladsen 1900. Det moderne Københavns brændpunkt*, s. 268f).
28. RA. Københavns Kriminal og politiret, 2. Kriminalkammer: Forhørsprotokol 1885-86, nr. 73-108, s. 649-51.
29. Ibidem.
30. I højesteretsdom nr. 354 fra 1874, der baserer sig på § 174, siges det: "Forførelse antaget, da pigen ikke, tiltalte vitterligt, tidligere havde gjort sig skyldig i usædelighed eller oplysning forelå om tidligere legemlig omgang med nogen; to medtiltalte, der senere havde samleje med pigen, frifi des, idet hun da var sædeligt fordærvet". (Olrik E. Almindelig Borgerlig Straffelov af 10. Februar 1886 med Henvisninger og Domsoversigter. København 1902, s. 131).
31. Vilhelmine Petrea Pedersen, født 5. januar 1866 i København som datter af møllermester Jens Petersen og hustru Julie Adelaide, født Fritze. I 1885 bor hun sammen med forældrene og tre yngre søstre i Borgergade 81. Hun gifter sig 16. december 1893 med grosserer Louis Bendix med hvem hun får sønnen – den senere kendte tegner og skribent – Hans Bendix.
32. RA. Københavns Politi: Hovedjournal 1880, nr. 162, og Justitsministeriet: Journalsager 1886, nr. 2126-2200, pk. 1731. Journalsag 2178.
33. RA. Københavns Overpræsidium: A.J.-journal 1886, sag nr. 457.
34. RA. Københavns Kriminal og politiret, 2. Kriminalkammer: Forhørsprotokol 1885-86, nr. 73-109, s. 277f.
35. *Social-Demokraten*, 9. juli 1886.
36. RA. Københavns Skiftekommission: Forseglingsprotokol 1890 G-3-3-800.
37. Roland Oreste Robertson-Proschowsky (1907-1945) arbejdede som gartner for faren i Nice, indtil han gik ind i den franske modstandsbevægelse. Han døde den 22. januar

- 1945 som tysk krigsfange i KZ-lejren Neuengamme angiveligt af hjerteinsuffici s. Venligt oplyst mig den 17. februar 2021 af Alina Mönig, KZ-Gedankstätte Neuengamme.
38. Eugène Humberts arkiv befinder sig på International Institute of Social History i Amsterdam. <https://search.iisg.amsterdam/Record/ARCH00598/ArchiveContentList>.
39. I 1926 skrev farmaciprofessoren Emil Koefoed (1858-1937), at "bromkalium finder udstrakt anvendelse i medicinen som beroligende, søvndyssende, krampestillende middel. Særligt benyttes det mod epilepsi, nervøsitet, kønslige excitationstilstande, delirium, søvnløshed etc". (*Salmonsens Konversationsleksikon*, 2. udg., bind 4 (1916), s. 72). Ifølge den tyske historiker Florian Mildenberger (f. 1973) blev bromkalium "meget anvendt som et beroligende middel". (Mildenberger F: *...in der Richtung der Homosexualität verdorben. Psychiater, Kriminalpsychologen und Gerichtsmediziner über männliche Homosexualität 1850-1970*, Hamburg, 2002. s. 44).
40. Den kendte nervelæge Knud Haraldsen Krabbe (1885-1961) bidrog herhjemme i 1924 med en stor artikel om onani til *Salmonsens Konversationsleksikon*, og her skriver han blandt andet: "Mens onani således i almindelighed ikke kan siges at gøre større skade, har den, især tidligere, gjort det ved at fremkalde frygt for sygdom eller ved, at vedkommende, som onanerer, har religiøse anfægtelser, frygter for at begå en synd". (*Salmonsens konversationsleksikon*, 2. udg., bind 18 (1924), s. 499). Jf. Korsgaard L: *Orgasmeland. Da den seksuelle revolution kom til Danmark*. København: Gyldendal, 2014, s. 250-52, og Skydsgaard MA: *Onani*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2019.

Summary

The Danish Sexologist Axel Proschowsky and his unsuccessful fight in the 1880s for the right to collect information about the sexual practices of his patients

Karl Peder Pedersen

Upon leaving the University of Copenhagen in 1881 as a medical doctor, the young socialist and anarchist Axel Antonio Proschowsky (1857-1944) immediately established his own clinic for sexually transmitted diseases and sexual and nervous disorders in the Danish capital. To facilitate his diagnostic work, he developed very comprehensive questionnaires with more than 200 questions where he in detail surveyed the sexual practices of his patients. Doctor Proschowsky's preoccupation with the sexual habits of his patients were considered very controversial by his contemporaries, and soon lead to complaints from his colleagues. These complaints forced The National College of Health (Sundhedskollegiet) to intervene, and the police subsequently opened a criminal investigation finding that the questionnaires violated the modesty of the patients and threatened the morality of the society.

Being a young, powerful, and idealistic person, Axel Proschowsky naturally felt very hurt offended by the allegations, and he left Denmark for good in 1886. He lived in Mexico for some years before settling in France where he founded and managed a famous palm parc. He died in 1944 an internationally acknowledged specialist of palm trees.



Spytteflaske. Blå glasflaske med springlåg og skrue-bundprop. I relief på siden af flasken: Dr. Dettweiler. På låget står: Geheimrath Dr. Dettweiler's Taschenflasche für hustende. Den tyske læge Peter Dettweiler (1837-1904) havde selv haft tuberkulose og åbnede i 1876 sit eget tuberkulosesanatorium 'Heilanstalt Falkenberg' i Hesse i Tyskland. (Stenomuseet, 153624)

Forebyggelse eller helbredelse?

Den moderne sundhedskulturs gennembrud
belyst ud fra hygiejnikeren J.P. Müller og
tuberkuloselægen Christian Saugman

Hans Bonde

Dersom et menneske lige fra fødslen levede under ideelle forhold og fuldkommen hygiejnisk i enhver henseende, ville det sikkert ikke blive alderdomssvækket, førend det nærmede sig det halvandet hundrede.
(J.P. Müller, 1906)¹

Kampen mellem den alternative sundhedsbevægelse og den etablerede medicin er lige så gammel som det moderne samfund med dets begyndende lægevidenskabelige gennembrud i slutningen af 1800-tallet. I takt med at den medicinske videnskab vokser frem, bryder også en kritisk alternativ bevægelse frem med vægt på individuel forebyggelse. Som det vil blive vist via denne artikels to hovedpersoner, indgår de to tilgange fra begyndelsen i et symbiotisk konfliktforhold, hvor de befrugter hinanden, men samtidig definerer sig i modsætning til hinanden.

I år 1900 etablerer overlæge Christian Saugman (1864-1923) det første større sanatorium i Danmark, Vejleford Sanatorium, til behandling af tuberkulose. Behandlingen bestod i at give patienterne sol, varme, frisk luft, hyppige måltider med god mad og liggeterapi ude og inde. Rige patienter rejste til den franske riviera eller til sanatorier i Alperne. Samme år ansætter han som inspektør 1880'ernes og 1890'ernes bedst kendte amatørsportsmand J.P. Müller (1866-1938). Gennem sin sportskarriere har Müller fået betydningen af daglig målrettet træning

ind under huden. Men for at han kan koble sin sans for bevægelse og motion med en generel sundhedsdyrkelse, skal der mere til.

Ved et stort held – og måske en god næse for at opsøge heldet – lykkes det Müller at 'komme i lære' fra 1901 til 1905 i en af de mest fremtidsrettede 'sundhedsskoler' i Danmark. På Vejlefjord Sanatorium kan Müller samle og udbygge sine erfaringer med idræt og – med udgangspunkt i sin egen selvtræning, nu hvor han er væk fra det københavnske sportsliv – skrive sundhedsbogen *Mit System* (1904), der i sidste ende gør ham økonomisk uafhængig af en fast arbejdsplads, inklusive Vejlefjord.

Det virker nærmest som et skæbnetræf, at to af de toneangivende aktører inden for den tidligt moderne sundhedsfremme fi der sammen og supplerer hinanden, men også krydser klinger på et formativt tidspunkt i begges faglige udvikling. Det giver os mulighed for via en komparativ analyse af to nøglepersoner i den tidlige modernitet at nærstudere samarbejds- og konfliktflader mellem folkelige forebyggelsesstrategier og medicinske helbredelsesstrategier. Forskellen skal dog ikke overbetones, for begge to er optaget af profylakse, men hvor Müller har forebyggelse af, at sygdom overhovedet opstår som hovedmål, har Saugman på sit sanatorium som sit mål at forebygge, at tuberkulose forværres, spredes eller vender tilbage.

Forholdet mellem Saugman og Müller er præget af deres meget forskellige personligheder. Müller: karismatisk med hele sin fysiske udstråling og selvsikkerhed ved sit personlige eksempel på sportslig hærkning. Saugman: En overlæge-autoritet og videnskabeligt søgende forsker, der gennem skiftende behandlingsformer arbejder på en dag at kunne bekæmpe tuberkulosen.

Den russisk-amerikanske forsker Selman Waksman (1888-1973) fi der i 1946 det bredspektrede antibiotikum streptomycin, som udgør en effektiv behandling mod tuberkulose, og de første patienter i USA bliver behandlet samme år. Indtil da er god hygiejne og sund livsstil – ligesom ved Covid-19 – vigtige faktorer i bekæmpelsen. Ved at nærstudere hvilke restriktioner og praktikker datidens lægevidenskab og alternative sundhedsbehandling har iværksat over for tuberkulose,

kan vi spejle vores kamp i deres og måske tage ved lære af deres succeser og fiaskoer.

Ligesom Covid-19 i nutiden sætter sit præg på vores levevis, fik også tuberkulose en omkalfatrende betydning for datidens mennesker. Tuberkulose bliver omkring år 1900 “den største årsag til dødsfald blandt voksne i den vestlige verden” [1]. Kampen mod netop denne sygdom bliver et vigtigt led i hele det moderne projekt omkring år 1900, da det opnår stor bevågenhed fra politisk hold og bliver model for kampen mod andre folkesygdomme via sanatorier, hospitaler, love, sundhedsreformer og landsdækkende kampagner [2].

I det følgende er jeg især inspireret af den canadiske sociolog Erving Goffmans (1922-1982) rolleteori, der vil blive udfoldet undervejs i relation til en analyse af livet på Vejlefjord Sanatorium. Det store spørgsmål er, hvor frit de to hovedpersoner – Saugman og Müller – kan agere i forhold til de rolleforventninger, som deres positioner som henholdsvis sanatorieleder og inspektør indebærer. Nærværende artikel er også inspireret af Erik Rasmussens (1917-2012) begreb ‘anskuelssæt’, der består af en persons værdinormer og virkelighedsbillede. Harmonerer anskuelssæt og råderum ikke, kan der opstå manglende tilpasning og konflikter mellem personens handlinger og forventningerne til den sociale rolle [3]. Men, kan man tilføje, netop herigennem kan rollen udvides, omdefineres eller sprænges, hvorved innovation kan forekomme.

Et konkret eksempel på dette skisma er J.P. Müllers argumenter for det legitime i sex for unge mennesker, der elsker hinanden, som han fremfører i bogen *Kønsmoral og Livslykke*, der udkommer i 16.000 eksemplarer i 1908, men som er så uspiselig for store dele af datidens kirkelige, borgerlige og også lægelige kredse, at han i 1912 ender med at måtte gå i eksil i London [4].

Som det vil blive vist, har Müller på mange måder et langt større råderum end Saugman, og han vil derfor i kraft af sine nybrud være i fokus i artiklen. Som inspektør på Vejlefjord er det ikke et krav, at han indgår direkte i behandlingen af patienterne, men på grund af Saugmans åbenhed får han mulighed for at komme med uortodokse input.

Hans svimlende salgstal med den – som vi skal se – af Saugman anerkendte sundhedsbog *Mit System* fra 1904 må yderligere have udvidet hans råderum i kraft af hans voksende betydning for folkesundheden.

Af primært kildemateriale af betydning for artiklen skal fremhæves ti arkivkasser på Det Kongelige Bibliotek med en brevudveksling mellem J.P. Müller og hans kæreste og fra 1896 hustru Marie, født Schønberg (1865-1930), om hverdagsliv og kroppens kulturhistorie før og efter år 1900.² Dertil kommer Christian Saugmans arkivalier på Stenomuseet på Aarhus Universitet.³

Til inspiration for artiklen ligger fle e udgivelser, der alle er nævnt i noterne. Det drejer sig om Jean Ankers bog *Vejleffj rd Sanatorium gennem 50 år* samt læge på Vejleffjord fra 1902 Jes Ostenfelds minde-skrift til Christian Saugman [5]. Derudover har ikke mindst min nyligt udgivne biografi om J.P. Müller [4] været af betydning. Af forfattere til mere generelle bøger om tidens sundhedsfremme kan nævnes Kurt Jacobsen (f. 1954) og Klaus Larsen (f. 1951) [1] samt Signe Mellemgaard (f. 1964) [6].

J.P. Müller

Hvad står de to sundhedspionerer Saugman og Müller egentlig for? I de to sidste årtier af 1800-tallet udvikler J.P. Müller sig til Danmarks bedst kendte amatøridrætsmand, der sætter rekorder i et hav af nye idrætsgrene – ikke mindst inden for atletik. Sammen med sine brødre på det såkaldte Müller-hold dominerer han f.eks. i perioder dansk og skandinavisk kaproning [4].

I 1904 påbegynder han, mens han er inspektør på Vejleffjord, den første verdensomspændende motionsbølge med sin bog om hjemmegymnastik *Mit System*, der efterfølgende udgives på 26 sprog i 1½ million eksemplarer. I den tyske kulturkreds bliver verbet ‘zu müllern’ en del af hverdagssproget⁴ som udtryk for en dyrkelse af ‘Mit System’, der spænder lige fra traditionen i form af kejser Wilhelm (1859-1941) og avantgarden i form af Franz Kafka (1883-1924) [4].

Også hos den dominerende magt omkring år 1900, Storbritannien, er der interesse for Müllers sundhedsprogram både i det litterære og det kongelige establishment lige fra Conan Doyle (1859-1930) til prinsen af Wales, (1894-1972) den senere kong Edward 8., der bliver protektor for Müllers bøger. *Mit System* bliver i det tidlige 20. århundrede ikke mindre end det værk med størst gennemslagskraft inden for fysisk kultur i Storbritannien [7]. Hele verden ligger for Müllers fødder, da han fra 1904 påbegynder sin Europaturné, der omfatter i alt omkring 1400 demonstrationer.

Med 'Mit system' kan den tids mennesker helt håndgribeligt 'gnide' den bornerte senvictorianisme ud af kroppen. Via først frotteringer med håndklæde hen over kroppen efter det i programmet inkluderede bad og herefter strygninger med håndfladen henover huden giver han datidens mennesker en nøgle til at sanse deres egen krop. Med 'Mit System' bliver denne praksis til en verdensomspændende modebølge, der åbner op for et intimt forhold til huden og kroppens erogene zoner.

For over et århundrede siden forsøger Müller at modvirke mange af de problemer, som rammer i vor tid: inaktivitet, overspisning og heraf følgende fedme. Müllers nøgle til det sunde liv består i al dets enkelhed af gymnastiske øvelser for åbne vinduer eller endnu bedre i frisk luft og sollys, efterfulgt af koldt bad og hudfrottering [8]. Ved at skabe et basalt koncept for daglig fysisk træning med det formål at komme i form – og dette på et tidspunkt, hvor idrætsfysiologien endnu ikke kan bevise, at motion er sundt [9] – bliver Müller frontfigur i den tidlige udvikling af fitness.

Müllers system er funderet på en gennemgribende renselsesproces. Via sollys, frisk luft, rent vand og bevægelse kan der skabes en fysisk robusthed, der ifølge ham vil kunne garantere et ekstremt langt liv uden risiko for sygdomme. Han bruger sin egen veltrænede og solbrændte krop som bevis på, at et liv i pagt med disse sundhedskilder vil føre til kropslig fuldkommenhed.

Uden mindste tvivl på sin sag påbegynder Müller i sin journalistik og i sit hverdagsliv en kamp for den friske luft ved at kræve åbning af vinduer i "stuer, sovekamre, i selskaber, på caféer, i teatre og for-

samlingssale, i sporvogne og jernbanekupéer”,⁵ ja overalt, hvor der er indelukket. For Müller er kampen om den friske luft et spørgsmål om liv eller død, og som formuleret i 1898: “Nu om stunder går det ikke an at spidde en uven på kården, og de allerfarligste dødsfjender, bacillerne, der lur i hver en krog, de kan ikke rammes af et skarphvæstet spyd eller kvæles med et stranguler-greb”.⁶

Som det fremgår, har den nye bakteriologi en stærk billeddannende kraft, som Müller forstår at udtrykke til fulde. Forestillingen om, at vi er “belejrede af små usynlige dyr, der kribler og krabler, og kan overføres fra menneske til menneske og fra urene til rene ting, er ikke alene let forståelig; den giver også et fysisk ubehag ved de situationer, hvor denne overføring kan ske. Mikroberne er en angribende fjende, som lægevidenskaben udkæmper en forsvarskrig imod”. Müller er her uden tvivl inspireret af den “første populære fremstilling af bakteriologien på dansk fra 1884 med den sigende titel: Vore usynlige fjender” [1,10].

Christian Saugman

Også Christian Saugman har dybe personlige grunde til sin interesse for krop og sundhed. Som ung nyudklækket læge får han konstateret tuberkulose kort tid efter, at han har taget sin medicinske embedseksamen i 1889. Herefter påbegynder han en livslang kamp mod sygdommen både personligt og fagligt, hvilket gør ham til den centrale danske pioner på området [11]. Med til historien hører den enorme bevågenhed, som den nye bakteriologi har i de kredse, Saugman færdes. Han er på Københavns Universitet blevet undervist i bakteriologi af Carl Julius Salomonsen (1847-1924) og i fysiologi af Peter Panum (1820-1885) og er derfor ikke mindst via Salomonsens lærebog fra 1885 *Bakteriologisk Teknik for Medicinere* godt bekendt med tuberkulosebakterierne.

I det hele taget bliver bakteriologien på det tidspunkt den vigtigste videnskabelige disciplin, fordi “Med et slag fik det, som før havde været et naturens lune, Guds eller den blinde skæbnes vilje, en fysisk

håndgribelig forklaring, som alle kunne forstå. Bakterierne havde været kendt længe, men nu fik de navne og kunne sammenkædes med de konkrete sygdomme, som de forårsagede” [1].

I 1889 tager han til Tyskland for at blive behandlet på Hermann Brehmers (1826-1889) sanatorium i en bjergdal i Görbersdorf i Riesen-gebirge i Schlesien, hvor han efterfølgende bliver ansat som assistent et par år. Brehmer prioriterer den friske lufts helende kraft ligesom fle e britiske læger før ham herunder ikke mindst Charles Theodore Williams (1838-1912) på hospitalet i Brompton i London [1].

Mens man førhen havde ment, at det barske danske klima modvirkede helbredelse af tuberkulose, og at man derfor burde søge sydpå, bliver opfattelsen nu mere og mere, at de syge bedst helbredes i det klima, de skal leve videre i.⁷ Efter hjemkomsten gør Saugman det til sin livsopgave at oprette Danmarks første sanatorium for brystsyge, hvor luften skal være “ren og god”, hvorved han lægger sig i kølvandet på kysthospitalet på Refsnæs, der fra 1875 blandt andet gennem lys og frisk luft arbejder på at hjælpe ‘kirtelsvage’ børn mod den såkaldte skrofulose, der er en tuberkuloseform, der ikke angriber lungerne. Ved at patienterne holdes i en karantæne afsondret fra det øvrige samfund, bliver smitterisikoen formindsket.

På nordsiden af Vejle Fjord fi der Saugman et sted, hvor naturen ifølge ham er “smilende og af enestående skønhed” til gavn for de syges helbredelse. Saugman formår at få lægeforeningens moralske og økonomiske opbakning og den toneangivende fabriksejer G.A. Hagemann (1842-1916) til at sørge for det forretningsmæssige i relation til driften af det store område og skabelsen af den slotslignende renæssancebygning med plads til 96 patienter. I det hele taget bliver Vejlefjord Sanatorium model for pompøse herregårdslignende sanatorier mange steder i landet som en form for emblemer på den tidlige moderne kamp mod sygdom.

At der er tale om dybt personlige drivkræfter bag projektet ses af, at også Hagemann som barn har lidt af tuberkulose med en kronisk rygskade som følge – formentlig den tuberkuløse knoglemarvsbetændelse (osteomyelitis), der kan medføre pukkelryg [1]. At det desuden



Christian Saugman fotograferet i perioden 1888-1900. (Det kongelige Bibliotek, Billedsamlingen, DP028196)

er et prestigeprojekt, fremgår af, at arkitekten bliver Vilhelm Dahlerup, der også har tegnet blandt andet Hotel d'Angleterre (1873-1875) og Det kgl. Teater (1872-1874). Efter at storlockouten i 1899 har forsinket byggeriet i et halvt år, kan sanatoriet endelig indvies i selve århundredskiftets år 1900.

Både Müller og Saugman er dybt prægede af deres kristne tro. De bidrager begge til det moderne gennembrud, men uden at være brandesianere. Müllers far er præst, broren Paul og svogeren og vennen Fritz uddanner sig til præst, og selv drømmer Müller som ung om at blive salmedigter og tager i 1894 bifag i teologi, inden han endegyldigt vælger den sanseligt sportslige vej. I sin lære om kroppen, som kulminerer med *Mit System* fra 1904, kommer Müller især til at slå til lyd for to kerneprincipper: hærdning og renselse. For Müller henter den befæstede og rene sportskrop energi fra gamle kristne mentaliteter, hvor askese og mådehold fører til hærdning, og hvor renselse for synd bliver til renselse fra sved og skidt [1].

På sit sanatorium kommer Saugman fra 1900 aktivt til at bruge sin

kristne tro til at indgyde sine døende patienter et håb, som det ses med denne unge ateistiske mediciner, der lider af tuberkulose, og der kort tid før han udånder, siger: “Det er skrækkeligt, at man skal gå ud i det store intet, udslettes. Så hellere gå ind til pine, blot ikke til intet”. Saugman taler så med ham “ganske stille” og viser ham hen til Gud og Kristus. Han lever længe nok til “at kunne dø glad og frimodig, uden frygt for at udslettes”. Saugman har “omtalt denne lille oplevelse som et eksempel på, hvorledes hele vor natur, når det virkelig kommer til stykket, gør oprør mod udslettelsestanken” [11].

Forebyggelse eller helbredelse

Når Müller i slutningen af år 1900 foran 345 andre ansøgere får den meget eftertragtede stilling som inspektør på Vejlefjord Sanatorium [12], hænger det uden tvivl sammen med Müllers interesse for idrættens og udendørslivets betydning for sundheden. Dertil kommer hans uddannelse som sekondløjtnant i ingeniørtropperne og øvrige tekniske erfaringer. Således har det fået ham, han indtil da er ansat i, Recks Opvarmningskompagni, leveret dele af det topmoderne varmeanlæg til sanatoriet [12]. Anders Borch Reck er Müllers onkel, har ansat Müller i 1892 og giver formentlig også en anbefaling til Saugman i 1900.

Saugman kæmper hårdt mod den “nihilistiske bevægelse”, der efter hans mening har været dominerende i diskussionen af tuberkulose i slutningen af 1800-tallet. Han går derfor i gang med en optimistisk og kreativ afprøvning af nye metoder til helbredelse af sygdommen [5].

Saugman lander i sin studietid midt i gennembruddet for den moderne medicin. Det videnskabelige grundlag for Saugmans virke er funderet i mikrobiologiens gennembrud med Louis Pasteur (1822-1895) og Robert Koch (1843-1910) og i Danmark Carl Julius Salomonsen, der får den første europæiske lærestol i bakteriologi i 1883 og i øvrigt grundlægger Serum instituttet i 1902. Allerede i 1865 er Panum blevet professor i fysiologi. Dermed er ætiologi og patogenese blevet grundlagt på videnskabelig basis.

Grundprincipperne i Saugmans terapi til helbredelse er udover en passende ernæring “et nøje afpasset forhold mellem bevægelse og hvile, stadigt ophold i frisk, ren luft [...] og en gennemført regulering af patienternes liv” [12].

Ud over denne regulering af patienternes livsstil arbejder Saugman også med kirurgiske indgreb. Allerede i 1902 og 1904 forsøger han at “indblæse luft i lungesækken” for at fremkalde en kunstig pneumothorax, hvorved han forsøger at komprimere lungen og “stille den i ro”. I 1908 anskaffes der en komplet røntgeninstallation, og omkring 1915 bliver der opført en tilbygning, der rummer “operationsstuer med apparatur til lyskure og røntgenstråler” [12]. Vejlefjords ry vokser, og efterhånden besøges sanatoriet af mange læger, der ønsker at videreuddanne sig.

Hvad Müller angår, har han endelig fundet et job, der kan forene hans dyrkelse af kroppen med hans behov for at tjene til livets ophold, skønt det på Vejlefjord er den syge og ikke den sunde krop, der er i centrum. Müllers ansættelse på Vejlefjord bliver et vendepunkt i hans liv. Her møder han en lægevidenskab, der bruger lys, luft, ernæring og motion til helbredelse – elementer som han på individuel basis har dyrket i sin sportskarriere, og som han i løbet af sin inspektørtid kan omsætte til sin individuelle form for selvtræning, der i sidste ende sammenfattes i bestselleren *Mit System*.

Endnu er det før år 1900 i høj grad sportsmanden og ikke den brede befolkning, hvis konstitution Müller vil forbedre.⁸ Spidsformuleret skriver han i en artikel vedrørende *Lidt om atletik-sport*: “Blodet bliver sundt af den megen ilt, hjertet bliver kraftigere. Maven og nyrerne tvinges til at fungere fortræffeligt”.⁹

Kort tid efter Müllers ansættelse på Vejlefjord lancerer han i januar 1902 et alternativ til sanatoriernes fokus på patienterne. Müller vil have den brede raske befolkning til at udvikle adfærdsmønstre, der kan forhindre dem i at blive syge. For ham er forebyggelse det centrale frem for, hvad han kalder, “udbedring (‘sammenlapning’)”. Müller rykker kampen tættere på den enkeltes livsvalg – eller med et nutidsudtryk: livsstil – for med hans ord er vigtigst af alt “den sanitære levevis”.¹⁰

Müller og Nationalforeningen

Samme år, som Müller ansættes på Vejle fjord Sanatorium, dannes – ikke mindst på foranledning af Saugman – Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse [Nu: Lungeforeningen] af nogle af samfundets spidser blandt læger, borgmestre og erhvervsfolk og med datidens toneangivende politiker, Venstres kulturminister I.C. Christensen (1856-1930), som frontfigur [13]. Selve ordet Nationalforening peger i retning af, at sundhedsdyrkelsen medvirker til at forene befolkningen i en fælles kamp mod sygdomme, der dels er udtryk for de første spæde bevidsthedsskred i retning af en velfærdsstat, dels herigennem er med til at stimulere følelsen af national samling om en sag, der ligger befolkningen nær.

Venstres støtte til Nationalforeningen, der får 30.000 medlemmer, er i høj grad motiveret af et ønske om at bevare sygdomsbekæmpelsen på private hænder af angst for, at galopperende sundhedsudgifter skal tvinge staten i knæ. Dog fører Nationalforeningens arbejde til nedsættelse af Tuberkulosekommissionen i 1902, Tuberkuloseloven af 1905, og at der kan ydes statsstøtte til de privat etablerede tuberkulosesanatorier [13].

I en artikel fra 1901 om Krigen mod brystsygen¹¹ kritiserer Müller Nationalforeningen – og dermed indirekte også Saugman: “Der kan ikke være tvivl om”, at Nationalforeningen slår et for stort brød op, når den for private midler vil bygge og drive sanatorier til hele tusind patienter. Mon den da ikke straks burde begynde med de på programmet i anden række anførte formål, og da navnlig det sidste af dem – udbredelsen af kendskabet til midlerne mod tuberkulosen.” Med sin slagkraftige og billeddannende stil bevæger Müller sig ind på det politiske område, når han opfordrer Nationalforeningen til frem for alt at kæmpe for arbejdsmiljøet ved at lægge “et pres på arbejdsherren og principaler, så de tvinges til at sørge for ordentlig luft i deres arbejders og personales opholdsrum”.

Længe før den moderne motionsbølge og ‘Motion på recept’, hvor nutidens læger kan ordinere motion mod sygdomme, foreslår Müller

bevægelse som en del af helseplejen: “Luk derfor øjnene op hos publikum, vore autoriteter og lovgivere, for at sport og frilufts ymnastik kan anvendes ej blot til morskab eller med militaristiske bihensigter, men også til at styrke de enkelte individers helbred og modstandsdygtighed og derved hele samfundet og nationen”.¹² Og dette sker vel at mærke på et tidspunkt, hvor den moderne idrætsfysiologi kun er i sin vorden, og hvor hovedsynspunktet er, at det ikke er bevist, at idræt er sundt [14].

I sin iver efter at skabe et nyt fokus på livsstilsområdet, angriber Müller efter ansættelsen på Vejle fjord selve forskeren, der i 1882 identificerer tuberkelbacillen, Robert Koch, for ikke at forstå sanatoriernes virkelige betydning for en generel udbredelse af den sunde levevis. Koch er på dette tidspunkt for længe kommet i miskredit, fordi han bruger tuberkulin, som han beskriver i 1890 til at behandle tuberkulosepatienter, men det viser sig ikke at have nogen effekt, hvilket vækker stor ballade også politisk, så Koch rejste til Ægypten for at studere kolera. I tv-serien om Charité hospitalet i Berlin er det beskrevet meget gribende og dramatisk. Müller skriver: “Når Robert Koch får som facit på sit triste regnestykke, at kun ringe indskrænkning af tuberkulosen kan ventes fra den kant (sanatorierne), selv i Tyskland, det på sanatorier rigeste land, så overser Koch [...] den overordentlig store, opdragende, ja, man kan næsten sige kulturhistoriske betydning, som sanatorierne har haft og vil få [...] når man beregner sanatoriernes nytte i kampen mod tuberkulosen, bør man altså ikke betragte dem alene som helbredelsesanstalter for de få, men måske nok så meget som opdragelsesanstalter og læreanstalter – indirekte for hele befolkningen”.¹³

Müller mener ligefrem at have fundet en vej til udryddelse af tuberkulose som sådan. Hans sprogbrug lyder mere som ordene fra en præst end en hygiejniker, skønt der er tale om et ret forskelligt indhold: “Så at sige enhver, der med genvunden sundhed udskrives af et sanatorium, bliver i hele sin omgangskreds (eller i sin landsby) en apostel, der prædiker den friske lufts hidtil så upåagtede evangelium, en talsmand for det åbne vindues politik, for en ny og bedre måde at leve på”.

Müller må ikke desto mindre erkende, at det er “en uhyre, stenet brakmark, der her skal opdyrkes, og der vil gå 20, måske 50 år, inden tuberkulosen på denne måde (der dog ved siden af almen udbredelse af friluftsidræt er den eneste virkningsfulde) vil kunne udryddes.” Müller trækker uden tvivl på erfaringerne hos Saugman, da han til slut betoner, hvor vanskeligt det er at udbrede kendskabet til frisk luft. Det kan ofte være svært “selv for sanatorielægen med den største videnskabelige autoritet i ryggen at få udjaget hos de nye patienter den indgroede skræk for træk”.¹⁴

Müllers kritik af Nationalforeningen er ikke helt retfærdig, for faktisk gør foreningen ved at forsøge at forhindre det udbredte spytteri en del for at ændre den brede befolknings vaner. I en presseartikel fra 1901 af Nationalforeningen hedder det således: “Betragt en gang gulvet i forsamlingshuse, kirker, dansesale og butikker, hvor mange mennesker forsamles. Se engang på uhyrlighederne. Spytklat ved spytklat. Bunker af gyselig opharkning for ikke at tale om overfl. dighedsprodukter fra kæften. Og i disse uhyrligheder må alle vade, sunde som syge, renlige som urenlige, unge som gamle [...] Det må skyldes uvidenhed, at et sådant svineri kan fi de sted? – Folk med det mindste kendskab til tuberkulosens smittefarlighed kan umuligt gøre sig skyldig heri”.¹⁵

Smitstof

Det er tydeligt, at Müller ikke helt har forstået bakteriologiens rækkevidde og samtidig – utvivlsomt til Saugmans store fortrydelse – stadig sværger til den gamle miasma-teori, hvorefter sygdomme smitter via en særlig form for luft årent smitstof – som han kalder “giftige dunster” [15] – miasmer, som betyder ‘forurening’ på græsk, og som lægevidenskaben på det tidspunkt ellers stort set har forladt [1,16].

Ifølge miasma-teorien bliver sygdomme overført via partikler af forrådnets stof, der kan kendes på deres dårlige lugt. Gennem 1800-tallet får denne teori til trods for sin manglende gyldighed faktisk positive virkninger. Store socialreformer med boligsaneringer, der bliver indført



Sådanne skilte bliver fra 1913 opsat på husmure i alle større byer for at advare mod ikke mindst mange mænds hang til at spytte på gader og stræder, i sporvogne, i ventesale, i jernbanekupeer, på værtshuse og endog i kirken. Øverst på skiltet ses Lorrainekorset, Nationalforeningens og det internationale symbol på kampen mod tuberkulose. (Stenomuseet, 15/4/14)

for at fjerne den dårlige lugt, som er opstået i kølvandet på sammenklumpningen af folk i storbyerne under elendige boligforhold, ender også ofte med at fjerne de sygdomsfremkaldende bakterier [17]. I en positiv fortolkning kan miasma-teorien tolkes som en forløber for den viden om vira og bakterier, som vi nu dyrker. Fælles er opfattelsen af, at smitten formidles gennem luften og skal bekæmpes ved at undgå de farlige 'luftarter'. Det erkendes dog efterhånden fra lægevidenskabeligt hold, at det virkelig smittefarlige er spytteri på gaden og de sammenklumpede arbejderboliger, hvor de syge ikke kan isoleres, og deres opspyt derfor risikerer at smitte deres nærmeste [1]. Dog kan tuberkulose også ramme de privilegerede klasser. F.eks. lider godsejeren og regeringslederen fra 1875 til 1894, J.B.S. Estrup (1825-1913), også af tuberkulose, der på grund af den interne smitte har ramt hans familie bredt.

Det har utvivlsomt passet godt i Müllers kram, at frisk luft bliver prioriteret højt i professor Saugmans terapi i kraft af en overdækket, udendørs liggehal i træ. Indendørs er der et ventilationssystem, der hele tiden – også om natten – sørger for frisk luft, og der våges “strengt over, at patienterne ikke selv lukker vinduerne”. I sanatoriets første tid bliver en patient endog bortvist, fordi han har brudt “reglementet og egenmægtigt lukket vinduerne i sit værelse” [12]. Man forstår bedre Müllers senere fanatiske kamp for åbne vinduer, når man kender denne forhistorie.

I satsningen på den friske luft bygger Saugman videre på sin læremester Brehmers ideer. Længe før introduktionen af det nutidige koncept om ‘Motion på recept’ spiller motion en vigtig rolle i behandlingen via et net af kurveje med forskellige sværhedsgrader og med en samlet længde på 12 kilometer. Her kan patienterne efterhånden som de kommer i bedring ordineres “lunge- og hjertegymnastik” gennem stadigt mere krævende ture, og overalt er der opstillet bænke og køjer, hvis en pause er nødvendig [12].

Dertil kommer en ernæringskur og en ‘hærtningskur’ med “douche og badning.” Al Müllers gennem årtier oparbejdede erfaring med træning og sport kan han nu bringe i dialog med Saugmans sygdomsbekæmpelse, som Müller mener frem for alt bør udbredes som forebyggelse for den brede befolkning. På Vejlefjord er der lagt op til konflikt, for godt nok ordinerer Saugman spadsereture, men han forbyder idrætsudøvelse som kælkning, skøjteløb, cykling og tennis, da han anser den for alt for krævende for patienterne [18].

Sol-terapi

Saugman påbegynder et samarbejde med den danske nobelpristager i 1903, Niels Finsen (1860-1904), som i 1890'erne har introduceret lysbehandling særligt mod hudtuberkulose. Som en af de første læger begynder Saugman i forsommeren 1902 med – i samarbejde med Finsen – at anvende solterapi ved at åbne en “lys- og solbadeanstalt”. Det



Foto af solbad mod tuberkulose fra Vejle fj rd, 1902. Bemærk det høje omkransende hegn, der værner mod nyfigne blikke. Til venstre respektabelt påklædt, doktor Saugman, til højre det solbrændte muskelbundt, Müller, der indgår med egen krop på lige fod med de afklædte patienter, men med fancy badesHORTS, der illustrerer hans evne til selviscenesættelse. (J.P. Müller: Vink om Sundhedsrøgt og Idræt, Tillges Boghandel, 1907, s. 55)

sker faktisk før den internationale schweiziske pioner, Auguste Rollier (1874-1954), opretter sin internationalt berømte lysterapeutiske anstalt i alperregionen Leysin i vinteren 1903-1904 [12].

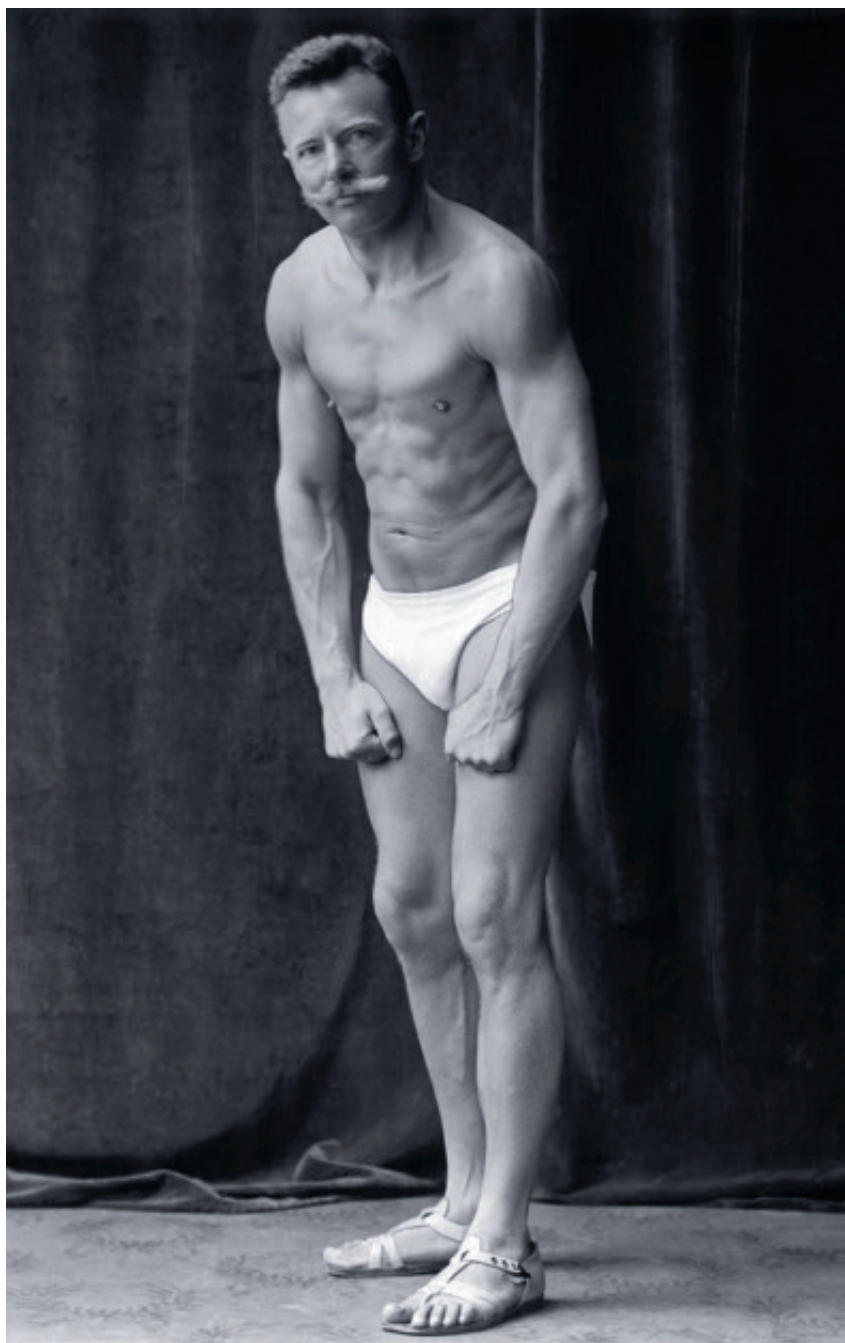
Mange af de sundhedsforskrifter, som efterleves på Vejle fjord, lever Müller ud på egen krop og endda i en ekstrem form. Han fremhæver i 1903, at et udmærket middel til at hærde og pleje huden er sol- og luftbade, som han tager jævnligt, også hele vinteren. Selv om både luftens og vandets temperatur er under 0 grader, og det blæser stærkt, kan han uden at føle ubehag tage bad fra åben strand og derefter bevæge sig en times tid i fri luft, inden han klæder sig på, hvilket sker "på en fritliggende bænk, ikke i et opvarmet badekammer".¹⁶

Solens stråler kan også virke hærdende. Efter udgivelsen af *Mit System* konstaterer Müller i 1906, at: “Når man har hærdet huden ved dagligt luft ad med gnidningsøvelser inden døre, så behøver man ikke at være bange for at udsætte den for stærkt og langvarigt solskin, når lejlighed gives. En med solskin uvant hud vil dog blive rød, smerte et par dage og skalle af, og vedkommende vil måske få nogen feber. Men selv i et sådant mindre heldigt tilfælde vil den nye hud blive smuk brun og mere modstandsdygtig end den gamle” [19]. At en solbrændt mandekrop kan gøre indtryk på det andet køn, ses af, at Marie roser sin solbrændte mand som: “Min elskede dyrebare ‘rødhud’”.¹⁷

Selv om positive resultater af Saugmans solterapi udebliver, fortsættes solbadene gennem årene, fordi de er “uskadelige og behagelige” og efterhånden indgår som et naturligt led i friluftseehandlingen. Muligvis har Müller ikke været på Vejlefjord længe nok til at registre de skuffende resultater af solterapien. Stolt beretter han i hvert fald i 1906 om Vejlefjord som “det første sted, hvor solbad anvendtes som led i tuberkulose-kuren” [15].

At Müller bruger sin egen krop som basis for lidt hasarderede menneskeforsøg ses tydeligt af hans omgang med Finsens lysterapi. Finsen og/eller hans medarbejdere har utvivlsomt gjort store øjne, da Müller en dag i marts 1906 besøger det i 1896 grundlagte Finsens medicinske Lysinstitut for at prøve, om der er nogen fare ved “overdreven og pludselig solbrændthed”, hvilket han åbenbart mener at kunne afklare på et enkelt besøg. I en hel time udsætter han sin hud for at “bogstaveligt stege”. Hans hud udsender en lugt, idet den “brændes, og han får små blærer over hele kroppen”. Efter et par dages sviden i huden, skaller den af “i småstykker”, uden at han dog af den grund føler sig syg [19].

Müller får altså en historisk betydning for brugen af solens helbredende kraft. I dag er D-vitamin populært kendt som ‘solskinsvitaminet’, da det dannes i huden under påvirkning af sollys, og det har en vigtig funktion i immunapparatets funktion og i forebyggelse af osteoporose [knogleskørhed], modvirker rakitis [engelsk syge]. Til gengæld har Müller slet ingen fært af solens skadelige virkninger, som dog heller ikke var veldokumenterede på den tid.



Sundhedsdyrkelsen som scene

Hvor Saugman lever op til rolleforventningerne som en sanatorieleder og overlæge, der bekymrer sig om patienternes sundhedsmæssige og personlige vel, sprænger Müller alle rammer for inspektørrollen. Det er ikke kun Müllers drenge, men også personale og kurgæster, der kommer til at indgå i Müllers iscenesættelse af sig selv på Vejlefjord. J.P. Müller viser sig som en dramaturgisk mester, når han efter udgivelsen af *Mit System* 100 år før de sociale medier for alvor sætter deres præg, fremviser sin fltte krop for pressen, i fotografie, på postkort, i film og i egne bøger. Müller udvikler for alvor sin evne til iscenesættelse på Vejlefjord.

Müllers sceniske virkemidler og Vejlefjord som en scene kan tolkes ud fra Erving Goffmans dramaturgiske teori, ja faktisk kan Müller siges at udgøre et ekstremt tydeligt eksempel på Goffmans idé om, at vores omgangsformer kan tolkes i lyset af teatrets roller og iscenesættelser, for med Müller savnes der heller aldrig liv, nerve eller drama.

Hvad angår den menneskelige interaktion, henleder Goffman opmærksomheden på, hvordan individer befinder sig på en social scene, hvor man er nødt til i et eller andet omfang at spille sin foruddefinerede rolle, men måske også afvige eller nydefinere denne rolle. Gennem performative udtryk søger vi at bekræfte vores identitet ved at gøre indtryk på andre og vinde anerkendelse hos dem.

Ligesom på teatret opererer vi i vores daglige omgangsformer både på en scene (frontstage), hvor vi til en vis grad optræder, fordi vi ved, at

◁ *Muskelbundet J.P. Müller præsenterer i 1904 sin opstrammede overkrop på en scene med teatertæppe bagved. Det karakteristiske buskede cykelstyr-overskæg og de antikt græsk inspirerede sandaler bliver vigtige dele af hans varemærke. (Det Kongelige Bibliotek, Håndskrift amlingen, NSA, 8-A00046, acc1959/81, J.P. Müller, [kasse] 1)*

vi bliver iagttaget, og på en bagscene (backstage), hvor vi kan slappe af og i større grad smide masken. Med et andet af Goffmans begrebspaar kræves der ved 'frontstage' en høj grad af formel optræden – 'tightness' (stramhed) over for den mere tilbagelænedede 'looseness' (løshed) vi kan vise, når vi opererer uden for officielle sammenhænge.

Goffman definerer 'facaden' som "den del af individets optræden, som på en generel og fast måde tjener til at definere situationen for dem, der iagttager denne optræden". 'Facaden' kan opdeles i flere dele. For det første er der 'kulissen', der omfatter møbler, udsmykning, fysisk indretning og "andre elementer af baggrunden, der udgør rekvisitterne og den scene, foran eller i eller på hvilken det menneskelige drama udspiller sig". For det andet er der den 'personlige facade', der henviser til de dele, som vi "identificerer dybest med den optrædende selv, og som vi naturligt forventer vil følge med den optrædende, uanset hvor han går hen." Som eksempler kan nævnes: "distinktioner, der angiver embede eller rang, påklædning, køn, alder, racemæssige kendetegn, størrelse og udseende, holdning, talemønstre, ansigtsudtryk, gestik og lignende"[20].

Sanatorielivet minder på mange måder om en teatersal. Det er udhævet fra det øvrige samfundsliv som en scene indrettet med adgang til lys, sol, luft og renlighed. Det har sine egne medicinske foreskrevne rutiner og ritualer og sine egne rekvisitter i form af medicinsk udstyr til bekæmpelse af tuberkulose såsom spyttekrus og spytteglas, som patienterne hele tiden bærer med sig [1]. Samtidig har de nøje foreskrevne roller til henholdsvis kurgæster, medicinsk personale, administrativt personale og personalets familier. Alle indgår de i et nøje defineret hierarki – på Vejlefjord med overlægen og sanatorielederen Christian Saugman residerende over den øvrige lægestab.

På Vejlefjord er det hovedsageligt det mere velbeslåede klientel, der har råd til at blive behandlet her. Vejlefjord udsættes derfor også for kritik fra lægers side, der påpeger, at der egentlig ikke er tale om en indsats for den brede folkesundhed.¹⁸ Efterhånden gives der dog statsstøtte, hvilket ændrer klientellets sammensætning lidt. Antallet af danskere smittet med tuberkulose stiger fra 1870'erne på grund af

urbaniseringen, der medfører, at mange arbejderfamilier bor pakket sammen under usunde boligforhold ikke mindst i København. Efterhånden kommer der en vis offentlig støtte til opholdet, hvilket dels viser en voksende politisk interesse for sundhedsprojektet, dels giver patientgruppen en bredere social basis.

Hvad angår den erotiske drømmeverden er der på Vejlefjord nede mod kysten opført en gammel afsidesliggende jagthytte med tilnavnet 'Kys-mig-straks-huset', der i øvrigt er blevet genopført i 2012. På egnen lyder begrundelsen for husets navn stadig i dag, at 'Kys-mig-straks-huset' blev et tilflugtssted for hemmelige stævnemøder, fordi patienterne på grund af smittefaren ikke måtte opholde sig på hinandens værelser.¹⁹

Müller og hans familie bliver en del af et "lille samfund med egne traditioner og festdage", eftersom Saugman anser det "for vigtigt at bevare livsglæden og humøret". Det har sikkert også hjulpet på stemningen, at Saugman sørger for, at "vin og andre spirituøse drikke bliver brugt i moderat mængde, dog næsten udelukkende til maden for at stimulere appetitten" [12].

Den særlige stemning på sanatoriet bliver ikke mindst understreget af, at der i sanatoriets park jævnligt bliver afholdt koncerter med blæseinstrumenter. Det i Goffmans forstand kulisseagtige islæt viser sig allerede ved modtagelsen af Saugman, da han i år 1900 vender hjem fra sommerferie. Han mødes af en æresport, og ved nedkørslen til sanatoriet bliver han modtaget af "løbere og hejdukker". Med "foreningens banner i spidsen" bevæger "toget sig til overlægeboligen", mens "ti hvidklædte unge piger" strøer blomster på dets vej [12].

