

»Sygdommen kom som en Explosion«

Den spanske syge i Danmark

Lene Otto

Fortid og Nutid, marts 2003, s. 3-25

I 1918-19 oplevede Verden et meget konkret resultat af den tiltagende globalisering. Voldsomme influenzaepidemier ramte lokalt over hele kloden i løbet af få måneder fra foråret 1918. Influenzaen, som blev kaldt »den spanske syge«, forsvandt dog næsten lige så hurtigt igen i løbet af foråret 1919. Epidemien er ikke herostratisk berømt på samme måde som pesten eller koleraen, skønt det anslås, at der døde mere end 25 millioner mennesker i verden i løbet af det år, sygdommen rasede. Da epidemien ikke bredte sig langsomt fra egn til egn som fx koleraen havde gjort, men brød ud næsten samtidig overalt på alle kontinenter, havde ingen lande kunnet tage sundhedspolitiske forholdsregler.¹

Artiklen stiller spørgsmålet: Hvordan håndterede de danske medicinske autoriteter en sygdom, hvis årsag var ukendt og kontroversiel, og hvordan blev de forskellige medicinske behandlinger opfattede og begrundede af lægerne under disse omstændigheder? Tesen er, at en undersøgelse af den medicinske og sundhedspolitiske håndtering af epidemien kan give et indblik i tidens terapeutiske perspektiv, forstået som både et system af viden og et sæt af sociale praksisformer.

Lene Otto f. 1960, ph.d., lektor ved Institut for Arkæologi og Etnologi, Københavns Universitet. Har bl.a. skrevet »*Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i dette århundrede*«, 1998; »*Folkesundhed og risikostyring. Sygdomsforebyggelse og sundhedspolitik i et kulturhistorisk perspektiv*«, L. Uhrenfeldt m. fl. (red.): Fokus på sygeplejen, 2001, »*Medicine, Disease, and culture*«, *Ethnologia Scandinavica* 1993 og »*Helbredet eller hele tilværelsen*«, *Filosofia* 1996.

I løbet af vinteren 1918-1919 døde ti influenzapatienter efter at være blevet åreladet af overlæge Victor Scheel.² De var indlagt på Afd. B på Bispebjerg Hospital med voldsom lungebetændelse som følge af den spanske syge. Åreladning blev taget i anvendelse af Scheel i et sidste forsøg på at lindre lidelserne hos de patienter, som på grund af lungebetændelse lå med en meget kraftig puls. Behandlingen bestod i at udtømme 400-500 cm³ blod af patienten, hvilket »*gav nogen øjeblikkelig Lettelse, men formaaede ikke at redde Livet for nogen af dem*«. Det var den beklagelige konklusion dr. Scheel

præsenterede tilhørerne for i sit foredrag for Medicinsk Selskab i København året efter.³

Hos den enkelte patient opstod sygdommen pludseligt med kuldegysninger og feber over 40 grader, ikke sjældent med næseblødning. Flere fik lungebetændelse og bronchitis. Nogle steder transporterede man de syge til epidemihuse eller, som i København, til hospitaler. De praktiserende læger var uenige om det ønskværdige i at bringe patienterne til hospitaler, for som en læge peger på i sin efterfølgende indberetning til Sundhedsstyrelsen, var det et risikofyldt foretagende, da man-



Fig. 1. Victor Scheel
– om hvem en apoteker-
søn fra Bispebjerg
Hospital mange år
senere erindrede:
»Han var en ret lille,
slank mand, rank
som en stabssergent
og med en ejendom-
melig, næsten ma-
skinmæssig gang.
Han var af få ord,
men med venligt
smilende øjne i det
skarptskårne ansigt«
(Marcussen,
se note 27, s.108.
Foto: Medicinsk-
Historisk Museum).

ge patienter døde af transporten, hvor portører måtte fragte dem på bårer ad de smalle trappeopgange i det københavnske boligbyggeri. Faren blev ikke mindre af, at folk først blev indlagt, når de var så stærkt afkræftede af sygdommen, at de praktiserende læger ikke længere turde tage ansvaret. Derfor var dødeligheden på hospitalerne også forholdsvis stor.

På Bispebjerg Hospital alene blev der i gennemsnit indlagt 25 patienter om dagen, og det kan diskuteres om de 849 døde influenzapatienter, som var epidemiens samlede antal dødsfald på Bispebjerg Hospital, var udtryk for en

høj dødelighed, for i sådanne krisesituationer er tal relative. I hvert fald udregnede omtalte overlæge Scheel afdelingens dødelighed på denne, for den videnskabelige reputations særdeles skånsomme måde: »Fradrager man dem, der døde i Hospitalsopholdets første og andet Døgn samt dem, der led af kroniske Sygdomme, og som jo har ringe Modstandsevne selv overfor smaa Pneumonier bliver Dødeligheden af dem, man kan sige er behandlede, 20pCt., en høj Dødelighed ganske vist, men neppe større end ved nogen anden Behandling«. Alligevel imødegår han straks en eventuel kritik af behand-

lingsindsatsen på Bispebjerg Hospital med disse ord: »Man kunde spørge: hjælper overhovedet alt det, vi gør, noget? Jeg tror det; jeg har det Indtryk, at vi gennem Anvendelse af disse Midler har holdt nogle Patienter oppe, indtil Krisen var overstaaet«. ⁴

Behandlingsformerne er en vigtig del af en periodes forestillinger om sygdom – dens terapeutiske perspektiv. ⁵ Lægevidenskaben kunne i begyndelsen af det 20. århundrede anviser tre behandlingsformer ved infektionssygdomme: antiseptik, udtømmelse og styrkelse af kroppen. En antiseptisk behandling virkede direkte på kroppen ved at dræbe de mikroorganismer, der forårsagede infektionen. Udtømmelser var en traditionel behandlingsmetode, hvor der med forskellige kemiske purgerende (dvs. udrensende) midler fremkaldtes udtømmelser fra mavesæk, blære, tarme og porrer, samt selvfølgelig aftapning af blod. ⁶ Endelig kunne man stimulere kroppens egen forsvarsevne med velprøvede midler såvel som nye laboratorieproducerede kemoterapier, vacciner og forskellige former for serum. Kendetegnende for alle de valgte behandlingsformer såvel som de præventive midler er, at de er hentet fra behandlingen af andre sygdomme. Ingen midler virker specifikt på influenza.

Victor Scheel har givetvis ret, når han for sit eget vedkommende beskriver sine handlemuligheder på denne måde: »Da jeg saaledes ikke kunde se nogen Mulighed for en kausal eller specifik Terapi ved disse Pneumonier, maatte vore Bestræbelser ligesom ved andre Pneumonier gaa ud paa gennem Anvendelse af Stimulantia og Hjertetonica at holde Organismens kræfter oppe under Kampen mod Infektionen«. ⁷ Af citatet fremgår det, hvordan han i den konkrete behandlingssituation er splittet mellem det moderne videnskabelige synspunkt, at de fleste sygdomme kan anskues som entiteter, hver

med sin årsag, forløb og symptomer, som følgelig kræver »en kausal eller specifik terapi«; og en mere metaforisk sygdomsforståelse, hvor det handler om at styrke og stimulere en empirisk upåviselig livskraft. I lægevidenskaben var man, trods positivismens ubestridelige sejr her i begyndelsen af 1900-tallet, også afhængig af metaforer som livskraft, når sygdom skulle forklares og gøres meningsfuld.

Influenzaepidemien, der var den mest dødelige epidemi siden pesten og som ydermere primært ramte de stærke generationer mellem 15 og 40 år, udfordrede altså den videnskabelige forestilling, som på dette tidspunkt var under udvikling, om specifikke infektionssygdomme forårsaget af én specifik mikrobiologisk smittekilde – men det var ikke ensbetydende med en behandlingsmæssig nihilisme. ⁸ På trods af gennembrud inden for bakteriologien i 1880'erne og 90'erne, og på trods af videnskabeliggørelsen af medicinen, så den i højere grad kom til at hvile på viden om årsagssammenhænge og ikke blot på erfaringer, var det tilsyneladende god skik at kombinere mange forskellige behandlingsmetoder. Specifikke sygdomme eksisterede i teorien, men i praksis blev sygdomme med samme symptomer, fx tidens tuberkulose, malaria og influenza, behandlet med de samme metoder og midler. Under alle omstændigheder var den traditionelle afventende holdning, hvor infektionssygdomme blev mødt med en tålmodig, afventende opmærksomhed overfor naturens egne lægende kræfter, blevet en utænkkelig praksis for en læge i begyndelsen af det 20. århundrede.

Hvad er rationel behandling?