Fastelavn fejres med udklædning og ved at karlene fra Stouby rider fastelavnsridning på stranden. Ved fastelavnsløjerne slår også Müller gækken løs f.eks. ved at organisere "en slags væddeløb for drenge og sanatoriets yngre funktionærer", der blandt andet "løber sækkeløb og vandfadsløb" [12].

Den teateragtige atmosfære på Vejlefjord kan have bidraget til at bringe Müllers indre entertainer frem i lyset. Kort efter indvielsen bliver der oprettet et skydeselskab, der udgiver bladet Bacillen, hvor

også den underholdende og karismatiske Müller bliver et festligt indslag. Valget af navnet Bacillen angiver bladets fandenivoldske attitude, for en del af patienterne vil ikke overleve tuberkel-bacillens angreb.

Årshjulet er fyldt med begivenheder med festlige indslag, der afholdes med rituel præcision, og hvor sanatoriets centrale symboler kan bringes frem: Sanatoriets og Saugmans motto: *Nemo sanatur nisi volens* [ingen kan blive rask uden at ville det] og sanatoriets logo med en opadgående sol over havet markeret med tre bølgelinjer, der f.eks. vises på et stort skjold. Den årlige fugleskydning bliver indledt ved, at deltagerne marcherer mod skydepladsen. Forrest bæres præmierne, derefter skytterne og fanebæreren med skydeselskabets fane, musik-korpset og til sidst overlægen [Saugman] i festdragt [12].

Juledag og nytårsaften møder man op i sit stiveste puds til festmiddag, og der er "underholdning med taffelmusik med orkestre fra Horsens eller Vejle". De kristne traditioner bliver også holdt i hævd gennem gudstjenester for patienter og ansatte ved sognepræsten ved Stouby kirke.²⁰ Her kan Müller også ind imellem "præsidere" ved gudstjenesten, når overlægen ikke er hjemme.²¹ Det bliver altså kristne forestillinger om et forsonende liv efter døden.

Müller går nu i gang med at eksperimentere med de yderste grænser for, hvad hans egen krop kan tåle. For ham er det ikke først og fremmest vigtigt, hvad der kan gavne de syge, men derimod hvordan den raske krop kan hærdes. Herved bevæger han sig for alvor fra bekæmpelse af sygdomme til forebyggelse. Og han sprænger totalt rollen som inspektøren, der primært har ansvaret for sanatoriets tekniske funktionsmåde. I Goffmansk forstand kommer hans 'facade' som 'he-man' til at tegne billedet af ham.

▷ Müller udfører hærdende øvelser i et snedækket landskab i skoven ved Fakkegrav tæt på sanatoriet. Nøgen men fotograferet bagfra, så det foto kunne godt komme med i *Mit System*. Müller angiver temperatur minus 6,25 grader. (J.P. Muller, *My System*, 1905, s. 123, fig. 26)



Kurgæsterne har enten kunnet fornøje sig eller føle sig provokeret over denne 'Superman', hvis de har set Müller eller fået fortalt om ham. Müller fortæller, at han, når han har skullet forfatte en tekst, har: "stået nøgen i timevis og skrevet op ad et plankeværk ved Vejlefjordens strand uden at føle det mindste ubehag. Og det nytter ikke at indvende, at jeg mulig var så hærdet, at kulden ikke bed på mig; thi den selv samme dag sad jeg fuldt påklædt og rystede af kulde i Sanatoriets spisesal, hvor der dog var 7 graders varme. Men her kunne solens varmende stråler ikke nå min hud".²²

Müller bliver et kuriøst indslag, der dog kan virke provokerende på egnens beboere. En mand fortæller, at Müller lever "selv efter disse teorier" og vækker "forfærdelse og forargelse ved så godt som nøgen at stå på ski over bakkerne ved Vejlefjord"²³ eller anderledes udtrykt, så kommer han "til Vejlefjord Sanatorium som inspektør", og der går sagn landet rundt om "en gal mand", der løber "nøgen i bakkerne ved Vejle".²⁴

På mangfoldige måder opfører Müller sig som en sand original. I et anfald af dårlig samvittighed beretter han i et senere livsafsnit om sin ungdommelige hang til at føre sig frem: "Jeg drømte mig tilbage til Vejlefjord Sanatorium, hvor jeg plejede at køre de sygeste i en rullestol op på Ewalds-bakken, hvor de ellers ikke kunne komme. Ja jeg har endog båret nogle derop på ryggen". For at stille "min godhed til skue" eller for "at få en stærk motion?", spørger han sig selv [22]. Inden Müller får pisket sig selv for hårdt til blods, kan det egentlig opfattes som en smuk gestus à la den barmhjertige samaritan, at den raske bærer den syge på sin ryg uanset smittefare eller andre personlige forbehold over for en så tæt kropskontakt. Men, som vi skal se, har han ment at være usårlig over for smitte.

I perioden på Vejlefjord viser Müller også forskellige styrkekunster, som han bruger i et show for patienterne,²⁵ og senere i 1904 i agitationen for *Mit System* på de københavnske scener. Under overskriften "En dag på Sanatoriet" tegnes der med galgenhumor en kontrast mellem de ofte dødssyge patienter og den vikingeagtige Müller, der ligefrem kan løfte en bautasten.

“I Bacillens slot, så vidt jeg tror,
Kommer der folk fra den hele jord
For at få rensset lever og lunge.
Ja selv reparation af hjerte og tunge,
Det udføres uden smerte og klø,
Længe før folk begynder at dø

Til slut vor stærke inspektør
Med otte mennesker spiller jonglør,
Og løfter derpå en bautasten
På 1000 pd., hu ha sikken én;
Til slut han bliver helt overkørt.
Og af sin hustru til hjemmet ført”.²⁶

Müller får også lavet scener til en teaterforestilling, og han arrangerer sportsunderholdning med lokale kræfter. I april 1902 viser hans gode relationer til arbejdersporten sig, da han i samarbejde med lokale kræfter organiserer en forestilling om aftenen i forskellige typer kampkunst som boksning og græsk-romersk brydning på en stor madras samt køllesving.²⁷

Kurgæsterne slipper imidlertid ikke med kun at se på sport. De skal også selv aktiveres. Müller interesserer sig for, hvordan han kan gavne de “raske kurgæster” ved at udnytte sin gamle kærlighed til roning, eller som det registreres i pressen: “Som noget nyt kan det i øvrigt meddeles, at Sanatoriet påtænker at købe en 4-årers kaproningsbåd med faste sæder til brug for de raske kurgæster”.²⁸ Alt tyder derfor på, at Saugman har tilladt Müller at stimulere patienterne i en mere aktiv retning.

Alt i alt anvender Müller til fulde sanatoriet som scene til at fremføre en i forhold til det lægefaglige alternativ, aktiv og hærdende profil, der for nogen har kunnet inspirere, men som i sin fanatisme har kunnet skræmme andre bort.

J.P. Müller tør lade sig indpode tuberkulose

I privatsfæren foregår der en venskabelig udveksling mellem familierne Saugman og Müller. Müllers kone, Marie, er således venner med fru Saugman, og Müller forærer i 1904 sin nyudkomne bog *Mit System* til Saugmans datter, som han i sin dedikation betegner som “min dygtigste elev i svømning”.²⁹

Da Müller i august 1904 er i København for at give sine første System-opvisninger, har Marie lige fået hans nyudgivne bog i hånden, og hun osrer af lykke over de fl. te anmeldelser. Hun kan fortælle Müller, at Saugman ser positivt på bogen. Saugman har en passant fortalt hende, at han har set en positiv anmeldelse i Kristeligt Dagblad, og: “Professoren er imponeret”. Saugmans kone fortæller Marie, at “hun endnu kun har fået lov at kigge i den bog, da professoren altid læser i den så snart han kan”, og han siger, at “der står meget kønt og godt i bogen, og at du skriver godt og flydende, og alt mens han læser, gør han øvelserne”. “Er du glad min egen ven? Ja det er du. Jeg ved jo hvor du har kæmpet mod gammel slendrian og tykhudethed og mod – – mig”.³⁰

Müller har utvivlsomt oplevet en meget stor optimisme i anledning af hans og Saugmans fælles fokus på, at frisk luft og motion kan medvirke til at helbrede en så hårdnakket sygdom som tuberkulose. Under alle omstændigheder medfører de udbredte ophold i frisk luft, at patienterne får mindre lejlighed til at smitte andre.

På den baggrund og ikke mindst på grund af sin egen uheldelige tuberkulose må Saugman have korset sig, da en række aviser i juni 1905 udkommer med overskriften: “J.P. Müller tør lade sig indpode tuberkulose”. Müller rider åbenbart på en bølge af overmod efter sin lavineagtige succes med salget af *Mit System*, for han føler sig så sikker på at have hærdet sig optimalt, at han opfatter sig immun over for smittefare.

Müller har nok ventet med at foreslå det hårrejsende menneskeforsøg, indtil Saugman er uden for rækkevidde, eftersom Müller et par måneder forinden har forladt Vejlefjord. Bruddet med Vejlefjord og

muligheden for at realisere sig som uafhængig forfatter har kun yderligere udvidet Müllers råderum og givet ham blod på tanden. Müllers farvel til Vejlefjord hænger sammen med, at *Mit Systems* forrygende salgstal giver ham mulighed for at realisere sig som selvstændig forfatter, eller med Dagens Nyheders ord i marts 1905: "Løjtnant J.P. Müller har [...] søgt sin afsked fra Vejlefjord Sanatorium" for "at hellige sig til propagandaen for Mit System".³¹

En medarbejder ved Nationaltidende har i juni 1905 haft en samtale med den nu "berømte J.P. Müller", der forklarer journalisten, at han har fået impulsen til at skrive *Mit System* gennem sit daglige ophold på Vejlefjord Sanatorium, fordi han ved stadig at færdes blandt de syge er blevet klar over "det ønskelige i at hærde menneskeheden mod sygdomme [...] ser De, lægerne plejer man at ty til, når det er galt fat. Først når sygdommen er eller synes et faktum, er doktoren i farvandet. Jeg ønsker at fortælle folk lidt om, hvorledes de på en praktisk og billig måde kan hærde sig mod sygdommens angreb". Hermed tegner han modsætningen alt for skarpt op, for mange læger som Saugman går afgjort ind for forebyggelse af sygdom hos de raske dele af befolkningen.

Med vanlig selvovervurdering udtaler Müller: "Jeg selv anser mig nu for at være af en sådan konstitution, at en mængde sygdomme vil stå ganske magtesløse over for min organisme. Jeg ville slet ikke tage i betænkning at lade mig tuberkulose indpode. Ja, det lyder dristigt, men det er min oprigtige overbevisning, at mine hvide blodlegemer nok skulle kunne holde selv et temmelig stort antal tuberkelbaciller stangen!"³²

Müllers udtalelser om nærmest at skabe et usårligt overmenneske må have virket provokerende på mange og ikke mindst dem, der sørger over de mange af deres nærmeste, der må bukke under for sygdomme, der i dag kan kureres, men som dengang nærmest var en fast følgesvend i menneskelivet. Således kan pressen i juni 1906 meddele, at Müllers efterfølger som inspektør på Vejlefjord, den jævnaldrende Christian August Petersen-Schepelern (1867-1906), er "afgået ved døden efter en operation for blindtarmsbetændelse, 39 år gammel".³³ På den anden side har netop drømmen om at kunne få de en kur mod

sygdom og tidlig død kunnet drive mennesker i retning af Müllers forjættende sundhedsbudskab.

Müllers og Saugmans historiske betydning

Efter at Müller har forladt Vejlefjord, sker der en nedgang i søgningen til stedet, blandt andet grundet i kritik fra lægelige kredse af behandlingsens lave effekt. F.eks. kritiserer den landskendte ernæringssekspert og kostreformator, Mikkil Hindhede (1862-1945), allerede i 1906 Saugmans opfedningskure af patienter [23,24], som Müller muligvis også har vendt sig imod, da han gik ind for en relativt spartansk kost. Saugman forsvarer sig med, at lægerne sender dødssyge patienter til Vejlefjord, som det står uden for hans magt at helbrede, men at han har positive resultater med de patienter, der kommer tidligt i deres sygdomsforløb [12].

Andre læger ser dog mere positivt på Saugmans betydning. I slutningen af 1930'erne kaster den i offentligheden kendte læge og fordøjelsesspecialist, Axel Borgbjerg (1868-1957), der i øvrigt i sin ungdom er "en af J.P. Müllers mest begejstrede kampfæller",³⁴ et blik tilbage på den i 1923 afdøde Saugmans virke. Axel Borgbjerg mener, at trods det, at man endnu ikke har fundet en afgørende kur, har Saugman æren for "det gode resultat, sanatoriebehandlingen har udvist i kampen mod tuberkulosen". "Han drog de svære, hidtil som håbløse betragtede tilfælde frem, og det lykkedes ham at bringe god hjælp til sådanne" ikke mindst gennem kirurgi, og "de resultater han kunne demonstrere, stod ikke tilbage for nogen andens". Vigtigt var også, at man via sanatorieopholdet fik "isoleret de syge, så smittefaren blev nedsat" [1].

Det konstante fald i antal smittede af tuberkulose fra begyndelsen af 1890'erne og i hele første halvdel af det 20. århundrede [1] kan dog ikke tilskrives Saugmans kure, men er led i en langt større bølge, der primært skyldes forbedrede bolig- og ernæringsforhold og øget renlighed både i hjemmene og på arbejdspladser [1].³⁵ Dertil kommer en meget effektiv smitteopsporing og effektiv undersøgelse af

befolkningen blandt andet via et net af 'røntgenvogne', der fra 1940'rne 'gennemlyser' hele befolkningen med henblik på at kortlægge og behandle den fortsat udbredte tuberkulose.³⁶

Fra 1940'rne til 1980'erne får skolebørn tilbudt calmettevaccination, som dog kun er ca. 75% effektiv og med en varighed af beskyttelsen på kun ca. 15 år. I slutningen af 1940'rne udvikles der imidlertid en virksom behandling med antibiotika. Der kommer også BCG-vaccinationerne mod tuberkulose, som bliver givet til alle børn, der er 'Mantoux-negative' eller 'Moro-negative', det vil sige ikke viser immunitet mod tuberkulose. Endelig kommer der tuberkulosediagnostikken, det vil sige mikroskopi og dyrkning af tuberkulosebakterier centraliseret på Seruminstitutets tuberkuloseafdeling siden slutningen af 1920'rne, hvorved man har fået et effektivt register over forekomst af tuberkulose – helt som ved Covid-19 i dag.

Samtidig falder søgningen til Vejlefjord betragteligt, og i 1957 bliver Vejlefjord efter en modernisering omdannet til Jysk Nervesanatorium. Fra 1960'erne bliver sanatorier overalt efterhånden helt udfaset. Tuberkulose er stadig et stort problem i Rusland, Asien, Afrika og Latinamerika – og i øvrigt også i Grønland og er også dukket op igen i nutidens Danmark, da den nu ikke mindst er bragt hertil blandt andet af somaliere.³⁷

Müller får på internationalt plan betydning for bekæmpelse af smittespredning ved sygdomme som tuberkulose. Det sker ved at animere befolkningen til en udpræget hygiejne ikke mindst via dagligt bad, udluftning af boliger, skoler og institutioner og udendørsliv med dyrkelse af frisk luft og sol, gymnastik og sport. Müllers fanatiske udmeldinger om total sundhed og en drastisk forlængelse af livslængden har sikkert lokket mange mennesker til hans sundhedsbudskab, men har også skabt store skuffelser, når mirakelkurens ønskede resultater udeblev. Müllers forestillinger om helt at rense kroppen for alle urenheder minder om nutidige detox-kure og kan have været med til at bane vej for en til tider hysterisk angst for bakterier.

Med den efterfølgende internationale anerkendelse som sundhedsprofet overgår Müller i berømmelse sin læremester Christian Saugman.



*Billedhuggeren
Rasmus Bøge-
bjerg modellerer
en skulptur af
Müller.*

Nærmest symbolsk bliver det i 1904 en statue af Müller, der tiltrækker sig kunstkritisk interesse,³⁸ og som i dag er opstillet både foran Københavns Roklub og i Nykøbing Falster, mens en portrætbuste af Saugman, der er opstillet ved Vejlefjord Sanatorium kun ofres lokal opmærksomhed. Hos Müller er det hele kroppen, der rummer det centrale budskab og ikke kun hoved og skuldre. Dermed kan de to kunstværker også pege henimod Saugmans medicinske strategi pri-

mært knyttet til lægens hoved og tanke og Müllers alternative veje knyttet til hans hærkning af hele kroppen. De to kunstværker er udført af samme billedhugger, Rasmus Bøgebjerg (1859-1921), der i 1904 er bestilt til at udføre en buste af Saugman, men bliver så optaget af Müller, at han i sanatoriets vaskekælder også udhugger en statue af Müller, der i øvrigt året forinden har vundet Dansk Atlet-unions konkurrencer for smuk legemsbygning i København.³⁹

Konklusion – Et produktivt skæbnetræf

For 120 år siden sammenfles ved et skæbnetræf to af hovedpersonerne inden for den tidligt moderne sundhedsdyrkelse: Den fra 1904 internationalt kendte sundhedsguru J.P. Müller ansættes præcist år 1900 på lægen Christian Saugmans helt nye tuberkulosesanatorium ved Vejle.

Kampen mod tuberkulose bliver med Vejlefjord Sanatorium som flagskib en vigtig faktor i hele det moderne sundhedsprojekt med engagement fra politisk hold, udbygning af sundhedssektoren, adfærdsreguleringer samt nationale kampagner. Saugman og Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse har skubbet til medicinske og politiske kræfter og toneangivende mæcener i retning af en begyndende velfærdstænkning, der på sigt har kunnet udkrystallisere sig i en national samling om samfundets pligt til at sikre borgerne ved sygdom. Både Saugman og Müller appellerer i første omgang primært til de bedrestillede samfundslag, skønt ikke mindst tuberkulose især rammer de fattigere lag.

Ved at konfrontere os med denne historie får vi mulighed for at spejle vores egen kamp mod Covid-19 og nutidens spaltning mellem forebyggelse og helbredelse og mellem lægefaglige og alternative veje til sundhed.

Når Saugman år 1900 ansætter den kendte danske idrætsmand J.P. Müller som inspektør, er det – ud over Müllers ingeniørmæssige kundskaber – utvivlsomt for at få et frisk pust via en person med et meget positivt og aktivt forhold til kroppen, der kan indgyde patienterne

livsmod. Saugman har umiddelbart kunnet være tilfreds med Müllers rolle som sundhedsdyrkende forbillede og hans evner som entertainer, der har kunnet hjælpe til at bringe livsglæde og afveksling til patienter underlagt enerverende medicinske rutiner. Og Müller har kunnet føle sig dybt inspireret af den forståelse af bakteriologi og sygdomspleje, som ansættelsen på Vejlefjord har bibragt ham, skønt han dog stadig sværger til den gamle miasma-teori. Dermed har de to møde kunnet skabe en synergi, hvor de har kunnet stimulere hinandens projekter.

Der er dog også tegn på uoverensstemmelser mellem Müller og Saugman. Centralt for Saugman står helbredelsen af de syge – om fornødent gennem operative indgreb. Det centrale begreb hos Müller er 'hærdning', hvormed han pointerer, at det væsentlige er præventivt at sikre den almene befolkning mod sygdomme som tuberkulose. For Müller vil en effektiv træning og forebyggelse fra barnsben således helt kunne overfliggende behovet for læger og medicin. Müller vil helbrede gennem forebyggelse. I Müllers frelsersystem skal hygiejnikeren erstatte lægen.

Müller og Saugman er enige om, at væsentlige midler til både forebyggelse og helbredelse af tuberkulose er frisk luft, sollys, bevægelse og sund ernæring. Saugman har her uden tvivl givet Müller meget væsentlige input til at forlene hans enorme appetit på udendørslivet med en sundhedsfaglig begrundelse.

Vandene skiller dog, hvor det drejer sig om spørgsmålet om, hvor aktivt patienterne skal bevæge sig. Saugman har fået oprettet et stort stisystem med bænke overalt, så patienterne kan veksle mellem motion og hvile, men han er imod fysisk krævende sportsgrene til patienterne. Müller arbejder derimod for, at de mest raske kurgæster skal dyrke roning.

Saugman tager umiddelbart godt imod udgivelsen af Müllers verdensomspændende bestseller *Mit System* i 1904. For Müller markerer bogen imidlertid et nødvendigt ryk væk fra interessen for de syge hen imod de raske, der gennem en aktiv livsstil skal udvikle et uigennemtrængeligt skjold mod sygdom. Müller udvikler en helt urealistisk sundhedsoptimisme om at kunne skabe en usårlig og nærmest

udødelig krop, der kan tåle uanede mængder sol og smitte og eksistere i mindst 150 år, hvilket kolliderer med den saglige og tålmodige Saugmans tilgang, men har kunnet sælge billetter over for en ligefrem international kundekreds.

Müllers megalomane forestillinger får i maj 1905 en ekstra skrue ved hans offentlige erklæringer om at ville lade sig indpode med tuberkulose, hvilket hans fæstningsagtige krop 'naturligvis' vil afvise. Baggrunden for denne rabiante udmelding er utvivlsomt, at Müller nu har forladt Vejlefjord og derfor endelig – uden for Saugmans radar – kan udtrykke sig helt frit. De strammende bånd fra den sociale rolle som inspektør er endelig kappet.

Saugman tyer derimod i stigende omfang til operative indgreb for at forsøge at kurere de mest syge patienter. Hermed slår han ind på den traditionelle medicinske vej, hvor patientens symptomer er i fokus for kirurgisk intervention med henblik på at gribe ind over for dysfunktionelle dele af den syges krop. Heroverfor står Müller, der er med til at udbrede den moderne alternative sygdomsbekæmpelse ved at pege på sit eget mirakuløse eksempel på en sund og vital krop og ved at animere mennesker over store dele af kloden til at dyrke 'Mit System' for at opnå samme jernhelbred, der dog – ud over gode gener – hviler på årtiers hård træning.

Begge de to sundhedspionerer har bidraget væsentligt til det moderne sundhedsprojekt ved hver på sin måde at pege på betydningen af lys, luft, ernæring, renlighed og bevægelse på et tidspunkt, hvor disse sundhedskilder endnu er kraftigt undervurderede. Müller får endog i en periode fra 1904 aktiveret en del af verdensbefolkningen for sin sag og har kickstartet det folkelige engagement i motion.

Dog må de store ryk i selve tuberkulosebekæmpelsen i høj grad tilskrives den generelle bedring af befolkningens ernæring, boligsituation og renlighed, calmettevaccinationen samt det faktum, at det fra slutningen af 1940'erne endelig lykkes at udvikle en virksom antibiotikabehandling.

Ikke desto mindre må Saugman ses som pioner i en udvikling, hvor Danmark for alvor markerer sig på Danmarkskortet ved en effektiv

indsats mod tuberkulose. Saugmans idé med at skabe et 'sundhedspalads' for at holde de smittefarlige i en karantæne, hvor de behandles, spredt sig som ringe i vandet f.eks. til Julemærkesanatoriet i Kolding for tuberkuloseramte børn fra 1911 samt Nakkebølle Sanatorium for tuberkulosepatienter. Dertil kommer tuberkulosestationer fra 1907-1944, mobile røntgenbusser og vaccinationsprogrammer.

Både Saugman og Müller er entreprenører, der bryder med deres roller som henholdsvis læge og inspektør samt idrætsforkæmper. Saugman bliver primus motor inden for tuberkulosebekæmpelsen og udvikler via sanatoriekonceptet et holistisk syn på helbredelse, der indbefatter hele patientens livsførelse. Han forholder sig åbent og kreativt til at behandle tuberkulose og introducerer blandt andet Finsens lysterapi og solterapi fra 1902. Skønt han afgjort har blik for den generelle befolknings profylakse, fokuserer han dog i praksis på behandlingen af syge – i stigende grad via kirurgi.

Müller er på godt og ondt langt mere grænsesprængende. Han bevæger sig fra at være en anerkendt amatørsportsmand til at blive en verdenskendt selviscenesættende hygiejniker, der optræder på utallige scener i hele Europa, og derigennem kraftigt stimulerer de tidligste tendenser til motion. Det er samlet set en enorm sundhedsmæssig bølge, som Müller og Saugman er med til at sætte i gang.

Hvor Saugman optræder i sin lægekittel, optræder Müller så nogen som muligt med musklerne spillende under den smukke solbeskinnede, gyldne hud. Hvor Saugman i 1903 på traditionel vis æres med en buste, æres Müller med en vital, afklædt helkropsstatue. Hvor Saugman på Vejlefjord – med den canadiske rolleteoretiker Erving Goffmans ord – bygger på 'tightness' og dermed orden og reguleret adfærd, står Müller som normbryderen, der via sin 'looseness' hele tiden forsøger at udvide grænserne for sin og andres opførsel. Hvor Saugman trækker sig tilbage fra rollen som læge til familien og privatlivet, og dermed – med Goffman – opererer med en stærk skelnen mellem 'frontstage' og 'backstage', bliver hele livet for Müller en scene, hvor han snart på ryggen bærer patienter op på bakker, snart jogger nogen rundt i terrænet i frostgrader alene eller med sine drengebørn.

Tiden fra 1920 til 1965 er også husmorens periode, hvor målet er, at hjemmet med husmoren som agent gøres funktionelt, rent og hygiejnisk, grænsende til sterilt, med eliminering af det usynlige bakteriefyldte skidt – ikke mindst med henblik på den opkommende slægts sundhed. I mellemkrigstiden udvikles også den moderne massesport og strandlivet med adgang til udendørsarealer med frisk luft, sol og vand [25].

Fortidens mennesker kæmpede i mange generationer for at omkalfatre samfundet via adfærdsreguleringer og i jagten på en effektiv vaccine for at få dæmpet truslen fra tuberkulose. Hele den omfattende ydre kontrol og selvdisciplinering, som lå i det socialhygiejniske projekt ‘Lys, luft og renlighed’ – med hænderne frem på rækker i skolegården for at tjekke for sorte negle og husmorens hjemlige kamp mod bakterier i hver en krog – kan vi måske overstå i kampen mod Covid-19 på uhyre kort tid, skønt nogle fornuftige restriktioner sikkert vil vare ved. I denne kamp forsøger vi altså at forkorte denne hverdagslige forandringsfase drastisk ved at indsætte en vaccine i løbet af nogle få år. Et gigantisk fremskridt, når og hvis det lykkes.

Jeg vil gerne takke professor i klinisk mikrobiologi Niels Højby, pensioneret gymnasielærer og fagkonsulent Finn Gravesen og adjungeret professor i historie Niels Finn Christiansen for værdifulde kommentarer til manuskriptet.

Litteratur

1. Jacobsen K, Larsen K. Ve og velfærd. Læger, sundhed og samfund gennem 200 år. København: Lindhardt og Ringhof, 2007.
2. Blomquist H. Kampen mod tuberkulosen: flagskib for det moderne. Historiske meddelelser om København 2000;17-146.
3. Rasmussen E. Christmas Møller og P. Munch – Betragtninger over politikeres råderum. I: Larsen H, Skovmand R (red.): Festskrift til Troels Fink. Odense, 1982.
4. Bonde H. Sundhedsapostlen J.P. Müller. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2020.
5. Ostenfeld J. Christian Saugman – An Appreciation. I: Mindeskrift til Professor Chr. Saugman. Selvdgivelse 1925. Steno-arkivet, Aarhus Universitet, Arkivalier nr. 92277, Kasse 1 F0024.

6. Mellempgaard S. Kroppens natur. Sundhedsoplysning og naturidealer i 250 år. København: Museum Tusculanum, 1998.
7. Zweiniger-Bargielowska I. The Culture of the Abdomen: Obesity and Reducing in Britain, circa 1900-1939. *Journal of British Studies* 2005, april, nr. 2, s. 239-73.
8. Müller JP. Mit System. København: Tillges Boghandel, 1904.
9. Bonde H. Projection of male fantasies: The creation of 'scientific' female gymnastics. I: Gori G, Mangan JA (red.): *Sport and the Emancipation of European Women: The Struggle for Self-Fulfilment*. Routledge, 2013.
10. Poulsen VA. Vore Usynlige Fjender – En Almenfattelig Skildring af Bakterierne Og Deres Forhold Til Forraadnelse, Gaering Og Smitsomme Sygdomme. København: Steen, 1884.
11. Saugman C. Medicinsk Studium og Kristendom. Et personligt foredrag holdt i Den kristne Medicinerkreds. Steno-arkivet, Aarhus Universitet, Arkivalier 92277 Kasse 1 1500 10, 22. april 1913, s. 5.
12. Anker J. Vejleford Sanatorium gennem 50 år. København: Engelsen & Schrøder, 1950.
13. Hansen J. Koldingford 100 år – Fra julemærkesanatorium til internationalt hotel. Kolding, 2010.
14. Bonde H. Projection of male fantasies: The creation of 'scientific' female gymnastics. *International Journal of the History of Sport* 2012;29:228-246.
15. Müller JP. Vink om Sundhedsrøgt og Idræt. København: Tillges Boghandel, 1907.
16. Larsen K. Smitsstof – Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark. København: Munksgaard, 2014.
17. Halliday S. Death and miasma in Victorian London: an obstinate belief. *British Medical Journal* 2001;323:469-71.
18. Dahlberg R, Schultz MB. Det vidste du ikke om Danmark. København: Gyldendal, 2017.
19. Müller JP. Luft, æde og Solbade. I: Sadolin F (red.): *Sommerbogen*. København: Dansk Sundhedstidendes Forlag, 1906.
20. Goffman E. Hverdagslivets rollespil. København: Gyldendal, 2014 [opr. 1959].
21. Mann T. Troldomsbjerget. København: Gyldendal, 2000.
22. Müller JP. Blandt Engle og Djævla, bind 1. København: Forlagskompagniet, 1932.
23. Hindhede M. En reform af vor ernæring. København: Gyldendal, 1906.
24. Halse S, Henschen D. Mikkell Hindhede og kampen om danskernes kost. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2020.
25. Schmidt LH, Kristensen JE. Lys, luft og renlighed: den moderne socialhygiejnes fødsel. København: Akademisk Forlag, 1998.

Noter

1. Müller JP. Vore Landsmænd. Udlandet 1906, 19. januar. Se også Müller JP. Karen Brødbæk og J.P. Müller. *Folkebladet Sydjylland*, 1904, 11.august, s. 2.
2. Det Kongelige Bibliotek, Håndskrift amlingen, NSA, 8-A000 46, acc1959/81, J.P. Müller, [kasse] 1, "40 Aars Elskovsbreve, Misse og Jørgen, JPM".
3. Steno-arkivet, Aarhus Universitet, Arkivalier nr. 92277, Kasse 1 F0024. Tak til Morten Arnika Skydsgaard og Mary Marie Kromann for hjælp til at finde de relevante kilder.
4. Se f.eks. <http://www.duden.de/rechtschreibung/muellern>.
5. Müller JP. Hvordan skal man leve? *Dansk Sundhedstidende*, 1903, 1. april.
6. Müller JP. Vore saakaldte atletklubber – triste erfaringer. *København*, 1898, 30. januar.
7. 3. udgave af Dansk Biografisk Leksikon, Gyldendal, 1979-1984, http://denstoredanske.dk/Dansk_Biografisk_Leksikon/Sundhed/L%C3%A6ge/Chr._Saugman.
8. Se f.eks. Müller JP. Hvorfor bør man løbe? *Søndagsbladet*, 20. februar og 6. marts 1898.
9. *Isefjords-Posten*, 26. november 1899.
10. *København*, 3. januar 1902.
11. *København*, 20. januar 1901.
12. *København*, 20. januar 1901.
13. Müller JP. Sanitær levevis og sanitære livsvilkår. *København*, 3. januar 1902.
14. Müller JP. Sanitær levevis og sanitære livsvilkår. *København*, 3. januar 1902.
15. *Vejle Amts Folkeblad*, 1. oktober 1901.
16. Müller JP. Hvordan skal man leve? *Dansk Sundhedstidende*, 1. april 1903.
17. M-J, 18. juni 1903.
18. *Aalborg Amtstidende*, 13. februar 1900. Se: <https://historielab.dk/til-undervisningen/kildebank/epidemier/1-tuberkulose/>
19. *Jyllands-Posten*, 22. marts 2014, s. 20. https://issuu.com/skavt/docs/vejle-fjords_historie. <https://www.facebook.com/hotelvejle fjord/photo/s/a.403230379736840.89718.12773684549179/403230386403506/>
20. <https://www.hotelvejle fjord.dk/om-os/vejle fjords-historie/>
21. J-M, 24. marts 1901.
22. J-M, 24. marts 1901.
23. *Berlingske Tidende*, 18. november 1938.
24. *Nationaltidende*, 18. november 1938.
25. Henschen D. Angreb på livskraften. *Weekendavisen*, 22. juni 2018, s. 107.
26. *Bacillen*, julen 1901.
27. J-M, 2. april 1902.
28. Samme. Se også *Sorø Amtstidende*, 18. juli 1902.
29. Registrant (2014), Arkivalier 92277, Kasse 1, 1500 12, Steno Museet, Aarhus Universitet, samt [8 s. 15].
30. M-J, 4. august 1904.
31. *Dagens Nyheder*, 2. marts 1905, forsiden.
32. *Aarhus Stift tidende*, 16. juni 1905, s. 1. Artiklen stod oprindeligt i *Nationaltidende*.
33. *Roskilde Dagblad*, 7. juni 1906, s. 3.
34. *Nationaltidende*, 6. marts 1939.

35. Se også Aja Høy-Nielsen: Tuberkulose som folkesygdom – indsats og omkostninger 1900-1962, Esbjerg Byhistoriske Arkiv. Skriftrække B nr. 47.
36. <https://arkiv.dk/vis/378242>.
37. <https://arkiv.dk/vis/378242>.
38. *Berlingske Tidende*, 23. marts 1905, Side 1.
39. *Adresseavisen*, 2. marts 1905, Side 1.

Summary

Prevention or cure?

The breakthrough of modern health culture illustrated by the internationally renowned Danish hygienist J.P. Müller and Danish sanatorium leader Christian Saugman

Hans Bonde

The struggle between the alternative health movement and the established world of medicine is as old as modern society itself with its beginning medical breakthroughs around the year 1900. As medical science emerges, a critical alternative movement in addition emerges with an emphasis on individual prevention. 120 years ago, at a meeting of destiny, two of the main characters in early modern health cultivation were intertwined: Exactly in 1900, the from 1904 internationally renowned Danish health guru, J.P. Müller was employed at the medical doctor Christian Saugman's brand new tuberculosis sanatorium, Vejlefjord Sanatorium. Both of the two health pioneers contributed expressively to the modern health project via respective focus on the patient's healing process and prevention of diseases from occurring at all. Both point to the importance of light, air, nutrition, cleanliness and exercise at a time when these health sources were still greatly underestimated. Saugman contributed significantly to the early welfare thinking, where first the private sector and then increasingly the public sector took the initiative to ensure the health of the population. From around 1904, Müller activated part of the world population for his cause – albeit through completely unrealistic expectations of longevity and freedom from illness.



Kommunehospitalet i København tegnet af Hack Kampmann (1856-1920). (<http://kunstbib.dk/en/collections/architectural-drawings/samlingen/000019764>)

Københavns Kommunehospital

Ole Sonne



Københavns Kommunehospital – ingen tidsoplysning. (Københavns Stadsarkiv, 40948)

I *Den til forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske politiske og Avertissements-Tidende* for den 3. september 1864 kunne man læse:

“Kommunehospitalet har i det Hele med Dampmaskiner, Bade-, Kjøkken-, Vaske-, Varme-, Ventilations- og andre faste Indretninger kostet 1,095,600 Rd. [rigsdaler], foruden 4850 Rd. i Skatter og Assurance og 124,700 Rd. i Omkostninger ved Laanet af Pengene og Rente af disse under Hospitalets Opførelse. I det Hele blive Omkostningerne, da hertil endnu kommer nogle uberigtigede Regninger, c. 1,226,500 Rd. Det løse Inventarium, Senge, Linned, Meubler osv., der er anskaffet til 800 Syge, har kostet 131,000 Rd., foruden c. 15,000 Rd,

som udgjør Værdien af det fra Almindeligt Hospital Afgivne. Hvad Enkelthederne i Bygningen angaaer, kan bemærkes, at Korridorerne have tilsammen en Længde af 3500 Alen¹ og opvarmes ved Damp, ledet gennem c. 4400 Alen Rør. Antallet af Kakkelovne 381, af Vandhaner 340, af Gasblus 773. I Bygningen fi des c. 99,000 Qvadratalen hvidtede, og 150.000 Qvadratalen malede Vægge og Lofter foruden Steen- og Flisegulv, 80,000 Qvadratalen Brædegulv, og Overfladen af Skifertagene naaer op til c. 38,000 Qvadratalen. Hovedbygningen mod Øster-Farimagtsvei har en Længde af 342 Alen og med Arkaderne og Endebygningerne 442 Alen, 2 Mellembygninger have en Længde af 81 Alen. Alle Bygninger optage et Fladerum af c. 30.000 Alen, paa den øvrige Grund fi des Haver, Tørre- og Oplagspladse o. desl.”

Kommunehospitalet i København blev i årene 1858-1863 bygget efter tegninger af arkitekten Christian Hansen (1803-1883)² lige uden for voldene og blev indviet 1863.³ Det var et topmoderne hospital, og i 1876 begyndte uddannelsen af de første ‘verdslige’ sygeplejersker i Danmark.⁴

Kommunehospitalet blev nedlagt som hospital 1999. De fredede bygninger er i dag brugt af blandt andre Center for Sundhed og Samfund under Københavns Universitet.

Det er vanskeligt at omregne så gamle priser til nutidspriser, da løn og skattetryk også spiller en rolle. I 1868 kostede en stud gen-nemsnitligt godt 89 rigsdaler, en tyr 47-48 Rd. og en ko godt 63 Rd.⁵ I dag koster en toårig Galloway-kvie ca. 9.000 kr. Fra 1900 til 2018 er pristallet steget fra 1 til 70,45.⁶

Noter

1. En alen er 0,6277 m, og en kvadratalen 0,394 m².
2. [https://da.wikipedia.org/wiki/Christian_Hansen_\(arkitekt\)](https://da.wikipedia.org/wiki/Christian_Hansen_(arkitekt)) (07-01-2020).
3. <https://da.wikipedia.org/wiki/Kommunehospitalet> (07-01-2020).
4. <https://dsr.dk/dshm/sygeplejens-historie/koebenhavns-kommunehospital-1863-2013> (07-01-2020).
5. <https://dis-danmark.dk/forum/read.php?4,17987,11839#msg-11839> (07-01-2020).
6. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/priser-og-forbrug/forbrugerpriser/forbrugerprisindeks> (07-01-2020).

Maria Regina Josepha Christiana von Siebold, f. Henning, enke Heiland (1771-1849)

Den anden kvindelige tyske læge men den første kvindelige æresdoktor

Gerda Bonderup

Fødselaren er interessant, selv om hun ikke var den første tyske kvindelige læge. Hun var kun den anden, men hun var den første kvindelige æresdoktor (dr.h.c., doctor honoris causa) og derudover en helt særegen personlighed [1].

Josepha von Siebolds første godt 20 leveår

Hun blev født nær Heiligenstadt i området Eichsfeld den 14. december 1771 som datter af en embedsmand hos kurfyrsten af Mainz.¹ Hendes barndom og ungdom var noget usædvanlige. Som toårig kom hun til Heiligenstadt til sin barnløse og velhavende onkel, der opdrog og klædte hende som dreng og sørgede for undervisning i ridning og kørsel med hestevogn.² De første skoleår absolverede hun i Göttingen med fortsat rideundervisning, og hun boede nu hos en ven af faren.



Josepha von Siebold. (Siebold-Museum Würzburg)

Så kom man i tanke om hendes køn og sendte hende på klosterskole hos Ursuline-Søstrene i Duderstadt.³ Onklen døde, da hun var 15, og efterlod hende hele sin formue og ejendom. Han havde beskikket en formynder, som Josepha giftede sig med kort tid efter, og de flyttede ind på godset i Heiligenstadt. Her fødte hun fire børn, hvoraf de to døde tidligt. Så døde også formynderen, og hun blev enke som 22-årig.

Hun blev meget syg, og en ung læge, Damian Siebold (1768-1828), fik hende overdraget som patient og helbredte hende efter otte ugers opofrende pleje. De to blev forelskede i hinanden, giftede sig i 1795 og stiftede bo på godset i Heiligenstadt. Begges fædre var imod giftermålet. Josephas far havde tiltænkt hende en anden, men ham ville hun ikke have, hvilket den forsmåede aldrig tilgav hende, og han intrigerede ofte ganske perfekt – endnu mere end 20 år senere. Den unge mands far, Carl Casper Siebold (1736-1807), hørte til lægedynastiet Siebold, og han havde allerede flere år forinden smidt sønnen ud, fordi denne havde formastet sig til at læse medicin i Göttingen i stedet for i Sieboldernes højborg Würzburg. Ovenikøbet fik faren at vide, at kvinden var gammel og grim. Da rejste Josepha til Würzburg og præsenterede sig for sin svigerfar, som blev meget betaget af den modige og smukke unge kvinde og gav hende sin yndlingsfødselstang med til den fortabte søn, der snart skulle forløse hende.

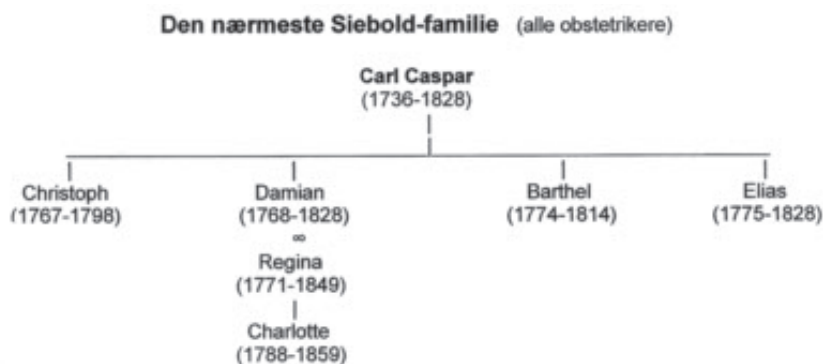
Carl Casper Siebold havde i sin tid taget sin økonomiske støtte fra den vildfarne søn, og uden understøttelse og anbefalinger fra faren havde Damian måttet nøjes med at være praktiserende læge. Indtægten herfra var imidlertid så ringe, at han også måtte påtage sig en stilling som embedslæge. Nu, da han havde fået kone og to små piger, som han antog som sine egne, prøvede den formildede far at hjælpe ham til et professorat på Erfurts universitet, men det lykkedes ikke. Da søgte Damian sin landsfyrste, storhertugen af Hessen, om en bedre stilling og fik tilbudt en i Worms med løfte om en god løn, som dog grundet Napoleonskrigene hurtigt blev decimeret. I et par år flyttede Josepha med børnene tilbage til sit gods i Heiligenstadt, hvor de kunne leve af hendes arv. Men efter to år solgte hun sine besiddelser og flyttede tilbage til sin mand. Tiderne blev endnu værre, og Damian måtte flytte

til Darmstadt i Hessen, fordi Worms lå på venstre side af Rhinen og var blevet fransk.

Josephas vej til æresdoktor

Lønnen i Darmstadt var kun en brøkdel af den oprindeligt aftalte i Worms, og det skyldtes Josephas vragede bejler fra 1795. Han var blevet storhertugens livlæge og sørgede for, at Damian ikke blev forfremmet til andet end hofthandlæge, hvad der var den rene hån mod en mediciner. Damian fik en depression og kunne knap nok passe sin praksis, som han ovenikøbet havde udvidet med en miniklinik til oplæring af jordemødre. Børnene var blevet til fem (de to piger fra første ægteskab, en pige i 1796, en dreng i 1800 og en pige i 1802 eller 1804), og de var til og med ikke helt raske. Da trådte Josepha i 1807 i karakter og traf en beslutning stik imod alle normer for en kvinde, nemlig at blive fødselslæge, så hun kunne hjælpe sin mand. Nok var ideen forbløffende, men den lå måske ikke helt så fjernt, al den stund hun var omgivet af fødselslæger, hvoraf fle e havde været meget initiativrige.

Hendes svigerfar, Carl Caspar Siebold, havde siden 1769 været professor ved det medicinske fakultet i Würzburg. Men fakultetet havde



Den nærmeste Siebold-familie. Carl Caspar blev adlet i 1801, og siden har alle de opførte og deres efterkommere haft et “von” foran Siebold.

dengang næsten ingen studerende og var ved at falde fra hinanden. Ved 13 års målbevidst arbejde lykkedes det ham at 'sanere' fagene anatomi, kirurgi og obstetrik, og som nyindsat leder af jordemoderskolen, såkaldt "Hebammenmeister" (jordemodermester), fik han også sat undervisningen af jordemødrene i system. Hans søn Elias (1775-1828) overtog forelæsningerne på jordemoderskolen og i obstetrik på universitetet, og desuden grundlagde han en fødselsstiftelse i 1805. Også Josephas to andre svogre var fødselslæger.

De syntes dog alle, at en kvinde kun kunne blive jordemoder, fordi hun ikke ville have kræfter nok til at foretage nogle af de svære og tunge fostervendinger og heller ikke ville kunne bruge de ofte nødvendige instrumenter. Derfor ville kvinderne blive dårlige læger – fuskere – i stedet for gode jordemødre [3].

Men Josepha ville til Würzburg og følge forelæsningerne i sommersemestret 1807. Hendes mand kendte sin bror godt nok til, at han allerede i april skrev til en ven, at broderen var en decideret fjende af kvindelige fødselslæger og nok ikke ville undervise hende, og hvis han alligevel gjorde det, ville det kun være for at gøre hende til jordemoder og dermed ydmyge hende. Hvad der så skete, er der modstridende oplysninger om. Sikker er det, at hun kom til Würzburg og hørte nogle forelæsninger, men hvilke? Var det dem for lægestuderende?⁴ En forfatter, som svarer ja, anfører, at hun dog skulle være usynlig for sine mandlige medstuderende og derfor måtte skjule sig bag et forhæng.⁵ Andre hævder, at der var tale om fælles forelæsninger for jordemødre og lægestuderende. [2 s. 122; 4 s. 431]. Nej, Elias afsluttede 2. udgave af sin lærebog for jordemødre [5] i december 1807, altså kun få måneder efter Josephas deltagelse i undervisningen, og her anførte han udtrykkeligt i forordet, at han ikke holdt forelæsninger for begge grupper samtidigt, for deres opfattelsesevne var alt for forskellige. Indholdet var afgjort det samme, og han vidste godt, at man andre steder holdt fælles forelæsninger [5 s. VII]. Josepha fulgte altså Elias' forelæsninger for jordemødre, og da semesteret var slut, tog hun hjem til Darmstadt, hvor hendes datter Charlotte (1788-1859) fra første ægteskab havde passet huset og de fi e yngre søskende.

Josepha ville gerne have gjort sin medicineruddannelse i praktik færdig i Göttingen, men hun syntes ikke, at det kunne forenes med hendes husmoderpligter [2 s. 123]. Derfor fortsatte hun med at assistere sin mand i hans praksis og på hans lille fødselsklinik og fik på den måde sin praktiske uddannelse. Hun søgte sidst på året 1807 storhertugen af Hessen om tilladelse til at tage embedseksamen i fødselsvidenskab i både teori og praksis. Så ville hun bagefter sørge for, at jordemødrene blev bedre uddannede. Det fik hun lov til, og Collegium Medicum i Darmstadt fik besked på at eksaminere hende grundigt. Eksamen varede i fi e timer, og lægerne var dybt imponerede. Aldrig havde de haft så dygtig en kandidat i både teori og i særdeleshed praksis med “de mest fornemme” vendinger og perfekte tangforløsninger på et fantom.⁶ Men som vi kan se i Elias’ jordemoderhistorie fra 1810, holdt han fast ved, at det var en jordemodereksamen [3 s. 38]. Josephas mand fik ret!

Josepha var nu professionel partner hos sin mand og overtog mange af de vanskelige fødsler i området, når jordemoderen havde tilkaldt fødselslægen. Her kom hendes erfaringer fra ungdommen i ridning og vognkørsel hende til gode. Uselvisk red hun dag og nat ud for at hjælpe de fødende og opdagede, hvor fattige folk var. Hun hjalp ikke blot med sin medicinske og praktiske kunnen, men også med mad og klæder og ikke sjældent med penge. Hun blev opfattet som en heltinde, især efter følgende historie: På vej hjem fra en fødsel ved nattetide tog hun en mand op i vognen, fordi hans fødder gjorde ondt. Han begyndte at gøre tilnærmelser, og det gik op for hende, hvad der ventede hende på den mørke skovstrækning længere fremme. Hvad gjorde hun? Hun ‘tabte’ sin ene handske, standsede og bad manden om at samle den op. Ikke så snart var han kommet ned på jorden, før hun jog afsted, og hun så ham løbe efter vognen med trukket sværd – men hesten vandt.

Tiden gik, og Josepha og Damian oplærte Charlotte, som allerede tidligt havde vist stor interesse for forældrenes arbejde. Hun slægtede sin mor på og aflastede hende. Da syntes Damian, at de to kvinder hver især skulle tildeles en særlig udmærkelse, og han søgte først Hessens landsuniversitet i Gießen om at eksaminere Charlotte til em-

bedseksamen, så hun kunne udøve lægegerningen. Det skete i 1814. Til Josepha søgte han om, at man ville gøre hende til æresdoktor. Nok havde Josepha taget embedseksamen, men hun havde ikke skrevet den afhandling, der var obligatorisk for at blive dr.med. Han vedlagde adskillige dokumenter med rosende omtale af hendes gerning, og i 1815 blev hun doctor honoris causa. Det var første gang, det skete for en kvinde i Tyskland. To år senere skrev Charlotte den obligatoriske afhandling og blev eksamineret mundtligt. Hun blev den tredje tyske kvindelige læge.

Charlotte var ikke alene som sin mor en utrolig hjælpsom og gavmild fødselslæge. Hun var også meget afholdt i mange tyske fyrstehuse. De to mest berømte personer, hun hjalp til verden, blev født i samme år, og det var den senere dronning Victoria (1819-1901) af England og prins Albert (1819-1861), dronningens fætter og gemal. Victorias fødselsforhistorie er ganske dramatisk. Det ventede barn ville som barnebarn af den engelske konge Georg 3. af huset Hannover⁷ blive engelsk tronarving. Den vordende fader, hertug Eduard af Kent, boede med sin familie i Coburg nordvest for Bayreuth, og han mente, at den kommende regent af England burde fødes i dette land. Derfor besluttede han, at familien skulle rejse derover. Det tog nogen tid at organisere turen, men seks uger før terminen var de parate og spurgte Charlotte, om hun ville tage med og hjælpe ved fødslen. Det blev en noget vanskelig tur, da vejene langt fra var i orden efter Napoleonskrigene, og det gik kun langsomt og hoppende fremad. Da de endelig kom frem til Calais, var vejret så dårligt, at de måtte vente en uge. Så skulle det være, men skibet kunne ikke komme i havn i Dover på grund af stormen, så man måtte ro hertuginde og Charlotte i land. Alt gik vel, og en måned senere blev Victoria født.

Der blev sendt bud efter Charlotte fra både fyrstelige og borgerlige hjem, og hun kom gerne, men det vigtigste for hende var at hjælpe og støtte de fattige. Hun sørgede for, at der blev grundlagt en fødselsklinik for fattige kvinder, og hun organiserede pengeindsamlinger, teaterforestillinger og kunstneroptræden til fordel for driften og til anden velgørenhed. Med det formål at hjælpe fattige kvinder og enlige

mødre oprettede man efter hendes død i 1859 en stiftelse, som skulle bære hendes navn. Dronning Victoria og prins Albert og den russiske tsarina var medlemmer, og stiftelsen bestod til efter 2. verdenskrig.

Maria Regina Josepha Christiana von Siebold, født Henning og enke Heiland, og hendes datter Charlotte Heidenreich var enestående kvinder, beslutsomme, hjælpsomme og modige. De var energiske, satte sig høje mål og helmede ikke, før disse var nået.

Kort sammenligning af obstetrikens udvikling i Tyskland og Danmark i det 18. århundrede

Under arbejdet med emnet lagde jeg mærke til, at udviklingen i fødselshjælpen i Tyskland og Danmark foregik forbløffende ens i anden halvdel af 1700-tallet, dog med få markante forskelle.⁸ Omkring 1750 var man i mange byer for længst begyndt at sætte lidt system i jordemodervæsenet med bestemmelser om jordemødrenes rette sind og uddannelse, men de påbudte regler håndhævedes ikke. På landet fandtes forskellige traditioner. Jordemoderen kunne være en nabokone, et familiemedlem, en der havde født mange børn, en af landsbyens fattigste eller en fra den familie, der havde tradition for det. Men en uddannelse havde de færreste. De lærte ved at se på, og der handlede efter tradition og erfaring og tit ved hjælp af overtroiske midler. Ofte dækkede de over, at mange enlige piger dræbte deres nyfødte. Oplysningstiden var begyndt og havde fostret den merkantilistiske ideologi om, at en stat skulle være stærk og have en stor og rask befolkning for at kunne hævde sig. Derfor begyndte regeringerne at pålægge embedslægerne, at de ud over deres lægegerning skulle oplære jordemødrene og holde øje med dem. Det kunne de dog slet ikke overkomme, og de havde heller ikke ret megen viden om det. Fødsler havde været jordemødrenes domæne [9], men lægerne havde set, hvor galt det stod til. Derfor efterlyste de en specifik jordemoderuddannelse. Vi hørte da også, at Josepha von Siebold søgte om at måtte tage embedseksamen i fødselsvidenskab netop for at kunne uddanne bedre jordemødre.

Mange regeringer efterkom lægernes krav om en egentlig uddannelse for jordemødre. Et gennemgående forbillede blev Strasbourg, hvor fødselslægen Johann Jakob Fried (1689-1769) i 1728 havde oprettet en jordemoderskole og en fødeklinik på borgerhospitalet. Denne model havde han lært at kende under sit gæstophold på Hôtel Dieu i Paris. Lederen af klinikken var en såkaldt jordemodermester, for jordemoderuddannelsen skulle tilpasses den kendte håndværkermodel, som de fleste kirurger dengang også var uddannet efter. En væsentlig forskel på Paris og Strasbourg var dog, at det kun var i Strasbourg, at man samtidigt uddannede lægestuderende på fødeklinikken.

Fra Würzburg kender vi allerede en delkopi fra 1739. Jordemodermesteren blev ofte en ung kirurg, og han skulle undervise gratis. Alle jordemødre i byen, hvad enten de var kommunalt ansatte eller blot udøvende, skulle møde til undervisning i et år, hver mandag og torsdag kl. 8-9, mens alle nye skulle igennem et treårigt forløb. Enkelte jordemødre fra landet fik lov at deltage på landkommunens bekostning, mod at de forpligtede sig til at videregive det lærte stof til andre landjordemødre, der fortsat skulle undervises af de få læger. Den praktiske undervisning skulle stadsjordemoderen stå for. Men det kom vist først rigtigt til at virke, da Carl Caspar von Siebold godt 35 år senere blev ansat på jordemodermesterposten og satte gang i sagerne. Han var professor i medicin og kirurgi og havde koblet obstetrikken på kirurgien. Fra nu af skulle alle jordemødre uddannes på skolen, og alle medicinstuderende skulle læse obstetrik. Fyrsten havde godkendt det hele. Fra sidst i 1790'erne overtog Carl Caspars søn Elias nogle af forelæsningerne, og han oprettede i 1805 en fødselsstiftelse, hvor han underviste både læger og jordemødre – dog hver for sig, som vi hørte.

I Göttingen havde kurfyrsten af Hannover ligeledes ladet sig inspirere og indførte en lidt anden model i 1751. Det var ikke en håndværker- men en akademisk model, fordi uddannelsen på en fødselsstiftelse straks blev knyttet til universitetet, der også havde fået faget fødselshjælp. Her skulle både medicinstuderende og jordemødre uddannes. Lederen var en obstetriker, og patienterne var enlige og fattige

kvinder. Helt fra begyndelsen var det et meget ambitiøst projekt, som skulle kunne måle sig med forholdene hos den sædvanlige største konkurrent Preussen med hovedstaden Berlin, som allerede havde en fødselsklinik efter forbilledet i Strasbourg, men endnu ikke noget universitet. Nu skulle fødselshjælpen i Göttingen videnskabeliggøres på det 20 år gamle universitet. Som leder af fødselsstiftelsen håndplukkede man derfor den unge, fremadstræbende Johann Georg Roederer (1726-1763), der netop havde studeret i Strasbourg. Han gjorde sit udviklingsarbejde så godt, at hans efterfølger Friedrich Benjamin Osiander (1759-1822) udtalte, at de gravide var her for læreanstaltens skyld [9]. Han var nødt til gang på gang at fremhæve dette, for man havde det problem, at den lille by med kun 8.500 indbyggere ikke kunne levere fødende enlige og fattige piger nok. Faktisk kunne den kun klare mellem 10 og 30 om året [8]. Derfor måtte der findes på lokkemad: Man tilbød gratis kost og logi fra fire uger før til to uger efter fødslen, og at pigerne kunne skrive i hospitalets bønneværelse (Betzimmer).⁹ Også fødselshjælpen var gratis, men som det fremgår af Osianders dagbog, fortiede pigerne gerne, at veerne begyndte, og de meldte sig først, når fødslen var godt i gang og kunne fortsætte naturligt uden en mands indgriben. Det var jo ikke meningen.

Landsfyrsten i Hessen og byen Kassel fokuserede ikke så meget på jordemoderuddannelsen, men mere på de enlige og fattige pigers behov. I 1763 oprettede man en fødselsstiftelse, som blev tilsluttet børnehjemmet, og alle enlige piger skulle føde her. En obstetriker skulle lede hjemmet og stiftelsen og uddanne både studerende og jordemødre. Georg Wilhelm Stein (1737-1803), der havde studeret og holdt forelæsninger hos Fried i Strasbourg, blev ansat som leder og blev meget snart meget berømt, især for sine vellykkede kejsersnit. Han fik ikke tid til at holde forelæsninger og var kun med til knap 7% af alle fødsler. Resten måtte jordemødrene tage sig af, og i nødstilfælde – knap 10% – hentede de hjælp hos en assistent. Det ser ud til, at jordemoderuddannelsen i Kassel fortsat bestod i at se på og lære af en færdig jordemoders arbejde. Den afgørende forskel mellem 'det lærde' Göttingen og 'velfærdsbyen' Kassel ses allerede hos deres ledere, for i

Göttingen var Osiander ifølge egen oplysning til stede som leder ved alle fødsler [9 s. 43].

I København klagede politimesteren i 1701 over “den store uorden” hos jordemødrene, og det blev anledningen til at indføre undervisning og eksamen for alle jordemødre, der ville ansættes i byen. Uordenen drejede sig om dårlig fødselshjælp og især om, at jordemødrene ikke anmeldte de enlige pigers fødsler. Efter års arbejde med problemet kom der i 1714 en forordning om, at en kommission med stadslægen og to andre læger skulle varetage undervisningen. Fra 1717 holdt den nyudnævnte professor i anatomi, Johannes Buchwald (1697-1763), forelæsninger i fødselshjælp hver fredag. Men det hjalp vist heller ikke, for uordenen fortsatte i over 30 år, selv om Simon Crüger (1687-1760) i 1726 efter sit studieophold i Paris på Hôtel Dieu¹⁰ havde foreslået en ordning for København som den dernede. Men i 1750 begyndte der at ske noget. Der blev etableret et fødselshus, fordi jordemødrene stadig ofte fortiede de uægte børn og barnemordene. Nu skulle hjælpen ydes i fødselshuset, hvis leder var en jordemoder med tavshedspligt. Efter lederens død ti år senere tog medicinerne og kirurgerne fat i Crügers forslag om, at fødselshuset også skulle være en jordemoderskole som i Paris, og derudover skulle huset lægges ind under det medicinske fakultet, der i 1761 også havde fået faget fødselsvidenskab. Man ansatte Christian Johann Berger (1724-1789), der havde studeret hos Fried i Strasbourg. Han skulle undervise både studerende og vordende jordemødre. Men stadig var der ikke rigtig taget hånd om provinsjordemødrene. Det skete først godt 25 år senere, da enkedronning Juliane Marie (1729-1796) skænkede en ny fødselsstiftelse og bestemte, at 10-12 kvinder fra provinsen hvert år skulle oplæres gratis mod at gøre rent på stiftelsen. Også to mandlige studerende – en mediciner og en kirurg – skulle modtage gratis undervisning, men de skulle selv betale for opholdet på stiftelsen.

I alle de nævnte lande prøvede man at etablere en faglig jordemoderuddannelse, som skulle ledes af læger som i Strasbourgmodellen, der igen var opstået af forløberen i Paris. Fødselsklinikker blev oprettet og universiteterne udvidet med faget obstetrik. Denne generelle udvik-

ling fra selv lært til lægeuddannet jordemoder har fået medicinkritiske og feministiske forskere til at udskamme kirurger og medicinere, der alle var mænd, for at have taget uddannelsen fra jordemødrene. Det er der kommet en del diskussion ud af [9 s. 31-62].

Litteratur

1. Kaiser G. Über die Zulassung von Frauen zum Studium der Medizin am Beispiel der Universität Würzburg. Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 1956;14:173-84.
2. Körner H. Die Würzburger Siebold. Eine Gelehrtenfamilie des 18. und 19. Jahrhunderts. Neustadt a.d. Aisch: Degener & Co., 1967.
3. Siebold E. Geschichte der Hebammen-Schule zu Würzburg. Würzburg: Joseph Stahel, 1810.
4. Medizinisch-chirurgische Zeitung, udg. af Johann Jacob Hartenkeil 1808; 2.
5. Siebold E. Lehrbuch der Hebammenkunst als Leitfaden. Würzburg: Joseph Stahel, 1808.
6. Siebold E. Über praktischen Unterricht in der Entbindungskunst, nebst einer systematischen Übersicht seiner praktischen Übungen am Phantom. Nürnberg: Grattenauer, 1803.
7. Fahnenmann M. Die Entwicklung des Hebammenberufs zwischen 1870 und 1945. Ein Vergleich zwischen Bayern und Würzburg. Universität Würzburg, 2006.
8. Buelzingsloewen I. Die Entstehung des klinischen Unterrichts an den deutschen Universitäten des 18. Jahrhunderts und das Göttinger Accouchierhaus. I: Schlumbohm J. Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751-1850. Göttingen: Wallstein, 2004;15-30.
9. Schlumbohm J. Die Schwangeren sind der Lehranstalt halber da. I: Schlumbohm J. Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751-1850. Göttingen: Wallstein, 2004;31-62.
10. Vanja C. Das Kasseleraccouchier- und Findelhaus 1763-1787. I: Schlumbohm J. Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751-1850. Göttingen: Wallstein, 2004;96-126.
11. Bonderup G. Det Medicinske Politi. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2006.

Noter

1. Eichsfeld er et område i Thüringen og Niedersachsen sydøst for Göttingen og hørte til kurfyrstendømmet Mainz. Heiligenstadt var regeringssæde for Eichsfeld.
2. Dette og det følgende baserer sig på [2] og https://de.wikipedia.org/wiki/Josepha_von_Siebold.
3. Ursuline-Søstrene er en religiøs orden, der blev grundlagt i 1500-tallet for at give piger en god religiøs opdragelse, uden at de dog skulle bære nonnedragt eller leve i kloster. I tidens løb grundlagde Ursuline-ordenen også klostre med kostskoler for piger.
4. <https://siebold-museum.byseum.de/de/geschichte/die-wuerzburger-siebold/josepha-von-siebold>.
5. Ibidem.
6. Hvilken slags fantom, man havde i Darmstadt, er jeg ikke klar over. Elias Siebold brugte til sin undervisning en læderdukke, som var et skeletteret kvindebækken overtrukket med læder og gjort fast på et bord. Det havde også de ydre fødselsdele og en livmoder [6 s. 9ff; 2 s. 40].
7. Siden 1714 havde kurfyrsten af Hannover også været konge af England. En datterdatter af den engelske kong Jacob 1. havde i sin tid (1658) giftet sig med kurfyrsten af Hannover. I 1714 døde den barnløse engelske dronning Anna, og den ældste søn af brudeparret fra 1658 blev konge over England som George 1.
8. Jeg har sammenlignet forholdene i værkerne [7-11].
9. I mange tyske stater og også i Danmark skulle de enlige piger skrive foran altret og hele menigheden, at de havde begået hor.
10. Simon Crüger havde fået en særtilladelse fra Paris.

Summary

Maria Regina Josepha Christina von Siebold,
born Henning, widow Heiland (1771-1849).

The second German woman physician but
the first woman doctor *honoris causa*.

Gerda Bonderup

Maria Regina Josepha Christina von Siebold married after a changeable childhood and became a widow with two children already at the age of 22. Shortly after, she fell seriously ill and was treated in a devoted manner by Damien Siebold who came from the famous dynasty of obstetricians in Würzburg. They soon married. Years before, Damien's father had dropped him and means were scarce for the young couple. Therefore, Josepha decided to become an obstetrician, too. This was unheard-of but she succeeded and she helped her husband in his practice and in his little maternity clinic. She was examined by the Collegium Medicum in Darmstadt. She had not handed in the compulsory thesis and, therefore, could not obtain a doctorate degree but later she was nominated a Doctor h.c. as the first woman in Germany. Together, Josepha and her husband educated her daughter from the first marriage, and she became a renowned obstetrician who rendered assistance at the delivery of the later Queen Victoria and Prince Albert. As a final point, there is a brief comparison between the development of the education of midwives in Germany and Denmark. The inspiration came either directly from Paris where the school was affiliated to a hospital and did not accept medical students or from Strasbourg where the leader of the school had been educated in Paris and where students were admitted.



Elisabeth Jerichau-Baumann (1818-1881) En såret dansk soldat, 1866. Elisabeth Jerichau-Baumann var født i Polen, uddannet i Tyskland og dansk gift med kunstneren Emil Jens Baumann Adolf Jerichau (1890-1916). Hun havde meget svært ved at blive anerkendt i det nationalistisk bevidste Danmark men nød stor anerkendelse i udlandet. Man kan derfor betragte dette maleri efter anden slesvigske krig som et forsøg på at appellere til danskernes nationalfølelse for derigennem at opnå dansk anerkendelse. (Statens Museum for Kunst, KMS852)

Sundhed og sygdom blandt soldaterne under Anden slesvigske Krig

Ole Sonne

Det var en blodig krig, men soldaterne døde ikke kun af skudsår, bajonetstik og sabelhug. Hjemmesiden *Danske krigergrave og mindesmærker 1848-50 og 1864*¹ er et kollektivt samleværk med billeder af gravmonumenter over de døde fra de to slesvigske krige suppleret med en lille biografi samt dødsårsagen, hvor denne er kendt. Det slog mig, at så mange døde på lazareetterne af tyfus og andre medicinske sygdomme. Det følgende er et forsøg på at beskrive sundhedsforholdene i felten og på lazareetterne under anden slesvigske krig.

Metode

Vilhelm Cohen udgav i 1865 bogen *Krigen 1864 og de faldnes Minde* [1] med en liste over alle faldne og for ca. halvdelen vedkommende deres dødsårsag. Om en del savnede har det ikke været muligt at skaffe sikre oplysninger, da felttoget var én lang tilbagetrækning, som kun gav mulighed for at opsamle meget få døde, så hovedparten blev overladt til fjenden (fi . 1). De blev begravet sammen med tyske faldne i fællesgrave uden notering af kendetegn og i nogle tilfælde ikke engang antal [1 s. vii]. Jeg har derfor betragtet savnede som faldne. Dernæst er sygdomsdiagnoser opgjort for de soldater, der døde på lazareetterne. For mange er der ikke angivet noget specifikt, og der er store forskelle i diagnose, deres specifik tet og sprogbrug fra lazaret til lazaret. Gene-



Figur 1. Døde danske og preussiske soldater samles sammen efter slaget ved Dybbøl 18. april 1864. Robert Thomas Landells (1833-1877, engelsk illustratør og journalist). (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, DH018064)

ralstaben udviste imidlertid ikke større begejstring for Cohens store arbejdsindsats [2 Bind 1, s. 85].

Der førtes ikke journal ved lazareetterne men en sygeprotokol. En del af disse gik tabt ved bombardementerne af Fredericia og Sønderborg, hvorfor det tilgængelige materiale er ufuldstændigt [3,4].

Det Kongelige Biblioteks avis-database, Mediestream, er for kalenderåret 1864 gennemgået med de to grupper søgeord 'lazaret/lasaret' og 'typhus/typhoid/nervfeber'. De fundne aviser er derefter gennemgået i deres helhed for andre relevante oplysninger om krigen.

Endelig er sygdommene slået op i Allers illustrerede Leksikon [5], der udkom i seks bind fra 1892 til 1899. Trods 30 år yngre end krigen i 1864, vil med en passende produktionstid leksikonets viden formentlig kun adskille sig i mindre omfang fra den fremherskende viden i 1864.

Denne artikel fokuserer udelukkende på hærstyrkerne, da flådens tab vil blive gjort til genstand for en senere analyse.

Anden slesvigske krig – et kort resume

Baggrunden for de slesvigske krige er tidligere beskrevet [6]. Tyskerne stillede lørdag den 16. januar 1864 Danmark det ultimatum, at Danmark inden den følgende mandag skulle trække grundlovsændringen af 1863 om hertugdømmernes tilknytning til kongeriget tilbage. Dette var bevidst uopnåeligt. Samtidig holdt den preussiske hærledelse møde med jernbanedirektørerne om 50 ekstratog til transport af 30.000 soldater, hvoraf de første skulle ske den 18. januar.² Alligevel undervurderede man i København situationen. Preusserne flyttede nemlig tropper, artilleri, lazaretvogne og andet materiel med otte særtog den 16. og 17. januar fra Berlin til Wittenberge, hvorfra de marcherede videre til Lübeck. Der var rekvireret transportvogne til 6.500 mand, 40 vogne til heste og 40 godsvogne.³ Denne hurtige fremrykning kom bag på danskerne, som mente, at det ville tage tre til fire uger, hvilket ville have muliggjort befæstning af Dannevirke.²

Tabel 1. Den danske hærs styrke under krigen i 1864 [2 Bind 1, s. 29]. Forud for 1. maj kan antal syge være underestimeret, da der ikke førtes streng indrapportering om kvartersyge (det vil sige syge, som ikke var indlagt på lazaret) men kun lazaretsyge [2 Bind 1, s. 30].

	På krigsskuepladsen		Uden for krigsskuepladsen		I alt		Total
	Friske	Syge	Friske	Syge	Friske	Syge	
1. februar ^{a)}	41.403	2.537	10.209	208	51.612	2.745	54.357
1. april ^{b)}	47.389	5.093	10.059	574	57.448	5.667	63.115
1. maj ^{c)}	41.848	7.322	5.356	471	47.204	7.793	54.997
1. august ^{d)}	39.269	3.928	7.442	438	46.711	4.366	51.077

- a) Ved krigens begyndelse.
- b) Da hæren var talrigest.
- c) Da antal syge var størst. Det ses, at styrken er faldet med ca. 8.000 mand i forhold til april. Dette skyldtes dels tabet ved Dybbøl, dels at et stort antal rekrutter afgik fra eksercerskole (indeholdt i kolonnerne ‘Uden for krigsskuepladsen’) ultimo april til infanteriet, hvor de ikke var nået at blive registreret 1. maj.
- d) Ved krigens slutning.

Danmark var ikke kun politisk uforberedt men også militært [7]. Hæren manglede offic'er og var udstyret med forældet materiel (tabel 1). Selv beklædning manglede, så de indkaldte soldater måtte bruge eget fodtøj og eget tøj under feltkampen.⁴ Også på sanitetssiden var man uforberedt, da der ikke havde været nogen forbedringer siden første slesvigske krig [4]. Mange soldater blev ukampdygtige på grund af noget så simpelt som gnavsår på fødderne på grund af mangel på strømper og ordentligt fodtøj, men lige netop denne lidelse kunne også skyldes selvskade for at slippe for tjeneste [8].

Der var problemer med transport- og forsyningsenhederne, og nogle enheder gik i flere dage i vinterkulden uden at få forsyninger af mad [9]. Flere aviser bragte gennem foråret notitser med opfordring til at indsende skjorter og støvler, da "såvel de Kampdygtige ved Armeen som de Syge og Saarede paa Lasareterne lide Mangel derpaa" [7].⁵

Man var hæmmet af troen på, at Dannevirke nok skulle holde tyskerne ude af kongeriget. De oversvømmede arealer, som udgjorde en del af forsvarslinjen, frøs imidlertid til i det hårde vintervejr, så preusserne kunne marchere uden om. General Christian Julius de Meza (1792-1865) trak derfor de danske styrker tilbage fra Dannevirke til Dybbøl og Als natten mellem 5. og 6. februar 1864 og reddede dermed i første omgang den danske hær. Rømningen blev af politikerne betragtet som forræderi, og de Meza blev fyret, selv om det klart fremgik af hans instruks, at det var hans suveræne afgørelse [10 s. 261-262; 11].⁶

Dybbøl lå meget udsat for tysk beskydning, men politikerne afslog hårdnakket hærledelsens anmodning om tilbagetrækning til Als. Med et preussisk tab på 1.200 mand fik de dræbt og såret ca. 1.700 danskere og taget ca. 3.000 til fange, og dermed blev Dybbøl den blodigste del af krigen. Jylland blev herefter besat op til Limfjorden [10 s. 262].

Tabstallene

Det samlede danske tab (døde, savnede, sårede og senere døde af sår eller sygdom) er opgjort til 2.829 militærfolk, 99 militærarbejdere (altså

civile knyttet til hæren), to musikere og to læger, hvoraf den ene døde som følge af kamp, den anden af sygdom [1 s. 179]. En anden kilde oplyser, at under hele krigen døde 3.078 i hæren. Der var 3.151 sårede, hvoraf 11,5% døde, 46,5% kasseredes og 42% atter blev tjenstduelige [12 s. 150].

De danske lazaretter behandlede 2.716 sårede, hvoraf 1.140 blev udskrevet som helbredte og tjenstduelige, 1.181 erklæret uduelige til videre tjeneste, 313 døde, og 82 var stadig indlagt ultimo 1864, hvilket indikerer, at de formentlig forblev invalider. Der fik des præcis angivelse af skudsårenes placering for 2.468 af de behandlede. I de faste lazaretter har 34.291 syge og sårede været under behandling. Af disse

Tabel 2. Antal sårede, døde, helbredte og erklærede invalider i anden og første slesvigske krig. Antal gælder kun døde på danske lazaretter og ikke soldater, som døde under transport eller på fjerdtligt lazaret. Omvendt indgår soldater, som initialt kan have været behandlet på fjerdtligt lazaret, men viderebehandlet på dansk efter fangeudveksling ved våbenhvilen [3]. Djørup har lidt afvigende tal for hoved, hals og underekstremitet [13]. Procentvis andel er angivet i parentes.

Såret legemsdel	1864				1848-1851		
	Sårede	Døde	Helbredte eksklusive invalide	Anerkendte invalider	Sårede	Døde	Helbredte inklusive invalide
Hoved	360 (14,6)	42 (13,8)	207 (21,4)	111 (9,3)	781 (12,6)	85 (12,5)	696 (12,6)
Hals og krop	403 (16,3)	101 (33,2)	207 (21,4)	95 (7,9)	1.185 (18,3)	245 (36,1)	890 (16,1)
Overekstremitet	824 (33,4)	38 (12,5)	285 (29,5)	501 (41,9)	1.767 (28,5)	83 (12,3)	1.684 (30,5)
Underekstremitet	881 (35,7)	123 (40,5)	268 (27,7)	490 (40,9)	2.516 (40,6)	265 (39,1)	2.251 (40,8)
I alt	2.468	304	967	1.140	6.199	678	5.521

er 28.967 helbredt, 3.838 kasseret, 1.069 døde, og 417 var stadig indlagt ultimo 1864 (tabel 2) [13].

Den preussiske hær's tab under hele felttoget fra 1. februar til 12. maj angives til "116 Offic' er, 218 Underoffic' er, 46 Spillemænd og 1592 Menige Døde og (haardt) Saarede; desuden 9 Offic' er og 17 Mand Fangne; ialt: 125 Offic' er og 1973 Mand".⁷

Hjemmefronten

Armeens Stabslæge, Michael Djørup (1803-1876),⁸ takkede de københavnske praktiserende læger for at tage sig af patienterne på garnisonen, mens stort set alle militærlæger var sendt til fronten. Det gjaldt også soldaternes familier, og hvis lægerne påtegnede recepterne, kunne de pårørende hente medicinen på Garnisonshospitalets Apotek i Rigsgade.⁹

Med de mange sårede øgedes behovet for linned og forbindsstoffer. Der iværksattes derfor indsamlinger af tøj og linned, og skolepiger blev sat til at plukke charpi¹⁰ – det vil sige at optrævle linned til brug ved forbindelse som en slags groft vat.¹¹

Forplejningen

Forplejningen i felten bestod ud over kød og kornprodukter også af brændevin.¹² Som en hjælp til soldaternes kogekunst udgav madskribenten madam Anne Marie Mangor (1781-1865) *Kogebog for Soldaten i Felten* på eget forlag. Den virker meget brugbar, da den ikke afskrækker ved at fremhæve de ideelle tilstande, som næppe var opnåelige i felten (fi . 2), men fremhæver brugbare alternativer [14].

Når styrken lå i cantonnement,¹³ var der ingen mangler på østers, champagne, oksemørbrad osv. – det skulle da lige være en makker til l'hombre – i alle fald for offic' erne. Vagttjeneste blev forbandet, da det forhindrede kortspillet. Det var heller ikke altid, at offic' ernes



Figur 2. Carl Henrik Bøgh (1827-1893): “Hæren ved Danevirke. Soldater tilberedende Middagsmad af deres Naturalforplejning”. Originalen findes i *Tohundrede Træsnit*, s. 14. (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, DH016736)

oppassere kunne skaffe den nødvendige rødvin og cigarer [15-17]. Ved forposterne og skanserne og for fodfolket så det anderledes ud med døgnlange vagter, høj sne, ingen mad og ingen tørre steder at sove [9].

På lazareetterne skelnedes mellem fuldkost, mellemkost og feberkost, og sidstnævnte blev man under ingen omstændigheder overvægtig af (tabel 3).

Tabel 3. Spise-Reglement for Syge [18s. 149-151]. Vægt- og volumen omregnet til nutidsenheder.

	Fuldkost	Mellemkost	Feberkost
Frokost ^{a)}			
Rugbrød	250 g		
Sigtebrød		100 g	
Smør	15g	15g	
Varm mælk	¼ l	¼ l	¼ l ^{b)}
Middagsmad ^{c)}			
<i>Søndag, torsdag</i>			
Kødsuppe ^{d)}	1 l		
Rugbrød	187 g		
Havresuppe ^{e)}		¾ l	
Eftermad		Fersk fisk	
<i>Tirsdag, fredag</i>	Som søndag, torsdag		
Øllebrød ^{f)}		½ l	
<i>Mandag, onsdag, lørdag</i>			
Vandgrød	¾ l		
Smør	30 g		15g
Mælk eller øl	¼ l		¼ l
Kogt kød	125g		
Kartofler	Ad libitum		
Rugbrød	187g		
Kødsuppe ^{g)}		¾ l	
Grynsuppe eller frugt- suppe ^{h)} – afvekslende med			¾ l
Byggrynsvandgrød			½ l

Eftermad			Fisk eller Fricassee
Mellemmad Kl. 16			
Rugbrød	250 g		
Sigtebrød		100 g	
Smør	15g	15g	
Øl	½ l	½ l	
Aftensmad			
Grød	½ l	½ l	
Smør	15g	15g	
Franskrød			½
Tvebakker			2
Supper ⁱ⁾	Ad libitum	Ad libitum	Ad libitum

- Morgenmad.
- I stedet kunne serveres "1 Pægl The [2,4 dl], tillavet med Mælk og Sukker".
- Frokost.
- "Kjødsuppe kogt paa 62½ Qv[int à 5 g]. Oxekjød [312 g], som efter Kogningen udveies med 32 Qv. Skjært Kjød [160 g] uden Sener og Been. Til Suppens Jevning 1/60 Otkr. Bankebyg [0,36 dl], 1/40 Skp. Kartoffler [0,43 l]. rønt og Salt efter Fornødenhed".
- "Havresuppe med 1/40 Pot Vinedike [1/4 dl] og 5 Qv. Puddersukker [25 g]".
- "Øllebrød af Sigtebrød med 5 Qv. Puddersukker [25 g]".
- "Kjødsuppe, kogt paa 50 Qv. Oxekjød [250 g], med Bankebyg, Kartoffler og rønt, uden Kjød. (Kjødet anvendes til Fuldkostpatienterne)."
- Supperet med "om ønskes, 1/40 Pot Vinedike [¼ dl] og 5 Qv. Puddersukker [25 g]".
- "Fersk Havresuppe, Rugmeelsuppe eller afsiet Bygsuppe leveres alle Patienter, saameget som Lægen fi der tjenligt".

Feltlazareetterne

Reglement for Sundhedsvæsenet i Felten var udstedt 30. juni 1863 med en lazaretkapacitet på 12% af styrken (tabel 1) med $\frac{1}{4}$ i første, $\frac{1}{2}$ i anden og $\frac{1}{4}$ i tredje linje. Det skulle tilstræbes at holde ca. $\frac{1}{3}$ af pladserne i anden linje ledige, hvis der pludselig skulle opstå stor tilgang [12 s. 134-135]. Der blev planlagt oprettet 7.000 lazaretpladser, hvoraf 1.500 i første linje, 3.600 i anden linje på Als, Fyn og Jylland så langt mod nord som herregården Dronninglund i Vendsyssel – senere også på Lolland – og 1.900 i tredje linje i København. De sidstnævnte blev udvidet til 4.000 senge i København og Frederiksberg og 350 på Kronborg. Københavns Kommunehospital blev indviet i 1863, så kommunen kunne stille Almindelig Hospital i Amaliegade til hærens disposition med 1.200 sengepladser.¹⁴

Det var ikke uden bekymring, at så mange syge og sårede blev samlet under trange kår, for det var næsten uundgåeligt, at infektioner ville spredes, specielt ‘Hospitals-Brand’¹⁵ [12 s. 141 og 146;13].

Sanitetstropperne var således på nyt område ved begyndelsen af krigen, hvor lægekorpsset bestod af stabslægen, 32 overlæger og 34 underlæger. Dertil kom nogle reservelæger, hvoraf 11 gjorde tjeneste under krigen. Antallet blev hurtigt udvidet med praktiserende læger, nyuddannede og studerende samt norske og svenske frivillige. Næsten alle studenter fra eksamensholdet januar 1864 meldte sig som frivillige. I maj nåede lægestyrken sit maksimum med 223 mand, heraf 51 studerende [2 Bind 2, s. 6;4,7].

Sygevogterne og ambulancesoldaterne var værnepligtige uden uddannelse, og derfor skulle de først oplæres bortset fra nogle få, som havde erfaring fra første slesvigske krig [4,12 s. 142;13].

På slagmarken blev de sårede samlet op af sanitetssoldater og ført til regiments- eller kompagnilægen, som visiterede og om fornødent anlagde forbindelse. De blev kørt, ført eller hjulpet frem til ambulancen, som var et mobilt behandlerhold, bemandet med en opererende overlæge (kirurg), to underlæger og op til 12 ‘sanitter’.¹⁶ På grund af lægemangel var antallet af underlæger skåret ned fra tre til to, hvoraf

den ene var en ældre lægestuderende, og der var kun to ambulancer til at betjene tre brigader.¹⁷ Ambulancerne var udstyret med forbindsstoffer, suturmateriale, ligatursilke, amputationsværktøj, kugletænger, skinner og kloroform. De sårede modtog en initial behandling og blev så vidt muligt sendt videre til de mere sikre lazaretter (i anden eller tredje linje).

Indretningen af lazaretterne i de meget forskelligartede lokaler gav også nogle udfordringer. Reglementet foreskrev, at der skulle være 600 kubikfod (17 m³) luft per seng,¹⁸ men i de højloftede lokaler i slotte, herregårde og rådhussele betød dette, at sengene kom til at stå alt for tæt, så reglementet måtte afviges for at undgå smittespredning [13].

I 14 dage op til slaget ved Dybbøl [3. til 17. april] behandledes 565 sårede, og der blev foretaget 31 større amputationer ved to af ambulancerne, og 248 behandlinger og 15 amputationer ved to andre ambulancer. Den største belægning sås i dagene efter stormen på Dybbøl, hvor ca. 7.000 var indlagt, heraf 1.569 sårede. Af disse lå 3.214, hvoraf 1.095 var sårede, i København og på Frederiksberg [13].

Siden første slesvigske krig var æter- og kloroformnarkose kommet til, så der var lidt mere ro på operationerne. Der var imidlertid en udbredt skepsis over for kloroform blandt lægerne, og fle e patienter fravalgte bedøvelse. Smertelindringen bestod af opium eller alkohol. Mange teknisk velgennemførte operationer endte alligevel med dødsfald på grund af sårfeber, koldbrand, efterblødning, hypovolæmisk chok¹⁹ og sepsis. Dette gjaldt omkring en tredjedel af de amputerede [4].

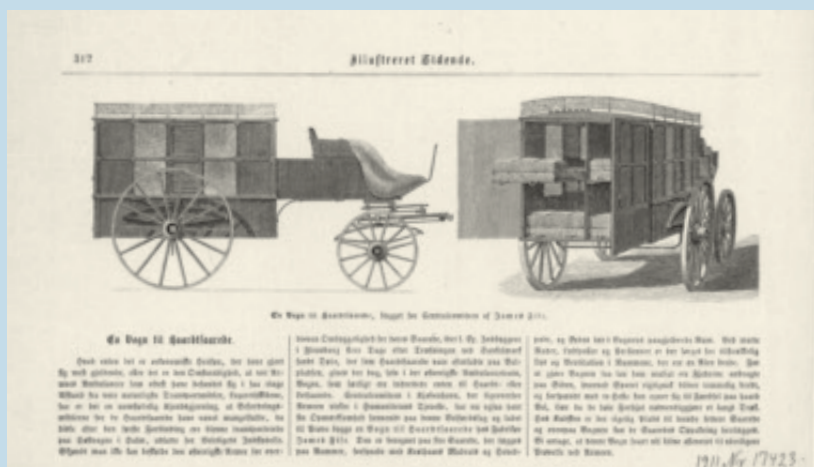
Alle sanitære institutioner skulle markeres med forløberen for Røde Kors: en grøn fane med et hvidt kors [12s. 137].²⁰

“Et Feltlasareth i første Linie.

Naar man seer vor Armee paa Marschen, [...] bemærkes imellem de mange forskellige Kjøretøier i Trainet [vogntoget], to store uhyggeligt udseende, grønmalede rumlende Vogne, hver især trukken af fi e Heste. De følges bestandig, høre til hinanden og udgjøre i Forening et Hele; de gemme [...] et helt vidtløftigt Lasareth til et hundrede og tyve Syge, eller nøiere forklaret alt det Inventarium, som dertil hører. Venter Armeen i længere Tid at tage Ophold i en bestemt Egn, saa opsøger Forvalteren og Lægen det bedst mulige Rum til Lasareth [...] Vognene rulle hen til Stedet [...] Forvalter og Sergeant, Sygevogtere og Soldater, der under Marschen uafb udt have sværmet omkring Vognene, bevogtet dem med agtsomme Øine og ingensinde ladet dem ude af Sigte, have hver sin Del at gøre. Forvalterens første Bestilling er at skaffe Straa tilveie; det er de Krølhaar og Fjer, hvormed man her stopper Dynen og Puder [...] Naar Halmen er tilveiebragt, stoppes Sækkene, eller om man vil, Madratserne, til en saavidt mulig jevn Flade, det er Underdynerne. En aflang Hovedpude fyldes med samme Indhold. Disse Halmsække lægges Side ved Side, saamange Værelset kan rumme, hen ad Gulvet, blot med en smal Gang imellem, et snevert, ubleget Bomuldslagen og et Uldtæppe ovenover – dermed er Leiet redt. Et Bord stilles hen under Vinduet til Medicinflasker og Instrumenter, Sygevogterne samles udenfor, og i Gangen venter en gammel Sergeant, [...] der kun aabne sig for barsk at gentage en Befaling fra Overlægen, eller til et Smil, hvergang Kogekonens fede Datter kommer løbende henover Gangen [...] Lasarethet er færdigt. Alt staaer rede til, at Overlægen og de to Underlæger kunne begynde deres sørgelige og for lidt paaskjønnede Virksomhed [...] den ene Vogn efter den anden kommer langsomt ned til Stedet. Bag i Halmen sidder en ligbleg Soldat, en Saaret, i den næste Vogn ligger der en Anden, hvis Ansigt er tildækket og skjult af et smudsigt Klæde, her har allerede Døden mærket sit Offer. Blodet drypper igjennem Halmen ned fra Vognen. Sygevogterne og Ambulancesoldaterne bære dem ind i Stuerne”.²¹

**“Instruction for det underordnede Personale ved Sundhedstjenesten i Felten
Ved Lazaretherne.
A. Sygesergeanten.**

- [...] 3. Forinden Lægens Morgenbesøg bør han gaae omkring i de under hans Opsigt hørende Stuer, for at paasee, at de ham Undergivne gjøre deres Pligt og for at erkyndige sig om vigtige Syges Tilstand [...]
5. Han følger Lægen ved Sygebesøgene, giver ham Underretning om ny ankomne Syge, modtager Ordre og optegner nøiagtigt, hvilke Syge der skulle have Bade, Lavement, Fodbade, Iglar m. M. Ved samme Leilighed sørger han for, at Sygetavlerne faae de fornødne Paategninger [...]
7. Han bør have et vaagent Øie med alle alvorlige og farlige Syge, og itide underrette Lægen om, hvad Usædvanligt han maatte bemærke hos dem.
8. Han melder den vagthavende Læge, naar nye Syge ankomme og modtager hans Ordre i denne Anledning.
9. Han sørger for, at ankomne Syge, hvis deres Tilstand tillader det, renses og vadskes, eller, hvis fornødent gjøres, gives et Bad i Badekammeret, at de iføres den reglementerede Sygebeklædning, hvis saadan haves, og at de derefter indlægges i de Stuer, som den vagthavende Læge bestemmer.
10. [...] Fnattedes Klæder desinfice es, førend de opbevares i Depotet [...]
13. Han bør nøie vaage over, at de Syge ikke erholde andre Næringsmidler, end saadanne, som Lægen har tilladt dem at nyde.
14. Han samler det smudsige Linned, som har været benyttet af de Syge, for at afgive det til Vadsk, efterat en nøiagtig Fortegnelse er optaget derover, og modtager det atter, naar det kommer tilbage, efterseer, om Alt er rigtigt, og overleverer det til Forvalteren.
- Han samler ligeledes de smudsige Bandagestykker, der ikke erklæres at skulle casseres, lader dem ved en af Sygevogterne vadske og tørre, og afl verer dem derpaa, til Overlægen eller den Underlæge, der efter hans Ordre skal modtage og opbevare dem.
15. Han sørger for, at de Syge erholde rent Linned og rene Lagener paa Sengene til de bestemte Tider og ellers saa ofte fornødent gjøres, ligesom det strengt paaligger ham at drage Omsorg for, at ikke Klæder, Inventarium og Sengesteder befænges med Utøi [...]
17. Han paaseer, at der ikke røges Tobak paa Stuerne eller Gangene, at Sygevogterne og de Syge ikke spille Kort eller Tærninger om Penge eller Penges Værd, at de ikke synge, spille paa Instrumenter eller føre høirøstet Samtale eller deslige, hvorved Roligheden kunde forstyrres [...] Ligeledes paaseer han, at Ild og Lys slukkes til rette Tid” [18 s. 152-156].



Figur 3. En Vogn til Haardtsaarede bygget for Centralcomiteen af James Fife. Illustreret Tidende. (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, DH016794)

“En ny Vogn til Transport af Saarede er den 24de Juni afl veret fra James Fifes Etablissement.²² Vognen, der er bestemt til at transportere Saarede fra Ambulanterne til Lazarethet, er indrettet til 4 haardt Saarede, af hvilke hver ligger i sit Rum paa en Krølhaars Madratse, der gaaer paa Ruller og med Lethed kan trækkes ud. Hos Kudskene er der Plads til to let Saarede; ovenpaa Vognen er der Plads til Geværer, Tornystre etc., og under Kudskesædet er der anbragt en Vandbeholder med Bægere for under Transporten at kunne lædske de Saarede. Vognen, der har kostet ca. 600 Rd., er en Present fra Centralcomiteen til Armeen. Den er smagfuldt og solidt udført, saaledes som man er vant til at see Arbeidet fra det Fifeske Etablissement.”²³



Figur 4. Tysk ambulance og bårer foran tysk feltlazaret ved Dybbøl. Wilhelm Funke, tysk maler. (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, DH018444)

Lazaretterne

Trods dårlig forberedelse lykkedes det at få etableret tilstrækkeligt med sengepladser på lazaretterne. Feltlazaretterne i første linje var normeret med “1-2 Læger, 1 Forvalter, 1 Underofficer, 2 Undercorporaler, 4 Kudske, 1-3 Officersoppassere, 8-24 Sygevogtere”. På lazaretterne i anden linje, som var placeret i sikker afstand fra fronten f.eks. på Als, længere nordpå i Jylland eller på Fyn, var normeringen “1-4 Læger [på Augustenborg syv læger], 1 Forvalter, 1-6 Underofficer, 2-8 Undercorporaler, 1-4 Officersoppassere, 9-95 sygevogtere”. De fjernest liggende lazaretter [tredje linje] lå i København og Helsingør. De var normeret med “2-8 Læger, 1-3 Forvaltere, 4-10 Underofficer, 15-60 sygevogtere og et skiftende Antal qvindelige Sygevogtere, som her næsten udelukkende bestod af lønnede Dagkoner, Gangkoner og Vaagekoner”. Sidstnævnt-

tes antal er ikke opgivet, da de ikke “modtog nogen Betaling”, hvilket ikke harmonerer med, at de var “lønnede” [2 Bind 2, s. 7-8].

På krigsskuepladsen var der én læge ved lazareetterne per 1.067 mand. Til sammenligning var der én dyrlæge per 278 heste [2 Bind 2, s. 24]. I gennemsnit var der ved samtlige lazaretter én læge for hver 50 (varierende 33-69 fra februar til august) syge og en sygevogter per 3,3 syge (variation: 2,6-4,2) [2 Bind 2, s. 26].

Der blev oprettet lazaretter i skoler, rådhus og herregårde i og omkring Odense og Bogense, da det blev nødvendigt at evakuere lazarettet i Fredericia, som kom under heftigt bombardement.²⁴ De sårede blev ikke blot bragt til de nærmeste lazaretter. Skibe sejlede også sårede til lazaretter i København og Helsingør eller til Korsør, hvorfra de blev fragtet videre til København med tog.²⁵ Ved udgangen af april var lazareetterne på landsbasis indrettet til 9.000 patienter, men kun 7.000 var indlagt, deraf 1.569 sårede (tabel 4) [7].

Tabel 4. Sårede og syge fordelt på de tre lazarettetyper [2 Bind 2, s. 8].

	1. linje	2. linje	3. linje	I alt
31. januar	790	980	1.011	2.781
29. februar	1.262	1.238	1.867	4.367
31. marts	1.567	1.667	2.333	5.567
30. april	1.266	2.150	3.119	6.535
31. maj	772	1.406	2.278	4.456
30. juni	243	1.283	1.548	3.074
31. juli	210	1.042	1.651	2.903

Krigsministeriet havde chartret det norske dampskib ‘Nordstjernen’ til transporttjeneste af materiel, tropper og sårede.²⁶ Skibene lagde til ved Kvæsthusbroen i København, hvorfra de sårede blev fordelt til de forskellige lazaretter. De hårdsårede blev kørt i drosker, mens de lettere sårede gik til fods.²⁷

Søtransport af syge og sårede

“En Transport af Syge og Saarede ledsages altid af 1 eller fle e Læger og de nødvendige Sygevogtere.

Før de Syge eller Saarede nedbringes til Indskibningsstedet, maa Vedkommende, som forestaaer Evacuationen, forvisse sig om, at de Dampskibe og Transportbaade, der skulle tjene til Sygetransport, ere klargjorte og maa tillige sørge for, at alle Sygetransportfartøier forsynes med: Sygekost, Halm, Tæpper, Stikbækkener og nogle Lanterner.

De forskellige Hold, der efterhaanden nedbringes fra Lazaretherne, beregnes efter de Transportmidler, der paa eengang ligge færdige, og det bemærkes, at en Transportbaad kan rumme omtrent 70 liggende Syge, medens et Transportskib paa 40 a 50 Commercelæster²⁸ i Reglen ikke har Rum til mere end 60 liggende Syge.

Naar Syge og Saarede skulle indskibes i en Transportbaad; bæres de lige ind i Lasterummet og lægges Side om Side med Hovedet i Borde, i 2 langskibs Rækker.

Skal Indskibningen skee i et Transportskib (Damp- eller Seilskib) hvor de Syge ikke kunne bæres lige paa deres Plads, bør Storlugen aftages og istedetfor indsættes et Skylight, der kan aftages, saa at de Patienter, der ei selv kunne gaae ned i Rummet, kunne fi es ned gjennem Storlugen, hvilket bedst skeer i en langagtig, fii kantet Trækasse med Hanefod i hver Ende,” [19 s. 57].

Der blev byttet rundt på lokaler, da den oprindelige planlægning havde været for optimistisk i forhold til antal sårede. Den nye artillerikaserne på Christianshavn blev derfor taget i brug som lazaret med 800 sengepladser, og med overlæge Silfverberg²⁹ og underlæge Berthelsen som ansatte.³⁰ Lazarettet på Kronborg blev oprettet i april³¹ – primært til rekonvalescenter fra lazaretterne i København.³²

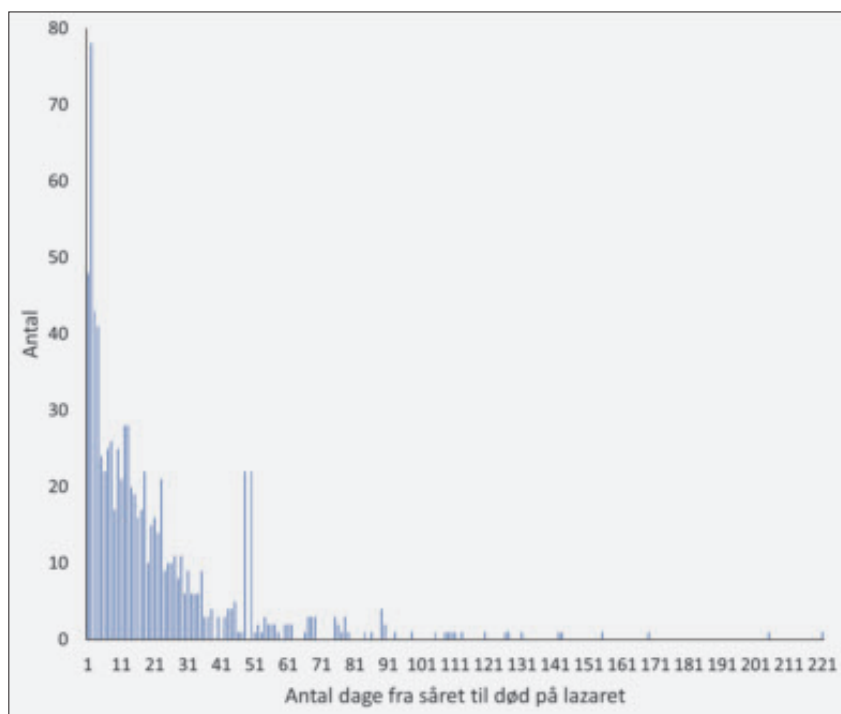
Efter rømningen af Dannevirke kom 1.200 syge og sårede til København. Derfor blev Frederiksberg Slot og Landkadetakademiets bygning i Bredgade³³ inddraget, hvortil kom lazaretter på Kronborg og på herregårdene Aalholm og Berritzgaard på Lolland [12s. 146-147].