Det farligste ved influenzaen var den ledsagende lungebetændelse, som man er særligt modtagelig for, når luft-



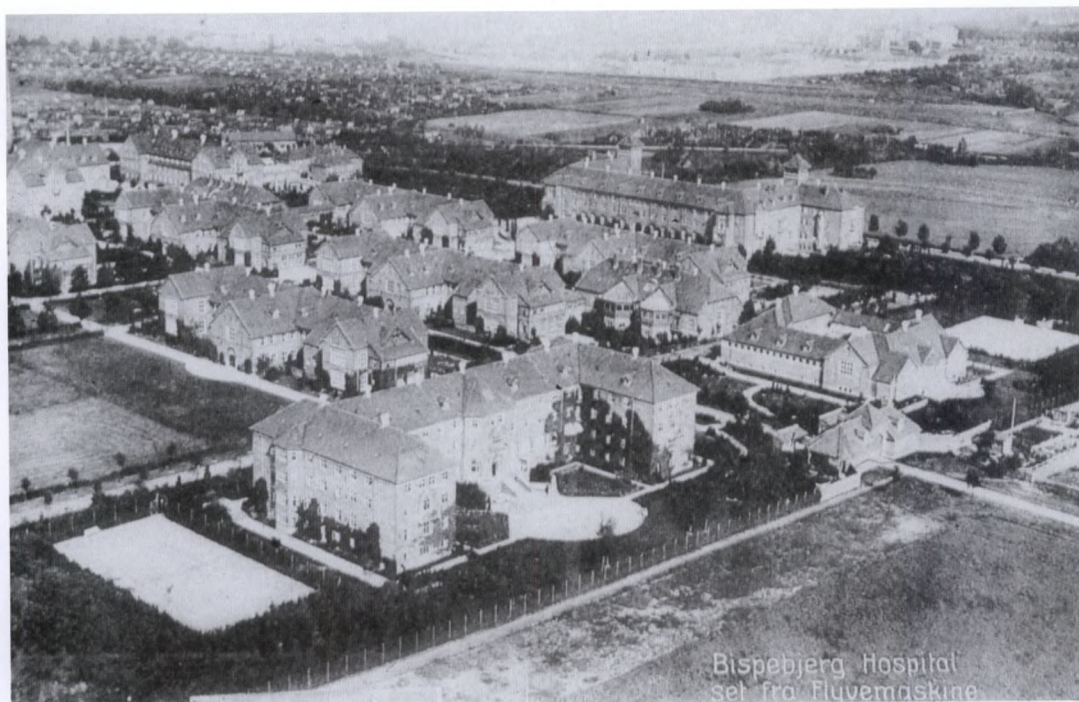
Fig. 2-3. Bispebjerg Hospital blev bygget i 1913 efter pavillonsystemet, hvor de epidemiske sygdomme lyset blev tillagt stor betydning for helbredelsen, ligesom streng hygiejne og ordnede forhold på afdelin-

vejens slimhinder er svækket af influenza. På grund af den spanske syges voldsomme karakter og hurtige udvikling var hurtig handling nødvendig, og de videnskabelige diskussioner trådte noget i baggrunden. Der foregik diskussioner i laboratorier, i Sundhedsstyrelsen og i fagblade, men de ændrede ikke afgørende på mange lægers mere praktiske forståelse af sygdommens natur. Det var denne intuitive forståelse, der gjorde dem i stand til at forebygge og behandle rationelt, selv om sygdommen ikke kunne forklares videnskabeligt.

Ifølge den gængse opfattelse lå lægernes behandlingsteknikker meget langt fra det, der i samtiden blev betegnet som kvaksalveri, netop fordi de var rationelle. Følgelig var overlæge Scheel heller ikke plaget af nagende tvivl mht. valg af medicinsk behandling: »Terapien maa baseres dels paa de Erfaringer, man har fra Behandling af andre Pneu-

monier og dels paa, at den maa anerkendes som rationel. En behandling, som jeg ikke har kunnet se hviler paa et rationelt Grundlag, eller som jeg endog maatte anse for irrationel har jeg naturligvis ikke villet anvende«.⁹

Den videnskabeligt set mest rationelle behandling i begyndelsen af det 20. århundrede var naturligvis den moderne antiseptik, både når det gjaldt forholdsregler mod sygdommen og når det gjaldt behandling. Behandlingen bestod først og fremmest i med alle til rådighed stående kemiske midler at dræbe bakterier og mikroorganismer i kroppen. Arsenik, kinin og salvarsan blev anvendt i stor målestok. Det forhindrede dog ikke Victor Scheel i at supplere med tilsyneladende uvidenskabelige metoder som fx åreladning, der efter mange års prædikat som overtro blev taget i anvendelse under influenzaepidemien som en rationel behandlingsmetode.¹⁰ Når over-



kunne isoleres fra hinanden i forskellige bygninger. Alle vinduer i sygestuerne vendte mod sydøst, da gerne var uomgængelig (Fotos: Medicinsk-Historisk Museum).

læge Scheel forsikrer, at han aldrig benytter sig af irrationelle metoder, er det fordi åreladning i den bakteriologiske æra får en ny rationalitet som en renselse af kroppen. Fra 1500-tallet skulle åreladning skabe balance i kroppens fire legemsvæsker, i forhold til hvilke af de fire temperamenter patienten tilhørte. Åreladning som behandlingsmetode forsvandt, efterhånden som denne teori blev afløst af en ny indsigt i kroppens funktioner. I den moderne bakteriologiske æra blev åreladning forbundet med forestillinger om hygiejne; en måde at slippe af med urenhederne i kroppen.¹¹ Også andre behandlingsformer har kunnet indgå i flere perioders terapeutiske perspektiv; fælles for dem er, at de er *symptomatiske*, dvs. at der tilvejebringes synlige og forudsigelige fysiologiske virkninger: brækmidler får patienten til at kaste op, svedfremkaldende midler får patienten til at svede, opium får ham

til at slappe af og åreladning sænker pulsen og giver patienten lidt ro. Det er behandlingsmetoder, der så at sige imiterer naturen og som beviser, at lægen kender til de kropslige processer, der karakteriserer sygdom og sundhed.

Flere læger udover Victor Scheel diskuterede seriøst åreladning som behandling af influenza i *Ugeskrift for Læger* i årene 1918 og 1919. Debatten blev indledt af kredslæge Lemche: »Jeg er kommet til at tænke derpaa ved i den nuværende Influenzaepidemi at se, hvor forholdsvis hyppigt det sker, at en Næseblødning eller en tilfældig Menorrhagie har en pludselig Bedring af Tilstanden til Følge, saavel i ukomplicerede som i med Lungesygdomme komplicerede Tilfælde. Det er ganske øjensynlig Blodudtømmelse, der er Aarsag til Bedringen, og i de Tilfælde, jeg har set, har Bedringen holdt sig«. ¹²

Heri var dr.med. Hans Jansen fra den midlertidige medicinske Afd. D på

Bispebjerg Hospital ikke enig. Han havde gjort forsøget med fem patienter hvoraf to døde og én fik store komplikationer: »Disse Stikprøver har derfor bestyrket mig i de ovennævnte Betragtninger og i den Mening, at Aareladning som Regel ikke er indiceret ved Influenzapneumon«. ¹³ En anden læge, P. Nielsen fra Fredericia, supplerede med at anbefale en anden gammel behandlingsmetode, nemlig kopsætning, som i hans praksis blev foretaget af »en tysk indvandret Barber, som var ret renlig og fiks paa Fingrene, under min Opsigt«. ¹⁴ Overlæge Scheel vurderede effekten af sin egen behandling af influenzapatienter med åreladning på denne måde. »Jeg har ikke Indtryk af, at Aareladning paa nogen Maade har skadet dem, men Lungernes Tilstand var saaledes, at en hvilken som helst Behandling maatte blive uden Virkning«. ¹⁵ Det har han utvivlsomt ret i, men en god læge undlod ikke at behandle af den grund.

Valget af behandlingsmetoder repræsenterer altid en erfaringsmæssig og en videnskabelig viden, men deres betydning og mening må også søges inden for en bestemt kulturel kontekst. Behandlingerne må forstås både i relation til et kognitivt forklaringsystem, og til det mønster af relationer mellem patient og læge, som efterhånden kan udvikle sig til et socialt ritual. ¹⁶ Nok dikterer den moderne lægevidenskabs empirisme, at alle aspekter af den kliniske praksis skal kunne måles, at intet kan accepteres alene på grundlag af tro eller overbevisning, samt at kun de terapier, der baserer sig på kliniske forsøg, kan accepteres; men i den konkrete behandlingssituation ligger der også en forventning om, at der gøres noget og at der kommer en synlig virkning. Derfor bestemmes samspillet mellem læge og patient ikke alene af rationelle overvejelser. Patientens forventninger om, hvordan en behandling skal kunne føles, er ikke

uden betydning for en periodes terapeutiske perspektiv. Som ovennævnte dr. Nielsen sagde om anvendelsen af kopsætning som metode i sin praksis: »Enkelte ældre Folk, som i mange Aar har brugt Kopsætning, har jeg ladet vedblive dermed, naar de mente, at de ikke kunne undvære denne Tapning. Blodmængden har varieret mellem $\frac{1}{2}$ til 1 Liter. Ovenpaa Blodudtømmelsen har jeg altid ordineret rigelig Driking«. ¹⁷

Den højt priste kritiske og rationelle tankes triumf over gammel overtro i slutningen af 1800-tallet førte således ikke direkte til en ændring af relationen mellem læge og patient, for sådanne forandringer er ikke primært en intellektuel proces, men indgår i en konkret, social og kulturel sammenhæng.

Den spanske syge i Danmark

I begyndelsen af 1900-tallet havde soldaternes bedre ernæringstilstand, vaccinationer, kirurgi og mange epidemiers forsvinden ændret krigsbilledet, så færre soldater døde af sygdom end i kamp. Den nye situation havde skabt en optimisme i lægekredse, som bl.a. kom til udtryk i *Ugeskrift for Læger* i januar 1918. I en redaktionel artikel, som må være skrevet af en af de to redaktører, Valdemar Bie eller Victor Scheel, hyldes videnskabens rolle i sygdomsbekæmpelsen: »De epidemiske Sygdommes Ulykker, som tidligere Krige bragte over Samfundene, har Videnskaben, støttet til kraftige Statsorganisationer, i alt væsentligt kunne beskytte Folkene mod under den nuværende Krig. (...) En anden Sag er det, at Situationen intetsteds er saaledes, at der er fornuftig Grund til at frygte nogen Fare for os, naar Grænserne aabnes; naar naive og forskrækkede Mennesker i Aviserne har udmalet alle de Farer, der i denne Henseende skulde true os baade nu i Vinter og efter Kri-

Fig. 4. Dr. Gabriel Tryde (1860-1951) blev formand for Sundhedsstyrelsen midt under den spanske syge. I Sundhedsstyrelsen samledes alle informationer om landets sygelighed og dødelighed, og her blev der både taget initiativ til – og besvaret – sundhedspolitiske spørgsmål. Sundhedsstyrelsen var blevet etableret i 1909 efter forslag fra Medicinalkommissionen (1908-21), som Tryde selv var medlem af fra 1910. Se også note 22 (Foto: Københavns Bymuseum).



gen, har deres Forskrækkelse ikke haft noget Grundlag i særligt Kendskab til Forholdene eller Evne til at bedømme Situationen«.

Desværre var det ikke de optimistiske læger, men de naive og forskrækkede mennesker, der fik ret. Allerede den 10. og 11. juli bringes de første historier i *Politiken* om influenza blandt mandskabet inden for hær og flåde. Ikke færre end 36 menige og en sergent er angrebet af influenza på Taarbæk Hotel, som midlertidigt er omdan-

net til lazaret på grund af krigen. Sygdommen spredte sig tilsyneladende ad en rute fra Taarbæk, ad Strandvejen via Østerbro til Christianshavn.¹⁸ Det første dødsfald synes at være indtrådt den 13. juli, men først den 15. juli 1918 nævnes for første gang den spanske syge i Sundhedsstyrelsens journaler.¹⁹ Det drejer sig om en »Indberetning ang. Foranstaltninger i anledning af den spanske syge på en fabrik i Landskronagade«. I løbet af juli måned kommer der flere indberetninger til Sund-

hedsstyrelsen og den 30. juli kommer der en anmodning fra byfogedkontoret i Ribe om lån af et telt til isolering af patienter på grund af den truende influenzaepidemi ved en russisk fangelejr. *Politiken* skriver en beroligende leder den 16. juli under overskriften »Den Spanske Syge«, men da sygelisterne for juli måned offentliggøres, viser det sig, at 38.021 personer er angrebet, og så er det endda sommer!

Den 3. august modtager Sundhedsstyrelsen et brev fra Undervisningsministeriet med et spørgsmål om forlængelse af skoleferien i anledning af influenzaen. På det tidspunkt er situationens alvor gået op for det centrale sundhedsstyre i landet. Alligevel udtaler Københavns stadslæge Axel Ulrik i et interview i *Politiken* den 29. september: »Influenzaen raser mest i Skolerne; men jeg raader ikke til at lukke. Først naar Influenzaen antager Karakter af en ren Pest, vil jeg tilraade at lukke ikke alene Skolerne, men ogsaa Teatrene. At lukke Skolerne nu anser jeg for et alvorligt Indgreb«. Selvom stadslægen afdramatiserer sygdommen, er flere og flere overbeviste om, at der er tale om en epidemi, men embedslægerne er tøvende og tør ikke rigtig foretage sig noget uden at have konfereret med Sundhedsstyrelsen.²⁰ Det er nemlig ret afgørende, hvordan såvel de centrale sundhedsmyndigheder som de lokale epidemikommissioner definerer situationen. Politisk er det et stort skridt at beslutte at tage en sygdom under offentlig behandling og dermed lade epidemiloven træde i kraft.²¹ En sådan beslutning indebærer nemlig, at hvert enkelt sygdomstilfælde skal indberettes, at ethvert individ har krav på hospitalsbehandling, og at der skal iværksættes desinfektionsforanstaltninger af private hjem for det offentliges regning. Så det er ikke så mærkeligt, at myndighederne tøver, antallet af smittede taget i betragtning. Den 30. oktober udsender

dr. Gabriel Tryde, som midt under epidemien har overtaget embedet som formand for Sundhedsstyrelsen, et cirkulære til lægerne om at meddele og optegne iagttagelser om influenzaepidemien.²² Situationens alvor synes tydelig for enhver.

Lukning af skolerne var en forholdsregel som aldrig var taget i anvendelse før, men det blev den nu. I et cirkulære af 12. oktober 1918 fra Sundhedsstyrelsen til kredslægerne lukkes skolerne i Københavnsområdet til den 20. oktober, så de kan rengøres og udluftes. Denne forebyggende foranstaltning er endnu et levn fra en ældre smitteforestilling, hvor sygdom kan overføres uafhængig af personkontakt. Efter genåbningen af skolerne skal der fortsat rengøres oftere end vanligt. I det øvrige land kan skoledirektioner og amtslæger i fællesskab beslutte at lukke skoler i perioder. Videre hedder det i cirkulæret: »Samtidig har Sundhedsstyrelsen ved Henvendelse til Justitsministeriet udvirket, at der gennem Politiet er givet Biografteatrene her i Staden Paalæg om mellem hver Forestilling at gøre et saa langt Ophold, at Lokalerne kan grundigt udluftes, og daglig at underkaste Lokalerne en forsvarelig Rengøring. Et tilsvarende Paalæg vil kunne gives af Politiet i andre Købstæder, hvor Influenzaen optræder med et større Antal Tilfælde«.

I befolkningen og hos de praktiserende læger er der en stigende undren over, at myndighederne ikke rigtig foretager sig noget. Reservelæge C.D. Bartels spørger i et indlæg i *Ugeskrift for Læger*: »Med Spænding spørger man da, hvilke Foranstaltninger der fra det offentliges Side bliver truffet for at forhindre, at denne meget farlige og smitsomme Sygdom, som vi Læger aldeles ikke staa rustede imod, skal brede sig yderligere blandt Befolkningen?«. ²³ Til det svarer stadslægen ugen efter: »De praktiserende Læger maa gøre sig klart, at der ikke er stort at

vente af offentlige Foranstaltninger mod Influenzasmitte. Hovedvægten maa lægges paa den personlige Profylakse, Undgaaen af unødvendigt Samkvem ved Møder, Forlystelser og Samfærdselsmidler, Renselse af Hænder og Svælg, Forsigtighedsregler overfor Draabeinfektion (Flügge), endelig Isolation af de syge og de syges Hjem, saa vidt Hensynet til Patienternes omhyggelige Pleje tillader det».²⁴

De medicinske autoriteter er heller ikke så optimistiske mere. I *Ugeskrift for Læger* offentliggøres i september flere videnskabelige artikler om influenzaen, bl.a. af Victor Scheel, der her anbefaler at give massive doser acetylsalicylsyre og kinin til influenzapatienter. Af Sundhedsstyrelsens journalbøger fremgår det, at situationen hen i oktober er så alvorlig i København, at Direktoratet for Københavns Hospitalsvæsen anholder om Justitsministerens samtykke til, at tuberkuloseafdelingen på Øresundshospitalet midlertidig tages i brug til influenzapatienter.²⁵ Det samme anmoder amtslægen i Roskilde om den 4. november, og dagen efter indløber en anmodning fra Assens Sygehus om tilladelse til at benytte halvdelen af Tuberkulosehospitalet til influenzapatienter. For en kort stund må hensynet til udbredelsen af tuberkulosen vige til fordel for den grasserende influenzaepidemi. Tuberkulosen havde ellers ubetinget været den smitsomme sygdom, der blev taget mest alvorligt, og som var genstand for den største opmærksomhed fra staten, befolkningen og lægevidenskaben.²⁶

Rundt om i København oprettes nødlazaretter, bl.a. på Regensen og i den gamle Rigsdagsbygning i Fredericiagade. I november åbnes OddFellow Palæet, som ordenen har stillet til rådighed for de dårligst stillede influenzapatienter, som ikke er medlem af en statsanerkendt sygekasse. Sverige skænker gennem den svenske general-

konsul Karlson 100 monterede senge til dette hjælpelazaret, som arbejder direkte under Sundhedsstyrelsens kontrol.