Kampene stilnede af, men så sent som i oktober var mange stadig indlagt på lazaretterne.³⁴ Selv i julen 1864 var der indlagte på lazarettet på Frederiksberg Slot, hvor Kongen havde bevilget 100 Rd. til juleforplejningen for disse patienter.³⁵

For 838 af tilfældene er såvel indlæggelses- som dødsdato opgivet. Fig. 5 viser antal liggedage inden dødens indtræden. Første døgn om-

fatter også de soldater, som døde under transporten til lazarettet. Af de indlagte patienter, som døde på lazarettet, var en fjerdedel døde inden for de første tre døgn og halvdelen efter 12 dage.

De tre lazaretter, som tegnede sig for fle t dødsfald, var Augustenborg med 338, København med 224 og Flensborg med 120. Dette er absolutte tal, og da antal indlagte ikke kendes, kan der derfor ikke udledes noget om behandlingens kvalitet eller hvor medtaget, de sårede var [1]. Augustenborg modtog de sårede fra Dybbøl og Sundeved, og mens de lettere sårede blev evakueret til Fyn og København, blev de hårdest sårede, som ikke tålte transport, tilbage, hvilket forklarer en dødelighed på 73,7% af de sårede, som var i fortsat behandling på Augustenborg. I de københavnske lazaretter behandledes 1.990 sårede,



Figur 5. De såredes liggetid inden døden indtraf på lazarettet. Hertil kommer nogle, som formentlig nåede at blive hjemsendt, inden de døde af deres sår. Data fra [1].



Figur 6. Stormen på skanse 2 ved Dybbøl 18. april 1864. Maleri af Wilhelm Camphausen (1818-1885, tysk militærmaler).

hvoraf 858 helbredtes, 1.055 kaseredes og 77 (3,9%) døde. Stivkrampe forekom kun sjældent, men sepsis, sekundære blødninger og hospitalsbrand var alvorlige komplikationer. Sidstnævnte forsøgte behandlet med salpetersyreætsninger [12 s. 154; B].

Omfang af sårskader

Aviserne er fyldt med lister over faldne, savnede og sårede. For de såredes vedkommende angives oftest kun en gradvis inddeling fra ganske let til meget hårdt såret. Denne inddeling stammer fra “Corps-lægens” forpligtelser, idet: “Efter Bataille indgiver han snarest muligt en Navneliste til Generalen over alle Saarede og Beskaffenheden af deres Saar, om de ere let eller svært saarede, samt over de ham underordnede Lægers Forhold, forsaavidt dertil er Anledning” [18 s. 59]. Der er imidlertid undtagelser, hvor der er en mere udførlig specifikation (tabel 5).

Østrigerne forårsagede fle t skader på overkroppen, mens preussernes kugler overvejende ramte neden for navlen [8]. Hug- og stiksår fra sabel og bajonet var sjældne, da nærkamp kun forekom i ganske få tilfælde [8,20].

Tabel 5. Opgørelse over traumer fra lister i dagspressen i det omfang, der er givet detaljer.³⁶ Antal og procent af samtlige traumer.

	Antal	Procent
Skudsår:		
Hoved og hals	31	8
Skulder	22	6
Arm	50	13
Hånd og fi gre	48	13
Bryst og ryg	33	9
Bug, bækken og hofter	32	8
Ben (ikke specifice et)	11	3
Lår	71	19
Knæ	17	5
Underben	17	5
Fod	19	5
Af skudsår:		
- mere end én skade	10	3
- strejfskud	47	12
- med eft rfølgende amputation	8	2
Sabelhug	4	1
Bajonetstik	8	2
Knusning og slag	14	4

Tabel 6. Antal amputationer og fje nelse af led på danske lazaretter.

Legemsdel	Antal		
	Hannover [3] ^{a)}	Djorup [13] ^{b)}	Død efter amputation [13]
Underarm	21	5	1
Overarm	36	22	8
Fod	3	4	3
Underben	32	30	14
Lår	32	25	16

a) Af samtlige amputerede.

b) Af overlevende efter amputation.

Af de 124 amputerede på danske lazaretter døde 42 (tabel 6). Der er ingen opgørelse over amputerede danske fanger på tyske lazaretter [3]. Ifølge Djorup var omtrent 10 af de soldater, der overlevede en amputation, amputeret i fangenskab og medregnet disse, angiver han 128 amputerede ud af 2.716 sårede [13]. Cohen angiver, at af de 1.577 soldater, som døde på lazaretterne, var 32 amputeret forinden [1]. Omtrent en tredjedel af de amputerede døde af betændelse eller blodtab [7].

I ganske få tilfælde er der en kort men lidt mere udførlig beskrivelse som f.eks. "Brud på Benet ved at styrte med Hesten".³⁷ Andre eksempler gives i nedenstående tekstboks.

“1) Han har et Skudskaar i Sædebenet, og Kuglen, som sidder fast indkilet i det paa Overfladen splintrede Been har hidtil ikke kunnet bortfjernes. Der er Haab om Helbredelse.

2) Dybt Skudskaar i Ryggens Bløddele; i god Bedring og kan forventes helbredet i Løbet af omtrent 2 Uger. (Indlagt den 4de Febr.).

3) Skudskaar i Knæledet; amputeret. (Er senere afgaaet ved Døden).

4) Skudskaar igjennem Laarets Bløddele. Saaret læges godt. (Indlagt den 4de Febr.) [...]

6) Skudskaar igjennem Overarmen med Brud af Overarmens Been. Frakturen, som var simpel, læges allerede ligesom Saaret. (Indlagt den 4de Febr.) [...]

11) Skudskaar igjennem Haanden, uden Beskadigelse af Benene [knoglerne]. Læges godt. (Indlagt den 5te Febr.) [...]

15) Betændelse i Testiklen. Helbredet. (Indlagt den 11te Febr., udskreven den 21de).

16) Bajonetstik i Scrotum. Snart helbredet. (Indlagt den 12te Febr.).

De Paarørende kunne være forsikkrede om, at disse saavel som alle syge danske Soldater, som henligge i de preussiske og østerrigske Lazaretter, nyde en megen god Behandling”.³⁸

“I Veile er ogsaa Reebslagerm.[ester] Jens O. Christensen ved Døden afgaaet, efter 23 Aars Ægteskab, fra Hustrue og 4 Børn, efter det sørgelige Uheld, at faae sit ene Been brækket under Bombardementet paa Dybbølskandserne den 26de Marts og blive flyttet til Frederiksberg Slots Lazareth, hvor han efter smertelige Lidelser udaandede den 3die Mai”.³⁹

“Af de Bornholmere, der i Foraaret afreiste herfra for som Frivillige at kjæmpe for deres Fædreland, blev Peter Christian Riis, Søn af Gaardeier H. Riis paa Risegaarden i Clemensker, der var ansat i det 18de Regiment, i Kampen paa Als den 29de Juni, saaret i den venstre Haand og som Fange indlagt paa Glücksborgs Lazaret. Da Saaret senere forværrede sig blev Haanden amputeret, hvorefter han afgik ved Døden den 25de Juli. Han var kun 23 Aar gammel og meget afholdt af alle der kjendte ham”.⁴⁰

En af de norske observatører har en række forslag til forbedringer. F.eks. roser han de lette transportvogne med kun tospand, og at en let kurveaptering fyldt med halm var en god løsning, men de faste sider gav en urimelig belastning for hjælperne, som skulle løfte de sårede op over kanten [8].



Figur 7. Fire soldater med amputationer af et ben i en opstilling på lazarettet på Aalholm. Der findes ikke fotografier med krigsaktivitet, da glasnegativerne skulle fremkaldes senest 20 minutter efter eksponeringen. Fotografierne er som dette af rekonvalescenter og ikke af døde og blodigt sårede. Dette er i modsætning til billeder taget under den samtidige amerikanske borgerkrig (1861-1865) [21]. (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, 512099)

Fjendtlige lazaretter

Preusserne var til dels anderledes velforberedt på det sanitære område, idet lazarettjenesten blev organiseret og koordineret af Johanniterordenen [22]. De fjendtlige lazaretter var i høj grad bemandede med katolske nonner og protestantiske diakonisser. Allerede under den første slesvigske krig blev den tyske hær tilbudt assistance fra diakonisser, men det blev dengang blankt afvist [23].

De danske aviser bragte hyppigt citater fra de tyske aviser. Den 22. februar rapporteredes således, at 720 østrigere lå sårede på lazarettene i Slesvig-Holsten, heraf adskillige hårdt sårede.⁴¹



Figur 8. Barmhjertige nonner plejer de sårede på et lazaret i Slesvig. Robert Geissler (1893-1893, tysk maler). (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, DH016840)

Fædrelandet bragte tilsyneladende ukritisk et citat fra en preussisk avis, hvori det preussiske lægevæsen blev rost.⁴² Dette afstedkom et læserbrev, som gav et noget andet syn på preussernes talent for organisering af sanitetstropperne: “[...] Sundhedsvæsenet er i en virkelig trøstesløs Tilstand, i en saa jammerlig Forsømmelse, at man maaskee neppe vil blive troet, naar man vil skildre den”.⁴³ Til henvend 2000 sårede havde østrigerne kun seks læger, og nogle lazaretter var helt uden. “I hele Byen Slesvig, hvor der hin Nat indkom Hundreder af Saarede, var der ikke en eneste østerrigsk Militairlæge. Man kaldte altsaa de civile Læger op af deres Søvn, og de efterkom naturligvis ufortrødent deres tunge Pligt, saameget desto tungere, som de savnede alle de nødvendige Ting. Heldigvis havde de Danske efterladt enkelte

Lazarethindretninger. En Velsignelse er det dog for Tropperne, at de befi de sig i et venligsindet Land”.⁴³ Så mere velforberedte var de ikke.

Pasning af de syge

Normeringen var 12 sygevogtere per 100 senge, men dette kunne sjældent holdes, da der også blandt sygevogterne var mange syge [20]. Den danske Diakonissestiftelse var først oprettet i 1863, så deres indsats begrænsedes til pleje på de københavnske lazaretter, men de formidlede hjælp fra Diakonissestiftelsen Ersta i Stockholm, som sendte diakonisser til lazaretterne i Sønderjylland. Af hensyn til symbolværdien optrådte disse i dansk diakonissedragt. Nonner og diakonisser respekterede hinandens arbejde og område men holdt sig for sig selv. Patienterne var mest trygge ved en plejer af samme konfession, så nonnerne tog sig af østrigske sårerede og diakonisserne af preussiske [12 s.144;24].

Nogle læger havde svært ved at acceptere kvinder på lazaretterne, og stabslæge Djørup skulle have sagt: “Skån mig for Damer!” [23,25]. Han slap ikke, for dronning Louise (1817-1898), som var medstifter af Diakonissestiftelsen [26 s. 19-20], greb insisterende ind. Efterfølgende skiftede Djørup mening og havde udelukkende ros til overs for diakonisserne. Sygevogterne skulle også vænne sig til at blive ‘korrekset’ af de veluddannede diakonisser men værdsatte efterhånden den (efter-)uddannelse, de herved fik [13,24].

De svenske diakonisser blev på ingen måde vel modtaget og nærmest afvist på Als. Det tog lang tid, inden de fik anvist bolig og endnu længere, inden man begyndte at benytte deres assistance, men efterhånden blev de værdsat. Hver af dem fik opsyn med to sygesale, hver med 40-60 patienter. De assisterede ved amputationerne i 12 timer daglig og efter Dybbøls fald endnu fle e. Efter endt dagsværk skulle de ordne instrumenterne og vaske det med blod oversvømmede gulv, inden de kunne lægge sig. Trods denne legemlige kraftanstrengelse svigtede deres kræfter aldrig, mens mange af sygevogterne og lægerne bukkede under for sygdom og svaghed.⁴⁴

Tyfus i begge lejre

Ses bort fra de sårede, var der i alt 31.575 syge, hvoraf 27.827 blev helbredt, 2.657 erklæret ukampdygtige, 756 døde og 335 var stadig indlagt ultimo 1864 [3]. Den 9. april lå der 155 kirurgiske patienter (heraf 153 sårede) på Augustenborg lazarettet, mens der lå 366 medicinske patienter (heraf 173 med tyfus), så “Sygdomme under en Krig kræve fle e Offere end Sværdet” [20]. Lungebetændelse og tyfus var de alvorlige sygdomme (tabel 7) [12s. 150-151].

Tabel 7. Dødsårsag for de indlagte soldater på lazareetterne ifølge Cohen [1].

	Antal	Procent
Tyfus ^{a)}	374	24
Bughulen, andre	13	1
Luftvejssygdomme ^{b)}	94	6
Tuberkulose	31	2
Skudsår	11	1
Selv mord	6	
“Sygdom” ^{c)}	173	11
Andre sygdomme ^{d)}	94	6
Uoplyst	749	47
Forudgående amputation	32	2
I alt	1.577	100

a) “Typhus”, “typhoid Feber”, “Nervefeber” og “gastrisk Feber”.

b) Overvejende lungebetændelse (også kaldt “Brystbetændelse”) men også alt fra halsbetændelse til empyem.⁴⁵ Tuberkulose undtaget, da den er opgjort separat.

c) Står blot opført som “Sygdom” formentlig som kontrast til død af selve såret.

d) Andre sygdomme dækker over en række andre specifice medicinske sygdomme heriblandt overvejende infektionssygdomme som sepsis, meningitis, mæslinger og rosen, men også koldbrand og blodstyrtning.

Tabel 8. Døde af anden årsag [2 Bind 1, s. 96].

Selv mord	7
Vådeskud	6
Brandsår	2
Knust ben	1
Druknet	3
Død på march	1
I alt	20

Der var stor variation fra lazaret til lazaret med hensyn til specificiteten i angivelsen af dødsårsagen. For mange af de små lazaretter var der ingen eller kun få diagnoser. Blandt de tre største varierede det fra 4% med en diagnose i Flensborg til 66% ved lazareetterne i København. De forskellige navne for tyfus varierede også fra lazaret til lazaret, men det var stort set kun lazaretet på Frederiksgave, som anvendte betegnelsen nervefeber.

Dødeligheden blandt de opererede på Als var overmåde stor, især på lazaretet på Augustenborg. Til trods for slottets store rummelige lokaler, god forplejning og lægebehandling, ingen overbelægning, da der blev sørget for løbende evakuering, og selv om udluftning og renlighed blev opfyldt,⁴⁶ så blev Augustenborg specielt i marts og april besøgt af ondartede epidemier af tyfus, blodforgiftning, gangræn og rosen, samt gastriske tilfælde med blodige diarréer. Dette gjaldt ikke kun de sårede men også læger og sygevogtere. Disse sygdomme ramte ca. 10% af de danske hærstyrker, men skulle angiveligt herske blandt 20% af de tyske. Årsagen var tilsyneladende, at alle slags patienter lå mellem hinanden. Først da man fandt på at isolere tyfustilfældene fra de øvrige patienter, faldt dødeligheden [8]. I begyndelsen var det en bevidst strategi at sprede patienterne, så færrest mulige med samme sygdom lå sammen. Det blev efterfølgende som nævnt ovenfor ændret, så tyfuspatienterne blev samlet [20]. Da denne sygdom toppede i slutningen af maj, havde 28,6% af de ikke-sårede tyfus, hvorefter

antallet langsomt dalede. På lazarettet på Augustenborg døde 140 af tyfus, 185 af skudsår og ca. 30 af andre sygdomme fra 1. januar til 29. juni, da Als tabtes. På de københavnske lazaretter døde 308, heraf lidt over 100 af tyfus og 77 af skudsår [13].

“Tyfus

(Typhus, gr., egtl. ‘Bedøvelse’), fælles Benævnelse paa nogle forskellige alvorlige Sygdomstilstande, der ledsages af stærk Feber, og i hvilke Nervesystemet er saa stærkt angrebet, at de syge henligge som i en Bedøvelse; man kaldte derfor ogsaa i tidligere Tid disse Sygdomme “Nervefeber”. Der skelnes mellem tre forskellige Former, der nu almindeligt anses for at være Infektionssygdomme og bero paa en Indvandring i Legemet af snyltende Organismer (Bakterier) og en deraf følgende Udvikling af organiske Gift toffer i Blodet.

1) Eksantematisk T. (Plet- eller Petechialtyfus) [...]

2) Abdominal- eller Tarmtypus (ofte kaldet typhoid Feber) er ligeledes en Infektionssygdom, der opstaar ved, at Tyfusbaciller gennem Luften eller Vandet indføres i Legemet; [...] Karakteristisk for denne Sygdom er det, at Sygdomsprocessen navnlig foregaar i Tyndtarmen, hvor der dannes sig Ulcerationer paa Slimhinden, der kunne gaa i Dybden, endog gennembore hele Tarmvæggen og derefter fremkalde Bughindebetændelse (*Peritonitis*). Den begynder med Kulderystelser, Hovedpine, Tab af Appetitten og gradvis Tiltagen af Feberen med Stigning af Temperaturen; i Begyndelsen lide de syge gerne af Obstruktion, men senere indfi der sig Diarré [...] Hjernetilfældene kunne ofte være meget voldsomme, og Rekonvalescensen er hyppigt meget langvarig. [...]

3) Tilbagefaldstyfus (rekurrerende Feber) [...]” [5].

“Nervefeber

I ældre Tid en meget almindelig Benævnelse paa typhoid Feber, især naar denne viste sig i den saakaldte ‘nervøse’ Form med fremherskende sygelige Fænomener fra Nervesystemets Side” [5].

“Gastrisk Feber

Undertiden endnu Benævnelse paa en lettere tyfoid Feber” [5].

Som det fremgår af tabel 7, var tyfus årsag til mindst en fjerdedel af dødsfaldene på lazareterne. Næsten halvdelen (47%) har slet ingen diagnose, og for 11%er blot anført “Sygdom”. Der kan derfor blandt disse være tilfælde af tyfus, som bare ikke er oplyst. Andre sygdomme i bughulen var overvejende bughindebetændelse. Men tyfus var ikke

forbeholdt danskerne, da denne infektionssygdom også rasede på de tyske lazaretter.⁴⁷ Der var opgørelser på helt op til 15% syge, primært med tyfus, blandt de tyske styrker.⁴⁸

Om den udbredte forekomst af tyfus udelukkende skyldtes de dårlige hygiejniske forhold, eller om smitten blev introduceret i lejre og lazaretter gennem fødevarerne, står hen i det uvisse. Sæbe var ikke en del af forsyningen, så hver soldat stod selv for indkøb af dette. I lejrene var personlig vask minimal, og ved skanserne og i felten ikke-eksisterende. Ud over tyfus fl. reredes også fnat og lus [7].

I Aarhus satte øvrigheden sig op mod besættelsesmagten, da denne ville inddrage Friskolebygningen⁴⁹ til tyfuslazaret. Da borgmesteren protesterede, fordi man ikke lige kunne flytte 6-700 elever og de lærere, som boede på skolen, endte det med, at der skulle findes lokaler på jernbanestationen, og så måtte man sidenhen afgøre huslejen.⁵⁰

Man forsøgte at sprede tyfuspatienterne i håb om at reducere smittespredningen,⁵¹ men det var uundgåeligt, at sygdommen også ramte civilbefolkningen. En del tilfælde skyldtes, at familier blev tvunget sammen i samme lille rum, for at hjemmet kunne huse soldater fra besættelsesmagten. Det fik stifts ysikus Lind fra Viborg Physicat til at fremsætte en kraftig opfordring til at lufte godt ud i de små rum.⁵² I en artikel fremføres, at befolkningen først sent bragte beklagende breve, da man ikke mente, at det ville hjælpe eller ligefrem kunne fremprovokere yderligere fortrædeligheder fra besættelsesmagtens side og vanskeliggøre regeringens forhandlinger.⁵³

Andre plager

Godt 14% blandt de ikke-sårede var indlagt med luftvejssygdomme (f.eks. pneumoni og pleuritis), da det toppede efter retræten fra Dannevirke [13].

Syfilis og gonorré blomstrede så lifligt, at disse veneriske sygdomme beslaglagde 12-20% af lazaretpladserne. Fn timer var også hyppigt forekommende med op til 17% af de ikke-sårede i midten af juli. Der oprettedes

derfor et fnatlazaret i en ubeboet herregård på Fyn [4,13]. Specielt blandt de tyske tropper var den ægyptiske øjensygdom⁵⁴ udbredt, men den bredte sig også blandt de danske tropper. I slutningen af juli havde godt 10% af de ikke-sårede patienter denne sygdom [13].

“Ægyptisk Øjensygdom,

Benævnelse, man har givet nogle Former af en epidemisk Øienbetændelse, især den blenorreiske Betændelse af Øiets Bindehinde (*Conjunctiva*). Navnet [kommer] af, at der blandt de franske Tropper under Ekspeditionen til Ægypten i 1798 opstod en voldsom Epidemi af en saadan Betændelse, der for øvrigt forekommer hyppigt i Ægypten men ogsaa kan optræde rundt om i Europa” [5].

“Den ægyptiske Øiensygdom, der under forrige Krig først viste sig i Oprørshæren, og senere fik en beklagelig Udbredelse ogsaa i den danske Armee, hvor den holdt sig længe og gennem hjempermitterede og udtjente Soldater tilsidst fandt Indgang hos den civile Befolkning saavel i Staden som paa Landet, maaskee fordi den blev gjort til et bittert Stridsspørgsmaal imellem de Lærde (navnlig mellem Armeens daværende Stabslæge, afdøde Professor Bendz,⁵⁵ paa den ene Side, og dens nuværende Stabslæge Dr. med. Djørup, paa den anden Side), hvilket igjen havde til Følge, at der blev gjort deels for Lidt og deels for Meget af denne Sag, – denne farlige Øiensygdom er nu udbrudt iblandt de østerrigske Tropper i Hamborg, af hvilke allerede 60 Angrebne ere indlagte paa det derværende Hospital”⁵⁶

Det var imidlertid ikke kun tyfus, som bredte sig til lokalbefolkningen. Flere sygdomme spredte sig også fra invasionstroppernes heste og kvæg til de danske bønders besætninger.⁵⁷

Fangenskab

“Frivillig Menig Jens Christian Harreskou (Kjøbenhavn) saaret den 18 April og fangen, død paa Flensborg Laz. den 8de Mai, begravet paa Flensborg Kirkegaard den 14 Mai” [1 s. 100]. Sådan eller noget tilsvarende stod der om 448 tilfangetagne danske soldater. Der var angiveligt 6.250 danske krigsfanger i Tyskland, hvortil kom yderligere i Østrig.⁵⁸ Mere end en tredjedel af de sårede blev efterladt i fjendens varetægt, og en tiendedel af de ikke-sårede toges som krigsfanger [2 Bind 1, s.95].

Ved rømning af stillinger var det ikke altid muligt at evakuere lazarettet. Da nogle patienter ikke var transportegnede, blev de efterladt sammen med lægerne. "Efterladte ved Lazarethet: Overlæge Salomon⁵⁹ og Underlæge Tønder"⁶⁰ og "Efter indløben Efterretning ere følgende danske Læger fangne: af 2det Regiment Overlæge Schade⁶¹ (opholder sig i Nybøl) og Underlæge Larsen⁶² (Broager); af 9de Regiment Overlæge Michaelsen og Underlæge Hein⁶³ saaret. [...]".⁶⁴ I alt blev syv læger taget til fange [12s. 156].

Preusserne havde også deres problemer. En betydelig del af de hårdtsårede efter slaget ved Dybbøl døde, og antallet af sårede skabte mangel på forbindsstoffer trods store lagre.⁶⁵ De preussiske læger udtrykte beundring over de danske soldaters hårdførhed, da de angiveligt kunne gennemgå selv smertefulde operationer uden at kny, mens deres egne peb under selv mindre indgreb. "Vi misunde Kongen af Danmark sådanne Folk", bemærkede en tysk lazaretlæge.⁶⁶

I "Flensborg [...] besøgte jeg Lazaretherne, hvor der blev gjort Alt, hvad der kunde gøres, for vore Saarede saavel Offic' er som Menige, navnlig for de Første, som ligge paa Johannitter-Hospitalerne, hvor der ydes dem al den Pleie, som tænkelig er. Det er ganske mageløst. De smukkeste beliggende Localer, som Bellevue og Etatsraad Knudsens pragtfulde Bolig, ere indrettede til Lazareth; de Syge og Saarede opvartes og pleies af Grevinder og Baronesser af Johannitter-Ordenen, de ere kyndige i Lægevidenskaben. De gaae tarveligt klædte og have en Moders Taalmodighed og Omhu. Der bliver ikke sparet i nogen Retning; jeg saae kostbare Sydfrugter og Vine der. Vore nyde fuldstændig den samme Omhu som Fjenden. En Lieutn. Fischer (Søn af Pastor F.), som havde faaet en Kugle, der tog ham Tænderne og Underkæben i venstre Side bort og i de første 8 Dage maatte leve af tynd Mad, som bibragtes ham gennem et Guttapercharør, kommer sig nu meget godt; han kan tale, og gaaer allerede ud".⁶⁷

Anderledes var det i Minden, hvor de menige fanger blev tilbudt 5 'Silbergroschen' ekstra for 8 timers arbejde på skanserne, mens de tilfangetagne offic' er gik i civilt tøj og spiste sammen med de preussiske offic' er.⁶⁸ Der var ikke samme tilfredshed blandt fangerne i

Wittenberg, hvor de ikke blot klagede over det hårde jordarbejde, men også fordelingen af de midler, der blev sendt fra København til gunst for underofficerer på bekostning af de menige.⁶⁹

Invalidider

Mange blev amputeret, men i nogle tilfælde fjernede man kun det knuste stykke knogle. På overarmen betød det et stykke i midten, som var blødt, og derfor kom underarmen til at hænge og dingle, også selv om der måtte være nerveforbindelse til underarmens muskler. I det omfang, fingrene kunne bevæges, var det med nedsat kraft [27].

Adolph Hannover (1844-1894), professor i patologisk anatomi, var også viceformand og lægesagkyndig i Centralkomiteens tredje sektion, som behandlede alle ansøgninger om invalidepension fra krigens

Tabel 9. Invalidider efter ydre beskadigelse. Hannovers opgørelse fordeler skaderne på 22 legemsdele, men denne tabel er forenklet ved at slå nogle af disse sammen. Ved mere end én lidelse er vedkommende rubriceret ved den legemsdel, som har været mest udslagsgivende for den bevilgede invalidepension [3].

Beskadiget legemsdel	Antal	Procent
Hoved og hals	122	10,0
Brystet	38	3,1
Bughulen	12	1,0
Ryg og bækken	64	5,2
Overarm og albue	256	20,9
Underarm og hånd	230	18,8
Lår og knæ	250	20,4
Underben og fod	218	17,8
Hele underekstremiteten	34	2,8
I alt	1.224	100,0

overlevende. Han havde fungeret som overlæge ved Sølvgades lazaret 1850-1851,⁷⁰ så han kendte til krigsofre fra klinisk praksis. En systematisk gennemgang af alle ansøgere frem til oktober 1865 udmøntedes i, at invaliditetsgraden og vævsskaderne var større, knoglebruddene mere splintrede, lemmerne langt mere forkrøblede, og antallet af amputationer i 1864 var relativt større end i 1848-1851, når man tog varigheden af de to krige i betragtning. Han mindede om, at han kun så de overlevende, men at de mange under muld formentlig var lige så slemt eller værre tilredt [3].

Antal enker og andre efterladte pårørende, som blev tildelt understøttelse, var stort set det samme efter treårskrigen som efter 'halvårskrigen' i 1864 (henholdsvis 1.07 og godt 1.000). Centralkomiteen understøttede 1.475 (1.224 med "ydre Beskadigelser" og 251 med indvendige og enkelte udvendige Sygdomme; Søetaten havde 27 med ydre og 12 med indvendige sygdomme). Blandt officerne modtog 26

Tabel 10. Invalider efter indre sygdomme (medicinske) [3].

Afficeret organ/sygdom	Antal	Procent
Tyfus	25	10,0
Abdominale lidelser, andre	25	10,0
Tuberkulose	65	25,9
Lungesygdomme, andre	29	11,6
Hjertesygdomme	28	11,2
Neurologiske lidelser	24	9,6
Øjenlidelser, blindhed	20	8,0
Døvhed, høretab	6	2,4
Hudsygdomme	7	2,8
Gigt	19	7,6
Difteri	3	1,2
I alt	251	100,0

understøttelse, heriblandt en læge. Hovedparten af de ydre beskadigelser skyldtes skudsår og et fåtal knoglebrud, forvridninger, betændelse med mere. Det reelle antal kunne være større, da det ikke er sikkert, at alle berettigede ansøgte (tabel 9 og 10) [3].

Svenske, norske og finske frivillige

Der var ligefrem annoncer i de danske aviser: "Svenska Skarpskyttar, som önska ingå i Danska Arméen, anmäla sig vid ankomst till Köpenhamn, för nödige upplysningars vinnande, f. m. från kl. 9-11 uti Hotel d'Angleterre vid Kongens Nytorv, hos A. W. Möller, Bat. Adjutant vid Norra Kind: frivilliga Skarpskytteförening".⁷¹

Det var ikke kun svenske frivillige kombattanter, hvoraf specielt nogle svenske skarpskytters hjælp var lovprist,⁷² for også nordmænd og fin er meldte sig som frivillige på dansk side. På lazaretterne var der ligeledes skandinavisk assistance i form af læger og lægestuderende.⁷³ Nordmændene sendte læger, som ikke kun skulle assistere, men også observere med henblik på erfaringsopsamling [8]. På dansk side deltog 10 norske og 16 svenske læger [4]. De norske korpslæger Reymert [8] og Martens [28] samt kompagnikirurgerne Schiøtz og Koren [20] deltog som aktive læger tæt på fronten.⁷⁴

Følgende notits illustrerer krigens barske vilkår: "Den svenske Lieutenant Vetzholz, der haardt saaret faldt i Fjendens Hænder i Træfnin-gen ved Lundby og blev indlagt paa det preussiske Lazareth i Hobro, hvor han, som tidligere meddeelt, skal have faaet begge Armene ampu-terede, er nu ifølge et Privatbrev fra Hobro afgaaet ved Døden Natten imellem den 27de og 28de Juli".⁷⁵

Også en svensk dyrlæge blev sendt til Danmark for at følge med kavaleriet i felten og studere hestenes sygdomme, og hvordan man helbredte sårede heste på feltfod.⁷⁶

Dødstal

Tabel 11. Der var en passende stor forskel i den relative dødelighed mellem officerer og menige [2 Bind 1, s. 92].

	Antal menige	Antal officerer	Antal menige for hver officer
Antal kombattanter	68.855	1.431	48
Ramt af fjendtlig ild	5.184	222	23
Død ved fjendens våben	2.145	102	22
Død af sygdom	684	6	14
Ikke-sårede krigs- fanger	6.909	91	76

Tabel 12. Tabstal [2 Bind 1, s. 96-97].

	Totalt antal	Heraf officerer	Antal menige for hver officer
Desertører	130	1	129
Savnet mandskab fra her- tugdømmerne	880		
Sårede, ikke døde af såret	1.944	119	15
Faldne	610	61	9
Døde som følge af sår	836	41	19
Døde af sygdom	820	6	136
Døde blandt de savnede sandsynligvis	812		
Selv mord, vådeskud, drukning, ulykker	20		
Krigsfanger, ikke-sårede	7.030	90	77
Krigsfanger, sårede	1.207	52	22
I alt	14.289	370	39

Der var således en overdødelighed af sygdom blandt de menige i forhold til offic skorpset, men til gengæld en underdødelighed ved skudlæsioner. Ligeledes var døde blandt de tilfangetagne menige også overrepræsenteret (tabel 11). På alle parametre lå kavaleriet under infanteriet, så det var mere sikkert at være offic til hest end blandt fodfolket, mens artilleristerne lå midt imellem. Tallene viser også, at 40-45% af de ramte af skud døde efterfølgende [2 Bind 1, s. 93].

Det var et problem med værnepligtige fra hertugdømmerne, hvis loyalitet blev sat på en hård prøve, hvorfor mange forsøgte at desertere fra den danske hær (tabel 12).

Diskussion

Givet krigssituationen skal man ikke tage alle skrivelser i de danske dagblade for objektive endsige repræsentative vidneudsagn, men det er nu engang en del af det tilgængelige kildemateriale. Mange notitser var nøgterne, summerende, mens specielt de længere artikler var ret lyriske. Der er ingen tvivl om, at det var en blodig krig med talrige omkomne og sårede, hvortil kom mange overlevende med varige men. Til trods for de mangelfulde oplysninger er det påfaldende, at så mange af de indlagte på lazarettet døde af tyfus, hvilket kun understreger, at det er sammenstuvningen af folk, der udgør en stor fare for infektøse sygdomme.

I dag springer mindst to ting i øjnene. Den ene er standsforskellen i indkvartering og forplejning i lejrene og behandlingen af tilfangetagne offic er på den ene side og befalingsmænd og menige på den anden. Den anden er det hårrejsende syn på de kvinder, som tilbød deres hjælp til krigens mandeverden, til trods for det opslidende arbejde.

Krigen i 1864 var mere blodig end treårskrigen 1848-1851 trods dens kortere varighed. I 1864 måtte mindst halvdelen gang så mange gennemgå en amputation af arm eller ben sammenholdt med treårskrigen. En af årsagerne til dette tilskrives våbenteknologiens udvikling, så de sårede i højere grad blev skadet af granater, da artilleri spillede en

langt større rolle. Af amputationerne var ca. dobbelt så mange nødvendiggjort på grund af granatsår som efter kuglesår. Hannover er i det hele taget ret kritisk over for håndteringen af de syge og sårede, specielt under de gentagne evakueringer, og mener, at disse forhold har medvirket til at forværre udkommet [3]. Dette afstedkom kritiske og lettere sarkastiske kommentarer fra stabslæge Djørup [29] og overlæge ved ambulancerne og ved lazarettet i Svendborg August Thornam (1835-1880) [30].

Joseph Lister (1817-1912) brugte karbolsyrespray under operationer i 1865 men publicerede først resultaterne i 1867.⁷⁷ Derfor endte selv teknisk velgennemførte operationer alligevel tragisk med dødsfald grundet sepsis, sårfeber, koldbrand og efterblødning [4]. Det er med nutidens øjne også bemærkelsesværdigt, at bandager blev vasket og genbrugt. Forholdet mellem overlevende og døde efter amputation var i 1864 67:33, mens det i treårskrigen var 61:39, så der var en lille forbedring i kirurgisk teknik [13].

Litteratur

1. Cohen V. Krigen 1864 og de faldnes Minde. København: Gad, 1865.
2. Generalstab. Statistiske Meddelelser angaaende den danske Krigsmagt: Udarbejdede ved og med Krigsministeriets Tilladelse udgivne af Generalstab. København: J.H. Schultz, 1867.
3. Hannover A. Invaliderne fra Krigen 1864 af den danske Armees og Flaades Underklasser. Ugeskrift for Læger 1865;2. Række, 43:33-48.
4. Marckmann A. Behandling og pleje af syge og sårede danske soldater i 1864-krigen. Bibliotek for Læger 2011;208:190-218.
5. Allers illustrerede Konversationsleksikon. Lütken G, ed. København: Carl Allers Etabl., 1892-1899.
6. Sonne O. Autoplastik af underansigt efter den italienske metode. Buntzens behandling af et offer fra slaget ved Helgoland 9. maj 1864. Dansk Medicinhistorisk Årbog 2019;47:35-56.
7. Marckmann A. Den menige infanterist i 1864-krigen. Sønderjydske Årbøger 2013;125:6-88.
8. Reymert T. Indberetning fra korpslæge TD Reymert efter et besøg ved den danske armee 1864. Norsk militært tidsskrift 1865;28:197-210.
9. Clausen HV. Detlef Nielsens Erindringer fra 1864. Sønderjydske Årbøger 1929;41:1-34.

10. Petersen ES. Vækst og demokratisering 1848-1914. I: Busck S, Poulsen H, eds. Danmarks historie – i grundtræk. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2002:243-303.
11. Skram E. D. G. Monrad og Tilbægetoget fra Dannevirke. II. Sønderjydske Årbøger 1925;37:16-95.
12. Saugman E. Den danske hærs lægevæsens oprindelse og udvikling gennem tiderne. København, 1955.
13. Djørup. Om de sanitære Forhold ved den danske Armee i 1864. Bibliotek for Læger 1865;5.Rk, 10.B:1-70.
14. Mangor AM. Kogebog for Soldaten i Felten. København: Thi les Bogtrykkeri, 1864.
15. Norrie JWG, Voldbye VT. Løjtnant Voldbyes breve fra 1864. I. Sønderjydske Årbøger 1961;73:80-104.
16. Norrie JWG, Voldbye VT. Løjtnant Voldbyes breve fra 1864. II. Sønderjydske Årbøger 1961;73:105-20.
17. Olrik K. Kaptajn Nørgaards Dagbog fra 1864. Sønderjydske Årbøger 1940;52:257-92.
18. Instruction for det underordnede personale ved sundhedstjenesten i felten. Kjöbenhavn: Thi les Bogtrykkeri, 1863.
19. Bestemmelser for ind- og udskibning af tropper m.m. Kjöbenhavn: Thi les Bogtrykkeri, 1861.
20. Koren G. Indberetning fra Kompagnikirurg G. Koren. Norsk militært tidsskrift 1865;28:211-27.
21. Slettebo J. Fotograferne og krigen i 1864. Sønderjydske Årbøger 1989;101:213-34.
22. Bork D. Sygepleje på lazaretter i 1864. Kaiserswerth-diaconisser i Haderslev. Langs fjord og dam 2004;25-33.
23. Bork D. Diaconisser i lasaretleje 1864. Sønderjysk månedsskrift 2004;283-91.
24. Bork D. Sygepleje i fredens tjeneste. Sønderjydske Årbøger 2007;119:105-50.
25. Bork D. Sygepleje på tværs af nationale modsætninger. Sygeplejersken 2004;104(34):44-8.
26. Dietz SM. Køn, kald & kompetencer. Diaconissestiftelsens kvindefællesskab og omsorgsuddannelser 1863-1955. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2013.
27. Drachmann AG. Om Resektion af Skulder- og Albueleddet efter Skudsaa. Ugeskrift for Læger 1865;2. Række, 42:49-74.
28. Martens DG. Rapport fra korpslæge DG Martens efter et besøg ved den danske armee 1864. Norsk militært tidsskrift 1865;28:59-71.
29. Djørup M. I Anledning af Prof. Hannovers Afhandling "Invaliderne fra Krigen 1864". Ugeskrift for Læger 1865;2. Række, 43:362-4.
30. Thornam A. I Anledning af Prof. Hannovers Afhandling om Invaliderne. Ugeskrift for Læger 1865;2. Række, 43:394-9.

Noter

1. <http://gravminder.blogspot.com/search/label/1864> (17-04-2021).
2. Dagbladet 1864, 18. januar, s. 1.
3. Dagbladet 1864, 18. januar, s. 2.
4. Dags-Telegraphen 1864, 15. marts, s. 2.
5. Th sted Amtsavis 1864, 20. februar, s. 2-3.
6. <https://danmarkshistorien.dk/leksikon-og-kilder/vis/materiale/krigsministeriets-instruks-til-general-de-meza-13-januar-1864/> (21-10-2021). https://da.wikipedia.org/wiki/2._Slesvigske_Krig (25-04-2021).
7. Fyens Stift tidende 1864, 7. juni, s. 1.
8. Stabslæge for hæren 1863-1873.
9. Flyve Posten 1864, 11. januar, s. 2.
10. <https://ordnet.dk/ods/ordbog?query=charpi> (02-05-2021).
11. Lolland-Falsters Stift tidende 1864, 15. februar, s. 4.
12. Lolland-Falsters Stift tidende 1864, 19. januar, s. 1.
13. <https://ordnet.dk/ods/ordbog?query=kantonnement%20> (05-08-2021).
14. Fædrelandet 1864, 2. august, s. 3.
15. Hospitals-brand er en sår sygdom, der især tidligere var almindelig på lazaretter; sår difteritis (*Gangræna nosocomialis*). <https://ordnet.dk/ods/ordbog?query=hospitalsbrand&t=ab=for>.
16. Militært slang for sanitetspersonale.
17. En brigade bestod af fi e bataljoner, som hver bestod af fi e kompagnier. I alt ca. 3.500 mand.
18. På det i 1863 indviede Kommunehospital i København regnede man med 31 m³ luft per patient på fle sengsstuer og 46 m³ på enkeltstuer [Dansk Sygeplejehistorisk Museum].
19. Hypovolæmisk shock skyldes tab af væske eller blod fra karbanen og/eller omfordeling af blodvolumet.
20. Den første Geneve-konvention blev vedtaget 22. august 1864. Henri Dunant (1828-1910) havde allerede i 1863 afholdt internationalt møde i Geneve, og den dengang dannede komite sendte "den belgiske kaptajn Van de Velde til Danmark for at inspicere det danske sanitetsvæsens omsorg for de sårede". Trods en meget uvenlig modtagelse rapporterede han tilbage med stor anerkendelse af sanitetstjenesten på alle niveauer [12 s. 155]. https://en.wikipedia.org/wiki/International_Red_Cross_and_Red_Crescent_Movement#The_International_Conference_1863 (25-11-2021).
21. Dags-Telegraphen 1864, 5. marts, s. 1.
22. <https://karetmager.dk/henry-fi-e-hofvognfabrikant/> (15-05-2021).
23. Bornholms Avis 1864, 2. juli, s. 2.
24. Flyve Posten 1864, 27. februar, s. 2.
25. Silkeborg Avis 1864, 8. februar, s. 2. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 18. april, s. 2. Aalborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 24. marts, s. 2.
26. Dags-Telegraphen 1864, 16. marts, s. 2.

27. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 20. april, s. 2.
28. <https://da.wikipedia.org/wiki/Kommercel%C3%A6t> (09-07-2021).
29. Muligvis Herman Axel August Silfverberg (1815-1885).
30. Aalborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 23. februar, s. 2.
31. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 19. april, s. 2.
32. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 20. april, s. 2.
33. Bygningen huser nu Østre Landsret.
34. Aalborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 10. oktober, s. 1.
35. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 27. december, s. 2.
36. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 8, 12, 15, 22 og 29. februar, 3. og 6. marts, 11. juli. Flyve Posten 1864, 22. og 27. februar. Fædrelandet 1864, 1. marts.
37. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 12. februar, Tillæg s. 1.
38. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 3. marts, s. 2-3.
39. Aalborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 9. juni, s. 1.
40. Bornholms Avis 1864, 4. august, s. 3.
41. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 22. februar, Tillæg s. 1.
42. Fædrelandet 1864, 2. marts, s. 2.
43. Fædrelandet 1864, 5. marts, s. 3.
44. Svendborg Amtstidende 1864, 25. juni, s. 3.
45. Empyem, betændelse i lungehinderne. Det kræver ofte dræning.
46. På militærsporg: evakuation.
47. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 18. marts, s. 1.
48. Lolland-Falsters Stift -Tidende 1864, 19. april, s. 1.
49. Friskolebygningen kom senere i spil under koleraepidemien. "Byraadet besluttede efter Kommissionens Begjæring at stille Friskolebygningen i Paradisgade til Disposition i Tilfælde af, at Kolera skulde udbryde epidemisk, hvorimod man vedtog foreløbig ikke at træffe Bestemmelse om Anskaffelse af Telte eller Træbarakker til Brug enten til Optagelse af Syge eller efter Omstrændighederne ved Evakuation af befængte Huse. <https://www.aarhusarkivet.dk/records/000187645#downloads> (07-07-2021).
50. Aalborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 2. juni, s. 1-2.
51. Aarhuus Stift -Tidende 1864, 20. juli, s. 2.
52. Viborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 3. november, s. 4.
53. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 31. oktober, s. 1.
54. Gammelt udtryk for trachom.
55. Jacob Christian Bendz (1802-1858).

56. Aarhuus Stifts- idende 1864, 9. januar, s. 2.
57. Fædrelandet 1864, 22. marts, s. 3.
58. Morgenposten 1864, 10. august, s. 3.
59. Nota Salomon (1823-1885).
60. Niels Johan Tønder (1885-1925). Aalborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 8. marts, s. 3.
61. Johan Christopher Seehusen Schade (1827-1913).
62. Formentlig Frederik (Fritz) Christian Ludvig Bergmann Larsen (1839-1916).
63. Lægefortegnelserne indeholder en Sophus Christian Julius Hein (1814-1881). Han havde praksis i Odense men ingen omtale af deltagelse i krigen. Historiecenter Dybbøl Banke har transskriberet *Rapport ved brigadechef oberst Peter Ulrik Scharffenberg* (https://1864.dk/arkivet/?obj_id=3870&breadcrubs=YTo0OntpOjA7czo0OiI0ODMyIjtpOjE7czo0OiIzODM2IjtpOjI7czo0OiI0MDYyIjtpOjM7czo0OiIzODcwIjlt9). I forbindelse med tilfangetagelsen af overlæge Michaelsen nævnes underlæge Hagn. Dirck Dirksen Hagn [-Ueincke] (1827-1901). Han deltog i felttoget i 1864 med 9. infanteriregiment. Det er derfor mest sandsynligt, at avisens angivelse er forkert.
64. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 25. april, s. 2.
65. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 28. april, s. 2.
66. Fædrelandet 1864, 6. maj, s. 2.
67. Viborg Stift tidende og Adresse-Avis 1864, 25. juni, s. 3.
68. Svendborg Amtstidende 1864, 6. maj, s. 3.
69. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 2. juli, s. 2.
70. https://biografiskleksikon.lex.dk/A._Hannover (19-09-2021).
71. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 18. februar, s. 5.
72. Flyve Posten 1864, 15. marts, s. 2.
73. Den til Forsendelse med de Kongelige Brevposter privilegerede Berlingske Politiske og Avertissementstidende 1864, 2. juli, s. 1.
74. Horsens Avis eller Skanderborg Amtstidende 1864, 5. marts, s. 2.
75. Sydfynske Tidende 1864, 2. august, s. 2.
76. Th sted Amtsavis 1864, 29. marts, s. 2.
77. https://en.wikipedia.org/wiki/Joseph_Lister (26-09-2021).

Summary

Health and illness among the soldiers during the Second Schleswig War

Ole Sonne

The war between Denmark and Prussia/Austria during the winter and spring of 1864 was rather bloody. Many soldiers on both sides fell on the battlefield, others were wounded and died from their wounds after being evacuated to the many primary lazarettes or even after being transferred to second and third line lazarettes. There is no detailed statistics, but typhoid fever was the cause of at least a quarter of the deaths in the lazarettes. In the available material almost half (47%) have no diagnosis at all, and for 11% only "Illness" is stated as the cause of death. Therefore, there may be cases of typhoid fever in these categories that are simply not reported. Other diseases of the abdominal cavity were predominantly peritonitis. Tuberculosis, pneumonia, measles, and other infectious diseases, including venereal diseases, are also given as a reason. A total of 2,930 Danes died in this war.

Socialoftalmologiens og blindesagens historie i Danmark

Jesper From

Det første blindeinstitut i København 1811

Historien om oprettelsen af et blindeinstitut i København ligner på mange måder forholdene i det øvrige Europa. I Paris havde Valentin Haüy (1745-1822) oprettet et blindeinstitut i 1785, som var blevet kendt vidt omkring. En gruppe af filantroper med pionerånd følte sig inspireret af disse idéer og gav sig herefter i kast med den samme opgave i København. Som følge af de danske samfundsforhold og de lokale forhold i København fik udviklingen her til lands dog sit eget særegne forløb. Denne artikel fokuserer primært på udviklingen i København, da hovedstaden var det geografiske tyngdepunkt i den danske blindesags historie.

Kjæden og Mændene bag det første Blindeinstitut

Det var en privat forening, Kjæden eller Kjædeordenen, en loge med rødder hos frimurerne, der i Danmark tog det indledende initiativ [1-3]. Kjæden var officielt dannet 27. november 1774, men havde rødder længere tilbage i tiden. Mange af Kjædens medlemmer var betydningsfulde borgere i samfundet med tilknytning til hoffet, men almindelige mennesker kunne også være medlemmer. Et særligt kendetegn ved Kjæden var, at den tillod kvindelige medlemmer (kjædesøstre). Allerede i 1774 var 20% kvinder. I dag er over halvdelen af medlemmerne



Det første Blindeinstitut (1811-1812) lå i lejede lokaler i Aabenraa matrikel 248 (i dag nummer 32-34). Bygningen var i 1811 en præstebolig tilknyttet den Fransk-reformerte kirke billiggende over for Rosenborg. Lejemålet blev opsagt allerede efter et år. (Foto: Forfatteren)

▷ Frederik Christian Brorson (1768-1847) var hovedmanden bag det danske Blindeinstitut. Det var ham, der foreslog Kjæden at gøre Blindesagen til ordenens filantropiske projekt, og han kom også til at spille en vigtig rolle i opbygningen og ledelsen af det første Blindeinstitut i København. Han var søn af en sognepræst fra Døstrup i Ribe Amt. Han blev cand.theol. 1792. I 1793 blev han kapellan ved Garnisonskirken og i 1815 sognepræst samme sted. Ved siden af sin præstegerning havde han pædagogiske interesser og brugte megen tid på undervisning. Udover at undervise konfirmander, arbejdede han som privatlærer (huslærer). I forbindelse med sit arbejde mødte han blinde elever, hvilket formentlig har været en del af hans motivation for at gå ind i Blindesagen. I 1806 blev han ansat hos hæren som lærer for artillerikadetterne og fra 1808 for officererne, hvor han underviste i religion, moral og krigshistorie. (Fra [2])

kvinder. Der har dog kun været få kvindelige medlemmer af gouvernementet (bestyrelsen) og få kvindelige stormestre i ordenens historie.

Som andre organisationer af lignende type gav Kjæden sig af med filantropisk arbejde. I begyndelsen blev der ydet sporadisk og lidt tilfældigt i form af donationer til personer, som man af forskellige



grunde fandt værdigt trængende. Man savnede imidlertid et større og mere vedvarende projekt, som man kunne samles om [4]. Ved en selskabsaften i november 1810 udkrev Kjædens stormester, overhofmarskal Adam Wilhelm Hauch (1755-1838), derfor en konkurrence blandt medlemmerne om forslag til et fælles velgørende arbejde. Det blev et forslag fra cand.theol. Christian Brorson (1768-1847), som var kapellan ved Garnisonskirken, der vandt. I Brorsons forslag står der blandt andet: "Jeg tillader mig i anledning af vor ædle prisværdigste Stormesters Opfordring, at foreslaa Oprettelse, eller begynde en Grundvold, hvorpaa kunne oprettes: VIRKSOMHEDENS OG TRØSTENS BOLIG FOR BLINDE. Jeg vil ikke undersøge, hvilken den Sands er, ved Hvis Savn Mennesket føler sig meest ulykkelig, det ligger uden for min Plan. Sikkert erkiender desuden Enhver: *den blinde er meget ulykkelig*. Han behøver en omhyggelig Pleie, bestandig bevogter, gaar intet Skridt uden Ledsager, og er til stor Byrde. Hele verden er skiult for ham i Mørke, han seer ej Solens straalende Pragt, naar den oprinder, ej den milde aftenrødme, naar den er dalet, han skuer ej de tindrende Stjerner, ej Dalens yndige Blomster, Agerens bølgende Sæd, Træets skønne Frugter, han frydes ej ved sine Elskedes Smil, ej ved Vennens Aasyn, er uskikket til de fle te Arbejder. Ja den Blinde er saare Ulykkelig". Det fremgår yderligere af forslaget, at tre blinde konfi mander havde vakt Brorsons medlidenhed og interesse. Ligeledes kendte han til de positive erfaringer fra Paris.

Kjædens stormester syntes godt om forslaget, der også vandt bifald blandt ordenens medlemmer. En succesrig købmand og kjædebroder, Anders Nielsen (1774-1840), påtog sig hurtigt at indsamle donationer blandt ordenens medlemmer og andre københavnere. En anden af ordenens medlemmer, lægen Wilhelm Heinrich Matthias Klingberg (1774-1835), tilsluttede sig som "de Blindes omhyggelige læge" [2]. Endelig tilskrev kong Frederik 6. (1768-1839, konge 1808-1839) sig projektet, som han gerne ville støtte økonomisk. Den 1. juni 1811 åbnede det nye institut. Det havde kongens velsignelse og begunstigelse i form af økonomiske støtte og fik derfor titlen Det Kongelige Institut for Blinde selv om det var en privat virksomhed.

Det første institut og de første blinde elever

Man var fra begyndelsen enige om, at hovedformålet med blindeinstituttet skulle være at gøre de blinde til nyttige samfundsborgere, og at det ikke skulle være et asyl, men et sted for uddannelse og arbejde. Man enedes derfor også om, at alderen for optagelse helst skulle være 11 år (i praksis 10-12 år), at man kun ville optage de "stokblinde" og ikke de "øjensvage" og ligeledes ikke blinde med utilstrækkelige åndsevner. De første tolv elever blev udvalgt i dagene mellem 1. og 10. juni 1811 ud fra en liste over 19 blinde, som enten var indlagt på Almindeligt Hospital, Sankt Hans Hospital eller hørte under fattigvæsenet. Det var Klingberg, der sammen med Brorson og to lærere ved Søetatens skoler, Lauritz Kruse og Johannes Borch, stod for udvælgelsen [4]. I Tidsskriftet *Journal Udgiven til Fordeel for Blinde*, som udkom i perioden 1811-1822, og som hovedsageligt blev skrevet af Brorson og Klingberg i fællesskab, kan man læse om instituttets første tolv elever [5]. Brorson skrev en levnedsbetegnelse og Klingberg en vurdering af elevens synsbeskrivelse og dens årsag.

Man lagde vægt på, at eleverne indtil de fra 11-års alderen kunne optages, lærte manerer og personlig hygiejne hos forældrene, og at de lokale skolelærere, hvis det var muligt, lærte dem noget hovedregning samt alfabetet ved brug af træklodser med snittede bogstaver. Uddannelsestiden i instituttet anslog man til 7-8 år. Instituttet var et tilbud og en mulighed – ikke en rettighed. Man skulle derfor ansøge om optagelse. Den almindelige undervisningspligt, som blev indført i 1814, og som fra 1817 også omfattede døvstumme, kom først til at gælde for blinde i 1926.

Det første institut var beliggende i Aabenraa matrikel 248 (nummer 32-34) i den reformerte kirkes præstegård. Der lå det kun ét år. Der kom en opsigelse fra Mikkelsdag (29. september) 1812. For at opnå en mere varig løsning på lokalsituationen købte man i 1812 en gård på hjørnet af Store og Lille Heiliggejstgade (i dag Niels Hemmingsensgade og Valkendorfsvej). Pladsforholdene var her bedre, og antallet af elevpladser udvidedes til 24, 12 fripladser og 12 pladser

Klingberg skrev: “W. Hennerts Øie er aldeles ødelagt af Kopperne, saa at der ikke engang er noget Spor af den giennemsigtige Hornhinde. Det høire Øie er ikke saa gandske desorganisert, at man jo kan skimte denne Hornhinde, hvorigiennem lysstraalerne skulle falde ind i Øiet; men den er her saa fordunklet overalt, at ikke mere lys kan trænge derigiennem, end netop saa meget, at han kan skimte Forskiellen mellem Nat og Dag. Desværre er denne Fordunkling af Hornhinden (leucoma) saa betydelig og der er saa mange midler forsøgte mod den Forgjæves, at man ikke haab kan have om at formindske den”. Om forløbet op til blindheden skriver Brorson: “Han er fød 1793 den 8. julii. Hans Fader, som tante hos Professor Juul, røvede Døden ham i hans 5te Aar. Da han var Aar gammel mistede han sit Øie i Kopperne; i sit syvende Aar kom han i Garnisons Skolen, men besøgte den kort, thi Aaret 1801 sad han Fastelavns Søndag og saa sin syvaarige Halvsøster, som klippede med en Sax. Pigen gjør under Arbeidet en uforsigtig Bevægelse med Saxen og stak den ind i Drengens sunde Øie. Der flød Strax meget Vand, dog kunde han endnu see og gik ud. Den skarpe Luft angreb det saarede Øie – det inflammerede. Nu bragtes han paa Frideriks Hospital, og efter tre Fierdings Aars Kuur af spanske Fluor, Igler, Salvation, forlod han Sygestuen uden Haab om at faa det tabte Syn igien. Drengen blev vel noget bedrøvet over sit Uheld, men det ubekymrede barnlige Sind lærer snart at finde sig i sin Skiebne, især naar Naturen saa muntre Livsaander som den forundte min Wilhelm. Imidlertid naade Wilhelm sit 15de Aar uden at modtage nogen Undervisning, og uden at lære noget Haandarbeide. Nu bragtes han i Nicolai Fattigskole, sad der og hørte til; Skolelærer Friis tog sig særdeles af ham, og han meldte sig i Efteraaret 1810 hos mig, for at nyde undervisning blandt mine Konfirmationer.” Afslutningsvist hedder det “Han er tilfreds med sin Skiebne og erkender det som en Lykke, at han engang har kunnet see, thi nu har han dog Forestilling om Farverne, som de Blindfødte savne. Mærkeligt nok er det, at han i Drømme ofte klarligen seer Gienstande, som først i hans blinde Tilstand ere blevne ham bekiendte og altsaa ei kunne være reminiscenser fra den Tid, da han kunde see. Phantasien danner sig Billeder, uagtet Øinene nægte Tieneste; men om de altid ere de rigtige bliver en anden Sag” [5].

med en vis egenbetaling. Bygningen var stor nok til, at den samtidig kunne rumme Kjædens ordenslokaler. Blindeinstitut og ordensbolig fik således samme tilholdssted [4]. I 1812 lavede danske kancelli en optælling, der viste, at der i Danmark, Norge og Slesvig-Holsten befandt sig ca. 2.400 blinde. Det vil sige, at instituttet kunne optage 1%! Til trods for den begrænsede kapacitet var elevtallet indtil 1858 sjældent meget højere end 18-20. Optagelsesalderen på ca. 11 år har selvfølgelig

begrænset antallet af ansøgere men også, at rige familier foretrak at betale for privat undervisning. Derudover har manglende kendskab til stedet eller bevidst fravalg af at sende børn til København spillet ind. Den begrænsede egenbetaling for dem, der ikke blev omfattet af de 12 fripladser, har også været en barriere for de mindre velhavende.

I perioden 1811-1858 havde instituttet i alt 174 elever, 100 drenge og 74 piger. De fleste kom fra Danmark, 12 var fra Slesvig-Holsten, en enkelt fra Italien og en fra Vestindien og ingen fra Norge, Færøerne, Island eller Grønland. Hvordan det gik eleverne på længere sigt ved vi ikke med sikkerhed. Ved 50-års jubilæet i 1861 var kun en (Cicilie Jens Datter) af de første 12 elever endnu i live, hvilket kan tyde på, at kun få overlevede til 60-års alderen [3]. I en statistik fra 1867 baseret på indberetninger fra politiet i København, sognepræster og biskopper oplyses det, at 55 forhenværende elever fra det ældre blindeinstitut (før 1858) var i arbejde. De fleste var beskæftigede med enten spinding eller strikning, en mand var blevet organist og musiklærer, en anden violinist og musiklærer, en tredje ejer af et legebibliotek og en fjerde landpostbud [1].

Blindeinstituttets organisering og økonomi 1811-1858

Brorson havde foreslået, at Blindeinstituttet skulle ledes af Kjædens Gouvernement, og således blev det. Gouvernementet kunne imidlertid ikke stå for den daglige drift og tilsyn. Derfor oprettedes to underbestyrelser (kommissioner), en undervisningskommission og en økonomikommission [2,4]. Anders Nielsen blev leder af økonomikommissionen og Brorson leder af undervisningskommissionen. Klingberg blev tilknyttet som instituttets læge og havneskriver Niels Røhr Gad (1777-1816) blev tilknyttet som regnskabsfører [4].

Instituttets indtægter var, i al den tid det blev drevet af Kjæden, baseret på frivillige bidrag. Udgifterne blev desuden holdt nede ved brug af frivillig, ulønnet arbejdskraft og donationer af naturalier. Startkapitalen, som Anders Nielsen havde indsamlet, var på 10.900

rigsdaler. Den største faste bidragsyder var staten (Frederik 6.), der indtil statsbankerotten i 18B tegnede sig for et årligt bidrag på 1.000 rigsdaler. En række donationer af brugsgenstande holdt udgifterne nede. Kongen lod gentagne gange hærens Klædefabrik levere en rulle klæde, Hauch donerede en cello, Anders Nielsen en harpe, seks spin-



derokke, seks senge og forskellige andre møbler. Københavns borgere og handlende gav sko, hatte, klæder og møbler. En apoteker, hofapoteker Gottfried Becker (1802-1880), leverede i nogle år gratis medicin. Fra beværtninger og markeder i København modtog man gratis eller billige fødevarer. Der var indledningsvis noget uenighed i bestyrelsen om, hvorvidt eleverne kun skulle tilbydes middagsmad eller fuld forplejning, men i november 1811 lød det om fuld forplejning [4].

Efter statsbankerotten i 1813 blev det årlige bidrag fra kongen pauseret og siden nedsat til 500 rigsdaler, hvilket udfordrede økonomien. I søgen efter nye indtægtskilder begyndte instituttet i 1814 at afholde støttekoncerter for Kjædens medlemmer. I 1817 fik man via læge Johann Ryge (1780-1842), som var teaterdirektør på Det Kongelige Teater en aftale om at afholde årlig "Aftenunderholdning og sceniske Forestillinger". Koncerterne på Det Kongelige Teater var en god indtægtskilde, som indbragte 500-1.000 rigsdaler og undertiden mere end 1.000 rigsdaler. Koncerterne foregik med få undtagelser frem til

◁ Adam Wilhelm Hauch (1755-1838) var Kjædeordenens stormester (1798-1838) på det tidspunkt, hvor ordenen besluttede, at den ville virke for Blindegaderne. Han var søn af en generaløjtnant og gik ligesom denne militærvejen. Hauch var soldat i den lange fredsperiode (1720-1801), hvilket han fandt kedsommeligt, og han ansøgte derfor kongen om tilladelse til at deltage som frivillig i den Bayerske Arvefølgekrig 1778-1799, hvor han udviste 'Mod og Dristighed'. I 1782 blev han major, i 1783 staldmester og i 1794 hofmarskal. Hauch var en meget alsidig mand, og ved siden af militærlivet havde han mange interesser. Han interesserede sig meget for naturvidenskab og var i 1788 på rejse rundt i Europa for at knytte forbindelse til forskellige videnskabsmænd. Han deltog ligeledes med hæder i forsvaret af København i 1801 og 1807. Ved hoffet var man opmærksom på hans administrative evner. Han var af den grund chef for det Kongelige Teater 1794-1798 og 1801-1811, for Kunstkammeret fra 1802 og for Mønt- og Medaljesamlingen fra 1803. Ved oprettelsen af Blindelinstitutet i 1812 fik man her gavn af hans administrative og organisatoriske evner. (Frederiksborg Nationalhistorisk Museum. Foto: Forfatteren)

1847, hvor en blind pige blamerede sig ved at gå i stå på scenen. Det gav negativ omtale i pressen, og herefter stoppede man og genoptog ikke siden koncerterne.

Undervisning og dagligdag 1811-1858

I 36 år fra 1811 til sin død i 1847 havde Brorson sin daglige gang i Aabenraa og Niels Hemmingsensgade. Af fast ansat og lønnet personale var der kun en 'hegemoder' (forstanderinde), et bud og et par håndarbejds lærerinder. Eleverne mødte klokken 5 (om vinteren klokken 7) til morgenmad, der var undervisning 6-12, middagspause 12-14, undervisning igen 14-18, herefter lettere håndarbejde 18-20 og aftensmad 20-22. Indtil november 1811 boede de blinde hos deres familier eller i fattigvæsenets institutioner, men på grund af relativt høje udgifter til ledsagelse (68 rigsdaler årligt), tilbød man dem derefter fuldt ophold i instituttet.

Undervisningsplanen ændrede sig i årenes løb. Ser man på året 1811-1812 bød den på læsning og skrivning 1 time 2 gange ugentligt, og det gjaldt ligeledes geografi, historie og kristelig moral. Resten og størstedelen af undervisningstimerne blev udfyldt af håndarbejde og musik. Man fremhævede musikkens centrale plads i undervisningen, idet den var "en af de faa Kilder til Livsnydelse og til Trøst i Livets Sorger" og "et vigtigt Middel til et Erhverv" [4]. Musikundervisningen bestod hovedsagelig af undervisning i sang samt fløjte-, violin- og klarinet spil, i enkelte tilfælde guitar- og orgelspil og fra 1853 klaver spil. Håndarbejde-undervisningen bestod af spind, strikning, knytning, paparbejde og kurveflekning, i længden bibeholdtes kun spind og strikning. Omkring 1837 blev man opmærksom på betydningen af gymnastik, og den kendte gymnastikpædagog Franz Nachtegall (1777-1847) udformede på Bestyrelsens opfordring et udkast til en plan for gymnastikundervisning og øvelser, som de blinde kunne udføre uden fare for sig selv eller andre [3].

I instituttets første år (1811) stod Daniel Fürst for undervisningen

i læsning og skrivning. Han var den eneste af de frivillige lærere, der havde erfaringer fra instituttet i Paris og således ikke var amatør. Efter et år overtog kaptajn C.F.V. Bentzen (1782-1813) undervisningen. Man rådede ikke over reliefbøger og et trykkeri. Undervisningen foregik derfor med noget særligt tykt papir, i hvilken eleverne med en split



Wilhelm Heinrich Matthias Klingberg (1774-1835) var ifølge Sven Poulsens jubilæumsskrift fra 1911 "De Blindes omhyggelige Læge". I arkivet på Medicinsk Museion findes dette tegnede selvportræt, som så vidt vides, ikke har været offentliggjort tidligere. På tegningen står der skrevet "Jeg selv som fattiglæge på Christianshavn 1806". Det har formentlig ikke været et tilfælde, at Klingberg en stor del af sin karriere valgte at arbejde som professor i anatomi ved Kunstakademiet. Han var en dygtig tegner. (Medicinsk Museion)

kunne ridse bogstaverne og bagefter føle dem. Derudover anvendtes udskårne træbogstaver, som man kunne lægge op i tavler og bruge til at lave øvelser i retstavning [3]. Læseundervisningen var de facto en kombination af højtlesning og udenadslære. Samlet set var undervisning i læsning og skrivning noget underprioriteret. Brorson begrundede dette med, at metoderne til at lære blinde disse færdigheder var 'kunstige'; om dette virkelig var hans holdning, eller om problemet måske også var mangel på ressourcer, både lærerkræfter og materialer, kan man kun gisne.

Brorson skriver selv: "Den menneskekierlige Prof. Haüy i Paris lærte sine blinde at læse ved Følelsen: med Fingerspidserne berørtes nemlig de ophøiede Bogstaver – caractères en relief – Bogstaverne bleve trykte paa fi t pappapiir; og kun paa den ene side. Denne methode er kunstig, men vanskelig. Læsning ved Følelsen gaar desuden saare langsomt, da de maa mærke hvert Bogstav førend Ordet kan sammensættes. Hertil hører altså: 1. megen Tid, 2. megen Rum, 3. megen Bekostning". I 1852 blev det et vigtigt kritikpunkt mod instituttet, at læsefærdighederne blandt eleverne var dårlige. I geografi anvendte man relieflandkort, hvor man brugte limvand overstrøet med sand til markering af søer og fl der og garn til markering af landegrænser.

I en kort status om Blindeinstituttets første år og erfaringer skrev Brorson: "Det havde røbet mangel af Erfaring, dersom vi havde overladt os til det haab, at de Blinde just altid skulde komme os i møde med Skønsomhed og Lærvillighed. Vi ventede, at deres lange Uvirk-somhed, deres hidtil førte levemaade, da de vare uafhængige, og ingen fordrede nyttig Anvendelse af deres Kraft og Tid ville lægge Hindringer i veien for vore Bestræbelser. Men vi blandede det Behagelige med det nyttige; vi glemte aldrig Blinde ere Ulykkelige, bære over med deres svagheder og viiste dem venligen til Rette. Store Tienester kunne vi ei altid vise dem, men altid Venlighed, Blidhed og Deeltagelse" [5].



Da Kjødeordenen i 1812 blev opsagt fra sit lejemål i Aabenraa 248 flyttede de til en gård bag ved Helligåndskirken og lige ved Gråbrødre Torv på hjørnet af Store Heiliggejststræde og Lille Heiliggejststræde (senere Niels Hemmingsensgade nummer 24). Bygningen, der oprindeligt var et kloster, fungerede både som Blindeinstitut og samtidig ordensbolig for Kjødeordenen. Da staten i 1858 overtog undervisningen af de blinde, fortsatte stedet som Blindehjem og ordensbolig i 11 år, indtil man i 1869 flyttede til Klerkegade. (Fra [2])

Lægerne ved det første Blindeinstitut

Klingberg blev som nævnt instituttets første læge. Han var professor i anatomi ved Kunstakademiet men havde så vidt vides ikke nogen særlig interesse for øjensygdomme eller blindhed. Formentlig havde han, udover interessen for anatomi, stor interesse for tegning. Filantropisk virkelyst og pligtfølelse over for Kjøden var formentlig årsagen til, at han valgte at tiltræde posten som instituttets første læge i 1811. Klingberg besad posten frem til 1824, hvor han blev stabsskirurg og medlem af Sundhedskollegiet (senere Sundhedsstyrelsen). Herefter overtog H.C.M. Gottschalck posten frem til 1869.

I den tid, Kjæden drev Blindeinstituttet, synes lægefunktionen at have været en huslægefunktion, snarere end en øjenlægefunktion. Undtagelsen til dette var dog kirurgen Carl Christopher Withusen (1778-1853), der også var medlem af Kjæden og desuden kongelig hofkirurg og konferensråd. Withusen var den første akademiuddannede kirurg i Danmark, der interesserede sig for oftalmologi [6]. Han havde studeret stæroperationer i Wien hos Joseph Georg Beer (1763-1821), og i 1810 foretog han i sit hjem i Lyngby den første grå stær-operation i Danmark med ekstraktion af linsen [6]. I 1839-1851 foretog han ambulante vederlagsfri stæroperationer for ubemidlede i Blindeinstituttets lokaler. Han opererede ifølge egen opgørelse i alt 41 patienter, hvoraf de 30 genvandt synet [2-4].

Det var et problem, at eleverne opholdt sig i det samme rum, som blev anvendt til både overnatning, undervisning, arbejde og ophold i øvrigt. I 1822 lavede Klingberg og Withusen sammen en rapport om indeklimaet og dets indflydelse på elevernes sundhed. I den hedder det: "Skjönt det er højst rimeligt, at de Blindes beklagelsesværdige Tilstand, der vist ofte, endog under den mildeste Behandling og mest deltagende Omgang, maa foresvæve dem som en tung, ulykkelig Skæbne, netop af denne Grund maa i større eller mindre Grad have Indflydelse paa deres Sundhed og altsaa paa deres Udseende, saa synes dog enkeltes altfor paafaldende blege Udseende, samt hyppige Krampetilfælde, at henpege paa andre Aarsager; vi tillade os i denne Henseende at be-

▷ *Carl Christopher Withusen (1778-1853) regnes af mange for den moderne øjenkirurgis og oftalmologis grundlægger i Danmark. Han var oprindelig regimentskirurg af profession. Derudover var han medlem af Kjædeordenen. I 1810 foretog han i sit hjem i Lyngby den første operation for katarakt (grå stær) med ekstraktion af linsen. Med tiden blev han specialist i den type operationer, og han foretog dem vederlagsfrit for Blindeinstituttet og gav ad denne vej mange især ældre blinde et betydeligt bedre syn. Withusen blev et offer for koleraepidemien i 1853 og døde under denne. (Det Kongelige Biblioteks Billedsamling, DP035123)*



mærke, at Luftens Renhed, som en nødvendig Betingelse for Sundhedens Vedligeholdelse, vanskeligen tilveiebringes, hvor fle e Menesker dagligene ere forsamlede i eet værelse, og give os derfor den Frihed at foreslaa, at Eleverne under deres Arbeide fordeltes i fle e Værelser, fremdeles at det blev dem paalagt oftere at skifte Linned og i særdeleshed Strømper, og at bevægelse i den frie Luft anbefales dem som en Nødvendighed, hvorfra ingen maatte fritages uden paa Grund af Sygdom” [1,4]. Man får indtryk af, at indeklimaet har været dårligt og ligeledes den personlige hygiejne hos de blinde, og at både lokalerne og de blinde elever har lugtet ubehageligt.

Udover beretningerne om Klingbergs iagttagelser i *Journal Udgiven til Fordeel for Blinde* og Withusens operationer er der ikke konkrete oplysninger om, hvad lægens arbejde ved Kjædens blindeinstitut indeholdt.

Blindeinstituttet i København bliver en statsinstitution 1858

Efter at have været drevet af Kjæden i 47 år blev Blindeinstituttet i 1858 en institution under staten. Baggrunden for dette var en kritik af Blindeinstituttet, som begyndte omkring år 1851. Det var de to læger, Nathan Melchior (1811-1872) og Carl Emil Fenger (1814-1884), der tog de indledende skridt [1,3]. Melchior havde tidligt fattet interesse for studiet af øjensygdomme og skrev både licentiaatafhandling og disputats om dette emne [7]. I 1851 deltog han i en øjenlægekongres i Paris og besøgte i den anledning også det franske blindeinstitut. Den 15. december 1851 tog Melchior kontakt til Kultusministeriet (undervisningsministeriet) med andragendet “Motiver til Udkast til Lov om Oprettelsen af et nyt Blindeinstitut”. Kritikken af Blindeinstituttet drejede sig om kvaliteten af blindes undervisning og uddannelse og deres evne til at klare sig arbejdsmæssigt senere i livet. Melchior mente, at de sammenlignet med blinde i udlandet savnede færdigheder i læsning og skrivning. I alle de civiliserede lande kan blinde både læse og skrive,

men ikke i Danmark, konkluderede han – en noget bombastisk og skråsikker konklusion i betragtning af, at den baserede sig på et kort ophold i Paris og et forholdsvis overfladisk kendskab til forholdene i København. Derudover mente Melchior, at der burde tilvejebringes en forbindelse mellem Blindeinstituttet og de ældre voksne blinde ved oprettelse af værksteder og udsalgssteder, hvor de kunne sælge deres produkter [1,3,7]. Kritikken blev fulgt op af Fenger to dage senere. I kraft af sin post som formand for Folketingets fi ansudvalg holdt han en tale i Folketinget, hvor han yderligere tilføjede, at Blindeinstituttet som en privat organisation havde begrænsede muligheder for at hjælpe Danmarks blinde tilstrækkeligt.

Kommissionsarbejde 1852

En kommission bestående af Kjædens bestyrelse og lægerne Nathan Melchior, Carl Emil Fenger og Ole Bang (1788-1877) blev nedsat i juni 1852. Kommissionsbetænkningen *Forslag til en reorganisation af Blindeinstituttet i Kjøbenhavn* kom i december 1852. I den hedder det “Lige-som de seende Børn, naar de forlade Skolen, endnu langt fra ere istand til at fyldestgjøre nogen af de for Menneskene almindelige Livsopgaver, men maa gennemgaa en række af Lærlingeaar, inden de komme saa vidt, at de kunne træde op som virksomme Medlemmer af Samfundet, forsørge sig selv og forsørge en Familie, saaledes ere de blinde Børn i det Øieblik, da de forlade vort Blindeinstitut, aldeles hjælpeløse Mennesker; deres Aand har faaet en vis Udvikling, men hermed kunne de ikke hjælpe sig gennem Livet; de have ogsaa deres Lærlinge-Aar, men i disse er der ingen, som tager sig af dem. Dette er saameget uheldigere, som det er i disse, at den Blinde trænger mest til særegen Undervisning og Veiledning” [9]. Det er tydeligvis, det man med et moderne udtryk ville kalde socialmedicinske betragtninger, der her kommer til udtryk. Der fremsættes klare bekymringer angående de sociale konsekvenser af synshandicappet: “Eleverne have lært at strikke og spinde og nogle af dem have lært saamegen musik, at de derved have opnaaet en respek-

tabel Stilling i Samfundet; men det som herved har været udrettet, er langt fra tilstrækkeligt; Strikning og Spinding ere navnlig noget nær de allerufordelagtigste Beskæftigelser, og det er sikkert kun Faa, som herved ere i Stand til at erhverve sig det Nødvendige, selv naar de have alle deres Sansers Brug, og hvad Musikken angaar, da er det kun ganske Enkelte, der heri have bragt det saa vidt, at de have kunnet skaffe sig en anstændig Stilling; for de fle te som have lært den, er den kun blevet et Hjælpemiddel til Betleri eller en fristelse til Laster”[1].

Kommissionens anbefalinger til et nyt institut i 1852 lød “Instituttet omformes saaledes, at de Blinde her i Landet alle kunne komme til at nyde godt af de i den nyere Tid opfundne Midler til deres Undervisning og Opdragelse”. Der fremhæves følgende punkter: “1. at der virkes for, at de blinde Børn faa Undervisning i tiden før Optagelsesalderen; 2. at Instituttet udvides saa meget, at det kan optage alle blinde Børn fra Danmark og den dansktalende Del af Slesvig, som ønskes oplærte der; 3. at den Bygning, som skal modtage Børnene, faar den for deres fysiske Velvære nødvendige Størrelse og Beliggenhed og forsynes med de for den legemlig Udvikling og Sundheden fornødne Indretninger; 4. at Instituttet gennem en dygtig og vellønnet Forstander, hvis hele Liv er helliget de Blindes Udvikling og Opdragelse og gennem duelige lønnede Lærere og Lærerinder sørger for, at Eleverne erholde al den Aandsdannelse, der kan være til Gavn og Glæde for dem i Fremtiden; 5. at Eleverne undervises i Haandfærdigheder, hvorved de senere kunne fortjene deres Udkomme; 6. at Instituttet, saa vidt muligt, drager Omsorg for de udgaaende Elever i de ovenfor antydede Retninger; 7. at det endelig, om muligt, aabner dem et Tilflugtssted paa deres gamle Dage” [1].

Valget af forstander til et nyt blindeinstitut

Punkt 4 i kommissionens anbefalinger (ønsket om en engageret og egnet leder) førte til en længere udvælgelsesproces, hvor man afprøvede fle e mulige kandidater: inspektør ved Borgerdydsskolen cand.phil.

J. A. Køie (1819-1854), cand.phil. Johannes Moldenhawer (1829-1908) og cand.theol. Ottesen blev alle tre i 1853-1855 sendt på studierejse til europæiske blindeinstitutter [1,3]. Køie nåede kun til Edinburgh og Glasgow, inden han blev syg og måtte rejse hjem til København, hvor han kort tid efter døde. Efter hjemkomsten begyndte både Moldenhawer og Ottesen at undervise ved instituttet og ligeledes skolebestyrer Emil Bojsen, hvilket var en oplagt mulighed for at gøre sig gældende i forhold til en kommende forstanderstilling. Bojsen havde en særinterese for undervisning i naturfag og Moldenhawer for undervisning i dansk og geografi. Valget endte med at falde på Johannes



I 1858 overtog staten det overordnede ansvar for undervisningen af de blinde og man flyttede til en ny bygning opført til formålet på Kastelvej 60 over for Døvstummeinstituttet. Samarbejdet med Kjædeordenen fortsatte dog i en vis udstrækning frem til 1905. Bygningen blev tegnet af den berømte arkitekt Ferdinand Meldahl (1827-1908). Allerede nogle få årtier efter den stod færdig, anså man den for at være både for lille og for at være forældet. Den forblev dog i brug helt frem til 1968. I 1898 afhjælp man delvist de trange kår ved at oprette en tilsvarende statsskole i Refsnæs ved Kalundborg (Foto: Forfatteren)

Moldenhawer, hvilket formentlig skyldtes, at han var tilhænger af en blindeskriftundervisning, der baserede sig på brugen af reliefskrift af wienertype kombineret med Brailles punktskrift. Ottesen var tilhænger af William Moons reliefskrift som han havde lært at kende via det engelske bibelselskab. Moldenhawer blev på forstanderposten frem til 1905.

Johannes Moldenhawer og Blindeinstituttet på Kastelsvej

Kommissionsbetænkningen af 1852, en tillægsbetænkning fra 1855 og forhandlinger med ministeriet førte til loven om det nye blindeinstitut af 21. januar 1857. Der skulle være faste rammer om undervisningen og fastansat personale. Instituttet skulle have plads til 60 elever og alderen for optagelse var forsat 11-12 år. Åbningen fandt sted i november 1858 under overværelse af Frederik 7., flede af samfundets spidser og Kjædeordenens mandlige medlemmer. Instituttet kom til at ligge i en nyopført bygning på Kastelsvej lige over for Døvstummeinstituttet. Bygningen var tegnet af arkitekten Ferdinand Meldahl (1827-1908). I 1880 blev instituttet udvidet med en sydfly bygget i samme stil og ligeledes tegnet af Meldahl.

I planen for det nye institut, som blev formuleret af Moldenhawer, formuleredes formålet med instituttet således: "Blindeinstituttets Formaal, at give blinde Børn en efter deres legemlige og aandelige Tilstand afpasset Opdragelse, almindelig Dannelse og praktisk Uddannelse og derved at gjøre det muligt for dem med Tiden at blive nyttige Medlemmer af Samfundet" og videre "Blindeinstituttets opgave er en tredobbelt idet den med Hjemmets og Skolens opdragende og belærende Virksomhed forbinder den praktiske, professionelle Uddannelse og Forberedelse til en bestemt Gerning i Livet". Skolefagene blev: "Religion, Læsning, Skrivning, Retskrivning, Fortælling, Fremsigelse af Digte, Regning, Grammatik, Analyse, Stil, Historie, Geografi, Geometri, Naturhistorie, Naturlære og almennyttige Kundskaber

(kendskab til forskellige udvortes Genstande, som Bygninger, Bohave, Redskaber; elementær Teknologi) – Derefter følge Gymnastik, Dans og for Drengene tillige Svømning; fremdeles Haandarbejde, Sang og for musikalsk begavede Elever Instrumentalmusik, Læsning og Skrivning af det Brailleske Nodesystem og Musikkunst” [1].

Af håndværk nævnes kurvemageri, fle ning af stolesæder og måtter, rebslageri, knytning af net og jagttasker og for kvindernes vedkommende spind, strikning, syning, hækling og knytning. Musikundervisning forbeholdes de elever, der har evnerne, og der skal lægges vægt på uddannelser som organist og klaverstemmer.



Reliefskriften eller den hævede bogstavskrift blev indført omkring 1785 i Frankrig af blindepædagogen Valentin Haüy (1745-1822), der anses for Blindesagens grundlægger. Skriften var kendt i Danmark i 1811 men kom først for alvor i brug så sent som i 1858 på et tidspunkt, hvor flere lande var ved at gå over til den langt mere anvendelige punktskrift. Den undervisning, de blinde modtog i læsning og skrivning, var i de første årtier af Blindeinstituttets historie meget begrænset (Foto: Forfatteren)

Øjenlægefunktionen ved Blindeinstituttet 1858-1958

Fra 1858 og frem fik Blindeinstituttet tilknyttet en fast øjenlæge [7]. Nathan Melchior besad posten fra 1858-1872, herefter Heinrich Lehmann (1816-1890) 1872-1890, Peter Eiler Hansen (1847-1902) 1890-1902, Gordon Norrie (1855-1941) 1903-1938, Holger Ehlers (1899-1985) 1938-1947, Henning Skydsgård (1908-1993) 1947-1979 og Thomas Rosenberg (f. 1938) 1979-2002. En vigtig socialoftalmologisk indsats i de tidlige år var Melchiors initiativ til stiftelsen af Foreningen til Fremme af Blindes Selvvirksomhed i 1862 [3,7].

Fra 1892 og frem førte øjenlægerne statistik og afgav en årlig beretning om sundhedstilstanden. Helbredstilstanden var på det tidspunkt generelt dårlig og dødeligheden højere end i baggrunds-befolkningen, hvilket også førte til, at Gordon Norrie i 1903 fik renoveret bygningen, lavet bedre ventilation og bedre bad- og toiletfaciliteter. Han foreslog, at problemet søgtes endeligt løst gennem flytning til en ny bygning. "Da jeg kom til blindeinstituttet, troede jeg, at det var en anstalt, som i enhver henseende var udmærket, for således fremstillede det altid, men jeg havde ikke været der længe, før jeg var forfærdet over den dårlige hygiejne. Bygningen var så slet som mulig, og det forbavsede mig derfor ikke, at sygeligheden var stor, og at de blinde døde i en forbavsende grad af tuberkulose få år efter, at de havde forladt instituttet. Selve bygningen, der betragtes som et af Meldahls betydeligste værker, er bygget uden noget hensyn til hygiejne" [7].

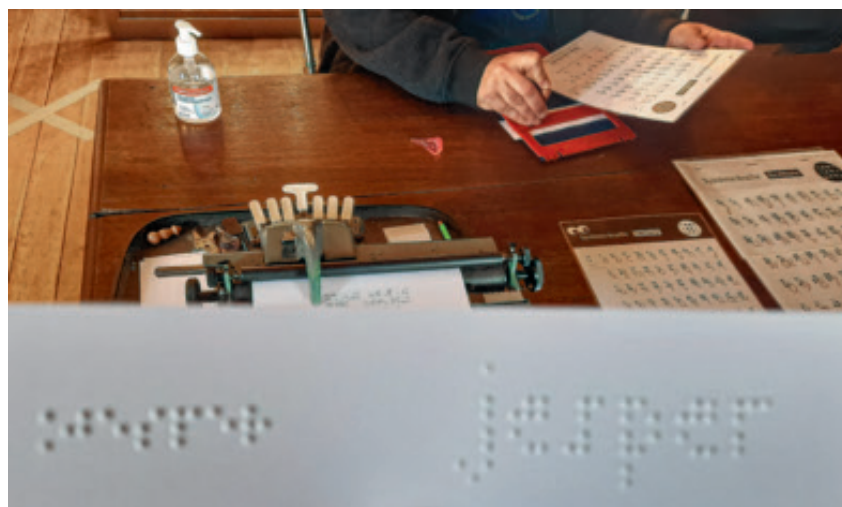
I 1924 fik instituttet tilknyttet en fast sygeplejerske og ved Holger Ehlers' tiltræden som øjenlæge i 1938 fik man en fast huslæge ved siden af øjenlægefunktionen. Holger Ehlers fik i 1939 også indført en egentlig øjenklinik i bygningens sydfjæl med tilstrækkeligt oftalmologisk instrumentarium, en operationsstue og en sygestue. I slutningen af Ehlers tid introduceredes ligeledes brugen af kontaktlinser og i samarbejde med en virksomhed i Bagsværd påbegyndtes fremstillingen af de første såkaldte 'hårde kontaktlinser'. Ved Henning Skydsgaards tiltræden i 1947 fik sygestuen tilknyttet to vagtsygeplejersker, og fra 1952 blev der yderligere tilknyttet en fast lægeassistent, hvilket lettede huslægens

arbejde. Øjenlægen fik fra 1952 titel af overlæge og klinikchef, fra 1958 blev titlen overlæge ved Statens Øjenklinik [7].

Den første huslæge Herluf Raaschou Nielsen (1902-1987) skriver i 1958, at samarbejdet med andre specialer fylder meget: Døvstummeinstituttets læge i bygningen overfor, neurologer, psykiatere og ikke mindst overlæge Poul Guildal (1882-1950) fra det ortopædiske hospital, der har tilset elever med rygproblemer og dårlig holdning [7]. Blindeinstituttet tog i 1958 navneforandring fra Det Kongelige Blindeinstitut til Statens institut for Blinde.

Valget af skriftsystem i Danmark

Valget af skriftsystem i Danmark foregik sideløbende med Blindeinstituttets overgang til staten og valget af forstander [8]. Johannes Moldenhawer havde under sin studierejse til Paris i 1855 stiftet be-



Punktskriften blev opfundet så tidligt som i 1829 men kom først for alvor i anvendelse i Danmark efter 1905, da Blindeinstituttets forstander Johannes Moldenhawer holdt fast ved brugen af den gamle reliefskrift (Foto: Forfatteren)



I 1869 flyttede Kjædeordenen både deres ordensbolig og blindehjem til Klerkegade. I en lang periode frem til 1920'erne var hjemmet i Klerkegade en efter tidens standard moderne og bekvem institution. I 1943 og igen i 1960 blev hjemmet imidlertid indblandet i en skandale, der handlede om inhuman behandling af de blinde. Kjædeordenen blev frikendt for anklagerne, men det har siden været historiens dom, at forholdene nok ikke var helt gode, og at der var brug for forbedringer. I 1971, da velfærdsstaten havde holdt sit indtog de fleste steder i Danmark, var hjemmet blevet utidssvarende, og man besluttede at nedlægge det. Bygningen fungerer i vore dage fortsat som ordensbolig og rummer desuden flere spor fra fortidens blindehjem (Foto: Forfatteren)

kendskab med både reliefskrift og punktskrift. På baggrund af sine erfaringer skriver han, at “Benyttelsen af et særegent Blindealphabet nødvendigvis maa forøge Adskillelsen mellem de Seende og Blinde og derved blive til skade for disse sidste [...] Da Punktskriften imidlertid frembyder Fordele, som ingen af de andre Arter Blindeskrift er i Besiddelse af, bør man ikke ganske forkaste den, men indrømme den en Plads ved Siden af det til Bogtryk og Correspondance med Seende benyttede latinske Alphabet” [8]. Da det nye institut blev indviet i 1858, var der således truffet en afgørelse. Der skulle undervises ved brug af reliefbøger og latinsk skrift, og ved siden af det kunne de blinde til eget og indbyrdes brug anvende punktskrift. Det var og er et stort problem for blinde at skrive latinske bogstaver læseligt og på en lige linje. I Frankrig brugte man derfor såkaldte rilletavler til at holde pennen eller blyanten på plads. I Danmark konstrueredes i 1863 et lignende apparat, ‘Guldbergs tavle’, af Carl Evald Lemming Guldberg (1823-1906) en kombineret punkt- og rilletavle, der kunne bruges både til punktskrift og bogstaver. Punktskrift kan skrives ved brug af en pren (syl-lignende instrument) til at prikke i papiret.

Spørgsmålet om hvilken skrifttype, der var mest hensigtsmæssig, var dog langt fra afklaret med Moldenhawers beslutning. I udlandet var man heller ikke enige. Det blev diskuteret på en international kongres for blindepædagoger i 1873 i Wien og igen i Berlin 1879 og flede gange sidenhen på andre kongresser. Bøger med reliefskrift blev trykt i Danmark i perioden 1858-1883. Det drejede sig især om bibelske tekster, lærebøger i geografi og desuden skønlitteratur. I 1888 stiftedes foreningen Danmarks Blinde, hvis hovedaktivitet var at oversætte bøger til punktskrift, og i de følgende årtier udkom derfor meget lidt på reliefskrift. Men reliefskrift var den officielle blindeskrift i Danmark frem til Moldenhawers afsked i 1905. Herefter gik man helt over til punktskrift

Kjædens Blindehjem og børneasyl i Klerkegade 1869-1971

Det var svært på langt sigt at sikre de blinde et forsørgelsesgrundlag og en værdig tilværelse uden for tiggeri og fattigvæsen. Allerede omkring 1820 begyndte man at arbejde på planen om en arbejds- og forsørgelsesanstalt, hvor de blinde efter endt uddannelse kunne bo gratis og ved siden af det have en beskeden indtægt: “dog kunne vi ei tilbageholde det Ønske, at der med Instituttet kunde forenes en Arbeids-Anstalt, hvori enhver hos os oplært Blind kunde fi de Arbeide og Fortieneste i Fremtiden, eller de kunde modtage hos os raae Materialier, som de bragte forarbejdede tilbage, og bleve derfor af os betalte” [4]. Da Kjæden i 1822 og igen i 1824 modtog store private donationer kunne projektet virkeliggøres, og den 1. juni 1825 kunne en tilbygning i Niels Hemmingsensgade tages i brug til 12 Blinde.

I 1858 flyttede eleverne til skolen på Kastelsvej og der blev dermed bedre plads til beboerne på forsørgelsesanstalten. Omkring 1861 begyndte Moldenhawer at arbejde på planen om et asyl (børnehave) eller en forskole til børn under 11 år. I 1869 købte man en grund af fi ansministeriet i Klerkegade 10 og flyttede både arbejds- og forsørgelsesanstalten og Kjædens ordensbolig dertil. Det åbnede mulighed for, at børneasylet også kunne blive en realitet. Børneasylet, som indviedes i 1871, havde plads til otte børn under 11 år. Det havde to rum: sovesal og undervisnings- og opholdsrum [2,4]. I 1876 blev asylet udvidet med en tilbygning og fik nu plads til 20 børn. Asylet blev ledet af en asylmoder, der stod under hjemmets forstanderinde. Den første asylmoder var en tidligere elev Christine Poulsen (1841-1896), der stod for asylet 1861-1889 [2,4].

Da man havde erfaring med, at der var en kraftig overrepræsentation af kvinder, og især lidt ældre kvinder, blandt de voksne blinde, som ikke kunne forsørge sig selv, vedtog man i 1879, at Blindehjemmet i Klerkegade skulle være et tilbud forbeholdt kvinder [2,4]. Til at begynde med havde hjemmet kun to store rum: en sovesal og et arbejds- og opholdsrum med plads til 20 beboere. Sovesalen havde

spanske vægge med kabiner: seng, skab, kommode og en stol til hver beboer. Derudover nogle mindre rum, som forstanderinden brugte som bolig og arbejdsplads. De sidste to mandlige beboere, der var i hjemmet frem til 1893, fik et særskilt værelse til deling. I 1882-1883 udvidedes hjemmet med en tilbygning, og der blev nu plads til 36 beboere. I 1926 sørgede forstanderinde Karen Nygaard for, at hjemmet blev ombygget, så der blev 28 enkeltværelser. Det var hermed det første blindehjem i verden med enkeltværelser. I 1925 forærede Kjæden hjemmet tidens nye tekniske vidunder – et radioapparat. Senere blev der installeret en centralmodtager forbundet med højttalere på samtlige værelser. I 1937 startede frøken Nygaard efter fi sk forbillede en husholdningsskole i Blindehjemmet. Den måtte lukke i 1941 på grund af rationeringen men åbnede igen i 1946-1949 [3,4].

Fejden med Karl Bjarnhof og Blindehjemmets sidste år 1943-1971

Den 4. februar 1943 rettede forfatteren, organisten og journalisten Karl Bjarnhof (1898-1980), der selv havde været blind siden 1918, et angreb mod blindehjemmet med en artikel i *Socialdemokraten*, i hvilken han kritiserede forholdene i Klerkegade, hvor beboerne led under mangel på omsorg, dårlig hygiejne og utilstrækkelig kost [3,9]. Bjarnhof var blevet opsøgt af tre kvinder fra hjemmet, der ikke selv turde gå direkte til pressen, da de var bange for at blive smidt ud. Selv aflagde han kun Klerkegade et enkelt besøg. Overskriften på Bjarnhofs artikel lød *Skandaløse Forhold paa Hjemmet i Klerkegade*. Socialministeriet tog herefter kontakt til Kjæden. Byretsdommer O. Schulin blev sat til at undersøge sagen gennem afhøringer af beboere, personale og folk med tilknytning til hjemmet. I marts måned forelå Schulins redegørelse, der afviste alle anklager. (I marts 2020 er det kommet forfatteren til denne artikel for øre gennem en samtale med stormesteren og et bestyrelsesmedlem af Kjæden, at Schulin var inhabil, idet han selv var medlem af Kjæden). Der blev efterfølgende holdt et forsoningsmøde



På fotoet ser man blinde børn på asylet i Klerkegade omkring år 1900 sysselsat med håndarbejde. Da staten i 1898 åbnede en forskole for 7- til 11-årige og siden en børnehave i Refsnæs ved Kalundborg blev den funktion efterhånden overflødig og gled Kjædeordenen af hænde. (Foto [2])

mellem beboere og personale. I 1956, 1957 og 1958 udgav Bjarnhof de tre romaner *Stjernerne blegner*, *Det gode lys* og *Den korte dag er lang nok*. Sidstnævnte blev lavet som teaterstykke og opført på Det Kongelige Teater i 1960. I stykket, som foregår på et blind hjem, optræder en frøken Roblin, som mange mente at kunne identificere som frøken Nygaard i Klerkegade. I teaterstykket tiltaler og omtaler hun de blinde som "småtumper" [9]. Det førte til trusler om en injuriersag fra Kjædens stormester mod Bjarnhof, der forsvarede sig med, at hans bog handler om generelle problemer inden for blindeforsorg og social forsorg og ikke var en hentydning. I 1960'erne blev hjemmets økonomi dårligere. Beboerne blev ældre og mere plejekrævende. De sociale reformer og den øgede velstand i 1960'erne betød desuden, at de få unge beboere, der var, stillede større krav og flyttede i andre boliger. Den sidste beboer forlod hjemmet i 1970, og herefter nedlagdes det [3].

Danske bidrag til forskning i blindhedens årsager og forebyggelse af blindhed 1850-1950

Det første statistiske værk om årsager til blindhed i Danmark blev lavet i 1879 af Blindeinstituttets forstander Johannes Moldenhawer, herefter fulgte værker af instituttets øjenlæger. Heinrich Lehmann lavede en statistik i 1889, og i 1895 lavede Peter Eiler Hansen en tilsvarende. Navnlig den sidste fik socialoftalmologisk betydning, da konklusionen i *De Unge Blinde i Danmark* peger på tiltag til forebyggelse og afbødning af skadevirkningerne [10]. Eiler Hansens statistiske materiale og analyse baserede sig på 500 elever optaget på Blindeinstituttet i perioden 1858-1893 og 196 blinde 1-20-årige blandt 12.674 øjenpatienter set på professor Edmund Grut Hansens (1831-1907) øjenklinik i perioden 1866-1875. På det tidspunkt havde Danmark sammen med Belgien det laveste antal blinde i forhold til befolkningstallet i Europa, 6,99 per 10.000 indbyggere i 1870 og 6,7 i 1880. Men til gengæld en af de højeste frekvenser i aldersgruppen 1-20 år, 1,37 per 10.000 indbyggere i 1870 og 1,32 i 1880 [10].