Hospitalerne i København er nemlig mere end overfyldte, ikke mindst det ret nye Bispebjerg Hospital, hvor apotekerens søn Einar Marcussen mere end 40 år senere erindrer den forfærdelige vinter: »I den værste tid kunne tilgangen af patienter være så voldsom, at sygevojnene måtte holde uden for den overfyldte port og patienterne herfra bringes ind. Da epidemien var på sit højeste, var stemningen blandt de voksne så dystert, at også vi børn følte os trykket. Stor sorg vakte det på hospitalet, da en ung livsglad pige, som var forlovet med en af de unge lægekandidater, døde efter blot to dages sygeleje. Hun var datter af oldfruen, fru Hansen«.²⁷ Samtidig meddeler Sundhedsstyrelsen, at »der intet er til hinder for at Apotekerne holder aabent saalænge Influenzaepidemien varer ogsaa efter den påbudte Lukketid«, hvilket kan være svært nok, når situationen ser ud som på Bispebjerg Hospital: »I apoteket var de fleste af personalet en overgang syge, men min far holdt skansen og blev – trods et lettere feberanfald – på sin post. Også blandt læger og sygeplejersker var mandefaldet stort, og de endnu raske var ved at segne af træthed og overanstrengelse. Jeg kan endnu se min far med mørk mine komme op fra apoteket en søndag formiddag og sige til mor: »I nat døde der 27««.²⁸

Sygdomsforståelse og smitte-teorier

Da Statens Sygekasseinspektorat i 1919 opgjorde det samlede antal af deres godt 1.1 millioner medlemmer, som havde været ramt af influenza, fik de det til ca. 15%. I alt havde 86.815 mandlige og 78.492 kvindelige syge-



Fig. 5. OddFellow-palæet i København åbnes i november 1918 som lazaret for influenzapatienter, der ikke er medlem af en statsanerkendt sygekasse. De økonomisk dårligt stillede patienter kan nyde godt af de hundrede monterede senge, som Sverige har skænket broderlandet. Hjælpelazaretet fungerer direkte under Sundhedsstyrelsens kontrol (Foto: Københavns Bymuseum).

kassemlemmer været syge, hvilket, ifølge deres udregning, overført på hele befolkningen gav 139.446 mænd og 126.281 kvinder. Ud af den samlede befolkning var de 265.727 syge i løbet af perioden 1.7.1918 til 1.7.1919. Mere end hver tiende havde tillige haft lungebetændelse. Udfra disse tal udregnede de den samlede dødelighed i befolkningen til 6.983 personer. *Medicinalberetningen for den danske Stat*, udgivet 1920 af Sundhedsstyrelsen, kom dog frem til større tal, idet de angav 710.000 influenzatilfælde, og så sent som i 1991 har to epidemiologer udregnet det samlede antal dødsfald i Danmark til 11.400, altså knapt det dobbelte af hvad Sygekasseinspektoratet var kommet frem til.²⁹

Modsat næsten alle andre sygdomme ramte den spanske syge kun sjældent spædbørn og gamle. Det var unge og voksne, det gik hårdest ud over, hvilket måske var medvirkende til, at den gjorde så voldsomt indtryk på samtiden. Victor Scheel havde også en forklaring på dette forhold: »Dette kan ikke alene være en Funktion af Alder, ti saaledes har Forholdet ikke været i tidligere Epidemier, men kan fornuftigvis kun fastslås som Resultat af en Immunitet fra den forrige Epidemi. Selv om denne Immunitet ikke er absolut er den dog saa udtalt, at den viser Identiteten af »den spanske Syge« med den forrige pandemiske Influenza.«³⁰

Trods usikkerheden om dødeligheden og om ligheden mellem denne og

tidligere influenzaepidemier, var den spanske syge et første sikkert tegn på et nyt sygdomsmønster, hvor sygdomme, der før havde været lokale, blev globale. Det skyldtes ikke mindst industrialiseringen i 1800-tallet, som medførte en form for globalisering, hvor varer og mennesker i uhørt grad bevægede sig rundt på kloden. I Europa kendte man godt sygdomme som influenza, mæslinger, difteri og skarlagensfeber, men fra 1860'erne bredte de sig i foruroligende grad, og epidemier slog i bølger ind over Danmark. Dødeligheden var høj, især for børnenes vedkommende, hvilket især skyldtes det allerede nævnte faktum, at man stod magtesløs overfor følgesygdomme som lungebetændelse.³¹

Victor Scheel, som havde sammenfattet sine kliniske erfaringer i ovennævnte foredrag til Det Medicinske Selskab, kan ses som en repræsentant for den internationale lægevidenskab, der forskede i og diskuterede årsagen til influenza samt dens behandlingsmuligheder. Forskningen havde stået på siden den store epidemi af russisk influenza omkring 1890, hvor man var gået bort fra den hidtidige opfattelse, at årsagen til influenza skulle søges i meteorologiske forhold som pludselige skift i vejret, hvilket havde været anset for den mest sandsynlige forklaring på, at sygdommen ofte ramte pludseligt og bredt. Den tyske hygiejniker og bakteriolog Pfeiffer havde fundet en ny karakteristisk bakterie, som han mente fremkaldte sygdommen, hvorfor den blev kaldt influenzabacillen.³² Naturligt nok var det den man ledte efter i de kliniske undersøgelser i 1918, og som blev ivrigt debatteret i *Ugeskrift for Lægers* spalter, men resultaterne var på ingen måde entydige. Flere læger mente, at sygdommen blev fremkaldt af pneumococcer, mens direktøren for Statens Seruminstitut Thorvald Madsen støttede teorien om »Pfeiffer's bacil«. Trods intense forsøg

kunne ingen positivt identificere en enkelt mikrobe, som kunne være årsagen.

Internationalt var det Pasteurs teorier der dominerede mikrobiologien totalt og som dermed satte dagsordenen for forskning i smittefarlige sygdomme. Alligevel var der røster, der talte imod bakterieteorien som eneste forklaring. Modargumentet var, at sygdommen også brød ud som isolerede tilfælde uden forudgående personkontakt. Derfor var luft stadig under mistanke som det medium, der befordrede smitte. Masser af læger var influeret af denne ældre smitteforståelse, hvor et bestemt sted kunne være smittebærer – en slags lokal miasme, som nærede bestemte mikroorganismer.³³ Tanken om smitte via luften ansås ellers ikke længere for en rationel, videnskabelig forklaringsmodel, men den virkede rationel nok i en praktisk anvendelse. Andre fremførte det synspunkt, at influenza slet ikke var en specifik sygdom. Derfor kan man ikke tale om én sygdomsforståelse – forståelsen af influenzaen blev etableret på baggrund af mange stemmer og mange erfaringer

De praktiserende læger havde ikke så mange kliniske erfaringer, men til gengæld havde de gjort sig mange betragtninger om sygdommens epidemiologi, dvs. dens smitekilder og spredningsveje. De centrale sundhedsmyndigheder var meget interesseret i lægernes erfaringer og iagttagelser og udsendte derfor i maj 1919 et skema til alle landets læger med 22 spørgsmål, omfattende både de kliniske og de epidemiologiske forhold: »*Oplysninger om Influenza'en under dens Optræden i Danmark i Aarene 1918-19*«. Dette var et undtagelsestilfælde pga. krisen, for landets læger var ellers ifølge loven kun pligtige til én gang om året at bidrage til amtslægens medicinalberetning til Sundhedsstyrelsen. Derfor blev lægerne i denne henvendelse for-



Fig. 6. Bakteriologien var en ny videnskab i begyndelsen af 1900-tallet. Carl Julius Salomonsen (1847-1924) blev på Københavns Universitet i 1883 indehaver af verdens første lærestol i bakteriologi. Som professor i patologi ledede han frem til 1910 laboratoriet i Ny Vestergade, hvor den nye generation af bakteriologer fik deres praktiske uddannelse, og hvor han også lavede serumterapeutiske studier. Fotografiet er fra Salomonsens kursus i bakteriologi i 1905. Salomonsen var endvidere medstifter af Medicin-historisk Museum samt leder af Dansk medicin-historisk Selskab fra dets stiftelse i 1917. Efter lokaliseringsen af kolera-bakterien i 1884 var der stor optimisme med hensyn til muligheden for at udrede årsagsforholdet mellem bakterier og en række epidemiske sygdomme. Således var direktøren for Statens Serum-institut Thorvald Madsen (1870-1957) og andre læger overbeviste om eksistensen af en influenza-bakterie, som i 1892 var blevet beskrevet af den tyske læge Richard Friedrich Pfeiffer (1858-1945) (Foto: Medicinsk-historisk Museum).

sigtigt opfordret til at bidrage til »Fællesforskningen«. ³⁴

I brevet fra Sundhedsstyrelsens formand G. Tryde anmodedes de praktiserende læger om »saafremt De maatte have Interesse derfor, inden Udgangen af Maj Maaned d. A. at indsende til den en Besvarelse af saa mange som muligt af nedenstaaende Spørgsmaal«. Trods forsigtigheden i formuleringen må lægerne i Sundhedsstyrelsen have regnet med, at deres kollegaer rundt om i landet opfattede deres embede som et kald, for de foreslog videre: »Skulde De være i Besiddelse af egent-

lige statistiske Oplysninger, bedes de medgivne«. Faktisk viste det sig, at mange praktiserende læger sad og syslede med sådanne statistiske opgørelser, når de ikke var på sygebesøg hos deres patienter, for flere vedlagde skemaet særlige ark med sirligt håndtegnede kurver og tabeller.