Man regner med at kopper omkring år 1800 var en af de væsentligste årsager til blindhed især blandt børn. Koppevaccinationsprogrammet, som blev indført i 1810, satte en effektiv stopper for problemet. Efter 1858 blev der kun observeret et enkelt tvivlsomt tilfælde af blindhed forårsaget af kopper [7]. Andre infektionssygdomme var i hele det 19. århundrede en hyppig årsag til både medfødt og tidlig erhvervet blindhed. Det gjaldt især tuberkulose i lymfeknuderne på halsen (kirtelsyge eller scrofulose), hvilket betød at pus og bakterier blev overført til øjnene. I 1890'erne var scrofulose årsagen til 36% af tilfældene af blindhed blandt børn [7,10]. Peter Eiler Hansen var den første øjenlæge, der for alvor blev opmærksom på problemet. Han indledte et samarbejde med lægerne på Kysthospitalet ved Refsnæs, et tuberkulosesanatorium for børn, så man tidligt kunne sætte ind over for øjenkomplikationer og ligeledes med blindepædagogisk arbejde i de tilfælde, hvor skaden var sket, og et synshandicap var opstået. Eiler Hansens samarbejde med Kysthospitalet udmundede i oprettelsen af

en forskole for blinde børn ved Refsnæs i 1898. Blindeinstituttets øjenlæge blev tilknyttet, og der blev truffet aftale med Kysthospitalets overlæge Vilhelm Schepelern (1844-1924) og siden Rolf Hertz (1868-1937) om, at denne førte tilsyn med elevernes sundhed i øvrigt. Forbedret almen hygiejne i samfundet og mere opmærksomhed på hygiejne på tuberkulosehospitalet betød, at blindhed på grund af tuberkulose var så godt som udryddet i Danmark omkring 1950 [7].

En anden hyppig årsag var medfødt hornhindebetændelse på grund af gonorré, 'nyfødtes øjenbetændelse'. Øjenlæge Gordon Norrie spillede en vigtig rolle i bekæmpelse af denne sygdom, dels gennem sundhedspædagogisk arbejde og dels gennem indførelse af behandling. Han gjorde en stor indsats for udbredelse af information til jordemødre, sundhedsplejersker, andre læger og almenbefolkningen, og derudover indførtes den effektive profylaktiske behandling lapisdrypning (Credés behandling) i 1880 på hans foranledning. I perioden 1875-1881 var 330 børn indlagt på Fødselsstiftelsens Plejestiftelse med nyfødtes øjenbetændelse, heraf havde 93 skader på hornhinden og fire var blinde. I perioden 1887-1893 var 157 indlagt med samme diagnose, heraf havde kun fire skader på hornhinden og ingen var blinde [10]. Det sidste tilfælde af blindhed på grund af 'nyfødtes øjenbetændelse' i Blindeinstituttets journal så man i 1933 [7].

Xerofthalmi eller øjentørsot, som skyldes mangel på A-vitamin, udgjorde i tiden omkring 1. verdenskrig et stort problem for øjensundheden i Danmark. Hos voksne er natteblindhed det karakteristiske symptom. Tilstanden er særligt alvorlig hos børn, hvor den kan medføre defekter i hornhinden og blindhed. I årene 1921-1923 optoges 34 elever på Blindeinstituttet med blindhed forårsaget af xerofthalmi. I Danmark kaldes sygdommen også 'Blochs sygdom' efter pædiateren Carl Edvard Bloch (1872-1952). Øjenlægerne Henning Rønne (1878-1947) og Olaf Blegvad (1888-1961) beskæftigede sig også med xerofthalmi og sidstnævnte skrev disputats om emnet [11]. Sygdommen er som sagt ernæringsfysiologisk betinget, og dens opblomstring omkring 1910-1920 hang sammen med indførelsen af nye landbrugsprodukter såsom margarine og skummetmælk. Gennem et omfattende



Fotografi af øjenlæge Olaf Blegvad (1888-1961), der i 1923 skrev disputats om xerofthalmi (øjentør sot). Det er en sygdom der skyldes A-vitamin-mangel, hos voksne giver den natteblindhed, mens den hos børn kan medføre total blindhed. Den kan forebygges gennem kosttilskud. (Det Kongelige Biblioteks Billedsamling)

folkeoplysningsprogram og ved tilsætning af A-vitamin til margarine kom sygdommen under kontrol, og det sidste tilfælde af blindhed i Danmark på grund af xerophthalmi så man i 1949 [7,11].

Ved midten af det 20. århundrede blev diabetisk retinopati et omfattende problem. I 1958 skriver Henning Skydsgaard: "Endelig tiltager også de grupper af øjenlidelser, som kun eller fortrinsvis forekommer hos voksne. Her skal nævnes følgetilstande efter amotio retinae og sidst, men ikke mindst den diabetiske retinopati. Denne sidste har med de senere års uhyggeligt tiltagende frekvens rejst et nyt problem inden for blindeforsorgen. Med insulinets livsforlængende effekt manifesterer sig nu i vor tid de sendiabetiske synsinvalidiserende komplikationer. Katastrofen indtræder som oftest i de fuldt erhvervsdygtige aldersklasser. At de pågældende er psykisk slået ud, siger sig selv. Dertil kommer, at mange af denne diabetikergruppe har dårlig almentilstand, som gør erhvervsmæssig revalidering i sædvanlig forstand illusorisk. Det er klart, at en sådan elevkategori må give anledning til særlige overvejelser og forholdsregler, som ikke helt nemt lader sig passe ind i et bestående system". I samme skrift skriver han: "De historiske data vedrørende blindhedsårsagernes skiften i Danmark viser, hvorledes forskellige profylaktiske forholdsregler har været i stand til at afslutte bestemte blindhedsepoker med speciel ætiologi. Af hensyn til den aktive blindhedsbekæmpelse er det nødvendigt med mellemrum statistisk at bearbejde de for øjeblikket aktuelle blindhedsårsager for at se, hvor eventuelle nye profylaktiske forholdsregler bør sættes ind" [7].

Skolen i Refsnæs i 1898

Det var indtil 1898 et problem, at blinde småbørn ikke blev undervist. Skolealderen for blinde var 11 år på statens institution, mens den var 6-7 år for normalt fungerende børn i folkeskolen. Kapacitetsproblemer var en af årsagerne til denne skelnen mellem blindes og seendes behov. Det problem søgte man løst gennem oprettelsen af en forskole for blinde børn i alderen 6-12 år – Blindeforskolen på Refsnæs ved Kalundborg i

1898 som erstatning for Kjædeordenens børneasyl i Klerkegade. Skolen fik til huse i en villa tæt på Kysthospitalet ved Refsnæs [12]. Stedet var ikke tilfældigt valgt men en logisk konsekvens af de synsproblemer, som mange af patienterne på Kysthospitalet havde eller fik under deres indlæggelse på grund af scrofulose. Frem til 1918 hørte skolen under Blindeinstituttet i København, men fik herefter sin egen forstander.

Man havde håbet, at skolen ville have plads til 50 normale blinde børn og 20 med 'intelligensdefekt' men i første omgang måtte man nøjes med en mindre skole med plads til 20 børn i alt. I 1903 og 1909 blev der tilføjet tilbygninger og antallet af elever udvidedes til først 30 og derpå 50. I 1916 købtes naboejendommen Villa Bakkely, der under navnet Vests skolen indrettedes til en hjælpeskole for 16 'svagtbegavede elever'. Hjælpeskolen blev nedlagt igen i 1940. I 1966 blev arbejdet med udviklingshæmmede blinde børn genoptaget på institutionen Vangedehuse i Gentofte. Mette Warburg (1926-2015) drev her en øjenklinik 1974-1997.



I november 1898 åbnede Staten en forskole for blinde børn i Refsnæs ved Kalundborg. Stedet hørte under Blindeinstituttet i København og fik derfor navnet Det Kongelige Blindeinstitut Paa Refsnæs. Bygningerne blev udvidet i 1903 og igen i 1909. I 1916 købte man naboejendommen "Villa Bakkely" og lavede den til hjem for "svagtbegavede blinde børn". Der er siden lavet flere tilbygninger og i dag heder stedet Synscenter Refsnæs. (Foto: Forfatteren)

I 1921 oprettede forstander Lars Rützou (1877-1935) i samarbejde med øjenlæge Konrad Karl Kristian Lundsgaard (1867-1931) den første skoleklasse i Danmark for svagsynede elever. Der blev også oprettet et børnehjem for blinde børn, hvis forældre ikke magtede opgaven. Indførelsen af undervisningspligt for blinde fra det 8. år i 1926 gjorde, at søgningen til Refsnæs i de kommende år steg. Med tiden udviklede skolen sig fra at være en forskole, der beholdt børnene indtil 11-års alderen og derefter sendte dem til København, til i 1940'erne at være en skole, hvor eleverne blev indtil konfirmationsalderen. Herefter iværksattes erhvervsopklæring eller anden uddannelse enten på instituttet i København eller på rummelige virksomheder i Kalundborgområdet. Efter lov om revalidering i 1960 blev revalideringsværkstedet i Skibbrogade i Kalundborg tilknyttet Refsnæsskolen. Det var et beskyttet værksted, hvor de blinde først blev optrænet i lettere industriarbejde og herefter havde mulighed for at fortsætte med optræning i mere specialiseret og erhvervsrettet arbejde.

I 1976 fordelte Refsnæs og København opgaverne mellem sig på den måde, at Refsnæs stod for undervisning i 1.-8. klasse og København 9.-10. klasse. Derudover drev Refsnæs en småbørnsafdeling og børnehave, samt en udgående funktion af småbørnskonsulenter, der stod for hjemmevejledning af forældre og en skolepsykologfunktion til vurdering af skolemodenhed. I 1950 havde man oprettet en rejselærerordning af hensyn til de blinde, som ønskede at modtage privatundervisning i hjemmet, eller undervisning af lærere på en privatskole eller en lokal folkeskole, så der kunne foretages rejser rundt i Danmark og vejledes omkring hjælpemidler, undervisningsmaterialer og undervisningsmetoder. I løbet af 1960'erne, hvor brugen af specialundervisning bredte sig i folkeskolen, udviklede disse rejselærere sig til synskonsulenter.

Færdsel uden for hjemmet

Omkring 1950 begyndte man i Danmark at interessere sig for såkaldt 'mobility-træning' (stokketeknik, høretræning, ledsageteknik, brug af

førerhund og andre basisfærdigheder i forbindelse med færdsel uden for hjemmet). Hidtil havde der ikke været pædagogiske teorier og metoder eller struktureret undervisning knyttet til arbejde med den del af funktionsevnen. Det var en medarbejder, Richard E. Hoover (1915-1986), på et rehabiliteringscenter for krigsblinde (Valley Forge Army General Hospital) i Pennsylvania, USA, der i 1944 gav stødet til at udvikle undervisningen i 'Orientation and mobility' [13]. I 1950 blev en amerikansk artikel om emnet oversat til dansk. De første førerhundeordninger i Danmark kom i 1951. Omkring 1960-1965 blev 'mobility' udbudt som valgfag både på skolen Refsnæs og i København, og man lavede et kort kursus til ældre nyblinde på feriehjemmet i Hobro. Til at begynde med var det hovedsageligt lærere i keramik, husgerning, vævning og gymnastik ansat på deltid, der underviste for at komme tættere på fuldtid, og faget havde derfor en vis lav-status. Det ændrede sig langsomt efter 1970, hvor man oprettede en instruktøruddannelse og ligeledes sendte medarbejderne på kursus i udlandet, til MMC (Midlands Mobility Center) i Birmingham og amerikansk-ledede kurser i Paris. Uddannelsen blev ikke godkendt af undervisningsministeriet og blev derfor betalingskrævende, men det var muligt at søge om tilskud fra Socialstyrelsen. Efter udlægningen af den sociale forsyrg til amter og kommuner i 1980 blev kommunale medarbejdere sommetider tilbudt uddannelsen. I perioden 1970-2004 blev der uddannet omkring 200 instruktører [13].

Blindeloven 1956 og specialundervisning i Folkeskolen

I 1956 kom *Lov om foranstaltninger vedrørende blinde og stærkt svagsynede* også kaldet 'blindeloven' [14-16]. I 1949 havde man nedsat en kommission, der skulle afgive betænkning om denne lov. Klinikchefen fra Blindeinstituttets øjenklinik overlæge Henning Skydsgaard deltog i dette kommissionsarbejde sammen med instituttets leder, repræsentanter fra Socialministeriet og Undervisningsministeriet, en repræsentant fra Invalideforsikringsretten og formanden for Dansk

Blindesamfund. Dansk Blindesamfund deltog noget modvilligt, da de ved samarbejdet frygtede at miste deres position og troværdighed som uafhængig handicaporganisation [14].

Med Blindeloven blev der indført skolepligt og ikke kun undervisningspligt, hvilket de facto betød institutionstvang for blinde børn, da der kun var to statslige skoler. Indførelsen af skolepligt for en bestemt gruppe samfundsborgere var noget kontroversiel, eftersom junigrundloven fra 1849 taler om undervisningspligt. Men samtidig åbnedes der mulighed for ansøgning om dispensation, hvis der kunne findes brugbare alternative løsninger på lokale skoler eller lignende. Inden for Blindeforsorgen så man sådan på det, at opdragelse, undervisning og uddannelse af blinde krævede specialistviden og derfor ikke kunne overlades til hvem som helst. På den anden side stod de blinde og deres pårørende, der ofte oplevede det som et afsavn og traume at blive skilt ad. De blinde blev 'statens børn' og fik et liv som kostskoleelever [14,15]. De savnede deres forældre og søskende, og ikke sjældent skete det, at de forsøgte at stikke af fra skolen på Refsnæs. Derfor lavede man en dispensationsmulighed for de tilfælde, hvor der ved hjemmeundervisning eller på anden vis kunne sørges for den blindes undervisning og almindelige udvikling. Der blev oprettet et blindenævn til behandling af eventuelle ansøgninger. I 1956 regnede man ikke med, at antallet af ansøgninger ville blive stort, og at det ville blive en let sag at afvise de ansøgninger, der var dårligt begrundede. De første år forholdt det sig også sådan, men herefter ændrede det sig hurtigt [14,15].

De første to ansøgninger om dispensation kom i 1962, og herefter tiltog antallet. Det var den generelle tendens, at socialministeriet lagde stor vægt på forældrenes behov og mindre vægt på utilstrækkeligheder i den undervisning, som lokale skolelærere var i stand til at tilbyde, hvilket medførte stor frustration blandt de konservativt indstillede lærerkræfter i Blindeforsorgen. De mente, at deres faglighed blev krænket, og at man ikke varetog barnets tarv. En af grundene, til at det var muligt at give dispensation, var, at folkeskoleloven fra 1958 tilgodeså brug af specialundervisning. Samtidig med det begyndte et oprør indefra i Blindeforsorgen. Nogle af Blindeforsorgens egne folk

såsom Folke Johansen og Valdemar Påske (1919-1995) begyndte at argumentere for integration af blinde i Folkeskolen. Sidstnævnte havde i 1964 været på studieophold i USA og studeret brugen af specialundervisning og specialklasser i New Jersey. I 1964 arrangerede Dansk Blindesamfund en kongres om integration. Der blev debatteret livligt gennem indlæg i dagspressen fra fagfolk, blinde, forældre til blinde og politikere.

En konkret sag fra 1963 var med til at anspore debatten om integration [16]. En bankfuldmægtig fra Aarhus, Sven Ola Johansson, ønskede sin søn hjem fra Refsnæs, fordi han var utilfreds med "den udvikling, drengen var inde i". Det var alvorligt. Det var ikke bare et ønske om hjemgivelse, men også et angreb på det etablerede system. Der blev stillet spørgsmål ved, om det var kompetent og fungerede godt nok. Det hjalp nok også opmærksomheden på vej, at det var en bankfuldmægtig og ikke en arbejdsmand, der klagede. Politiken bragte den 24. februar 1963 et interview med Sven Ola Johansson, det samme gjorde Århus Stift tidende 17. marts, og der kom svar fra fle e, der var uenige, blandt andre fra formanden for Blindeinstitutternes forældreforening. Den 24. marts bragte Jyllands-Posten et indlæg baseret på et besøg på Refsnæs og et interview med forstanderen. Det radikale folketingsmedlem Grethe Philip tog spørgsmålet op med socialminister Kaj Bundvad (Socialdemokratiet), der svarede, at han var åben over for integration, og at skoleudviklingen naturligt begav sig i den retning [16].

Der var ikke tvivl om et øget behov for professionalisering af den hjælp, der blev ydet lokalt, hvis integration skulle være vejen frem. Særligt var der brug for synskonsulenter og specialuddannede lærere fra Lærerhøjskolen. I 1965 oprettedes et inspektionskorps af synskonsulenter, der skulle assistere folkeskolens lærere. Mange af de første synskonsulenter var tidligere rejselærere fra Refsnæs. Valdemar Påske blev den første leder af dette inspektørkorps 1965-1971. I 1969 var der tilknyttet konsulent til 262 svagsynede elever i den danske folkeskole, heraf 36 punktskriftlæsere. I 1971 overtog Hanne Lindau (1941-2012), der siden 1963 havde været lærer på Refsnæs, stillingen og blev sam-

tidig deltidsansat i Undervisningsministeriets Inspektion for Specialundervisning [16]. Hun fik til opgave, at oprette stillinger til synskonsulenter i samtlige amter, hvilket hun også lykkedes med. I 1976 dannedes det faglige forum Synskonsulenternes Samråd. Det første kursus for skolelærere i undervisning af blinde og svagtseende blev oprettet i 1969-1970 af Valdemar Påske og Sven Ellehammer Andersen.

Udlægningsreformen og tiden efter 1980

I 1980 kom *Lov om specialundervisning af voksne* og *Lov om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg mv.*, kaldet Udlægningsloven. Revisionen af forsorgen (udlægningsreformen) flyttede alle forsorgsopgaver fra staten til amterne og kommunerne, hvilket medførte øget decentralisering og øget brug af specialundervisning i folkeskolen [14-16]. Det var nærmest det endelige dødsstød til de gamle statslige kostskoler. Der var langt fra fuld tilfredshed med den nye decentralisering, og bølgerne gik undertiden højt mellem den gamle statslige institution og de nye amtslige konsulenter og speciallærere. Hanne Lindau har beskrevet, hvor bitter striden var, og at de blinde ofte blev taget som gidsel, når f.eks. Blindeforsorgen ikke ville samarbejde om udlån af undervisningsmaterialer. Øjenlægerne greb også ind i debatten. Selv om der ved decentraliseringen samlet set blev tilført flere ressourcer til blinde, lod den lægefaglige ekspertise på den statslige øjenklinik sig ikke decentralisere. Den kunne ikke på kort tid spredes ud på 14 amter og utallige kommuner. Henning Skydsgaard måtte skrive et forsvarsindlæg for bibeholdelse af en central statslig øjenklinik [16]. Statens Øjenklinik, som den hed fra 1980, kom herefter administrativt under Københavns Kommune men beholdt sin landsdækkende funktion.

I 1982 oprettede man den første amtslige synscentral i Vordingborg (Storstrøms Amt) [17]. Der gik 13 år, inden man i 1995 oprettede den næste i Århus. I 1998 blev det lovpligtigt, at alle amter skulle have mindst en synscentral og antallet nåede op på 17. Det var hensigten,

at de skulle være tværfaglige og være baseret på et samarbejde mellem optiker, øjenlæge og blindepædagog (synskonsulent). I realiteten endte mange af dem med at være drevet udelukkende af optikerne, der i mange tilfælde slet ikke eller kun i begrænset omfang benyttede sig af øjenlægekonsulenter og synskonsulenter. I 2007 kom strukturreformen, hvor man nedlagde amterne og oprettede 98 nye storkommuner og fem regioner. Inden de amtslige synscentraler var ordentligt etablerede og optimerede, blev de således overhalet indenom af de kommunale kommunikationscentre. Disse var et fælles tilbud til borgere med syns- høre- og talehandicap og andre handicap som eksempelvis ordblindhed.

Der er fordele og ulemper ved både decentralisering og centralisering, som kan diskuteres. Det er forsat et problem, at undervisningen af blinde i Folkeskolen kan være af svingende kvalitet, og mange steder dispenseres de fra undervisning og eksamen i idræt og fysik/kemi på grund af begrænsede pædagogiske ressourcer og ikke på den unge blindes eget ønske [16]. Man kan ligeledes diskutere, om decentraliseringen har medført integration eller decentral segregering. Får blinde børn fle e 'normale' legekammerater, eller har de kun fået ringere mulighed for fællesskab med andre ligesindede blinde børn?

Allerede i 1903 havde øjenlæge Gordon Norrie påpeget, at bygningen på Kastelsvej var utilssvarende, men først i 1968 blev der handlet på dette, da man flyttede til Rymarksvej i Hellerup i nye bygninger tegnet af Preben Hansen. Det forbedrede lokalesituationen og de fysiske rammer betydeligt. Ved kommunalreformen i 2007 ændrede Statens institut for blinde navn til IBOS (Instituttet for blinde og svagsynede), og Refsnæsskolen ændrede navn til Synscenter Refsnæs. I dag varetager begge institutioner forsat en bred vifte af opgaver i forhold til synshandicappede af forskellig alder. Refsnæs tager sig af vejledning af 0-18-årige, mens IBOS vejleder personer fra og med 15 år. Der er således et vist overlap i aldersgruppen 15-18år. Det er skæbnens ironi, at situationen siden 1980'erne nærmest har været det omvendte af, hvad den var i 1956. Nu om dage må kommunen ansøge om hjælp fra IBOS, når den ikke kan hjælpe blinde borgere tilstrækkeligt. I perioden

1956-1980 ansøgte man om at blive fritaget for Blindeinstituttets hjælp og få hjælp i sin egen kommune i stedet for.

Øjenklinikken efter 1950, arbejdet med optisk rehabilitering af stærkt svagsynede og forskning i genetik

I 1959 i tiden under Henning Skydsgaards ledelse (1947-1979) begyndte et tværfagligt samarbejde med optikerne og arbejdet med optisk rehabilitering af stærkt svagsynede tog form. Sammen med lægerne Gerhard Rønne (1912-1960) og Poul Brændstrup (1912-1980) og ikke mindst optikeren Valdemar Friang lykkedes det ved fremstilling af lupbriller af typen CDCX at give læsesyn til mange stærkt svagsynede patienter. Finansministeriet blev ansøgt om økonomiske midler, og Dansk Blindesamfund gav også tilskud til projektet. To år senere kunne det afsløres, at stort set samtlige 224 stærkt svagsynede deltagere havde genvundet deres læsesyn. Med CDCX var det muligt at give læsesyn til patienter med en synsnedsættelse på helt ned til 3/60 eller 0,5% syn. En svagsynsklinik og en produktion af optiske hjælpemidler blev herefter etableret, og i 1964 havde omkring 1.000 patienter fået hjælp. I begyndelsen havde svagsynsklinikken trange kår på det lille institut på Kastelsvej. Man holdt til i forstanderboligens gamle pigekammer med optikerværksted i det dertilhørende nedlagte toilet. I 1968 flyttede man til den nye bygning på Rymarksvej i Hellerup, hvilket forbedrede de fysiske rammer betydeligt. En sideeffekt til arbejdet med optik blev, at en produktion af proteser også blev etableret og herved afhjælp man mange af de kosmetiske gener, som visse former for blindhed er behæftet med. Derudover fik man også et nyt klientel af ældre patienter med AMD (Aldersrelateret Makula Degeneration) [18].

I Thomas Rosenbergs tid som leder af blindeinstituttet (1979-2002) tilkom flere forandringer på det organisatoriske område. Reservelægestillingerne blev ændret til overlægestillinger, optikerstaben blev udvidet, og indretningen af øjenklinikens lokaler blev forbedret. På det

oftalmologiske felt begyndte kampen mod de arvelige øjensygdomme. I 1981 blev der bevilget 1 million kroner til oprettelse af et register over patienter med den arvelige sygdom retinitis pigmentosa. Opgaven blev betroet en ung læge Marianne Haim (f. 1950). I 1985 oprettede man i fællesskab med Rigshospitalet en DNA-bank og senere et mutationsregister. Dette forbedrede mulighederne for genetisk rådgivning og familieplanlægning i forhold til mange arvelige sygdomme. Samtidig var de første skridt taget i retning af de forsøg med behandling med genterapi og stamceller, som har været i gang de seneste 10 år. Hertil kommer øjenkirurgisk behandling med indoperation af elektroniske proteser i nethinden, der kan give blinde et kunstigt syn, hvor de aner genstande og kan skelne ansigter. På det socialmedicinske felt indledtes et samarbejde med lærerhøjskolen og amterne om klinikens inddragelse i undervisning af speciallærere og synskonsulenter baseret på den såkaldte trebenede rehabiliteringsmodel: samarbejde mellem øjnlæge, blindepædagog og optiker [18].

Dansk Blindesamfund og hjælpemidler til blinde

Dansk Blindesamfund blev oprettet af de blinde selv den 8. juni 1911 under fejringen af 100 året for Kjædens pionerarbejde [18-20]. Foreningens Centralbestyrelse (et halvt år senere forretningsudvalg) konstituerede sig dagen efter med Carl Cohn (1874-1939) som formand og holdt sit første møde den 13. juni og herefter fle e møder med en uges mellemrum.

Baggrunden for det hele var de blindes ønske om øget uafhængighed og respekt fra omverdenen. Selv om Kjædeordenen, Blindeinstituttet og øjnlægerne i de forløbne 100 år havde gjort meget for at afhjælpe de blindes nød, så var det ingen hemmelighed, at de blinde til tider oplevede hjælpen som bedrevidende, umyndiggørende og ikke altid nyttig. Et eksempel herpå var som nævnt Moldenhawers stædige fastholdelse af reliefskriften frem til 1905, selv om punktskriften blev indført i Frankrig allerede omkring 1850. Derudover havde de blinde

et ønske om at øve mere direkte indflydelse på både lovgivning og forholdene på arbejdsmarkedet.

Forhistorien til Dansk Blindesamfunds oprindelse er lang og indviklet. Foreningen Danmarks Blinde, som blev dannet i 1883 og nedlagt i 1959, gjorde noget af forarbejdet. Denne forenings hovedformål var at forbedre læsemulighederne gennem trykning af punktskrift øger, hvilket den også lykkedes med. Foreningen blev imidlertid gradvist overtaget af seende, der ønskede at arbejde til gavn for de blinde, og i det lange løb kunne den ikke udfylde rollen som en egentlig blinddeorganisation.

Mange enkeltpersoner og mindre grupper af blinde med mere eller mindre specifikke særinteresser spillede også en rolle for Dansk Blindesamfunds tilblivelse. Derfor blev strukturen fra begyndelsen også decentral med en inddeling i ni kredse, og der var hyppige udskiftninger af formænd og bestyrelsesmedlemmer både i lokalafdelinger og centralbestyrelsen [20-22].

Sociale rettigheder og muligheden for arbejde og uddannelse blev hovedtemaerne i Dansk Blindesamfunds arbejde. Den første store



CCTV til stærkt svagsynede (Foto: Forfatteren)

socialpolitiske sejr var en ændring i fattigloven i 1914, hvor blinde blev undtaget fra den deklasserende bestemmelse om at modtagere af fattighjælp ikke kunne have stemmeret og ikke måtte gifte sig. I 1934 dannede man sammen med Døvstummeforeningen og Samfundet af Vanføre DSI (De Samvirkende Invalideorganisationer), hvis lobbyarbejde påvirkede sociallovgivningen og i 1960 medvirkede til loven om revalidering. Mange anser loven om revalidering for den største politiske sejr i de danske handicapbevægelser historie [23].

På det erhvervsmæssige område medvirkede Dansk Blindesamfund i 1929 til oprettelsen af aktieselskabet Blindes Arbejde og i 1938 oprettelsen af BLIFA, en fabrik der oplærte blinde og stærkt svagsynede til industriarbejde og maskinarbejde. Ideen til BLIFA var baseret på erfaringer fra England, Tyskland og Frankrig, hvor man anvendte krigsblinde invalider i industrien. Antallet af krigsblinde i Danmark var dog lavt, 11 efter anden verdenskrig, men erfaringerne kunne bruges alligevel. Blindes Arbejde eksisterer endnu og har butikker fle e steder i Danmark [7,20].

På uddannelsesområdet har Dansk Blindesamfund stået for støtte til udbredelsen og forbedringen af undervisningsmaterialer gennem blandt andet oprettelsen af Statens Trykkeri og Bibliotek for Blinde 1924 (siden 2009 NOTA), udbredelse af de første lydbøger i 1960'erne og siden 1980'erne hjælpemidler som CCTV (Closed Circuit Television) til forstørrelse af tekst og læsemaskiner (tekstscanner og computer med talesyntese) såsom Logtext apparatet fra 1987 og Braille-Lite-apparatet fra 1995. Braille-Lite-apparatet er en lille computer, der kan kobles til en standard-computer. I stedet for en skærm har den et punkt-display, hvor teksten ved hjælp af små plasticpinde laver en linje med punktskrift svarende til den elektroniske tekst. På den måde kan den blinde bruger læse en tekstfil eller webside, alternativt kan siden printes ud på en punktprinter.

Inden for de sidste 20-30 år er CCTV blevet trængt i baggrunden af dels elektroniske luppe, der kan det samme og mere end CCTV (blandt andet øge kontrasten ved at ændre på tekstens farve og baggrundens farve). Ligeledes er der kommet fle e computerprogrammer til tekst-



Braille-Lite apparat (Foto: Forfatteren)

forstørrelse, blandt andet zoomtext og forskellige microsoft- rogrammer. Til talesyntese er der også kommet nye computerprogrammer. Hyppigt anvendes programmet Jaws til tekstfiler og websider. Til film og TV-programmer kan man anvende en Go-Box, som tilsluttes TVet og omdanner underteksterne til tale. Der har været en generel tendens inden for teknologien de seneste 10-20 år til at udvikle forskellige former for talesyntese frem for transskription til punktskrift. Det har mødt en del modstand blandt visse kredse i Dansk Blindesamfund, der mener, at det forringer evnen til at stave og formulere sig skriftligt.

I 1976 rådede Statens Bibliotek over 3.000 punktskrift øger og 2.000 lydbøger. Siden omkring år 2000 har man kunnet få strukturerede lydbogsoplæsere, der kan søge og orientere sig i overskrifter, afsnit og opslagsord, hvilket er særdeles nyttigt i forhold til bøger til studiebrug. Digitaliseringen har åbnet nye muligheder for blinde, men har også givet barrierer. I en spørgeskemaundersøgelse lavet af Vive (tidligere SFI; Socialforskningsinstituttet) fra 2014 viste det sig, at

20% af blinde har svært ved at orientere sig på offentlige hjemmesider, mens det kun er 2% af seende, der oplever tilsvarende problem [24]. Et hyppigt problem er talesynteseprogrammernes undertiden svigtende evne til at orientere sig i teksten på hjemmesider, hvilket især kan ske, hvis hjemmesiden ikke er opbygget efter de gældende standardregler. Da man omkring 2010 begyndte at anvende touch-skærme frygtede man, at det ville føre til digital marginalisering af de blinde. Til al held fik både I-phones og Android-telefoner fra begyndelsen indbygget skærmtalefunktioner, der også kan anvendes ved brug af applikationer.

På det kulturelle og sociale felt har Dansk Blindesamfund stået for oprettelsen af feriehjem og blindeboliger såsom Feriehjemmet i Hobro fra 1937, blindeboliger i Vanløse og Valby fra henholdsvis 1956 og 1964, Blindehistorisk Museum 1981 (nu overtaget af Medicinsk Museion) og Blindehistorisk Selskab fra 1994. Udbredelsen af radioapparater i 1920'erne og 1930'erne var ligeledes en vigtig indsats, der fik betydning for blindes livskvalitet og evne til deltagelse i politik og samfundsliv. Dansk Blindesamfund har for sig selv og i fællesskab med blandt andre Danida lavet solidaritets- og sundhedsarbejde i Ghana, Bhutan og Bangladesh gennem støtte til lokale blindeorganisationer, udde-ling af A-vitamintabletter med mere. Samarbejdet med øjenlægerne og Dansk Oftalmologisk Selskab har de sidste mange år været noget vanskeligt. I 1982 trådte Dansk Blindesamfund ud af det fælles organ Blindekomitéen blandt andet på grund af uenighed om finansiering af forskningsmidler [25].

Danske blinde i uddannelse og på arbejdsmarkedet 1945-2000

Storhedstiden for danske blinde i erhvervsmæssig forstand var 1950'erne. I 1955 var der omkring 2.700 blinde i Danmark. Heraf var 6-700, altså godt og vel en tredjedel ifølge Blindeinstituttets oplysninger i stand til at forsørge sig selv ved et arbejde. Ifølge en opgørelse var der 300 børstenbindere, 75 kurvemagere, 50 vævere, 50 organister,

25 pianostemmere, 20 maskinarbejdere, 25 industriarbejdere, 25 telefonpassere, 8 fysioterapeuter/massører, 30 landmænd og 20 i andre erhverv [7].

Siden da har antallet af blinde, der er selvforsørgende, ligget lavere. Det har svinget noget men typisk i nærheden af ca. 20%. I 1975 og 1983 lavede Dansk Blindesamfund i fællesskab med Blindeinstituttet en omfattende interviewundersøgelse for at undersøge antallet af erhvervsaktive blinde [19]. Man fandt frem til en erhvervsfrekvens på 9% for kvinder og 29% for mænd, fordelt på både fuldtids- og deltidsarbejde og løntilskud ved siden af invalidepension (fra 1984 benævnt førtidspension) [18].

I perioden 2010-2017 gennemførte Aalborg Universitet sammen med Dansk Blindesamfund og Vive en større undersøgelse om blindes liv og hverdag baseret på både registerdata og spørgeskemaer blandt de ca. 2.500 medlemmer af Dansk Blindesamfund i den erhvervsaktive alder, heraf 250 under 30 år [19]. Undersøgelsen viste, at 32% havde en arbejdsmarkedstilknytning, når man medregnede personer i fl. ksjob, samt førtidspensionister og studerende med bijob på få timer. Af de øvrige levede 65% udelukkende af førtidspension og ca. 3% af en konstanthjælpslignende ydelse.

Konkurrencen fra industrien og seende håndværkere og arbejdere har altid været hård. Allerede i 1913 havde man på Blindeinstituttet nedlagt rebslageruddannelsen, da den ikke længere var en reel erhvervsmulighed [20]. De øvrige håndværk eller værkstedsfag kom også i tilbagegang i løbet af det 20. århundrede på grund af industrialiseringen og konkurrencen fra fabrikkerne. BLIFA var et forsøg på at lave en socialøkonomisk virksomhed, der sikrede blinde adgang til industriarbejde. Det var en låsefabrik, hvor blinde mænd kunne arbejde med punktsvejsning og stansning. Fabrikken fungerede fra 1938 til 1953 og fortsatte herefter som ERFA, et uddannelsessted for blinde, der ønskede at beskæftige sig med industri- og maskinarbejde.

I 1918 tog den daværende formand for Dansk Blindesamfund Ernst Jørgensen kontakt til KTAS (Københavns Telefon Aktieselskab) med henblik på at muliggøre blindes beskæftigelse ved omstillingsbordene

på de københavnske centraler gennem særlig indretning af disse [7]. I første omgang blev der kun lavet et begrænset antal ansættelser. Forbedrede hjælpeanordninger på denne arbejdsplads betød, at betydeligt flere kunne ansættes omkring 1954. Op igennem 1960'erne forblev det en succeshistorie, men siden er telefonisterhvervet som følge af den teknologiske udvikling uddødt.

I 1948 oprettedes et præliminærkursus for blinde. Præliminærek-samen var en slags udvidet realeksamen eller 'lille studentereksamen', som var blevet indført i 1881. Den gav mulighed for at gå til en optagelsesprøve på de 'højere almenskoler' såsom tandlægehøjskolen, farmaceutskolen og den polytekniske læreanstalt uden studentereksamen. Disse uddannelser og erhverv var af andre grunde ikke en mulighed for blinde, da de også medfører praktisk arbejde, der kræver brug af synet, men det betød meget for mange blindes selvværd, at man formelt set kunne kvalificere sig til den adgangsgivende prøve. Undervisningen på præliminærkursus foregik i normale realskoler, og den blinde fik tilknyttet en støttelærer fra Blindeinstituttet.

Baseret på erfaringer fra Japan og Finland, hvor man i adskillige århundreder har uddannet massører, blev der ved et samarbejde med Lægeforeningens massageudvalg i 1943 oprettet en fysioterapeutuddannelse, Teilmanns kursus til uddannelse af fysioterapeuter [7]. De første to blev optaget i 1944 og i perioden 1946-1957 uddannedes i alt ti. I 2014 var der kun oplysninger om stærkt svagsynede i arbejde, som fysioterapeut [18]. I dag driver IBOS en massøruddannelse, der afsluttes med certificering som alternativ terapeut. Tilslutningen til denne er imidlertid lav, blandt andet fordi kun få kommuner vil betale for det.

I 2009 fik 52,4% af alle blinde en kompetencegivende uddannelse. I 2015 var det antal faldet til 38,1%, heraf fik 0,2% en erhvervsuddannelse (22% i befolkningen som helhed) og 6% fik en videregående uddannelse med kandidatgrad (9% i den samlede befolkning). Det er altså overvejende korte og mellemlange videregående uddannelser, der benyttes [19].

Lydbøger og tekstscannere har siden 1970'erne i stigende omfang muliggjort uddannelse af blinde akademikere og mellemlange ud-

dannelser som f.eks. jurister og socialrådgivere. I 1956 havde man kun kendskab til to blinde med en universitetsuddannelse, og de havde ingen økonomisk glæde af den. I 1968 uddannedes den første socialrådgiver. En opgørelse fra 2014 over akademiske uddannelser gennemført af blinde nævner: jura, lingvistik, kinesisk, afrikastudier, engelsk, psykologi og statskundskab. Hertil kan man for stærkt svagsynedes vedkommende tilføje: biologi, cand.merc., musik, pædagogik og civilingeniør [19].

Afslutning

Overordnet tegner der sig et billede af blindesagens historie, hvor udviklingen kan inddeles i tre faser: 1. en periode kendetegnet ved privat filantropi og pædagogiske eksperimenter, 2. en periode med øget indblanding fra staten, professionalisering og effektivisering af blindes hjælp til uddannelse og arbejde og 3. en periode med øget autonomi og medbestemmelse for de blinde og i den forbindelse tillige en decentralisering og delvis afvikling af den offentlige hjælp. Det samme mønster er ligeledes karakteristisk for udviklingen i Danmark, når man taler om de øvrige handicaps historie. Det er desuden karakteristisk for historien i Danmark, at øjenlæger har engageret sig meget i arbejdet og samtidig kombineret det med forskning i blindhedens årsager og forebyggelse. Historien vidner ikke kun om en kronologisk rækkefølge af fremskridt, men også om mangler og vanskeligheder ved nye tiltag og opfi delser til trods for gode intentioner. Det bliver interessant at se hvordan udviklingen inden for blindesagen kommer til at forløbe fremover, herunder nye behandlingsmuligheder, hjælpemidler, kompensationsmuligheder og det “rummelige arbejdsmarked”.

Forfatteren ønsker at takke Thomas Rosenberg (tidligere overlæge ved Statens Øjenklinik), Marianne Lillemoes (Dansk Blindesamfund), Poul Lüneborg (Blindehistorisk Selskab) og Birgit Christensen (Instituttet for Blinde og Svagsynede) for inspiration og hjælp til kildemateriale.

Referencer

1. Moldenhawer J. Det Kongelige Blindeinstituts Historie. Kjøbenhavn: Holger Meyers Bogtrykkeri, 1905.
2. Poulsen S. Kjødeordenen og Blindesagen i Hundrede Aar. København: Forlagstrykkeriet, 1911.
3. Larsen C. Til Gavn for Menneskeheden og Fædrelandet. Kjødeordenen og dens blindeforsorg gennem 225 år. København: Arkivaria, 2002.
4. Houmøller S. Kjødeordenen og Blindeforsorgen 1811-1961. Kjøbenhavn: Selskabet Kjøden, 1961.
5. Klingberg WHM, ed. Journal udgiven til Fordeel for Blinde. Kiøbenhavn: Sebastian Popp, 1811.
6. Norrie G. Den Danske Oftalmologis Historie Indtil Aar 1900. København: Levin & Munksgaards Forlag, 1925.
7. Søgaard-Andersen A, Christensen WB, ed. Statens Institut for Blinde og Svagsynede i København. København: OC Olsen & Co., 1958.
8. Johansen F. Sådan fik danske blinde et skrift prog. København: Institutet for blinde og svagsynede, 1983.
9. Elgård K. Blind Barmhjertighed I: Historisk Dagblad. København: Nationalmuseet 2018.
10. Hansen E. De Unge Blinde i Danmark. Blindhedens Aarsager og Dens Forebyggelse. København: Det Hoffenburgske Etablissement, 1895.
11. Blegvad O. Om Xerophthalmien og dens Forekomst i Danmark i Aarene 1910-20. København: Nordisk forlag, 1923.
12. Christensen WB, ed. Det Kongelige Blindeinstitut på Refsnæs. København: Egmont H. Petersen, 1948.
13. Østergaard E. 60 års mobility. Udvikling og undervisning 1944-2004. København: Institutet for Blinde og Svagsynede, 2008.
14. Augustesen R. Segregering eller integrering – En undersøgelse af Undervisningspolitikken overfor Synshandicappede i perioden 1949 til 1980. Speciale, Institut for Historie. Københavns Universitet, 2004.
15. Thomsen TK. Lovmæssig adskillelse – om blinde børns undervisningspligt på skolen i Refsnæs. Handicaphistorisk tidsskrift 2020;43:5-66.
16. Andersen SE. Blinde i Folkeskolen. København: Danmarks Lærerhøjskole, 1979.
17. Holton H. Hvad er en Synscentral? Værn om synet 2011;4.
18. Rosenberg T. Statens Øjenklinik – Et Tilbageblik. Handicaphistorisk tidsskrift 2013;30:9-30.
19. [www.politics.aau.dk/digitalAssets/684/684897nr88blinde- og staerkt-svagsynede-mellem-18-og-40aar-forsoergelse-uddannelse-og-beskaeftigelse.pdf](http://www.politics.aau.dk/digitalAssets/684/684897nr88blinde-og-staerkt-svagsynede-mellem-18-og-40aar-forsoergelse-uddannelse-og-beskaeftigelse.pdf)
20. www.Blind.dk/Historie
21. Lüneborg P, Espersen E. De Blinde Pionerer. København: Kahrius, 2015.
22. Ommerbo P. Dansk Blindesamfunds Historie – Udarbejdet efter Foreningens Blade og Protokoller. København: Dansk Blindesamfund, 1944.
23. Jørgensen J. Dansk Handicap Forbund 75 år. København: Dansk Handicap Forbund, 2000.

24. www.vive.dk/da/nyheder/blinde-har-stadig-svaere-vilkaar/
25. Gotfredsen E, Norn M, Rosenberg T. Træk af Oftalmologiens Historie i Danmark 1950-92. København: Scriptor, 1994.

Summary

Rehabilitation and charity work in the history of blindness in Denmark

Jesper From

Blindness is a disability that was already well-known in ancient and medieval times. During the age of the Enlightenment, it was studied meticulously and systematically how this handicap could be compensated for. Similarly, by the 19th Century philanthropes. The first institutions and schools for blind people emerged in France and elsewhere in Europe. Along with pedagogues, doctors took part in this movement and the field of socialophthalmology emerged. The history of blindness in Denmark is distinguished by the peculiar fact that a freemason organization called Kjæden (“the Chain”) played a crucial role in the period 1811-1858. This same organization continued to run a home for blind people until 1970. As early as the mid-19th Century, Danish ophthalmologists took a great interest in the education and future work possibilities of blind people. This interdisciplinary cooperation between ophthalmologists, teachers, opticians, and social workers has continued until the present day.



Reklame for Cortisporin. Manden spiller samtidig på flere instrumenter.
“Beats the lot – kill bacteria in surface infections.” Et bredspektret antibiotisk præparat til behandling af hud og øjne. Præparatet består af polymyxin B sulfat, bacitracin og neomycin, samt af det antiinflammatoriske middel hydrocortison. Burroughs Wellcome and Company fra 1960'erne. (Wellcome Collection, uzzqkfrd)

Polymyxiner og deres skæbne gennem tiden

Henrik Permin, Mette Katrine Jensen,
Poul R. Kruse og Svend Norn

Efter 2. verdenskrig med den succesfulde opdagelse af penicillin, var der et stigende ønske om at finde nye antibiotika med en mere bredspektret antibakteriel virkning. Opdagelsen af, at en mikroorganisme kunne producere et stof, som kunne uskadeliggøre andre sygdomsfremkaldende bakterier og vel at mærke uden at skade patienten, var epokegørende. Dette førte til en jagt på andre mikroorganismer, som kunne producere en antibakteriel medicin. Dette førte til udviklingen af streptomycin og tetracykliner, som virker på både gram-positive og gram-negative bakterier [1]. Mindre kendt er historien om polymyxinerne, som stod til rådighed i slutningen af 1940'erne. Den danske professor i farmakologi ved Københavns Universitet Knud O. Møller (1896-1973) kunne i sin lærebog fra 1965 [1] notere, at polymyxinernes virkning er snævert begrænset til gram-negative bakterier. Det tilføjes, at på grund af muligheden for toksiske virkninger bør anvendelsen kun ske på hospitalet, samt endvidere, at erhvervet bakterieresistens over for polymyxiner ses meget sjældent [1 s. 103-104]. Netop bivirkninger, især de nyretoksiske og i mindre grad de nervetoksiske, var problemet [2,3]. I dag tyder alt på, at problemerne stort set er løst [3,4]. Men det gamle problem med bivirkningerne førte dengang til, at interessen for den intravenøse anvendelse af polymyxiner gradvist aftog frem mod slutningen af 1970'erne, hvor den blev afløst af antibiotika med mere tolerable bivirkninger, som aminoglykosider, beta-laktamer, fluorkinoloner, samt cefalosporiner og karbapenemer [5]. Behandlingen med polymyxiner fortsatte dog i begrænset omfang for at bekæmpe

lungeinfektioner ved cystisk fibrose, der ofte var præget af genstridige multiresistente gram-negative bakterier [4]. I 1990'erne blev omtalte antibiotika i stigende grad ubrugelige, da gram-negative bakterier nu havde udviklet resistens over for disse antibiotika. Det kneb med at finde egnede stoffer, og her fik polymyxiner, især polymyxin E-derivatet colistimethatnatrium sin renæssance, det vil sige håbet om at kunne genanvende det gamle lægemiddel.

Polymyxiner

Polymyxiner blev i slutningen af 1940'erne isoleret fra forskellige stammer af *Paenibacillus* (*Bacillus*) *polymyxa* fra jordprøver taget mange forskellige steder. Det var nærtstående, men endnu ikke identificerede polypeptider, og blev efterfølgende kaldt polymyxin med et bogstav fra A til E. Disse stoffer havde en potent antibakteriel virkning på gram-negative bakterier, men kun på disse. Opdagelsen blev fremlagt af tre uafhængige forskergrupper: Benedict og Langlykke, Stansly og medarbejdere samt Ainsworth og medarbejdere ved det årlige møde i 'The Society of American Bacteriologists' i maj 1947 [6].

Polymyxin E (colistin) blev udviklet, som det første originale japanske antibiotikum, af et team ledet af Yasuo Koyama og Akio Kurosawa på Kobayashi's Bakteriologiske Laboratorium [7]. De havde siden 1946 undersøgt 140 stammer af jordbakterier, opsamlet fra forskellige steder i Japan. En af disse bakteriearter blev i 1950 isoleret og benævnt *Bacillus polymyxa* var. *colistinus*. Polymyxinet fra denne bakterie var aktiv mod gram-negative bakterier, og polymyxin E blev i 1951 udviklet som et antibiotikum af medicinalfirmaet Lion Pharmaceutical, og registreret i Japan. Colistin blev på daværende tidspunkt anvendt til blandt andet dysenteri og kighoste, hvor man ikke havde anden effektiv medicin. Fra 1959 blev det registreret og anvendt i Europa og fra 1962 i USA [7]. Polymyxin E adskilte sig fra polymyxin B ved en enkelt aminosyre-ændring i den ringformede struktur af aminosyrer med D-leucine i stedet for D-phenylalanin [6]. Disse to polymyxiner

fik en fremtid i klinikken, og her blev polymyxin E anvendt i form af et letopløseligt methansulfonatderivat, som blev benævnt colistimethatnatrium (CMS, Colomycin) eller natriummethansulfonat [4]. Flere artikler forkorter uheldigvis colistimethatnatrium til colistin, hvilket kan være forvirrende. Derivatet er et 'prodrug'. Dette betyder, at det uvirksomme 'prodrug' først skal hydrolyseres til colistin i organismen for at virke. Det er mindre toksisk, men også mindre potent end polymyxin E [4]. Historien her vil især omfatte colistimethatnatrium, som har den største anvendelse, samt i mindre grad polymyxin B og E. Disse antibiotika er stadigvæk aktuelle i Danmark, mens polymyxin A, C og D allerede fra starten af polymyxin-æraen blev kasseret på grund af udtalte toksiske bivirkninger.

I Danmark fremstilles polymyxin B og colistimethatnatrium i dag af Xellia Pharmaceuticals. Produktionen af disse antibiotika begyndte i 1968 og 1969. Virksomheden er oprindeligt grundlagt af ØK i 1956 under navnet Dumex, og fra 2013 ejes den af Novo A/S (fi . 1-4).

Farmakologi og klinik

Der er nu gået 70 år, siden polymyxinerne blev introduceret til klinisk anvendelse, og her må det bemærkes, at dengang var myndighedernes krav til godkendelse af lægemidler mere beskedne end i dag. Dette fremgår også af de sparsomme og utilstrækkelige farmakokinetiske undersøgelser, som kan have medført uhensigtsmæssige doseringer med toksiske bivirkninger som nyrebeskadigelser (ved lokal påvirkning af tubulusepitelet), samt i mindre grad nervetoksiske bivirkninger, som paræstesier og svimmelhed [8]. Resultatet af disse bivirkninger blev, at interessen for den systemiske anvendelse af polymyxiner aftog mere og mere frem mod 1970'erne. Dette resulterede i, at forskningen stod i stampe med hensyn til dyberegående undersøgelser af polymyxinernes farmakokinetik. Forskningen blev først genoptaget omkring år 2000, da udbredelsen af bakteriel multiresistens over for de klassiske antibiotika som aminoglykosider, fluorokinoloner og



Figur 1. Xellia Pharmaceuticals ApS havde oprindeligt deres hovedsæde i Frihavnen i København i Asia House, som blev opført af ØK (Det Østasiatiske Kompagni) i 1897. I 1956 blev Dumex grundlagt af ØK med henblik på produktion og salg af medicinalprodukter på det internationale marked. Den norske virksomhed Apothekernes Laboratorium købte Dumex i 1983, og den sammenlagte virksomhed blev videreført under navnet Alpharma. I 2013 købte Novo A/S lægemiddelfirmaet under navnet Xellia Pharmaceuticals. Bygningen ejes i dag af ØK's Almennyttige Fond og anvendes som en vækst-fabrik for virksomheder med fokus på samhandel og kulturelle relationer mellem Asien og Danmark. Bygningens facade med de røde tegl står helt uændret igennem alle årene [44]. (Foto: 2021)

cefalosporiner, nødvendiggjorde anvendelsen af polymyxiner, som den sidste mulighed inden for antibiotisk behandling [9]. Her stod man nu over for det problem at skulle revurdere doseringen og den kliniske effekt. Men lykkeligvis havde nye landvindinger medført tekniske forbedringer som oprensning af polymyxinpræparaterne [10], samt forbedret nyremonitorering [11] og kontrol med væske



Figur 2. Foto af et af Dumex-laboratorierne i Asia House fra slutningen af 1950'erne. Dumex ønskede at opbygge en antibiotika-fabrik, og det første antibiotikum blev Tetracyclin [44]. (Tak til Hans-Otto Loldrup for lån af fotografiet)

og elektrolytbalancen [11,12]. Disse fremskridt resulterede i en bedre effekt, samt mere acceptable bivirkninger. Omkring år 2000 fandt man hospitalserhvervede infektioner forårsaget af multiresistente gram-negative bakterier (f.eks. *Acinetobacter* og *Pseudomonas*), hvor behandling med de klassiske antibiotika kom til kort, men med intravenøst administreret polymyxin B opnåedes en effektiv behandling, og her viste polymyxin B en lavere nyretoksisk effekt end tidligere beskrevet [13].

I de gamle klinisk-farmakologiske undersøgelser af polymyxin B fra 1950'erne fandt man ikke noget indhold af polymyxin B i serum og urin efter oral administration af polymyxin B hos børn og voksne [6]. Denne observation udelukkede peroral indgift til systemisk anvendelse, men oral administration var velegnet til desinfektion af

mave-tarmkanalen, f.eks. ved bacillær dysenteri, og desinfektion blev ligeledes opnået ved salvebehandling af store forbrændte hudområder. Polymyxin B salve anvendes fortsat til infektioner i øjne, ører og hud [4]. Intravenøs indgift anvendes i dag ved systemiske infektioner, f.eks. hospitalsinfektioner [11]. Polymyxin B elimineres hovedsageligt ved nonrenale mekanismer [14], og koncentrationen i urinen er lav i modsætning til colistimethatnatrium, som derfor foretrækkes ved urinvejsinfektioner [11].

Polymyxin E anvendes i form af det letopløselige derivat colistimethatnatrium. Det er som omtalt et inaktivt 'prodrug' af colistin, der efter parenteral indgift hydrolyseres til forskellige colistinderivater inklusive det aktive colistin, som udgør ca. 20% af det indgivne colistimethatnatrium [15]. Der foreligger i 1960'erne kun mindre undersøgelser over oral indgift. Her kunne der ikke påvises nogen relevant absorption af det vandopløselige colistimethatnatrium, hvilket udeluk-



Figur 3. Her ses de store fermenteringstanke, hvor bakterierne opdyrkes til produktion af forskellige antibiotika som Dumocyclin og polymyxiner, det vil sige colistimethatnatrium og polymyxin B hos Xellia Pharmaceuticals. (Tak til Xellia for brug af foto)

kede en systemisk anvendelse [16]. Rapporter fra 1960'erne viste god effekt af colistimethatnatrium givet intramuskulært ved urinvejsinfektioner med *P. aeruginosa*, og bakterien forsvandt fra urinen i løbet af nogle dage [17,18]. Intramuskulær injektion resulterede i en hurtig absorption, og raske personer tolererede høje doser [16]. Men problemet med denne injektion er, at absorptionen er variabel og injektionen kan give lokale smerter [15]. Et studium viste, at *Pseudomonas* infektioner kunne udryddes hos 5 af 8 personer, når colistimethatnatrium blev administreret intravenøst. Samtidig administration af probenecid øgede ikke serumkoncentrationen af colistimethatnatrium [19] i modsætning til forholdet ved penicillin. Muligheden for at reducere den samlede indgift af colistimethatnatrium blev undersøgt hos patienter med urinvejsinfektioner med *E. coli*, *Pseudomonas* og *Klebsiella* [20]. Her blev colistimethatnatrium infunderet i høje doser i de første 1-2 døgn, efterfulgt af en langsom infusion af stoffet i en mindre koncentration. Herved blev totaldoseringen af colistimethatnatrium reduceret sammenlignet med den anbefalede daglige dosering, hvilket har betydning ved nedsat nyrefunktion. Behandlingen resulterede i en udryddelse af urinvejsinfektionen hos 15 af de 20 patienter.

Inhalationsterapi medfører en højere koncentration i lungerne end intravenøs indgift på grund af colistimethatnatriums binding til lungevævet [15]. Dette har ført til en mere effektiv behandling af kritiske lungeinfektioner hos blandt andre cystisk fibrose patienter, og samtidig nedsættes risikoen for nyrebeskadigelse.

Undersøgelser over intrathekal indgift viser, at der til sammenligning med den intravenøse indgift, kan opnås væsentlig højere koncentrationer af colistimethatnatrium i spinalvæsken. Metoden kan derfor anvendes ved meningitis forårsaget af multiresistente gram-negative bakterier. Tilmed opnås der en væsentlig mindre plasmakoncentration med nedsat risiko for nyrebeskadigelse [15].

Toksicitet

De nyretoksiske bivirkninger var det største problem ved den parenterale anvendelse af polymyxin E (colistin), colistimethatnatrium og polymyxin B. Det antages, at den høje incidens af nyretoksicitet, som blev rapporteret i 1960'erne og i 1970'erne [2,21], blandt andet skyldtes den manglende indsigt i polymyxinernes farmakokinetik og dermed dosering [22]. Det skyldtes specielt de høje doser af colistimethatnatrium, der medførte den nyretoksiske bivirkning [8]. Arbejdet inkluderede femogtyve patienter med akut eller kronisk nyresygdom med svækket nyrefunktion. Nyrefunktionen blev forringet hos alle patienter, og for at undgå en skadelig overdosering måtte den daglige dosering af colistimethatnatrium reduceres, vejledt ved daglige bestemmelser af plasma-kreatinin. Konklusionen blev derfor, at forsigtig anvendelse af colistimethatnatrium er en terapeutisk succes ved behandling af resistent urinvejsinfektion forårsaget af *Pseudomonas* og



Figur 4. Billedet viser den højteknologiske udvikling af medicinfremstillingen i dag. På billedet ses en mand i sterilt udstyr, som styrer produktionen elektronisk. (Tak til Xellia for brug af foto)

Klebsiella, mens *E. coli* infektioner kan bekæmpes med mindre toksiske antibiotika [8,21]. Hos 288 hospitaliserede patienter med lungebetændelse, sepsis og sårinfektioner, som var inficeret med *P. aeruginosa*, *Aerobacter aerogenes* eller blandede gram-negative bakterier, fandt man, at 20% af de colistimethatnatrium behandlede patienter viste manifestationer af nyreinsufficiens, og det bemærkedes, at den anbefalede dosering af colistimethatnatrium resulterede i hyppigere og mere alvorlige bivirkninger på nyrerne end tidligere rapporteret [2]. En skematiseret tabeloversigt over toksiciteten, som dækker perioden 1960'erne og 1970'erne, er udarbejdet af Falagas og Kasiakou, og den understreger de seriøse nyreskader [12].

I 1990'erne dukkede multidrug-resistente gram-negative bakterier op som hospitalserhvervede infektioner. *P. aeruginosa* og *Acinetobacter baumannii* var nu blevet resistente over for de hidtil anvendte antibiotika som aminoglykosider, cefalosporiner, fluorokinoloner og imipenem [23]. Dette medførte en stigende anvendelse af polymyxiner, især colistimethatnatrium, som stadigvæk var aktive, måske på grund af den nedsatte anvendelse fra 1970'erne til 1990'erne. Overraskende og heldigt var det, at de nye rapporter fra begyndelsen af år 2000 viste, at den nyretoksiske virkning af colistimethatnatrium og colistin var betydelig mindre end i de gamle undersøgelser fra 1960'erne og 1970'erne, og den var relativ mild og næsten altid reversibel [4,12,24]. Hyppigheden af nervetoksiske tilfælde med paræstesier, svimmelhed og svækkelse er stadigvæk fundet at være væsentlig lavere end de nyretoksiske tilfælde [12].

Den nedsatte toksicitet antages at have forskellige årsager. I begyndelsen rådede medicinalindustrien ikke over fuldstændigt rene præparater, og den antibakterielle effekt var svingende. En mikrobiologisk styrkebestemmelse blev derfor indført, hvor præparatets styrke blev angivet i internationale enheder. Med henblik på en bedre dosering blev det foreslået at måle nyrefunktionen ved serum-kreatinin-niveauet og følge den enkelte patients kreatinin-værdi, hvor en stigning kan være tegn på en nyretoksisk effekt [25]. En direkte måling af polymyxiner i blodet kunne ønskes men var ikke mulig på

daværende tidspunkt. Af stor værdi for reduktion af antal bivirkninger blev den minutiøse monitorering af væske- og elektrolytbalancen samt undladelse af samtidig administration af andre lægemidler med nyre- og nervetoksiske bivirkninger [12,25].

Cystisk fibrose

I 1938 beskrev børnelægen og patologen Dorothy H. Andersen (1901-1963) fra Babies Hospital, New York, sygdommen cystisk fibrose, og hendes team udviklede den såkaldte 'svedtest' til påvisning af sygdommen [26,27]. I et senere arbejde fra 1949 omtaler hun sin behandling af børnene med antibiotika som penicillin og streptomycin, men også polymyxin B. Disse antibiotika administreres ved intramuskulær injektion eller eventuelt ved inhalation [27]. De mange undersøgelser inkluderer dog ikke på dette tidspunkt kontrollerede studier, men det fremhæves, at en tidlig diagnosticering og terapi er vigtig, for den fører til en forbedret prognose [27]. Siden Dorothy Andersens beskrivelse af cystisk fibrose og behandlingen af patienter med denne sygdom er der sket en stigning i overlevelsen af sygdommen fra en uundgåelig død i barnealderen til en formodet overlevelse over halvtreds år, og denne stigning blev særlig tydelig i 1980'erne [28,29]. Med den stigende udbredelse af multiresistente bakterier i 1990'erne fik colistimethatnatrium større betydning for bekæmpelsen af lungeinfektioner som hospitalserhvervet pneumoni og hos patienter med cystisk fibrose. Colistimethatnatrium blev administreret intravenøst, og denne behandling blev undertiden suppleret med inhalation af colistimethatnatrium [30]. Dette vidner om en begyndende forståelse af stoffets farmakokinetik, hvor inhalation i modsætning til intravenøs indgift øger den antibiotiske virkning på lungerne og samtidig nedsætter den nyrebeskadigende virkning.

Rigshospitalets center for cystisk fibrose blev oprettet i 1960'erne under ledelse af børnelægen, overlæge Erhard Winge Flensborg (1912-2009) (fi .5). Flensborg gennemførte en minutiøs indsamling



Figur 5. Her fejres Erhard Winge Flensborg ved sin 90-års fødselsdag. Han blev hyldet som skandinavisk pioner inden for cystisk fibrose behandling og forskning. I 1960'erne organiserede han Skandinaviens første cystisk fibrose-center på Rigshospitalet og var medstifter og formand for Landsforeningen til Bekæmpelse af Cystisk Fibrose. Forrest ses fødselaren. I rækken bagved ses, som nr. 2 fra venstre, hans efterfølger overlæge Christian Koch, og helt til højre ses mikrobiologen professor Niels Høiby. (Cystisk Fibrose bladet, nr. 3, 2002)

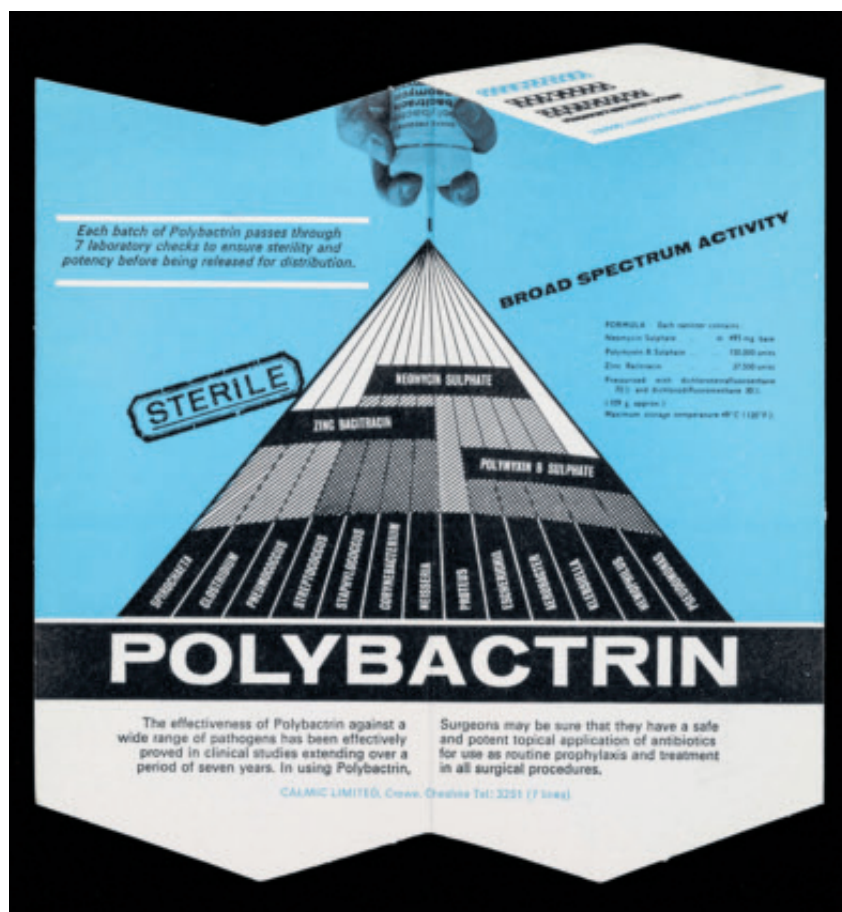
og registrering af cystisk fibrose patienternes ambulante besøg, indlæggelser samt behandlinger og laboratorietest på kartotekskort. Disse data blev brugt til en lang række videnskabelige opgørelser, som gjorde det danske cystisk fibrose-center internationalt kendt. Ved Flensborgs pensionering overtog børnelægen og immunologen Christian Koch (1936-2004) ledelsen af centerets forskning og behandling, og her undersøgte Christian Koch sammen med mikrobiologen, professor Niels Høiby (f. 1941) og medarbejdere i perioden fra 1980'erne og frem behandlingen af patienter med cystisk fibrose. Teamet anbefalede inhalation af colistimethatnatrium som supplement til hyppige intravenøse infusioner af antibiotika til bekæmpelse af *Pseudomonas*

aeruginosa, der er et hyppigt forekommende patogen ved cystisk fibrose [31]. Senere opstod ideen om at udrydde en meget tidlig opståen af en intermitterende, det vil sige tilbagevendende kolonisering med *P. aeruginosa*, som kunne forhindre, nedsætte eller udskyde udviklingen af den efterfølgende kroniske infektion. Det lykkedes, idet anti-pseudomonas behandlingen udført ved inhalation af colistimethatnatrium, viste en signifikant lavere udvikling af kronisk infektion end kontrolgruppen, verificeret ved spytkulturer eller svælgprøver, og lungefunktionen (FVC og FEV1) blev opretholdt eller øget i modsætning til et fald i kontrolgruppen [32,33]. Princippet med at sætte meget tidligt ind i den intermitterende kolonisering med *P. aeruginosa* blev en vigtig og anerkendt milepæl i behandlingen af patienter med cystisk fibrose. En mere effektiv effekt er opnået ved at kombinere colistimethatnatrium behandlingen med andre antibiotika som imipenem og ceftazidim (et cefalosporin). Kombinationen tenderer til øget antibiotisk effekt samt forbedret lungefunktion [4,34]. På dette tidspunkt begyndte der at optræde en lejlighedsvis *P. aeruginosa* resistens over for colistimethatnatrium, og herved blev kombinationsterapien en velkommen mulighed i behandlingen af lungeinfektionerne hos patienterne med cystisk fibrose.

Anvendelsen i dag

Fremkomsten af multiresistente gram-negative bakterier i 1990'erne og manglen på effektive antibiotika til deres bekæmpelse har, som omtalt, ført til genbrug af polymyxinerne. I Danmark anvendes colistimethatnatrium administreret som inhalation eller infusion. Anvendelsesområderne for inhalation omfatter lungeinfektioner med polymyxinfølsomme bakterier som *P. aeruginosa* hos patienter med cystisk fibrose eller med svære lungesygdomme med kroniske luftvejsinfektioner. Et stigende antal patienter ses med kroniske lungelidelser (KOL/rygerlunger), og fle e af disse patienter bliver inficeret med blandt andet *P. aeruginosa* med forværring af deres tilstand. I stigende grad anven-

des inhalationsmedicin som forebyggende behandling. Her anvendes blandt andet colistimethatnatrium (colistin/colomycin/Colobreathe), som patienten inhalerer som monoterapi, eller i kombination med andre antibiotika, hvor kombinationen har vist sig at være mere effektiv end monoterapien [4,34]. Inhalationen virker lokalt på lungerne, mens



Figur 6. En tidligere annoncering af Polybactrin fra medicinalfirmaet Calmnic Ltd fra 1960'erne viser et bredspektret og sterilt præparat til lokal anvendelse, samt til rutinemæssig profylakse og anvendelse ved kirurgiske procedurer. Det inkluderer bacitracin, der virker på gram-positive bakterier, og polymyxin B med virkning på gram-negative bakterier samt det bredspektrede neomycin. (Wellcome Collection, sv36r6zm)

den systemiske virkning, og hermed den nyrebeskadigende virkning, er ringe [15]. Intravenøs behandling anvendes ved alvorlige infektioner som meningitis, sepsis, hospitalserhvervet lungebetændelse og komplicerede urinvejsinfektioner, der kan være forårsaget af *P. aeruginosa*, *Acinetobacter* species, *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli* og *Enterobacter* species [4]. På intensivafdelinger har kombinationen af colistimethatnatrium og meropenem reduceret dødeligheden ved infektioner med resistente *Acinetobacter baumannii* [35].

Intrathekal terapi med aminoglykosider, colistimethatnatrium og polymyxin B kan anvendes som supplement til den intravenøse indgift ved at kompensere for den ringe penetration ind i cerebrospinalvæsken [36]. Dette kan være en alternativ mulighed ved meningitis forårsaget af multiresistente infektioner med gram-negative bakterier.

I dag anvendes polymyxin B til øre-, øjen- og hudinfektioner, hvor det administreres som dråber eller salve, ofte sammen med et andet antibiotikum som oxytetracyclin eller neomycin, der begge har et bredere kemoterapeutisk spektrum end polymyxiner (fi . 6). Hydrokortison tilsættes undertiden som et antiinflammatorisk middel. Behandlingen skal gerne være kortvarig betinget af stor risiko for resistensudvikling.

Resistensproblemer og nye muligheder

Colistin har siden 1970'erne været anvendt til behandling og forebyggelse af følsomme bakterier som *E.coli* og *Salmonella* hos dyr som svin, fjerkræ, kaniner, kvæg, får og geder. Kombinationsbehandling af colistin med andre antimikrobielle stoffer er brugt til gruppebehandling af gastrointestinale og respiratoriske infektioner hos fødevareproducerede dyr. På baggrund af stigningen i bakteriel resistens gennem de senere år, samt at der kun er få antibiotika, der kan anvendes hos mennesker med svære infektioner med gram-negative bakterier, indførte EU fra 2017, at colistin skulle begrænses betydeligt i anvendelse og kun i svære tilfælde hos f.eks. kalve med infektion med *E.coli* eller *Salmonella* [37].

Omkring år 2007 oplevede flere hospitaler udbrud af infektioner med *P. aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* og *Klebsiella pneumoniae*, og bakterierne var resistente over for alle vore nuværende antibiotika, inklusive polymyxiner [38]. Multiresistensen skyldtes en bakteriel erhvervelse (via mutation) af forskellige resistensgener, blandt andet *mcr-1*, som koder for forskellige resistensmekanismer. Disse mekanismer er ansvarlige for bakteriens opregulering af efflux pumper, som pumper optaget antibiotika ud af bakterien, samt ansvarlige for membranændringer i bakterievæggen, der hindrer optagelse i bakterien af antibiotika. Begge mekanismer bevirker, at *P. aeruginosa* og *Acinetobacter* spp kan blive modstandsdygtige over for vore antibiotika, inklusive polymyxiner [39]. Årsagen til multiresistensen skyldes sandsynligvis et overforbrug af colistin i blandt andet det kinesiske landbrug, hvor det har været anvendt som veterinærmedicin og ikke mindst vækstfremmer i foderet [40]. I 2015 blev resistensgenet *mcr-1* identificeret af britiske og kinesiske forskere. Det er fundet i *E. coli* og *K. pneumoniae* isolater fra mennesker, samt fra fjerkræ, svin og kvæg fra Østlande, Europa og Canada. Fundet har afsløret en overraskende hurtig spredning af bakterieresistens over for polymyxiner. Den skyldes den hurtige og lette spredning af et plasmid-medieret *mcr-1* resistensgen, som smitter mennesker og dyr [15,41].

Den hurtige spredning af polymyxin-resistens nærer frygten for opståen af epidemiske udbrud med 'pandrug-resistens', det vil sige bakteriel resistens mod alle vore antibiotika, inklusive polymyxiner [42]. Hermed kan vi miste vort sidste effektive antibiotikum, polymyxin, til bekæmpelse af svært multiresistente bakterier – og da vil det blive vanskeligt at finde flere antibiotika i vores 'pipeline' af muligheder. Når polymyxiner så længe har stået distancen, skyldes det antagelig tilbageholdenheden med deres anvendelse i perioden 1970'erne til 1990'erne på grund af nyreproblemerne – problemer, som udviklingen i dag har elimineret. En lignende tilbageholdenhed med andre antibiotika i en vis tidsperiode, kan muligvis medføre en tilsvarende renæssance for disse stoffer. Der er stigende opmærksomhed på muligheden af gunstig effekt af polymyxiner, administreret sammen med andre typer

af antibiotika. Håbet er at opnå en individuel skræddersyet kombinationsterapi, der med den rette antibiotikakombination kan redde patienter med svære infektioner [43]. Metoden er under udvikling på Københavns Universitet og Rigshospitalet. Det er en hurtig *in vitro* metode, baseret på mikrokalorimetrisk måling, hvor bakteriedrab registreres ved varmetab.

Litteratur

1. Møller KO. Farmakologi. Det teoretiske grundlag for rationel farmakologi. 6. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1965.
2. Koch-Weser J, Sidel VW, Federman EB et al. Adverse effects of sodium colistimethate. Manifestations and specific reaction rates during 317 courses of therapy. *Ann Intern Med* 1970;72:857-68.
3. Dijkmans AC, Wilms EB, Kamerling IMC et al. Colistin: Revival of an old polymyxin antibiotic. *Ther Drug Monit* 2015;37:49-27.
4. Falagas ME, Kasiakou SK. Colistin: The revival of polymyxins for the management of multidrug-resistant gram-negative bacterial infections. *Clin Infect Dis* 2005;40:1333-41.
5. Kampmann JP, Brøsen K, Nielsen-Kudsk F et al. Basal og klinisk farmakologi. København: FADLs Forlag, 1999.
6. Schnitzer RJ, Hawking F, ed. Experimental Chemotherapy, vol 3, part 2, New York: Academic Press, 1964.
7. Umemura M. The Japanese pharmaceutical industry. Its evolution and current challenges. London and New York: Routledge, Taylor & Francis group, 2011;4-44.
8. Tallgren LG, Liewendahl K, Kuhlback B. The therapeutic success and nephrotoxicity of colistin in acute and chronic nephropathies with impaired renal function. *Acta Med Scand* 1965;177:717-28.
9. Zavascki AP, Goldani LZ, Li J et al. Polymyxin B for the treatment of multidrug-resistant pathogens: a critical review. *J Antimicrob Chemother* 2007;60:1206-15.
10. Elverdam I. Isolation and characterization of three new polymyxins in polymyxin B and E by high-performance liquid chromatography. *J Chromatogr* 1981;218:653-61.
11. Tsuji BT, Pogue JM, Zavascki AP et al. International consensus guidelines for the optimal use of the polymyxins. *Pharmacotherapy* 2019;39:10-39.
12. Falagas ME, Kasiakou SK. Toxicity of polymyxins: a systematic review of the evidence from old and recent studies. *Crit Care* 2006;10:1-13.
13. Ouderkirk JP, Nord JA, Turett GS et al. Polymyxin B nephrotoxicity and efficacy against nosocomial infections caused by multiresistant gram-negative bacteria. *Antimicrob Agents Chemother* 2003;47:2659-62.
14. Moubareck CA. Polymyxins and bacterial membranes: A review of antibacterial activity and mechanisms of resistance. *Membranes* 2020;10:181([doi:10.3390/membranes10080181](https://doi.org/10.3390/membranes10080181)).

15. Poirel L, Jayol A, Nordmann P. Polymyxins: Antibacterial activity, susceptibility testing, and resistance mechanisms encoded by plasmids or chromosomes. *Clin Microb Rev* 2017;30:557-96.
16. Wright WW, Welch H. Chemical, biological, and clinical observations on colistin. *Antibiot Annu* 1959;7:61-74.
17. Edgar WM, Dickinson KM. A trial of colistin methane sulphonate in urinary infection with *Pseudomonas pyocyanea*. *Lancet* 1962;ii:739-40.
18. McMillan M, Price TML, MacLaren DM et al. *Pseudomonas pyocyanea* infection treated with colistin methane sulphonate. *Lancet* 1962;ii:737-9.
19. Baines RD Jr, Rifkind D. Intravenous administration of sodium colistimethate. *JAMA* 1964;190:278-81.
20. Cox CE, Harrison LH. Intravenous sodium colistimethate therapy of urinary-tract infections: Pharmacological and bacteriological studies. *Antimicrob Agents Chemother* 1970;10:296-302.
21. Price DJE, Graham DI. Effects of large doses of colistin sulphomethate sodium on renal function. *Brit Med J* 1970;4:525-27.
22. Li J, Nation RL, Milne RW. Evaluation of colistin as an agent against multi-resistant gram-negative bacteria. *Int J Antimicrob Agents* 2005;25:11-25.
23. Levin AS, Barone AA, Penco J. Intravenous colistin as therapy for nosocomial infections caused by multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii*. *Clin Infect Dis* 1999;28:1008-11.
24. Gregoire N, Aranzana-Climent V, Magreault S. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of colistin. *Clin Pharmacokinet* 2017;56:1441-60.
25. Falagas ME, Rafailidis PI. Nephrotoxicity of colistin: New insight into an old antibiotic. *Clin Infect Dis* 2009;48:1729-31.
26. Andersen DH. Cystic fibrosis of the pancreas and its relationship to celiac disease: Clinical and pathologic study. *Amer J Dis Child* 1938;56:344-99.
27. Andersen DH. The present diagnosis and therapy of cystic fibrosis of the pancreas. *Proc R Soc Med* 1949;42:25-32.
28. Szaff M, Højby N, Flensburg EW. Frequent antibiotic therapy improves survival of cystic fibrosis patients with chronic *Pseudomonas aeruginosa* infection. *Acta Paed Scand* 1983;72:661-7.
29. Frederiksen B, Lang S, Koch C. Improved survival in the Danish centre-treated cystic fibrosis patients: results of aggressive treatment. *Pediatr Pulmonol* 1996;21:53-8.
30. Gurjar M. Colistin for lung infection: an update. *Gurjar J Intensive Care* 2015;3:doi 10.118/s40560-015-0072-9.
31. Jensen T, Pedersen SS, Garne S. Colistin inhalation therapy in cystic fibrosis patients with chronic *Pseudomonas aeruginosa* lung infection. *J Antimicrob Chemother* 1987;19:831-8.
32. Frederiksen B, Koch C, Højby N. Antibiotic treatment of initial colonization with *Pseudomonas aeruginosa* postpones chronic infection and prevents deterioration of pulmonary function in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 1997;23:33-5.
33. Littlewood JM, Koch C, Lambert PA. A ten year review of colomycin. *Respir Med* 2000;94:632-40.

34. Conway SP, Pond MN, Watson A et al. Intravenous colistin sulphomethate in acute respiratory exacerbations in adult patients with cystic fibrosis. *Thorax* 1997;52:987-93.
35. Katip W, Uitrakul S, Oberdorfer P. A comparison of colistin versus colistin plus meropenem for the treatment of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* in critically ill patients: A propensity score-matched analysis. *Antibiotics* 2020; 9: 647.
36. Bargiacchi O, De Rosa FG. Intrathecal or intraventricular colistin: a review. *Le Infezioni in Medicina (Infez Med)* 2016;1:3– 11.
37. <https://www.foedevarestyrelsen.dk/>
38. Velkov T, Roberts KD, Thompson PE. Polymyxins; a new hope in combating gram-negative superbugs? *Future Med Chem* 2016;8:107-25.
39. Bonomo RA, Szabo D. Mechanisms of multidrug resistance in *Acinetobacter* species and *Pseudomonas aeruginosa*. *Clin Infect Dis* 2006;43:S49-56.
40. <https://www.mrc.ukri.org/news/browse/amr-research-leads-to-china-banning-antibiotic-from-animal-feed/>
41. Ahmed MAEE, Zhong LL, Shen C et al. Colistin and its role in the era of antibiotic resistance: an extended review (2000-2019). *Emerg Microbes Infec* 2020;9:868-85.
42. Rolain J-M, Olaitan AO. Plasmid-mediated colistin resistance: the final blow to colistin? *Int J Antimicrob Agents* 2016;47:4-5.
43. Nørskov Kragh K, Gijón D, Maruri A et al. Effective antimicrobial combination in vivo treatment predicted with microcalorimetry screening. *J Antimicrob Chemother* 2021;76:1001-9.
44. Loldrup HO. Dansk medicin. Historien om de danske medicinfabrikker. København: Loldrups Forlag, 2014.

Summary

Polymyxins and their fate through the times

Henrik Permin, Mette Katrine Jensen,
Poul R. Kruse, and Svend Norn

The polymyxin A-E antibiotics were discovered and isolated from the soil microorganisms *Paenibacillus (Bacillus) polymyxa* in the 1940s and 1950s. Because of toxic effects only two of the five antibiotics got a future to combat gram-negative bacteria as *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp*, *Klebsiella spp*, *E. coli* and *Enterobacter spp*. These two agents were polymyxin B most often used for topical treatment, and a soluble derivate of polymyxin E (colistimethatsodium), which was inhaled for lung infections or used for systemic therapy of an infection by intravenous injection. The fate through the times includes the period up to the 1970s, where neuro- and especially nephrotoxic effects caused a decline in the use of polymyxins, which were substituted by antibiotics as aminoglycosides, beta-lactams, fluoroquinolones, cephalosporins and carbapenems. In the 1990s these antibiotics lost terrain since gram-negative bacteria developed multidrug resistance. As new potential antibiotics were not found in the 'pipeline', the polymyxins got their renaissance, and fortunately the development of pure preparations. Monitoring, especially of the patients' hydration status, had improved the use of the polymyxins. Unfortunately, multidrug resistance to all antibiotics inclusive the polymyxins were observed in hospitals in the early year 2000. Focus is now directed against individual combination treatment with polymyxins and other antibiotics.

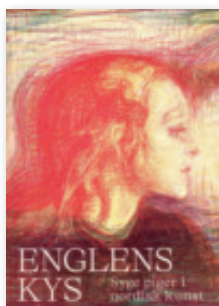


Edward Jenner vaccinerer patienter i 'the Smallpox and Inoculation Hospital at St. Pancras'. Patienterne udvikler fysiske træk fra køer. Farvelagt ætsning af James Gillray (1756-1815) fra 1802. Se anmeldelsen af Johan Olsens bog *Et prik, der ændrede verden*. Bogen om vacciner s. 240 (Wellcome Collection, M0005398)

Boganmeldelser

Anmeldelse af

Mette Bøgh Jensen, Camilla Klitgaard Laursen:
Englens kys. Syge piger i nordisk kunst. Skagens
Kunstmuseer og Den Hirschsprungske Samling, 2021.
136 sider. DKK 148. ISBN 9788791048548.



Det er ikke så tit, at vi anmelder et katalog fra en kunstudstilling, men det er til gengæld heller ikke hverdagskost, at et kunstmuseum fokuserer på et medicinhistorisk emne. Bogen fortjener derfor en anmeldelse, men udstillingen på først Skagens Museum og sidenhen på Den Hirschsprungske Samling er desværre lukket, når Årbogen udkommer. Selv om udstillingen løber af stablen i et Covid-19 år, begyndte forberedelserne allerede i 2016, så udstillingens aktualitet er rent held.

Englens kys – Syge piger i nordisk kunst er katalog til udstillingen med afbldning af samtlige værker fulgt op med meget fyldige noter om de enkelte værker, sigende citater fra dagspressen i slutningen af 1800-tallet og nok så vigtigt en fagfællebedømt artikel af museumsinspektør Mette Bøgh Jensen: *Sygdom, sentimentalitet og sympati – syge piger i nordisk kunst 1850-1900*.

“Der var stort fokus på sygdom og medicinske fremskridt i slutningen af 1800-tallet. Interessen smittede bogstaveligt talt af på kunstnerne, der var optagede af at portrættere læger i færd med at demonstrere de nyeste lægevidenskabelige fremskridt. Flere kunstnere malede dog også billeder af syge mennesker, ofte i et hjemligt interiør, hvor lægen ikke er til stede, og hvor hverken patientens udseende eller rummets indretning afslører, hvad den syge fejler” [s. 11]. Mange billeder er meget udtryksfulde. Vi er ikke i tvivl om en påvirket almen-

tilstand, men kun i de færreste tilfælde kendes diagnosen – og dette gennem samtidige breve eller anden overlevering og ikke gennem billedet. Maleriet skildrer et sygt menneske. Børneflåden på maleriet *Fra asylet i Istedgade* af Emilie Mundt fra 1886 rummer alt fra børn med febrerrøde kinder over tilsyneladende friske børn til børn, der er slappe og med totalt udtryksløse og fjerne øjne [s. 70]. Dette er blot et af mange værker, som på bedste kunstneriske måde illustrerer den kliniske hverdag.

Som et supplement kan nævnes, at Mette Bøgh Jensen har gennemgået Anna Anchers maleri *En vaccination* i e-tidsskriftet *Perspective*: <https://perspective.smk.dk/det-forloesende-stik-anna-anchers-en-vaccination>.

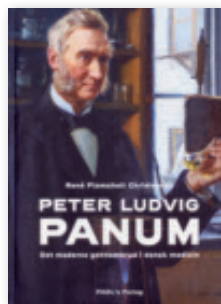
Udstillingerne er desværre overstået, men kataloget lever videre og er anbefalelsesværdig læsning.

Ole Sonne

Lektor emer. i fysiologi, dr.med.,
Institut for Biomedicin, Aarhus Universitet

Anmeldelse af

René Flamsholt Christensen: Peter Ludvig Panum. Det moderne gennembrud i dansk medicin. FADL's Forlag, 2020. 350 sider. DKK 300. ISBN 978-87-93810-54-9.



I denne anden og mere fyldige biografi om Panum efter Albert Gjeddens fra 1971 giver René Flamsholt Christensen et bredtfavnende billede af den lidt flyvske forsker uden nogen form for forudindtaget holdning. Anmelderen er som gammel fysiolog blevet en hel del klogere af denne mere uhildede tilgang til forskeren Panum. Jeg syntes, at Panum manglede fokus i sin forskning, men jeg indrømmer, at han også var underlagt

det 'forhåndenværende søms princip'. Tiden tillod næppe en stringent forskningslinje blandt andet qua manglende apparatur. Lad det være sagt med det samme: dette er spændende læsning. Bogen giver ikke blot et skarpt portræt af en kendt forsker men også nok så vigtigt et tidsbillede. Bogen bliver hermed mere end en biografi. Som eksempel på sidstnævnte var Panum ansat ved universitetet i Kiel, og han havde gode personlige forbindelser til Virchow i Berlin. Under optrapningen af konflikten med Slesvig-Holsten lykkedes det Panum at opnå et professorat i fysiologi ved Københavns Universitet. Det var så en udfordring i sig selv, idet han overtog professoratet efter Eschricht, som var mere interesseret i hvalers sammenlignende anatomi, så ret beset var flere generationer læger uddannet i hvalers anatomi frem for menneskets fysiologi. Og dette skulle Panum rette op på [s. 139]. Helt fra begyndelsen af sin ansættelse var han aktiv deltager i en modernisering af undervisningen på lægestudiet – en proces som viste sig at være op ad bakke [s. 210].

Under ansættelsen i Kiel blev Panum betragtet som dansker, og efter ansættelsen i København blev han anset for at være tysker. Dette er måske forklaringen på, at han har flere betydningsfulde artikler på dansk,

hvorfor han først sent er blevet anerkendt for sine mange opdagelser [s. 161]. Panums videnskabelige netværk blev af den danske regering udnyttet ved at give ham rejselegater, så han fagligt kunne rejse til Berlin men medbringende budskaber til de dansksindede delegerede i Rigsdagen. På den vis blev han en slags diplomatisk udsending eller måske endda 'muldvarp'. Forud for disse missioner havde han haft studiebesøg hos Claude Bernard, som var en af Europas betydeligste fysiologer. I Paris udførtes vivisektioner, og det var måske her, Panum lærte at forsvare dyreforsøg i den hjemlige ophedede debat. Parisopholdet med læretiden hos Claude Bernard får det pudsige sammenfald, at Panums forgænger, Eschricht, var assistent hos Bernards forgænger, François Magendie [s. 139].

Hvis der skal fi des kritikpunkter, vil det være i balancen mellem hovedtema og sidetemaer. F.eks. fylder beskrivelsen af Virchow meget [s. 85-92] i betragtning af, at det kun er en indledning til at introducere Panum i dette selskab. Det samme kan siges om anden slesvigske krig [s. 174-179], for nok kræver det en forklaring, at Panum blev en del af den diplomatiske krig, men alligevel – proportioner. Der er også en del spekulationer, f.eks. s. 57, hvor der gættes på nogle bekendtskaber. Men pyt – bogformen har jo ingen sidebegrænsninger, og de to sidespring er interessante i sig selv, så stor tilgivelse herfra.

Bogen er tilmed Covid-19-aktuel ved beskrivelsen af Panums bidrag til løsning af mæslingeepidemien på Færøerne i 1846, hvor hans publicerede opdagelser nærmest blev ignoreret [s. 46], og koleraepidemien på Lolland i 1850 [s. 105]. Han løser problemerne begge steder gennem smitteopsporing, fund af kilder og karantæne. "For den voksende samfundsklasse af industri- og købmænd var karantæne ensbetydende med handelsbegrænsninger, bureaukratisk kontrol og deraf følgende intolerable tab" [s. 48]. Dette er over 150 år siden, men lyder det ikke bekendt fra debatten under den nuværende pandemi? Hans karantæneforanstaltninger kom til at koste ham jobbet, eftersom han blev fyret efter offentliggørelsen af redegørelsen om smitten på Lolland, men trods fyringen blev hans indsats samtidig belønnet med ridderkorset [s. 116].

Bogens kildehenvisninger er, hvor det er muligt, hjælpsomt forsynet med en net-adresse til kilden og ikke blot den klassiske kildeangivelse. Dette er endnu et plus i bedømmelsen af denne velskrevne bog. En varm anbefaling af en god, lærerig og underholdende biografi.

Ole Sonne

Lektor emer. i fysiologi, dr.med.,
Institut for Biomedicin, Aarhus Universitet

Anmeldelse af

Karl Peder Pedersen: Poul og kærligheden – en kontrærseksuels bekendelser. Gads Forlag, 2020. 271 sider. DKK 350. ISBN 978-87-12-12-06064-2.



Poul Andræ var ingen hr. hvem-som-helst. Poul var søn af en statsminister, jurist med højeste karakter, succesrig embedsmand og forfatter, etatsråd og – særdeles formuende. Men Poul havde et stort problem: han var homoseksuel, eller, som han selv kaldte sig, kontrærseksuel. Pensioneret arkivar, Karl Peder Pedersen fortæller i *Poul og kærligheden* Pouls lidelsesfyldte historie, men redegør også for etableringen af homoseksualitet som en kategori i samfundet og en diagnose i de medicinske lærebøger.

Poul voksede op i den politiske elite i København i tiden efter enevældens ophør; hans far beklædte forskellige ministerposter i 1850'erne og var en kort periode statsminister. Hjemmet var præget af store ambitioner på Pouls og den yngre bror, Victors, vegne. Brødrene fik fine karakterer på Metropolitanskolen og senere på det juridiske studium, og begge gennemløb en pletfri karriere som ministerielle embedsmænd. Poul havde imidlertid helt fra skoletiden følt sig anderledes end sine kammerater. Han var voldsomt tiltrukket af drenge, som han måtte knytte sig til og røre ved. Han forelskede sig som voksen i yngre mænd, aldrig i børn, aldrig (tilsyneladende) i sine ligestillede, men altid i mænd af "de lavere klasser", grove arbejdsmænd og håndværkere med barkede næver, som helst skulle ydmyge Poul under det seksuelle samkvem. Pouls lidelser bestod først og fremmest i, at han var panisk angst for, at hans kontrære seksualitet skulle komme til offentlighedens kendskab og dermed ødelægge hans karriere og bringe vanære over familien. Ligeledes var fængselsstraffe en nærliggende risiko, hvis Poul skulle blive grebet i utugt. Endelig var pengeafpresning fra de mange

tilfældige seksuelle bekendtskaber en overhængende trussel. Kun i udlandet, især blandt Napolis trækkerdreng, fandt Poul et fristed, hvor han uden frygt og hæmninger kunne udleve sin seksualitet. Poul havde – eller udviklede på grund af sin livsførelse – et sart og nervøst gemyt, som førte til, at han allerede som 50-årig søgte og fik sin afsked som embedsmand i nåde og med pension. De sidste 35 år af sit lange liv tilbragte Poul med historiske og politiske studier, hvilket resulterede i adskillige bogudgivelser. Ingen af disse førte dog, trods to forsøg og mange indflydelsesrige bekendte, til den humanistiske doktorgrad, som den ærekære Poul så stærkt attråede. Poul sluttede sin livsgerning med at oprette komplicerede og detaljerede testamenter, hvori han betænkte organisationer, som kæmpede for ligestilling af homoseksuelle, men også de nu efterhånden ældre mænd, som livet igennem havde været Pouls elskere, fik betydelige donationer. Et samliv med en fast partner etablerede Poul aldrig og efterstræbte det måske heller ikke.

Et gennemgående tema i bogen om Poul Andræ er hans tætte forbindelse til datidens psykiatere i ind- og udland. Poul håbede på råd, vejledning og måske behandling af sin seksuelle afvigelse, men opdagede hurtigt, at der ingen hjælp var at hente hos danske læger. De vidste simpelthen intet om seksuelle forstyrrelser; dette tema var ikke en del af det medicinske pensum og var knap nok etableret som et vidensfelt. Poul stiftede allerede i 30-års alderen et nært bekendtskab med professoren på Kommunehospitalets 6. afdeling, Carl Georg Gædeken, et bekendtskab, der varede indtil Gædekens død i år 1900. Det var i samtaler og brevveksling med Gædeken og flere andre danske læger, at Poul på afgørende vis bidrog til at udbrede viden om – og accept af – homoseksualitet i Danmark. Poul havde langt større indsigt end lægerne i den gryende etablering af viden om parafilierne, de seksuelle afvigelser, et vidensfelt, som især udviklede sig i den tysktalende verden. Han havde anskaffet sig al vigtig litteratur om emnet og havde besøgt flere af områdets udenlandske notabiliteter, først og fremmest Richard von Krafft-Ebing, professor ved Wiens Universitet og udgiver af det førende værk om seksualitet, *Psychopathia sexualis*. Poul kæmpede for, at homoseksualitet, modsat lægernes sygdomsop-

fattelse, skulle opfattes som en variation af normal seksualitet, ligestillet med heteroseksualitet. Der skulle gå mere end 50 år efter Pouls død, før hans synspunkter sejrede, og homoseksualitet blev fjernet fra de officielle diagnoselister.

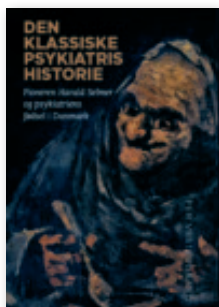
Bogen om Poul Andræ er præget af forfatterens tidligere hverv som arkivar. Det var i denne egenskab han blev opmærksom på det omfangsrige kildemateriale i form af breve og dagbøger, som fandtes fra Poul Andræs hånd og fra hans nærmeste. Bogen er overordentligt lærd, fyldt med noter, kildeangivelser og registre, men alligevel fængslende og let læst. Den er en guldgrube for enhver, der efterspørger viden om homoseksualitetens tidlige historie, fagbegrebernes udvikling og kilderne til denne viden.

Per Vestergaard

Professor emer., dr.med (psykiatri), Aarhus

Anmeldelse af

**Per Vestergaard: Den klassiske psykiatris historie.
Pioneren Harald Selmer og psykiatriens fødsel i
Danmark. Aarhus Universitetsforlag, 2021. 136
sider. DKK 200. ISBN 978-87-7219-111-9.**



Dette er tredje bind om psykiatriens historie. Professor emer. i psykiatri, dr.med. Per Vestergaard har valgt at fortælle historien baglæns, så første bind (anmeldt i 2016, andet bind anmeldt i 2018) handler om nutidens problemer i psykiatrien, og det aktuelle bind om psykiatriens fødsel i Danmark. “Spiller det en rolle, at psykiatriens historie i disse tre bøger er fortalt ‘baglæns’? Ja, opmærksomheden på historiens knudepunkter (eller forgreningspunkter) – de situationer, hvor begivenheder indtræffer, som kan bevæge historien i den ene eller den anden retning – er større, når historien fortælles ‘baglæns’; her øges trangen til at dvæle ved kritiske begivenheder, og her øges opmærksomheden på disse begivenheders karakter af tilfældigheder” [s. 129].

Psykiatrien var oprindeligt et ‘væsen’ for sig, og først i 1976 blev det en del af sundhedsvæsenet. I 1852 blev anstalten i Risskov ved Aarhus indviet og fik lægen Harald Selmer som leder af Jydske Asyl. Dåreanstalter eller helbredelsesanstalter for sindssyge har også været anvendt som betegnelse for disse institutioner, og vi skal helt frem til 1911, før man samlede alle institutionerne under staten med navnet sindssygehospitaller. En semantik som afspejler synet på de psykiatriske patienter, naturligvis hjulpet af datidens manglende muligheder for helbredelse. Bogens første kapitel gennemgår de strømninger i perioden 1750-1850 i forskellige europæiske lande, som fører frem til etableringen af faget psykiatri.

Bogen fremhæver flere ting, hvor man siger: Er vi ikke kommet videre? F.eks. nævnes, at i 1838 fremsattes en anmodning om at udvide

sengekapaciteten med en anstalt for 'uhelbredeligt sindssyge'. "Politikerne mente, at der allerede var et tilstrækkeligt antal pladser for de 'helbredelige sindssyge' på det eksisterende St. Hans Hospital" [s. 32]. Kapacitetsproblemer i form af personale nævnes også. Der var meget få uddannede læger, og psykiatri var næppe barberkirurgernes spidskompetence.

Helt naturligt fylder Harald Selmer en del i bogen, som undertitlen også antyder. I det hele taget kommer denne velskrevne bog på en grundig måde rundt om datidens indretning af afdelingerne, personalet, brugen af tvang og de begrænsede behandlingsmuligheder og dette fags spæde begyndelse og første udvikling. I lighed med de to tidligere bind kan den varmt anbefales.

Ole Sonne

Lektor emer. i fysiologi, dr.med.,
Institut for Biomedicin, Aarhus Universitet

Anmeldelse af

Torsten Lang-Jensen: Når tiden tæller. Den præhospitale historie i Danmark. Fra hesteambulance til lægehelikopter. Syddansk Universitetsforlag, 2021. 368 sider. DKK 398. ISBN 978-87-408-3322-5.