Besvareelserne på Sundhedsstyrelsens skema ligger til grund for det følgende forsøg på at tegne et billede af det syn, datidens praktiserende læger havde på den netop overståede influenzaepidemi. Det drejer sig især om deres syn på årsagforhold og smitteve-

je. Det er karakteristisk for indberetningerne, at de er en blanding af videnskabelige og hverdagslige iagttagelser samt betragtninger over folks moralske vandel i almindelighed. Der er indkommet skemaer fra alle egne af landet, og kun få læger har svaret som denne læge fra Ebberup: »Da jeg under saa godt som hele Influenzaepidemiens Optræden i mit Praxis-omraade selv laa syg uden Vicar beklager jeg at maatte indsende blankt Skema«.

»Oplysninger om Influenza'en under dens Optræden i Danmark i Aarene 1918-19«

De fleste læger oplevede, at sygdommen kom meget pludseligt til deres egen, hvad gjorde det svært for dem at udtale sig om smitekilder og smitteveje: »Epidemien kom som en Explosion, saaledes at direkte Overføring fra Patient synes vanskeligt at forene hermed«, forlyder det fra en læge i Hjørring Amt, mens en anden læge fra samme amt skriver: »Har slet ikke kunnet konstatere Smitte fra Patient til Patient. Den kom hertil som en Stormvind«. Sådant lyder det også i den anden ende af landet, nemlig i Præstø Amt: »Sygdommen kom som en Explosion; i Løbet af 1 á 2 Dage laa Pensionsbeboere, Landvæsenselever, Polakpiger o.lign. alle sammen syge«. Trods voldsomheden, der må have givet lægerne meget ekstraarbejde, er der kun en enkelt, der beklager sig på skemaet: »De sparsomme Optegnelser, jeg er i Besiddelse af gjorde det ganske umuligt at besvare næsten alle de her stillede Spørgsmål. Da Epidemien var mest udbredt levedes der absolut ingen Tid til Optegnelser. Jeg tør derfor ikke give noget Bidrag til de mange her stillede Spørgsmål« (Århus).

De fleste læger i provinsen var enige om, at influenzaen kom til deres ellers uberørte lægekreds fra den fjerntlig-

gende og sygdomshærgede hovedstad, eller alternativt fra den nærmeste by af samme tilsnit, fx Ålborg eller Esbjerg. På Sundhedsstyrelsens spørgsmål 2: »Hvorfra formoder De, at den er indført«, svares næsten enslydende: »Dels med rejsende fra København (beg. med en lille Hotelepidemi i Rønne) dels med Krigsfanger fra Tyskland« (Bornholm); »Ved et Bal her paa Øen Aftenen den 3/3.19, da her ellers slet ikke fandtes Infl., var der som Deltager en Tilrejsende der var kommet samme Dags Eftermid.. Denne Tilrejsende havde typisk Infl. næste dag og har utvivlsomt smittet 12 Deltagere i Ballet, deraf blev de 10 syge d. 6/3, de 2 d. 5/3 altsaa en Inkubationstid paa mellem 2 og 3 Døgn og mine øvrige Erfaringer bekræfter dette« (Strynø).

En tilsyneladende enighed blandt provinslægerne om, at København nok var sygdommens arnested, gør det selvfølgelig interessant at undersøge, hvad de københavnske læger svarede på samme spørgsmål. En nærmere fintælling viser, at rigtig mange efterlod rubrikken tom. Der er 75 skemaer fra København, af dem har kun 14 besvaret denne rubrik, på de øvrige 61 skemaer er rubrikken tom, eller der svares lakonisk, at det ikke kan opgives, vides ikke eller blot med et »?«. Andre svarer fx »spredt rundt i Byen«, »mulig fra Skole«, »indført gennem Orlogsværftets Personale« eller »kan ikke opgives«. I det hele taget virker det som om smitteforholdene oplevedes som langt mere gennemskuelige på landet end i byerne; måske som udtryk for en tendens til, at lægerne uden for København var mere optaget af det epidemiologiske end det kliniske, i kraft af deres mere omfattende kendskab til det levede liv?

Under alle omstændigheder var det lettere at udtale sig om smittevejene på landet, hvor flere læger helt sikkert mente at kunne tilbageføre smitten til et bestemt bryllupsgilde, et missions-



møde eller en gymnastikopvisning, mens man i byerne var mere usikker, da der var langt flere mødesteder. Dog var der bred enighed om, at sygdommen var blusset op, der hvor folk befandt sig tæt sammen. Det var netop et af problemerne ved denne epidemi, at den for alvor kom i gang i oktober for så at tage lidt af, hvorefter den blussede voldsomt op mange steder i landet omkring jul, hvilket jo gjorde det til en nærliggende tanke, at juletidens megen selskabelighed og lidt arbejde var en vigtig årsag til sygdommens hærgen frem til det tidlige forår 1919: »Man har i Gedser tydeligt kun-

Fig. 7-8. Satire er et velkendt middel til at »bekæmpe« sygdom og tragisk skæbne med. I disse to satiretegninger knyttes den spanske syges udbredelse sammen med Danmarks kontakt med den omkringliggende verden, ligesom det var tilfældet i enkelte aflægernes indberetninger. Oftere blev smittevejen imidlertid udlagt i et mere regionalt perspektiv, hvor landdistrikter mentes at være blevet påført smitten via tilrejsende fra storbyen (Tegninger: Medicinsk Forum, nr. 1, 1965, s. 16 og 18).

net konstatere en Opblussen af Epidemien ved Juletid og Paaske (Konfirmation)«, påpeger en læge på Falster, hvilket hans kollega på Lolland er helt enig i: »Sygdommen blussede noget op



efter Juleugen. Paa Landet var der stor Tilgang i Slutningen af februar 1919 efter et Par Dilletantkomedier med efterfølgende Baller, hvorfor atter offentlige Baller blev forbudte baade paa Land og i By fra 25/2 til 1/4.19« (Nakskov).

For skud stod især de forlystelsessteder, hvor folk dansede tæt, åndede hinanden i hovedet og det der var værre. Selvom Sundhedsstyrelsen direkte i spørgsmål 4 efterspørger lægernes vurdering af »Betydningen af Selskabelighed, Sammenkomster, Forlystelsesanstalter o.l.«, er det bemærkelsesværdigt, hvor mange læger, der udpeger dans som sundhedens værste fjende: »Efter et sølvbryllup ved juletid blev 6 unge koner der havde danset hele natten, syge og omtrent 50 tilfælde kunde senere afledes fra disse 6«, forlyder det fra Ålborg Amt. En læge i Randers Amt har bemærket, at »Et Lærlinge Bal bragte Antallet af Tilfælde op paa 280 fra 85 smittede. Jeg antager at det skyldes Ophedning ved Dansen og derefter Afkøling med Gjennemtræk. Den anbefalede Udluftning (Træk) har sandsynligvis bidraget meget til sygdommens Udbredelse ved at gøre Folk modtagelige for Smitte«. Hans kollega i Holbæk meddeler, at »Forsamlinger hvor der er blevet sunget har i flere Tilf. givet explosive Udbredninger af Influenza«. Også lægen i Vandel har set sig gal på dansen: »Sammenkomster og navnlig Bal har vist sig som særlige Smittekilder. Hver Mandag har der været forhøjet Sygelighed blandt Tj.karle og -piger efter Bal om Lørdagen«.

Kredslægerne skulle jo ifølge loven lukke skolerne under epidemier. Dog var ikke alle læger enige i, at skolerne skulle udgøre en særlig fare, slet ikke i forhold til de nævnte forlystelser. En læge fra Slagelse vurderer således, at almindelig selskabelighed »Har utvivlsomt haft meget mere Betydning end Skolerne. – F.Eks. blev min Hustru smittet ved en selskabelig Sammenkomst

med Bal efter at hun i flere Måneder ikke var bleven smittet af mig, der dog hver Dag havde Influenza Patienter«.

Uanset personlige risikovurderinger skulle epidemiloven overholdes. Når skolerne var blevet lukket af amtslægen, kunne det ikke nytte at lærerne forsøgte at bevare kontrollen med elevernes tid, som fx skolebestyrer Adler, der i oktober 1918 skriver til Sundhedsstyrelsen og klager over, at der er nægtet ham tilladelse til at samle eleverne på skolens legeplads for at give dem hjemmeopgaver!

Sygdomsårsager

De praktiserende læger er optagede af smitteforholdet, men er også opmærksomme på de mange andre faktorer, der har betydning for sygdommens opståen; derfor er de utilbøjelige til at udtale sig kategorisk om bestemte sammenhænge. Udsagn som »antagelig«, »formodentlig«, »ingen erfaring herom«, »jeg tør ikke udtale mig bestemt om Aarsagsforbindelse«, »kan ikke paavises« og »næppe«, går igen på de fleste skemaer. Det hænger sammen med, at der er forskellige måder at etablere årsagssammenhænge på, som igen hænger sammen med de forskellige mål, man har i sin daglige praksis. Der er forskel på lægerne i Sundhedsstyrelsen, der tænker i termer som folkesundhed, og den alment praktiserende læge, der ser influenzaen i sammenhæng med mange andre sociale problemer i de små samfund.

Kun en enkelt læge fra København, hvis håndskrift tyder på, at han er en ældre herre, drister sig til at nævne miasmer fra den tysk-franske krigsskueplads som en mulig årsagsforklaring. Den har dog nok ikke vundet anerkendelse hos lægerne i Sundhedsstyrelsen. Af andre forklaringer, som i dag synes umulige, men som seriøst blev drøftet af tidens lægefaglige kapacitet,

kan nævnes en teori om, at sygdommen kunne viderebringes med breve. I spørgeskemaerne argumenteres både for og imod teorien: »At Influenzaen ikke overføres ved Mellemed f.Eks. Breve, Pakker osv., synes jeg klart fremgaar af, at der her paa Sanatoriet i hele Influenzaperioden ankom Tusinder og atter Tusinder af Forsendelser af al Art til Personale og Patienter«, skriver en sanatorielæge fra Svendborg Amt, som kun oplevede tre tilfælde af den spanske syge. En mere skeptisk læge med praksis på Lyngbyvej i København indberetter dog, at »De 2 først angrebne var Postbude, som angiver at have expederet Postsager fra Tyskland«, mens det fra Varde angives, at »I et Tilf. synes Smitten at være påført ved et Brev«.

Selvom bakteriologien dominerede, var de praktiserende læger ikke blinde for de sociale forhold, især boligforholdene, som man vidste havde betydning for tuberkulose. Hvorvidt boligens størrelse og standard også havde betydning for influenzaens spredning, var der dog stor uenighed om, også inden for samme amt:

En læge mener, at boligforholdene er »af stor betydning; hos arbejdere og husfolk med kun 1 eller 2 opholdsrum smittes hyppigt hele familien, hos de velstillede gårdmænd med mange værelser og et soveværelse til hver person optrådte sygd. mg. hyppigt kun hos én person« (V. Kippinge). En anden mener derimod, at »Sygdommen er udbredt uden særlig hensyn til boligens hygiejne eller rummelighed« (Ålborg), hvilket en lokal kollega dog er helt uenig i: »Sygdommen optræder med relativt størst Udbredelse i små, daarligt ventilerede Lejligheder, dog kan gode Boliger ikke sikre mod Sygdommen« (Ålborg). At det ikke altid er størrelsen på boligen, men måske snarere måden, man behandler patienten på, der er afgørende, fremgår af følgende citat fra Samsø: »Befolkningens dårlige Skik eller Vane at bekæmpe Sygdomme

i smaa »lune« Soveværelser og Opholdsstuen kan i høj Grad medvirke til Sygdommens Udbredelse«.

Mere kliniske iagttagelser var der dog også, fx den følgende fra Frederikshavn: »Som omtalt var Epistaxis³⁵ meget hyppig, og gravide Kvinder blev ofte haardt angrebne og aborterede eller fødte, men tillige var det en næsten fast Regel, at kvinderne strax ved Sygdommens Begyndelse fik Menses, selv om det ikke var Tiden« og »Hos talrige, maaske hos de allerfleste, kom der Haaraffald. Den hyppigste Følge af Sygdommen har dog været den meget betydelige og længevarende Afkræftelse, og mange af Patienterne gaar endnu den Dag i Dag og er langt fra saa arbejdsdygtige, som de var før Sygdommen«; samt »Almindeligt fik man det Indtryk, at det var unge kraftige Mennesker, der angrebes haardest«.

Diskussionen af sygdomsårsager er interessant. På dette tidspunkt er der en international konsensus om, at viden skabningen skal søge én årsag til én sygdom. I praksis er mange læger dog stadig optagede af de kulturelle og sociale omstændigheder ved sygdomme. Deres smitteforståelse omfatter såvel en ældre forståelse af bestemte steder som særligt inficerede som en moderne forståelse af smitte via person til person-kontakt. Tidens forståelse af influenzaen, som den kommer til udtryk i disse indberetninger, giver mulighed for at forstå det terapeutiske perspektiv i begyndelsen af det 20. århundrede; dvs. forstå at der ikke er tale om en konsistent sygdomsteori. Når årsagen til epidemien diskuteres, handler det jo om, hvor man vil have de bedste praktiske muligheder for at gribe ind for at få kontrol over sygdommen. Og der er stor forskel på de praktiserende lægers, hospitalslægerne og Sundhedsstyrelsens lægers handlemuligheder i forhold til influenzaen, som det vil ses i det følgende.

Mærket BAYER

Vore pharmaceutiske Præparater
leveres nu igen til tilnærmelsesvis
de tidligere Priser.

Vi tillader os at bede de af D'Herrer Læger,
som paa Grund af de forhøjede Priser har ind-
skrænket Ordination af vore
Specialpræparater,
om nu atter at tage de anvendte
Bayer Præparater i Brug.

Vi henleder Opmærksomheden paa:

<i>Adalin</i>	<i>Mesotan</i>
<i>Aspirin</i>	<i>Protargol</i>
<i>Elarson</i>	<i>Sajodin</i>
<i>Eisen-Elarson</i>	<i>Solarson</i>
<i>Helmizol</i>	<i>Somatose</i>
<i>Hydrastinin</i>	<i>Spirasal</i>
<i>Istizin</i>	<i>Tannigen</i>
<i>Jothion</i>	<i>Theocin natr. acet.</i>
<i>Luminal</i>	<i>Veronal</i>

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.

Leverkusen ^b/Köln ^a/Rhein.

Fig. 9-10. »I gamle Dage var det Tilfældet, der førte Lægen til ved Sygesengen at konstatere et nyt Lægemiddels virkning, nu konstruerer Kemikeren efter bestemte Formler Lægemidlerne, eftersom de skulle virke enten temperaturnedsættende, søvngivende eller nervestyrkende. Naar Lægemidlet er færdigt, søges der Patent derpaa, og det sendes derpaa til Hospitalslæger, for at disse kunne konstatere dets Godhed og lade Pressen udbasunere dets Ry. Hvilke Summer, der er tjent paa saadanne Patent-Lægemidler, afgiver Antipyrin, Salipyrin, Veronal og Aspirin Exempler paa. Paa Antipyrin er der tjent mange Millioner, som Influenza-Patienterne har betalt« (Citeret fra H. P. Madsen: Om Værdien og Sammensætningen af nogle Lægemidler og Arkana, Ugeskrift for Læger 1909, nr. 22, s. 599. Annoncerne er fra Nordisk Tidsskrift for Terapi, nr. 22, 1909, s. 599).

Lægemidler og kvaksalveri

På trods af den pessimistiske vurdering af behandlingsmulighederne i det tidligere omtalte foredrag af Victor Scheel, var tiden lige efter 1900 præ-

get af en usædvanlig optimisme hos medicinerne med hensyn til deres behandlingsmuligheder, og dermed også deres mulighed for at opnå anerkendelse på lige fod med kirurgerne, hvis metoder virker mere umiddelbart



DIGALEN

Digitoxin. solub. Cloetta

Ikke irriterende, nøjagtigt doserligt

Cardiotonicum

med prompte Digitalisvirkning.

Stimulans og **Diureticum** til Indgift per os og til intramuskulær og intravenøs Injektion (redder ofte Patientens Liv).

Digalenets fysiologiske Titrering gør det muligt for Lægen med Sikkerhed at vurdere den terapeutiske Virkning.

DOSERING:

1 ccm. Digalen = 0,15 gr. Fol. Digitalis

Literatur og Prøver gennem

F. HOFFMANN-LA ROCHE & CO

BASEL (SCHWEIZ)



overbevisende. Optimismen var baseret på den nye bakteriologiske forståelse af infektion og de i sammenhæng hermed udviklede nye laboratorieproducerede kemoterapier, vacciner og forskellige former for serum.