Anæstesiprofessor Torsten Lang-Jensen beskriver historien om den 130-årige præhospitale behandling fra den første hesteambulance, der kørte i 1889 i København, til vore dages lægeambulancer og lægehelikoptere. Straks i forordet definerer forfatteren: “Præhospital behandling er alt det der sker fra det øjeblik en borger bliver akut syg, eller kommer til skade, og indtil han eller hun, som patient, bliver modtaget på et sygehus [...] Hele dette forløb kan beskrives som en kæde af flere led, der skal hænge sammen, for at kunne fungere. [1.led:] Omkringingstående skal træde til og hjælpe den akutte patient på stedet; de skal samtidigt [2.led:] slå alarm, så der kan komme professionel hjælp, som kan stabilisere og behandle patienten, der efterfølgende skal køres til [3.led:] det rigtige sygehus, som via kommunikationsmidler bliver adviseret i forvejen om patientens tilstand” [s. 9].

Andet led er bogens emne, og dettes historiske udvikling har ikke været behandlet før. Det viser sig at være en utrolig broget historie, som forfatteren ofte gør minutiøst rede for. Hans ledetråd er: “Det kræver et system at redde et liv”, og for at vise læseren, hvad det konkret indebærer, beskriver han ulykken på Storebæltsbroen den 2. januar 2019, hvor en sammenhængende præhospital behandlingsskæde med klar opgave- og især ansvarsfordeling fungerede perfekt.

Efter denne opstart beskrives udviklingen af patienttransporten fra antikken til korstogene, til militær- og civiltjenesten og videre frem til de store ændringer, der begyndte sidst i 1800-tallet. De nye sygekasser forsøgte at få Københavns kommune til at oprette lægevagstationer,

for at de mange mennesker i de nye brokvarterer hurtigt kunne komme på hospitalet ved akut sygdom eller ulykke. Kommunen var ikke interesseret, og Lægeforeningen, der var dannet under koleraen i 1853, tog fat og oprettede selv vagtstationer i samarbejde med politiet. Da lægevagtstationerne ikke selv havde heste og derfor var nødt til hver gang at rekvirere dem hos en vognmand, overtog det kommunale brandvæsen vagtstationerne i 1898. I årene 1904-1905 var der 623 udrykninger med ambulancer, og det var fle end antallet af brandudrykninger. Ud over akut ambulancekørsel var der også brug for sygetransport til og fra sygehusene. Den foregik i hesteambulancer styret af en portør eller en hyret vognmand, og den skulle sygehusene selv stå for.

Året efter, i 1906, kom Sophus Falck på banen, men beskrivelsen af hans entré volder mig noget besvær. Lang-Jensen introducerer ham – efter en kort levnedsbetegnelse – med 557 udrykninger allerede i de første syv måneder af hans virke i København. De fle te var til brandulykker, men også knap 50 til “menneskeredning” [s. 72]. Hvordan er folk kommet i kontakt med denne nye mand? Alle købstæder i Danmark var fra 1885 forsynet med en telefonforbindelse, som blev betjent af en telefonist, og når der var brug for en ambulance, ringede man til centralen, og telefonisten stillede videre. Men det er svært at forestille sig, at telefonisten allerede fra dag 1 kunne vælge mellem Københavns Brandvæsen og Falck, som det implicit står på s. 94. Falck var kommet for at blive og satte sig hurtigt på transporterne til og fra sygehusene i København og snart også i andre byer. I 1908 fristede Sophus Falck med en motoriseret ambulance, hvad der virkede overbevisende, “når tiden tæller”. Man måtte abonnere, og betalingen foregik gennem en forsikring.

Den følgende detaljerede fremstilling af udviklingen i 2. led kunne man nemt drukne i, hvis ikke forfatteren havde indledt hvert kapitel med en manchete, der i telegramstil – som i bøger fra 1700- og 1800-tallet – fortæller om indholdet. Det giver en hurtig oversigt. Fremstillingen begynder med alarmeringen for at få fat i en redder og en ambulance. Redderens kunnen gik fra at styre hestene til at yde førstehjælp, og ambulancen skulle være udstyret med de relevante hjælpemidler som

forbindingskasse, medicin og efterhånden også redskaber til at suge og puste luft i patienternes lunger: først en pulmotor og senere et sug og en Rubenspose. Det var overladt til Falck at sørge for redderuddannelsen, og det skete fra 1950'erne i samarbejde med speciallægerne i det nye fag anæstesi. Disse videreudviklede akuthjælp til traumepatienter, og i 1995 blev en defibrillator – siden en hjertestarter – standardudstyr.

Reddernes uddannelse, ambulancernes indretning og sammenkoblingen af det præhospitale led med 1. og 3. led blev diskuteret gang på gang på store konferencer med flere hundrede deltagere fra ind- og udland, for eksempel i 1998: "I konferencen deltog politikere, Falck og brandvæsener, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, forsvar, amterne, speciallægeselskaber, Dansk Råd for Genoplivning, Dansk Tværfagligt Traumeselskab og flere andre, samt en række udenlandske førende eksperter på akutområdet" [s. 271]. Forfatteren har arbejdet sig igennem det store kildemateriale, og han har vist også selv været med – uden eksplicit at fremhæve det. Han fortæller tit om ildsjæle, der var primus motorer for det ene og det andet, men nævner aldrig sig selv i den rolle.

To år senere blev reddernes uddannelse endeligt fastlagt. Den blev delt i tre trin, således at de nye paramedicinere efter det sidste trin i uddannelsen måtte give smertestillende medicin intravenøst. Også forskellige ambulancetyper som akutambulancer, (akut)lægebiler og lægehelikoptere var blevet indført.

Ved indførelsen af regionerne gik man et langt skridt videre i retning af at få de tre led koblet sammen: Mange almindelige mennesker kom på førstehjælpskurser hos Røde Kors, og sygehusene kunne allerede under transporten elektronisk blive koblet på, så de kunne modtage patientens EKG og elektroniske journal og kunne give gode råd til redderen. Man opgraderede 21 sygehuse til akutsygehuse, mens mange af de mindre blev nedlagt. Togulykker fungerede – lidt kynisk sagt – som lakmuspapir for kædens funktionsdygtighed, og at det hele – også ansvarsfordelingen – var kommet på plads, så vi ved Storebælts-ulykken. Den høje kvalitet oplevede vi selv, da min mand for nyligt fik en aortadissektion.

Der er stadig plads til forbedringer især omkring alarmeringen. Man ringer nu til 112, der går til politiet – i København til beredskabs-tjenesten – hvorfra der straks viderestilles til sundhedsafdelingen. Men regionerne ønsker et direkte opkald hertil.

Det er blevet til en meget grundig og oplysende bog, skrevet i et let og ofte medrivende sprog. Jeg savner dog et person- og sagregister. Det kan være svært at finde rundt i det omfattende persongalleri alene ud fra “som nævnt”, og kapitlernes manchetter duer heller ikke til navnesøgning. Notehenvisningerne er meget mangelfulde. Som regel står der kun kildens navn og ofte ikke en gang det, og sidehenvisninger er yderst sjældne.

Desværre har korrekturlæsningen været ringe. Det er vist ikke nogen overdrivelse, at der er en fejl på hver side. En almindelig tekstbe-handlingsfunktion ville have udryddet de fleste, men ville nok ikke have reageret, når det på s. 44 fortælles, at Dunant oprettede Røde Kors i 1963!

Til trods for mine sidste kritikpunkter mener jeg, at det blev til en god, indholdsrig bog, som yderligere fremtræder i et smukt layout med gode og klare billeder.

Gerda Bonderup

lektor emerita i historie, dr.phil., Aarhus

Anmeldelse af

Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen: Maritim medisinsk historie sett fra Norge. Michael 2020;

17: Supplent 25. 437 sider. ISBN 978-82-92871-79-9.

<https://www.michaeljournal.no/journal/1000/25>



Denne bog er et jubilæumsskrift udgivet i anledning af Norsk Forening for Maritim Medisins 50-års jubilæum, og hvilket 'skrift', en sand guldgrube ikke kun om maritim medicin men også om forskellige aspekter af norsk historie og samfundsudvikling. Sømænd var den første erhvervsgruppe, som fik tvungne forebyggende helbredsundersøgelser tilbage i 1903. Bortset fra større passagerskibe i langfart, som har læge ombord, er kaptajn eller styrmand fungerende læge. Herved adskiller det sig fra en drift lederstilling i en landbaseret virksomhed. Med etableringen af Radio Medico ved Haugeland Sykehus og Bergen Radio i 1923 var der kvalifice et langdistancerådgivning at hente – et felt som er i fortsat udvikling nu også med videolink.

Bogen er ikke kun om den udgivende forenings 50-årige levetid. Den giver også et historisk tilbageblik til en skibslæge i 1493 på et orlogsfartøj, om arbejdsmedicineren Bernardino Ramazzini (1633-1714), James Linds (1716-1794) kur mod skørbug og fle e andre. Der er en om-tale af hospitalsskibet 'Dreadnought'. Den første *Lægebog for Sømænd* kom i 1886 efter pres fra de søfarende, som stod med 'fle ningerne i spygattet', når sygdom og uheld trængte sig på. Et kapitel er viet kosten ombord, hvor underlødige kost snarere var reglen end undtagelsen, måske endda selv efter kostreglementet af 1894. Livet til søs har alle dage været farefuldt med mange tilskadekomne. Sikkerheden ombord både ved arbejdet men også det ultimative ved forlis blev accentueret ved 'Titanic's forlis. Det medførte SOLAS-konventionen ('Safety Of Life At Sea') i 1914.

En del tekst er viet til de norske sømænds rolle i konvojsejladserne under anden verdenskrig med store tab og psykisk invaliditet (krigssejlersyndromet), og kapitlet vil give personer med speciel interesse for anden verdenskrig en anden vinkling end den sædvanlige. Skibsfartens betydning ved genopbygningen af landet efter krigen er et andet kapitel, som er mindre medicinsk men absolut ikke mindre interessant. Marinen har været gennem politisk forenkling, fordi nogen troede, at man kunne lave et fælles lægekorps for alle værn, inden militærlægerne fik påpeget, at nok er en såret soldat lige syg, om han bliver skudt på land eller på et skib, men resten af vilkårene er ret så forskellige. Bogen kommer vidt omkring, så også de mange opgaver, som sømandskirkerne i udlandet tager sig af inden for velfærd, omtales. Trods en stor handelsflåde bliver der længere mellem de norske søfolk – hele rederibranchen internationaliseres, og det giver nye udfordringer.

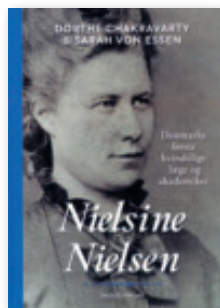
Hele bogen ligger på nettet delt op i kapitler, så det er let at plukke efter interesse. Det er en grundig bog med 1342 fodnoter, hvoraf nogle er forklarende andre 'blot' en henvisning til en af de 147 bøger, artikler, arkivalier, love, bekendtgørelser etc., som er indeholdt i litteraturlisten, og som danner grundlaget for denne meget grundige, interessante og læseværdige bog. Derfor en klar anbefaling herfra, og som nævnt også ud fra en arbejdsmedicinsk, ernæringsfaglig eller almen historisk interesse.

Ole Sonne

Lektor emer. i fysiologi, dr.med.,
Institut for Biomedicin, Aarhus Universitet

Anmeldelse af

**Dorthe Chakravarty, Sarah von Essen: Nielsine Nielsen.
Danmarks første kvindelige læge og akademiker. FadL's
Forlag, 2019. 280 sider. DKK 330. ISBN 978-87-93590-45-8.**



De to forfattere, Dorthe Chakravarty og Sarah von Essen, har i den grad gjort brug af at være såvel journalister, historikere og forfattere i deres arbejde med at fremstille en så kompleks historie som den om Nielsine Nielsens liv og tid.

Nielsine blev født i en familie i Svendborg som datter af en skipper og dennes hustru, hvor især søsteren Laura stod hende meget nær. Læseren får indblik i et nuanceret tidsbillede i Svendborg og København – og ikke mindst den betydelige forskel i udviklingen mellem storby og land i disse år fra Nielsines fødsel i 1850 og til hendes død i 1917.

Bogen bygger på Nielsine Nielsens erindringer, skrevet sent i hendes liv fra 1914 til 1915, og på en nyligt opdukket dagbog, skrevet i Nielsines ungdom (17-18-årsalderen), som kom for en dag via slægtninge. Det var sent i forfatterernes arbejdsproces, manuskriptet var afsendt, men det hensatte dem i begejstring, fordi dagbogen belyste sider af Nielsines liv, som ikke fremgik af erindringerne. Dagbogen fortæller om en ung kvinde, som var passioneret kristen, hvilket hun senere i livet dyssede ned som en forståelig livsfase. Hun havde en tørst efter kundskaber, som ikke ligefrem blev imødekommet i den lokale pigeskole, og en udlængsel fra det snævre bymiljø i Svendborg. Hun beskriver forholdet til faren, som hun betegner som despotisk, efter at familien mistede den eneste søn til havet, og faren ændrede gemyt.

Hun nævner nogle bekendtskaber med unge mænd, som ikke fængede hende, mens hun beskriver flere venindesker, som var anderledes passionerede, og hvor hun nød at dele sine tanker om livet med nære veninder.

En væsentlig hindring i hendes udlængsel og ønske om uddannelse var hendes far, som ønskede hende et mere traditionelt liv, men som dog senere måtte give sig og udtrykke, at det var med hans viden og samtykke, at hun indstillede sig til eksamen artium-studentereksamen, ved ansøgning til Kirke- og Undervisningsministeriet. Tillige var vedlagt en erklæring fra præsten i Svendborg, at der ingen grund var til at antage overspændthed som årsag til ansøgningen.

Hun stiler først realistisk mod at blive lærerinde med uddannelse i København, men læser som 22-årig en notits i avisen om, at damerne i Amerika kan blive læger. (Første kvindelige læge i USA, Elizabeth Blackwell i 1847.) Det vakte hendes konkrete ønske om at blive student og læse videre på det medicinske studium. Her viste hendes særlige evne sig til at knytte vigtige kontakter med indflydelsesrige mænd og kvinder i en tid uden rollemodeller, men hvor tiden var med hende, hvad angår lovgivning på skoleområdet med Nathalie Zahle og Frederik og Mathilde Bajers indsats for kvindesagen. Hun fik et livslangt venskab med Ludvig Trier, etableret af Carl Emil Fenger, der havde progressive holdninger til kvindelige læger og lægefagets muligheder. Hun var ven med Marie Røvsing, som var medlem af Dansk Kvindesamfunds bestyrelse og Kvindelig læseforening. Hun fik adgang til at læse til student og siden til medicinstudiet, mod en eksplicit modstand fra læger og politikere, som fremførte det uanstændige i at kvinder kom i lægestanden. Hun blev læge 23. januar 1885 og fik efter turnus ansættelse hos overlæge Frantz Howits, som var progressiv med hensyn til at etablere gynækologien som speciale. Hun fik her hjælp til ansættelsen af Rudolph Bergh, som senere hjalp hende ind i arbejdet med prostituerede, hvor hun hæftede sig ved hans respektfulde behandling af de prostituerede, på lige fod med de øvrige patienter. De udsagn som citeres fra samtiden om prostitution afspejler ambivalensen – et nødvendigt onde – i en tid med udbredt venerisk smitte og lovmæssig kontrol – ikke af kunderne, men af de prostituerede kvinder. Nielsine udtrykker sig i erindringerne ikke klart om sin holdning hertil.

Nielsine Nielsen foretog fle e studierejser, og hun beskriver de 15 “lære og vandreår” fra studietiden og frem, som de lykkeligste i hendes

liv. Hun etablerede en privat praksis, hvor hun behandlede sygekassepatienter såvel som patienter uden sikring gratis.

Hun engagerede sig livet igennem i et livligt socialt og kulturelt selskab i københavnske borgerfamilier, i kvindepolitisk arbejde og hun nåede at opleve stemmerettens indførelse for blandt andre kvinder i 1915. I nekrologer beskrives hun som “en sjælden nobel og retlinet personlighed. Hendes levende interesse bundede i hendes usvigelige frisind.” Nielsine Nielsen manglede selv rollemodeller, men hun udgør et uvurderligt forbillede i nutiden med sit mod, sin styrke og vedholdenhed, når noget lå hende på sinde. Træk, som kommende generationer af læger forhåbentlig tager til sig, og alle andre, som er interesserede i deres nære fortid – jeg anbefaler på det bedste denne nuancerede skildring.

Forfatterne formidler billedet af Danmarks første kvindelige læge på indbydende vis og i et smukt, varieret sprog i korte tematiske kapitler og illustrationer med fotografie .

Anbefalet yderligere læsning: *I Nielsines fodspor: Kvindelige læger gennem 100 år* Red. Borum, Kirstine, Munksgaard, 1984.

Karin Garde

Speciallæge i psykiatri

Anmeldelse af

Jakob Eberhardt: Verdenshistoriens største epidemier

– Fra pest til covid-19. 2. udgave. FadL's Forlag, 2020.

347 sider. DKK 330. ISBN 978-87-93810-52-5.



Første udgave af *Verdenshistoriens største epidemier* blev anmeldt i 2017-udgaven af denne årbog. Nu foreligger anden udgave, som er vokset med 83 sider og kapitler om SARS (virussen SARS-CoV-1), Covid-19 (virussen SARS-CoV-2), og et afsnit om Ebola. Desuden er førsteudgavens kapitel om plettyfus udvidet.

Eberhardt skriver i forordet til andenudgaven, at “som forfatter gav det at beskrive covid-19-pandemien, samtidig med at den udspillede sig for mine øjne, en mulighed for at følge en pandemis udvikling helt tæt på og i realtid [...] Men det betyder samtidig, at fremstillingen af pandemien er et øjebliksbillede – en slags situationsrapport – med den viden og de tal, der var til rådighed på pågældende tidspunkt.” Der kan være sket meget, siden manuskriptets indlevering til forlaget. Og der er sket meget, og der vil ske meget fra denne anmeldelse skrives til trykningen af årbogen. Ved manuskriptets færdiggørelse primo september 2020 var der ‘kun’ 857.000 registrerede døde med covid-19. Medio januar 2022 har vi rundet 5,5 millioner (<https://covid19.who.int/>).

Som bemærket i anmeldelsen til førsteudgaven er der ikke tale om en systematisk gennemgang af de forskellige epidemier men derimod kun om nogle punktnedslag. F.eks. er omtalen af pest koncentreret om Den sorte Død (altså kun en ud af de tre pandemier) og hovedsageligt om forholdene i London, idet forfatteren læner sig meget op ad Samuel Pepys beskrivelse, men herved mistes indtrykket af en pandemi.

I anmeldelsen af førsteudgaven roste jeg dækningen af nogle af de sædvanligvis sjældent omtalte sygdomme som f.eks. plettyfus. Denne sygdom er i udpræget grad associeret med krigsførelse. Napoleon satte

en hær på 690.000 mand i bevægelse østpå i 1812 (lyt gerne til Tjajkovskijs 1812-ouvertüre mens du læser dette). Inden der var gået et halvt år, var 30.000 soldater døde, og herefter døde 4-6.000 om dagen – ikke i kamp men af plettyfus. Denne sygdom var et tilsvarende stort problem i første verdenskrig specielt mod øst og på Balkan, hvor man regner med, at op mod tre millioner døde af plettyfus. Netop dette afsnit er udvidet fra 16 sider til 24 sider, hvilket er en klar forbedring ikke mindst, fordi der nu er inkluderet fakta om det udløsende agens *Rickettsia prowazekii* og en fyldestgørende beskrivelse af opdagelsen af agens og smitteveje.

Afsnittet om AIDS kunne nok også have tålt en tilsvarende opdatering. Der er ikke nødvendigvis så meget nyt om behandlingsmuligheder, men antallet af ofre kunne have været opdateret.

Der er ingen tvivl om, at corona-pandemien har vagt folks interesse for de store pandemier, så medicinhistorien har gødet grund at høre på. Anmeldereksemplaret af denne udgivelse er ikke blot anden udgave, men andet oplag! Jeg har tilsvarende erfaret, at andre bøger om de store epidemiske sygdomme som f.eks. den spanske syge er udsolgt. Så der er helt klart en stor interesse for bøger om de store epidemiske katastrofer. Hvornår får vi så en bog om en gennemgang af de banebrydende fremstillinger af vacciner mod og serumbehandling af disse smitsomme sygdomme?

Hvis jeg stod over for valget mellem en billig antikvarisk førsteudgave eller andenudgaven til fuld pris, vil jeg så afgjort vælge sidstnævnte, for ændringerne er klare forbedringer. Det burde være en genuin anbefaling.

Ole Sonne

Lektor emer. i fysiologi, dr.med.,
Institut for Biomedicin, Aarhus Universitet

Anmeldelse af

Johan Olsen: Et prik, der ændrede verden. Bogen om vacciner. Politikens Forlag, 2021. 93 sider. DKK 150. ISBN 978-87-400-6508-4.



Denne bog henvender sig ikke direkte til Årbogens læsere men til læsernes børn eller børnebørn. En bog om vacciner herunder vaccinationens historie fortalt i børnehøjde. Bibliotek.dk skriver, at den anbefales for børn i alderen 11-16 år. Som fælles læsning med en voksen vil aldersgrænsen formentlig kunne forskydes nedad, når der kan besvares spørgsmål og forklares undervejs.

I første kapitel, *De gode gamle dage*, fortælles om, at årsagen til sygdom blev anset for at være Guds vilje, og at dette måske er årsagen til, at lægevidenskaben kom langt senere i omdrejninger end naturvidenskaberne.

Der gennemgås en række forskellige epidemiske sygdomme. Den første er kopper. Johan Olsen fortæller en personlig historie om et koreansk adoptivbarn, som kom til Danmark med kopper. "Der fi des billeder af mennesker med kopper på nettet. Jeg har valgt ikke at vise sådan nogle billeder her i bogen, da det simpelthen er for uhyggeligt at kikke på" [s. 16]. Men så er der en fodnote om, at kopper hedder smallpox på engelsk, så den nysgerrige endnu lettere kan opsøge uhyggen. Så, hensyn eller dobbeltmoral? Der er andre billeder af kobberstik, malerier men ellers er bogen illustreret med tegninger af Thomas Hjorthaab. Fotografier fra nyere tid er af nogle glade tracheostomerede poliopatienter [s. 74], men de er jo heller ikke skræmmende med de store smil over hele ansigtet. Historien om kopper fortsætter med Jenners observation af malkepigernes arrede fi gre efter kokopper, men de overlevede. Johan Olsen kommer også ind på anti-vaccinebevægelsen mod Jenners koppevaccination [s. 27], og det afslutter bogen jævnfør nedenstående.

Bogen kommer en tur omkring Alexander Flemmings penicillin, Louis Pasteur og et meget nødvendigt kapitel om immunsystemet, for det er meningsløst at skrive om vacciners gavnlige effekt uden at have styr på immunsystemet. Der er også en nyttig gennemgang af DNA og mRNA som forklaring på de nye vaccintyper.

Jeg er så ikke helt sikker på, om bogens målgruppe er ramt i plet. Side 15 fås en forklaring om koppevirus i forskellige varianter med en dødelighed varierende mellem 20% og 60%, og side 71 siges om lammede poliopatienter: "De ender med ikke engang at kunne trække vejret. Og det dør man af, hvis man ikke får hjælp." Er vi på samme klassetrin i folkeskolen?

Bogen slutter sådan: "Af en eller anden grund er der nogle derude, der vil gøre alt – også lyve – for at bekæmpe vaccinationer. Det er o.k., der er altid nogle tosser, og verden ville være fattigere uden tosser. Men det er et problem, hvis rigtig mange mennesker ikke vælger at lade sig vaccinere. Så kommer de store, farlige epidemier tilbage, epidemier, der er langt værre end covid-19 [...] Man skal kun tage medicin, hvis det er nødvendigt. Hvis 'nødvendigt' betyder, at det kan redde mennesker fra at dø, så er vaccinen en nødvendig medicin" [s. 86].

En god pointe i en god bog. Det er prisværdigt, at en fremragende formidler bidrager til at bringe et aktuelt emne ud til en større befolkningsgruppe i form af børnene.

Ole Sonne

Lektor emer. i fysiologi, dr.med.,

Institut for Biomedicin, Aarhus Universitet



Denne figur har absolut intet at gøre med beretningerne fra de to udgivende selskaber. Men beretningerne er jo i forkortet form formandsberetninger, og søger man i Wellcome Collection's store arkiv under 'chairman', er dette et af billederne, som dukker frem. Så ingen relevans til beretningerne, men det er en yngre mand, som bærer en blind, gammel mand i en stol i Mexico for at tiltrække almisser. Derfor har denne illustration relevans for Jesper Froms artikel om blindesagen s. 147. Farvelagt lithografi fra 1828 af Claudio Linati (1790-1832). (Wellcome Collection, V0041089)

Beretninger fra Selskaberne 2020

Dansk Medicinsk-historisk Selskab

Bestyrelse 2020

Niels Vilstrup (formand), Museumsinspektør
Jesper From (næstformand), Speciallæge
Malthe B. Bjerregaard (kasserer), Museumsinspektør
Mette Katrine Jensen (sekretær), Museumsleder
Jesper Brandt Andersen, speciallæge
Mathilde Dohm, historiker

Ved årets udgang havde selskabet 211 medlemmer.

Videnskabelige møder

5. februar 2020

Når enden er god

Claus Fenger, Speciallæge

17. september 2020

H.C. Ørsted og farmacihistorien

Poul Kruse, dr.pharm.

14. oktober 2020

Socialmedicinens historie gennem 300 år

Jesper From, speciallæge

Udflugter

3. oktober

Udflugt til Dansk Farmacihistorisk Samling

Stenoselskabet – Medicinhistorisk Selskab for Fyn og Jylland

Bestyrelse 2020

Ole Sonne (formand), lektor emer. (fysiologi), dr.med. E-post: olesonne@outlook.com
Claus Fenger (næstformand), pensioneret overlæge, professor emer. (patologi), dr.med.

Bodil Brock (sekretær), pensioneret apoteker. E-post: bodil@brockfamily.dk

Tine Skovbjerg (kasserer), historiker

Frank Mirz (webmaster), Overlæge (hoved-halskirurgi)

Preben Hørsted Bindslev, lektor emer. (odontologi), cand.odont.

Magne Juhl, pensioneret overlæge (ortopædkirurgi), lic.med.

Anne Thomassen, pensioneret cheflæge (medicin), dr.med.

Per Vestergaard, pensioneret overlæge, professor emer. (psykiatri), dr.med.

Selskabet havde 154 medlemmer ved årets udgang.

Videnskabelige møder

19. februar 2020

Det nysgerrige menneske – på opdagelse i en usynlig verden

Hans Buhl, PhD, museumsinspektør, Stenomuseet

Resten af årets møder var aflyst på grund af Covid-19 situationen.

Curricula Vitarum

Bonde, Hans. Født 1958. Cand.phil. (historie) fra Københavns Universitet 1987, Ph.D. 1991 og dr.phil. (disputats om Niels Bukh), Københavns Universitet 2002. Professor i idrætshistorie, Institut for Idræt og ernæring, Københavns Universitet fra 2003. Forfatter til bøger om idræt, kultur og historie. I 2020 er udkommet *Danmarks store sundhedsapostel – J. P. Müller, Med kroppen ind i kulturen – idrætshistoriske strejfflys, Fra udkant til forkant – Kampen om gymnastikken gennem 100 år, The fight about gymnastics over 100 years* og *Vi vil have vores fair andel! På vej mod fifty- fty- ulturen.*
E-post: hbonde@nexs.ku.dk

Bonderup, Gerda. Født 1940. Cand.mag. i historie og tysk 1969 fra Aarhus Universitet, dr.phil. 1995, lektor i historie 1969-2006 ved Aarhus Universitet, gæsteophold på State Archives i Albany New York 1979-1980, gæsteforsker ved Max Planck Institut für Geschichte i Göttingen 1997. Arbejder med socialhistoriske og medicinhistoriske emner. Har skrevet monografier og artikler, udgivet antologier og holder foredrag. Monografie : *Cholera-Morbro'r og Danmark* (1994) [disputats]. *En kovending* (2001). *Det Medicinske Politi* (2006).

Adresse: Toftevænget 5, 8250 Egå

E-post: gerda.bonderup@gmail.com

From, Jesper. Født 1974. Cand.med. 2012, speciallæge i samfundsmedicin 2019. Medlem af bestyrelsen for Dansk Medicinhistorisk Selskab. Har tidligere udgivet artikler i Dansk Medicinhistorisk Årbog og en biografi om Vilhelm Møller-Christensen. Arbejder som afdelingslæge på Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital.

E-post: jesperfrom@gmail.com

Frölich, Annette. Født 1942. Cand.med. 1969, Københavns Universitet, speciallæge i gynækologi og obstetrik 1980. Klinisk lektor ved Københavns Universitet 1982-1984. Ophørte med lægeligt arbejde i 1990 på grund af arbejdsbetinget lidelse efter ansættelse på Finseninstitutet/Rigshospitalet. Mag.art. i forhistorisk arkæologi 2003, Københavns Universitet. Magisterkonferensspeciale om identifikation af kirurgiske instrumenter blandt jernalderens våbenofferfund i danske offermoser. Bestyrelsesmedlem i Dansk Medicinsk-historisk Selskab 2007-2013. Publiceret artikler om kirurgiske instrumenter, hovedsageligt dateret til jernalderen og fundet i Sydkandinavien, både i danske og internationale tidsskrifter, samt monografier *Jernalderens lægekunst*, Aarhus Universitetsforlag, 2009 og *Surgical instruments in the Collection of Classical and Near Eastern Antiquities, The National Museum of Denmark*, Syddansk Universitetsforlag, 2021.

E-post: acfroelich@dadlnet.dk

Jensen, Mette Katrine. Født 1973. Cand.mag. 2011, farmakonom 1995. Fra 2015 museumsleder på Dansk Farmacihistorisk Samling. Ansat på Lyngby Svane Apotek 2013 – tidligere Glostrup Apotek 1996-2013.

Adresse: Jægersborg Alle 50 A 1-4, 2920 Charlottenlund

E-post: mettekatrine26@gmail.com

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 2002-2014. Adjungeret professor i farmaciens historie ved Danmarks Farmaceutiske Universitet 2002-2006 og ved Det Farmaceutiske Fakultet, Københavns Universitet, 2007-2012. Formand for Dansk Farmacihistorisk Selskab fra 1986 og Dansk Farmacihistorisk Fond fra 2003-2018 samt vicepræsident for The International Society for the History of Pharmacy 1999-2015. Konsulent- og redaktørhverv inden for det farmacihistoriske område.

Adresse: Ved Store Dyrehave 60, 1.tv., 3400 Hillerød

E-mail: epkruse@webspeed.dk

Norn, Svend. Født 1934. Cand.pharm. 1958, dr.pharm. 1971. Ansættelser: Farmakologisk Afdeling, H. Lundbeck & Co. A/S, herefter lektor ved Farmakologisk Institut, Københavns Universitet, 1968 og docent her 1989-2001. Publikationer inden for farmakologi, allergologi og immunologi, desuden farmacihistoriske og medicinhistoriske emner. Organisator og chairman af internationale kongresser inden for farmakologi og allergologi. Editorial board: *Immunopharmacology*; *Eur J Pharmacol*; *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Konsulent ved Dansk Farmacihistorisk Samling.

Adresse: Skovvang 1, 3460 Birkerød

E-post: ksnorn@post.cybercity.dk

Pedersen, Karl Peder. Født 1952. Cand.mag. 1981 (historie og geografi), ph.d. 1997, dr.phil. 2014. Kandidatstipendiat på Jura, Københavns Universitet 1991-1997, arkivar og seniorforsker på Rigsarkivet, Statens Arkiver 1997-2017, modtager af Kulturministeriets forskningspris Julius Bomholt-medaljen 2014. Har blandt andet publiceret *Vestfynske fæstebønder* (1984), *Enevældens amtmænd. Danske amtmænds rolle og funktion i enevældens forvaltning 1660-1848* (1998) og *Kontrol over København. Studier i den sene enevældes sikkerhedspolitik* (2014). Hans seneste bog er *Poul og kærligheden. En kontrærseksuels bekendelser*, Gads Forlag 2021.

Adresse: Strindbergsvej 25, 2300 Valby

E-post: castello@mail.tele.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 igen fra 2014-2017, sekretær 1991-2001. Medredaktør af Dansk Medicinhistorisk Årbog 1998-2006 og 2013-2016. Har skrevet artikler om infektionssygdomme, immunologi og medicinhistoriske og medicinlitterære emner.

Adresse: Hasselvej 37, 2830 Virum

E-post: henrikpermin@hotmail.com

Sonne, Ole. Født 1948. Cand.med. 1975, Københavns Universitet, dr.med. 1989, Aarhus Universitet (*Receptor-mediated endocytosis and degradation of insulin*). Lektor i fysiologi ved Aarhus Universitet 1980-2014, institutleder 1995-2011. Medlem af bestyrelsen for Stenoselskabet – Medicinhistorisk Selskab for Fyn og Jylland siden 2009 og dets formand siden 2011. Redaktør af Dansk Medicinhistorisk Årbog siden 2009. Frivillig videnskabelig medarbejder ved Fregatten Jylland fra 2018. 68 internationale publikationer heraf 47 originalartikler samt 99 dansksprogede bidrag.

Adresse: Helga Pedersens Gade 9, st., lejl. 3, 8000 Aarhus C

E-post: olesonne@outlook.com

An Inquiry into the natural
History of a Disease known in
Gloucestershire ^{by} ~~under~~ the name
of the low-pox

The deviations of Man from the state
in which he was originally plac'd by Nature
seem to have proved to him a prolific
source of Diseases. From the loss of
Splendor, from the indulgences of Luxury, &
from his fondness for amusement, he has
familiariz'd himself with a great number
of animals ~~which~~ ^{which} may not originally have
been intended for his associates. The Wolf,
disarm'd of ~~its~~ ferocity, is now pillow'd in
the Lady's Lap*. The Cat, the little Tyger of

* The late Mr John Hunter proved by experiments
that the Dog is the Wolf in a degenerated state.

Manuskriptvejledning for Dansk Medicinhistorisk Årbog

Dansk Medicinhistorisk Årbog (Årbogen) udkom første gang 1972 og er siden 1974 udgivet af Dansk Medicinsk-historisk Selskab, Jysk Medicinhistorisk Selskab og Syddansk Medicinhistorisk Selskab (tidligere Medicinsk Historisk Selskab på Fyn) i forening. Fra 2012 udgives Årbogen af Dansk Medicinsk-historisk Selskab og Stenoselskabet – Medicinhistorisk Selskab for Fyn og Jylland. Selskaberne udpeger redaktionen.

Årbogen optager videnskabelige original- og oversigtsartikler om medicinhistoriske emner i vid forstand. Der lægges vægt på det formidrende i fremstillingen herunder et godt illustrationsmateriale. Manuskripter vurderes af eksterne bedømmere udpeget af redaktionen. Det er alene redaktionen, som træffer afgørelse om artiklers antagelse, revision eller afvisning. Redaktionen afgørelse er endelig.

Indsendelse af manuskripter

Manuskripter sendes i elektronisk form til årbogens redaktion (medicinhistorisk-aarboeg@outlook.com), alternativt som CD/DVD eller USB-nøgle til redaktionens postadresse. Redaktionen sender en kvittering for modtagelsen. Specielt for afsendere fra gmail-adresser vær opmærksom på dette, da Microsoft Outlook og Google gmail tilsyneladende hader hinanden så meget, at de ofte blokerer for gensidig kommunikation.

Fremsendelsen skal bestå af tre dele:

- I Følgrebrev
- II Manuskript
- III Tabel- og figu materiale

Ad I Følgrebrev

Manuskriptet vil kun blive bedømt, såfremt det ikke samtidig er indsendt til andre tidsskrifter. Dette udelukker ikke optagelse af manuskripter, som tidligere er blevet trykt eller afvist af et andet tidsskrift, efter nærmere aftale. I følgrebrevet anføres, hvis dele af manuskriptet indgår i en anden publikation, eller hvis manuskriptet som helhed har været publiceret andetsteds (dobbeltpublikation). Følgrebrevet skal endvidere indeholde en erklæring om, at alle forfattere har medvirket og godkendt artiklen, samt om der foreligger interessekonflikter og i givet fald hvilke. Følgrebrevet skal også indeholde tydelig postadresse, telefonnummer og e-post-adresse på den korresponderende forfatter.

Ad II Manuskript

Manuskriptet indsendes i elektronisk form som en sammenhængende fil. Dette kan ske på CD/DVD, USB-nøgle eller som vedhæftet fil i E-post. Filen skal være i et format, der tillader redigering (gerne Word). Kravene til manuskriptets opbygning fremgår af nedenstående.

Ad III Tabel- og figurmateriale

Tabel- og figu materiale indsendes ligeledes i elektronisk form som nævnt ovenfor.

Manuskriptet

Manuskriptet opbygges på følgende måde og indsendes som en samlet fil:

1. Titelark
2. Artikeltekst
3. Litteraturreferencer
4. Eventuelle slutnoter
5. Engelsk resume
6. Tabel- og figu tekster
7. Kortfattet curricula vitarum for alle forfattere

Ad 1. Titelark

Titelarket skal indeholde:

En kort og informativ titel. Underoverskrift kan eventuelt benyttes.

En kort titel på højst 50 tegn inklusive mellemrum til brug som løbende titel i sidefoden.

Forfatterens navne, korrespondanceadresse og E-post-adresse.

Ad 2. Artikeltekst

Årbogen optager forskellige artikeltyper, og artiklens opbygning varierer i henhold til genren. Årbogen sætter formidling i højsædet, så uanset artikeltype lægges der vægt på en klar og stringent, men også letlæst og gerne underholdende fremstilling. Unødigt brug af fagjargon og specialespecifikke forkortelser bør undgås (forkortelser bør i det hele taget undgås), således at artiklen kan læses med udbytte også af personer uden sundhedsvidenskabelig baggrund.

En artikel bør normalt ikke være længere end ca. 30 tryksider (svarende til ca. 65.000 anslag inklusive mellemrum; herfra skal trækkes tabeller og figurer med en

realistisk størrelse svarende til halv, trekvart eller hel side à 2200 anslag). Redaktionen forbeholder sig i alle tilfælde retten til at disponere og anbefale, at artikler forkortes, eller, hvis det giver større mening, udvides. Teksten opdeles i mindre afsnit med hver sin overskrift. Der kan anvendes overskrifter på to niveauer, som tydeligt skal fremgå af manuskriptet gennem størrelsen på den anvendte font.

Taksigelser bringes som sidste afsnit af artikelteksten og bringes i petit uden separat overskrift

Ad 3. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger nummereres i den rækkefølge, de optræder i teksten. Hver litteraturhenvisning nummereres kun én gang. Litteraturhenvisninger angives ved referencetallet i fi kantet parentes før punktum. Ved henvisning til specifikke sider (skal altid anvendes ved reference til bøger) anføres sidetallet efter henvisningsnummeret: [4 s. 27-28]. Ved fle e henvisninger samme sted i manuskriptet anføres: [3,4,8]; ved mere end to fortløbende henvisningsnumre anføres de som et interval: [6-9].

Henvisninger, som alene citeres i slutnote, tabel- eller figu tekster, skal nummereres i overensstemmelse med den pågældende slutnotes, tabels eller figu s første optræden i teksten.

Litteraturhenvisninger udformes i henhold til Vancouver-formatet (se www.icmje.org samt nedenfor). Årbogen afviger dog på følgende punkter fra ICMJE:

Optræder der fle e end tre forfattere på en publikation, anføres kun de tre første forfatternavne efterfulgt af "et al."

I angivelsen af tidsskrifter anvendes ikke hæftenummer, men kun bind- og sidenumre, med mindre hvert hæfte begynder forfra med sidenummereringen (se nedenfor).

Tidsskrifters navne forkortes i overensstemmelse med Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). Navne på tidsskrifter, som ikke indgår i Index Medicus, skrives helt ud.

Litteraturhenvisninger skrives på følgende måde:

Tidsskrift artikel:

Nielsen FC, Borregaard N, Skakkebæk NE et al. Det nye medicinske paradigmeskift. *Bibl Læger* 2003;95:64-89.

Genter P, Sonne T. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge med udgangspunkt i skolebaserede programmer. *Ugeskr Læger* 2004;166:3702-6.

Bog:

Hansen TL, Moodyson J. The strange case of medical science. Hamburg: Springer Verlag, 2001.

Kapitel i en bog (herunder en årbog):

Cole TJ. Weight-stature indices to measure underweight, overweight, and obesity. I: Hines JH, ed. Anthropometric assessment of nutritional status. New York: Wiley-Liss, 1991;83-111.

Avisartikel:

Ebbensgaard I. Bump og chikaner giver sikrere veje. Politiken 2004, 8. november, 1. sektion: 5 (men denne henvisning vil med fordel kunne bringes som en slutnote jævnfør nedenstående i stedet for som reference).

Navne i selve artikelteksten skrives dog på "normal" vis (f.eks. F.C. Nielsen, N. Borregaard og N.E. Skakkebæk).

Der lægges vægt på, at artiklen indeholder en passende mængde henvisninger til originallitteratur og ikke kun til andre oversigtsartikler.

Ad 4. Eventuelle slutnoter

Slutnoter kan anvendes for at supplere artikelteksten med uddybninger eller mere specifikke kommentarer, f.eks. oplysninger om personer, teorier, hændelser med mere, som er nævnt i teksten, men ikke fundet egnet til nærmere beskrivelse i selve artiklen. Notehenvisninger anføres som notetallet med arabertal i superskript, f.eks. "[...] hjerne-skalslæren blev udviklet af den tyskfødte læge Frantz Joseph Gall²", og noten kan så indeholde en kort beskrivelse. Der skelnes mellem noter og litteraturhenvisninger. I noter anføres også henvisninger til arkivalier, radio- og TV-udsendelser samt sider fra internettet med angivelse af dato [dato fordi hjemmesiden kan have ændret indhold siden citeringen].

Ad 5. Engelsk resume

Der skrives en (britisk) engelsk sammenfatning på 10-15 tekstlinjer (max. 200 ord). Det engelske resume indledes med forfatternavn(e) samt den oversatte artikeltitel.

Ad 6. Tabel- og figurtekster

Tabeller/figu er nummereres fortløbende i den rækkefølge, hvori de nævnes i teksten. Tabeller og figu er (herunder fotografie, stik, stregtegninger og grafer) følger hver de-

res nummerering. Der henvises i teksten til (fi . 1)henholdsvis (tabel 1).Den omtrentlige placering af tabeller og figu er angives med fremhævet skrift i manuskriptteksten.

Tabel-/figu teksten skal rumme en kort og præcis angivelse af tabellens/figu ens indhold. Teksterne indføres med tydelig nummerangivelse sidst i manuskriptet. Alle illustrationer ledsages af en kildeangivelse i parentes. Engelske tabel- og figu tekster er ikke tilladt.

Ad 7. Curriculum vitæ (CV)

Årbogen indeholder CV for alle forfattere. Disse må højst være på 500 tegn inklusive mellemrum og skal indeholde E-post-adresse (og eventuelt postadresse). Konsulter seneste udgave af Årbogen for den ønskede stil.

Tabel- og figurmateriale

Tabeller og figu er fremsendes digitalt. Digitale billeder indsendes separat som raw-, gif-, tif- eller jpg-filer og skal være mindst 2.100 × 1.600 pixel (tre megapixel). Af hensyn til den videre billedredigering foretrækkes figu er i raw-formatet. Ellers er tif bedre end jpg. Scannede billeder skal være i mindst 600 dpi, dog skal kobberstik, træsnit og stregtegninger være i 1200 dpi, for at give et godt resultat i trykningen. Dimensioner og opløsning kan tjekkes ved at højreklikke på filnavnet og bede om 'egenskaber/properties', og under fanen 'detaljer' kan disse oplysninger ses.

Tabeller og figu er forsynes med tydelige numre (arabertal), som kommunikerer med de ledsagende billedtekster sidst i manuskriptet.

Årbogen lægger stor vægt på visuel formidling, og forfattere tilskyndes derfor til at medsende egnet illustrationsmateriale i tilstrækkelig høj opløsning og så vidt muligt i fle farvet udgave. Det er forfatterens ansvar at indhente de fornødne tilladelser samt kreditere hver enkelt illustration korrekt. Forfatteren skal ikke blot have tilladelsen til, at figu en bringes på trykt form men også på elektronisk form, idet Årbogen lægges på nettet som en pdf-fil et år efter udgivelsen (med billederne i lav opløsning). Årbogen kan kun undtagelsesvis påtage sig udgiften til royalti/indkøb af egnede højopløselige filer.

Sproglige retningslinjer

Årbogen udgives på dansk og følger dansk retskrivning i henhold til seneste udgave af Retskrivningsordbogen udgivet af Dansk Sprognævn. Artikler på svensk eller norsk kan undtagelsesvist optages.

Redaktionen tilstræber, at artikler er læseværdige for læsere uanset disses faglige baggrund, så der bør søges formuleringer, der undlader meget specifikke fagudtryk

eller fagligt slang. Hvis sådanne skulle være nødvendige for en fuldstændig forståelse, kan de anføres efter den mere almindelige beskrivelse i parentes (eller omvendt). Den tilstræbte målgruppe er den læser, som også med stor fornøjelse kaster sig over dagbladenes kronikker.

Latinske/græske ord, som har dansk endelse eller er sammenstillet med danske adjektiver, staves på dansk. Hvis ordene anvendes i den originale form, kan den latinske/græske stavemåde benyttes.

Alle tal og ordenstal til og med ti skrives med bogstaver. Der er dog følgende undtagelser: ved bindestreg, hvor der altid anvendes tal [2-4, 6-13] samt ved kvantiteter, hvor der altid anvendes tal (5 cm, 7 ml). Regenter nummereres med arabertal efterfulgt af punktum (f.eks. Christian 4.).

Citater bringes på dansk eller i dansk oversættelse og bringes omgivet af citations-tegn ("...") og efterfølgende referencenummer. Udeladelser i en citeret passage markeres med [...] Originalcitatets ortografi respekteres, men kan også bringes i nudansk 'oversættelse'. Slangord eller ord, som mister sin betydning ved oversættelse, bringes omgivet af apostroffer ('...').

Bogtitler og tidsskrifttitler nævnt i artikelteksten kursiveres. Det samme gøres specifikke artsnavne på latin (f.eks. *Plasmodium falciparum*).

Personnavne angives i normal skrift (ikke versaler eller kursiv). Afdøde/historiske personer ledsages som hovedregel af fødsels- og dødsår i parentes første gang vedkommende nævnes. For nulevende personer angives fødeår som: (f. 1948).

Bog anmeldelser

Redaktionen vil sørge for at få anmeldt modtagne bøger af medicinhistorisk interesse. Redaktionen modtager desuden gerne anmeldelser og autoreferater af bøger og afhandlinger med et medicinhistorisk indhold. Anmeldelsen skal indeholde forfatternavn(e), titel, forlag, udgivelsesår, sidetal, pris, ISBN-nr., selve anmeldelsen, samt navn og tilhørssted for anmelderen. En bog anmeldelse bør ikke overskride 4400 tegn inklusive mellemrum. Anmeldelsen bør være vedlagt en højopløselig skanning af bogens omslag.

Supplementer

Det er muligt at få udgivet et større værk som supplement til Årbogen. Supplementer må gerne være på engelsk. Betingelserne for udgivelsen af et supplement er, at redaktionen stadig har det redaktionelle ansvar for indhold og udformning (format etc.), at trykkeomkostningerne påhviler forfatteren, at det nødvendige antal eksemplarer frit stilles til rådighed for Selskabernes medlemmer og Årbogens abonnenter, og at de

øgede portoudgifter som led i udsendelsen af supplementet til medlemmer og abonnenter som udgangspunkt afholdes af forfatteren.

Redaktionen er behjælpelig med indhentning af tilbud på trykningen.

Særtryk

Hver forfatter modtager frit tilsendt to eksemplarer af årbogen. Forfatterne kan også få tilsendt artiklen digitalt. Særtryk kan ikke leveres, men alle forfattere kan modtage yderligere fem eksemplarer af årbogen mod betaling af forsendelsesomkostningerne. Øvrige eksemplarer kan købes til en favorabel pris mod forudbestilling.

Tidsfrister

Årbogen udkommer hvert år i december. Såfremt forfatter vil være sikker på at modtage redaktionens bedømmelse samme år, skal manuskriptet være redaktionen i hænde senest 1. maj samme år.

Illustrationen på bogens bagside viser tre sårede tyske soldater under en våbenhvile. Ludwig Burger (1825-1884), tysk maler og tegner. Se Ole Sonnes artikel om anden slesvigske krig side 105. Illustrierte Zeitung bd. 42, nr. 1095, 25. Juni 1864; Illustrierte Kriegsberichte Taf. LXXXII. (Det Kgl. Biblioteks billedsamling, DH016798)



ISSN 0084-9588

49. ÅRGANG

DANSK MEDICINHISTORISK ÅRBOG 2021

DANSK MEDICIN HISTORISK ÅRBOG



Redaktion

Ole Sonne, Aarhus (ansvarshavende)
Gerda Bonderup, Aarhus
Claus Fenger, Odense
Bernard Jeune, Odense
Hans-Otto Loldrup, København
Anne Dorthe Suderbo, København
Per Vestergaard, Aarhus

Redaktionens adresse

Ole Sonne
Helga Pedersens Gade 9, st. lejl. 3
8000 Aarhus C
medicinhistorisk-aarbog@outlook.com

Ekspedition

Som redaktionen

Illustrationen på bogens forside viser det øjeblik, hvor Tobias redder sin fars, Tobits, syn med hjælp fra ærkeenglen Rafael. Raphael står til venstre og holder en stor fis frem, som den øjsalve, Tobias brugte, blev udvundet fra. Se Jesper Froms artikel om blindesagens historie i Danmark side 147. (Wellcome Collection, vcbw248)

2021