Victor Scheel var en af de læger, der anvendte alle de nye midler og metoder på sin afdeling på Bispebjerg Hospital. Han nævner dem i det tidligere omtalte foredrag: intravenøs injektion af antibakterielle midler, indgift af parafinium liquidum og indgnidning af huden med samme, indånding af adrenalin samt hydroterapeutisk behandling, hvor patienten blev indpakket i våde lagner samtidig med at han/hun skulle drikke te, cognac eller calomel, som virker sved- og urindrivende.³⁶ Der blev også forsøgt serumbehandling og vaccination med dræbte kulturer af streptokokker og sidst men ikke mindst den nævnte styrkelse af kroppen ved indtagelse af stimulerende midler som kam-

fer, koffein, digitalis og strophantus. Feberen kunne holdes lige under 40 grader ved injektioner hver anden time kombineret med kolde afvaskninger.

Det ville være let at ironisere over disse behandlingsmetoder, men de var faktisk i nøje overensstemmelse med den lægevidenskabelige viden på det tidspunkt. Calomel kunne åbne tarmene, digitalis skulle »styrke hjertemusklen«, kloralmikstur eller bromid kunne anvendes til at dulme og falde i søvn på. Spiritus og i ekstreme tilfælde stryknin kunne stimulere.³⁷ Således kunne kampen mod lungebetændelse vare adskillige dage indtil en »krise« blev nået, hvor feberen kulminerede, symptomer forsvandt og rekonvalescensen kunne begynde – hvis patienten stadig var i live.

Nu som da behøvede man dog ikke at lægge alle lod i videnskabens vægtskål. Man kunne beskytte sig med forebyggende midler eller søge alternative be-

handlinger. Der var muligheder nok. Når epidemier hærger er det gode tider for folk, der forstår at sælge alle slags gode råd og midler til forebyggelse af smitte og helbredelse af sygdom. Dels håber alle syge vel på, at et vidundermiddel skal dukke op, dels er folk generelt mere lydhøre over for forskellige former for forholdsregler, de selv kan tage i dagligdagen, når der ikke findes effektive behandlingsmetoder mod en sygdom. Desinfektionsmidler havde stor udbredelse, hvis der var købere til alle de produkter, som annonceredes. Folk gurgede tilsyneladende glad og gerne hals med pulvere og tonic for at beskytte sig mod infektion. De var i god tro, for de praktiserende læger såvel som de såkaldte folkelige lægebøger anbefalede dette som forebyggelse. Forskellige husråd anbefalede enebærolie, mentol, hvidløg og lavendelolie, men man kunne også investere i en af tidens nye »patentmedicinere«, som fx *aristochini*, som er et »Smagfrit Antipyreticum mod Influenza, Typhus, Kighoste og Malaria« fra Vereinte Chininfabriken Zimmer & Co.³⁸ Patentmedicin forhandlede via apotekerne i modsætning til den mangfoldighed af vidunderpiller og cremer samt homøopatiske midler fra Tyskland, der alle blev omfattet af den stigmatiserende betegnelse *arkana*, som var den officielle betegnelse for alle behandlingsmidler, der ikke var godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Set i bakspejlet kan det være svært at skelne mellem forebyggelses- og helbredelsesmidler, der blev tilbudt af kvaksalvere og af læger, men tidens sagkundskab var ikke i tvivl, og der blev lynhurtigt slået ned overfor de formastelige, der forsøgte at sælge deres vidundermidler. Sundhedsstyrelsen var i konstant beredskab overfor kvaksalvere, der forsøge at tjene på den ulykkelige situation. Rundt om i landet sad embedslæger og overvågede deres område, bl.a. ved at læse aviser-nes annoncer grundigt.

I august 1918 bliver Sundhedsstyrelsen gjort opmærksom på »en avertissement i Politiken om Agleja Mundvand som beskyttende mod spansk Syge«. Det er fabrikken Tatol, der fremstiller dette »forebyggende middel«. Annoncen udløser øjeblikkelig en bekendtgørelse om forbud mod distribution af midlet, og knapt en uge efter indkommer en protestskrivelse fra fabrikken.³⁹ Amtslægen i Nykøbing F. indberetter også, at han har set en »Annonce om et Middel mod Spansk Syge »Antispansk««. Det udløser et forbud mod at trykke annoncen. Næste måned er den gal igen, for amtslægen i Roskilde rapporterer om en avertissement »fra A/S Elektron om »Dentifric« som desinficerende etc. – bedste hjælp under epidemi«, og fra Aabenraa byfogedkontor indberettes, at de har iværksat en undersøgelse »i Anledning af reklame for Rodins Desinfector«. Den 25. oktober vil telefonfabrikant »Sanitør« have Sundhedsstyrelsens anbefaling af »en Desinfektionsvædske til Telefontrakter«. Disse driftige personer har muligvis reageret hurtigt på en artikel i Politiken den 22. oktober, hvor overlæge O. Jersild gør opmærksom på smittefaren ved den fælles brug af telefontrakter i private hjem, for »Her slynges under Talen Bakterierne fra det inficerede Individets Svælg med Spytpartiklerne ned på Tragtens Ebonitflade for et Øjeblik efter, naar Fugtigheden er fordampet, at hvirvles op i et sundt Individets Inspirationsluft«. Han spørger retorisk om »der er nogen almindelig Familietelefontragt i denne By, der nogen Sindrenses?«. ⁴⁰

Blandt lægerne selv var der dog også uenighed om holdningen til kvaksalvere, idet spredte røster talte for »frihed« til at praktisere. Lægeforeningens holdning var dog klar nok; læger der aktivt støttede eller anbefalede kvaksalvere, blev ekskluderet af foreningen. Standens omdømme var på spil i den slags sager, men argumen-

terne kunne være af mere samfundsmæssig karakter, som dette vrede læserbrev i rubrikken »Korrespondance« i *Ugeskrift for Læger*: »Nej, lad os ikke i blind Friheds-Fanatisme være med til at støtte noget, som baade samfundsmæssigt og videnskabeligt set sænker Landets kulturelle Niveau. Ligesom ethvert rettænkende Menneske vil være med i Kampen mod f.Eks. Misbrug af Spiritus, saaledes bør enhver Læge være med til at bekæmpe dem, der misbruger Patienter til egen Fordel«. ⁴¹

Sygdom og kulturhistorie

Med udgangspunkt i en enkelt case fra det medicinhistoriske felt er det forsøgt vist, hvordan medicinsk viden formes i en proces, der har sin egen logik og sit eget rationale. Den medicinske sygdomsforståelse er ikke bare en videnskabelig konsensus, der former de professionelles handlinger, selve sygdomsforståelsen formes og forandres i den praktiske håndtering af epidemier og andre sygdomme. De spørgsmål, der stilles af lægerne, befolkningen og sundhedsmyndighederne, er med til at definere sygdommens art, men spørgsmålene er ikke uafhængige af tid og sted. Spørgsmål og definitioner er ikke altid objektive og videnskabelige, men udspringer af den daglige praksis. Undersøgelsen har tydeliggjort, at der i Danmark i begyndelsen af det 20. århundrede var et veludviklet samarbejde mellem den medicinske videnskab, den sundhedspolitiske arena og den almene lægepraksis, hvilket er i modsætning til fx Frankrig, hvor der var stor afstand mellem parterne og meget forskellige interesser. ⁴²

Således kan en punktundersøgelse være et korrektiv til den mere generelle medicinhistorie, der fremstiller videnskaben som fremadskridende, med enkelte tilbageslag, fx under den spanske syge. I stedet er det måske mere

frugtbart at stille spørgsmål ved de store generaliserende fortællinger og erkende, at også videnskaben er rammesat af kampen mellem forskellige kulturelle forestillingsverdener. Følgelig kan der også stilles spørgsmålstejn ved, om sammenhængen mellem sygdomsforståelse og behandlingspraksis er så entydig som medicinhistorien ofte antager. Det terapeutiske perspektiv var i begyndelsen af det 20. århundrede præget af den moderne bakteriologi såvel som den ældre miasmeteori. Under den spanske syge blev omfattende og varierede behandlingsformer taget i anvendelse, der ikke nødvendigvis var forankrede i en teori om sygdomsårsager. Gamle behandlingsformer som åreladning og kopsætning blev revitaliseret. Udtømmelser, der tidligere skulle regulere balancen i kroppens væsker, fik ny betydning som antiseptisk middel, som en måde at rense kroppen for sygdomsfremkaldende organismer og som stimulant. Enhver kunne forstå at en krop, der var angrebet af smitte, skulle behandles med midler, der rensede, udtømte og stimulerede kroppen. Desuden skabte den historiske kontekst med krig og katastrofestemning og mange døde på kort tid en atmosfære, hvori drastiske og kraftigt virkende lægemidler og heroiske behandlingsformer blev anset for efterstræbelseværdige. Og selvom behandling af patienter med »spansk syge« kunne synes voldsom, adskilte de sig ikke væsentligt fra, hvad der ellers kunne tilbydes på den tid.

Artiklen er et forsøg på at lave en kulturhistorisk undersøgelse af en epidemi, der ikke er sygdomshistorie i traditionel forstand med fokus på epidemiernes relation til sociale og befolkningsmæssige forandringer. I stedet er det forsøgt at fremstille et billede af en tids stridende sygdomsforståelser ud fra en nærlæsning af tidens faglige debat og Sundhedsstyrel-

sens arkivalier, for at komme tæt på de diskurser, der rummede viden og sandhed for de involverede. Pointen er, at sygdomsbegreber ikke bare er et anliggende for den specialiserede medicinhistorie, men at de, fordi de former menneskers handlinger og giver mening til deres oplevelser, er et helt centralt anliggende for kulturhistorien. Medicinen må også anskues som en kulturel aktør i samfundet. Det er ikke kun patienter eller lægfolk, der er i besiddelse af kulturelle forestillinger om kroppen, sygdomsårsager og behandling; lægernes terapeutiske perspektiv er også et kulturelt betydningssystem.

Noter

1. Se også L.O. Andersen: Epidemier og København – med vægt på tuberkulose og influenza, Set & Sket i Medicinsk-historisk Museum 1996; W.I.B. Beveridge: Influenza: the Last Great Plague. An Unfinished Story of Discovery. London 1977; Bie, Christiansen og Schwensen: Kliniske og ætiologiske Bemærkninger om Influenza-epidemien («Morbus hispanicus»), Ugeskrift for Læger, 38, 1918; A.W. Crosby: America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918, Cambridge 1968; M. Hildreth: The Influenza Epidemic of 1918-1919 in France: Contemporary Concepts of Aetiology, Therapy, and Prevention, Social History of Medicine 1991, s. 278-294; D. Killingray: The Influenza Pandemic of 1918-1919 in the British Caribbean. Social History of Medicine 1994, s. 59-87; Gina Kolata: Flu. The Story of the Great Influenza Pandemic of 1918 and the Search for the Virus that Caused it, London 2001; Medicinalberetning for den danske Stat 1918, København 1920; Statens Sygehusinspektorat: Beretning om »den spanske Syges« Optræden blandt de statsanerkendte Sygekassers Medlemmer i Perioden fra 1. Juli 1918 til 31. Maj, 1919; H.S. Vuorinen og E. Linnanmäki: Spanska sjukan i Finland. Svensk Medicinhistorisk Tidsskrift, 1, 1997.
2. Victor Alexander Scheel (1869-1923) var blevet udnævnt til overlæge ved medicinsk afdeling B på Bispebjerg Hospital i 1913. Han var anerkendt som en af tidens medicinske kapaciteter og havde mange tillidshverv: videnskabelig redaktør af Ugeskrift for Læger fra 1908, formand for Københavns Lægforening 1910-13 og for Almindelig Dansk Lægforening 1913-22. I 1923 blev han formand for Medicinsk Selskab. Han beskrives som en læge, der var interesseret i alt nyt inden for medicinen og som en søgt manuduktør i patologisk anatomi, Dansk Biografisk Leksikon.
3. Victor Scheel: Influenzaens klinik. Foredrag i Medicinsk Selskab 4.3.1919. Foredraget findes som særtryk i Rigsarkivet: F 03-205, pakke 2, Sundhedsstyrelsen: Oplysninger om influenzaen under dens optræden i Danmark i årene 1918-19 (Den Spanske Syge), 1918-1.
4. Scheel: Influenzaens klinik (se note 3), s. 20.
5. En periodes rådende, medicinske grundsætninger og anskuelser, defineret som et kognitivt system med tilhørende sociale praksisser, J. H. Warner: The Therapeutic Perspective, Medical Practice, Knowledge and Identity in America 1820-1885, Cambridge 1986, s. I.
6. Den medicinske betegnelse for behandlingen er venæsectio eller venesection.
7. Scheel: Influenzaens klinik (se note 3), s. 19.
8. I efterforskningen af sygdomsårsager betød bakteriologien det afgørende gennembrud. Det var Louis Pasteur (1822-1895), som grundlagde den videnskabelige viden om infektioners natur, og Robert Koch (1843-1910), som udviklede og udnyttede metoderne til efterforskning af infektionssygdomme. Påvisningen af, at ét levende smitstof fremkalder én bestemt sygdom og ingen anden, revolutionerede opfattelsen af sygdommes kausalitet.
9. Scheel: Influenzaens klinik (se note 3), s. 18.
10. G. B. Risse: The Renaissance of Bloodletting: A Chapter in Modern Therapeutics, Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 34, 1979.
11. Det er ikke ualmindeligt i medicinhistorien at én behandling kan give mening inden for to helt forskellige sygdomsforståelser, hvis en »oversættelse« ligger lige for som i tilfældet med udtømmelse. Martha Hildreth udtrykker det på denne måde: »*Ridding the body of congestion and ridding it of infection were concepts which were comfortably analogous*«, The Social History of Medicine 1991, s. 293.
12. Ugeskrift for Læger 44, 1918, s. 1747.
13. Ugeskrift for Læger 45, 1918, s. 1783.
14. Sst.
15. Scheel: Influenzaens klinik (se note 3), s. 19.
16. Charles E. Rosenberg: Explaining epidemics and other studies in the history of medicine, Cambridge 1992.
17. Ugeskrift for Læger 45, 1918, s. 1783-84.
18. Harry Heidemann: Den spanske syge, Medicinsk Forum 1, 1965, s. 20.

19. Her og i det følgende stammer alle oplysninger og citater, hvor ingen anden kilde er anført, fra Sundhedsstyrelsens journal 1918 samt kopibøger 1918 og 1919, RA.
20. Der er tale om en *epidemi*, når mange mennesker inden for et bestemt område i løbet af kort tid smitter hinanden med den samme sygdom. Er der tale om samtidige udbrud i store dele af verden taler man om *pandemi*, men helt lokale udbrud, evt. over længere tid, betegnes en *endemi*.
21. Lov af 20. April 1888: »Lov om Foranstaltninger imod Udbredelse af smitsomme Sygdomme« (Justitsministeriet), revideret 31.3. 1900.
22. Ludvig Christian Gabriel Tryde (1860-1951) var stadsfysikus i Helsingør og karantænelæge, udover at han havde stor privatpraksis i Helsingør og var overlæge på Øresundshospitalet i Helsingør. Han sad fra 1910 i den medicinalkommission, der i årene 1908-21 udarbejdede forslag til reform af medicinalvæsenet, Ugeskrift for Læger 30, 1918, s. 1200.
23. Ugeskrift for Læger 42, 1918, s.1667.
24. Sst.
25. Sundhedsstyrelsen, oprettet 1909, hørte på dette tidspunkt under Justitsministeriet.
26. I 1906 anslog man, at ca. 6000 årligt blev angrebet af tuberkulose, og sygdommen var årsag til ca. 10-11% af samtlige dødsfald, Dansk Socialhistorie 1982, s. 33.
27. Einer Marcussen: Nogle erindringer fra indvielsen af Bispebjerg Hospital og de nærmest følgende år, Medicinsk Forum 4, 1963, s. 110-11.
28. Sst.
29. David K. Patterson & Gerald F. Pyle: The geography and mortality of the history of the 1918 influenza pandemic, Bulletin of the History of Medicine 65, 1991, s. 4-21.
30. Scheel: Influenzaens klinik (se note 3), s. 21.
31. Roy Porter: The greatest Benefit to Mankind, London 1997, s. 483.
32. Richard Friedrich Johannes Pfeiffer (1858-1945), elev af Robert Koch, beskrev en influenzabacille i Deutsche med. Wochenschrift i 1892. Af stor betydning var også hans forsøg med immunsæra.
33. Miasme er en medicinsk betegnelse fra oldtiden for sygdomskim, der overføres gennem usund luft, som er opstået i sumpområder eller ved forrådnelsesprocesser, Den Store Danske Encyklopædi, bd. 13. Det franske begreb for smittefarlige steder, *foyer d'épidémie*, havde stadig betydning for forståelsen af influenza, Martha L. Hildreth: The Influenza Epidemic of 1918-1919 in France: Contemporary Concepts of Aetiology, Therapy, and Prevention, Social History of Medicine 1991.
34. Pakken: Oplysninger om influenzaen (se note 3). En lignende fællesforskning havde også været iværksat ved en tidligere influenzaepidemi i 1891-92, hvor 511 læger tilbagesendte spørgeskort.
35. Næseblødning.
36. Calomel benævnes også merkúroklorid eller kvægsølvforklor (HgCl). En hvid, giftig krystallinsk masse, der blandt andet fremstilles ved fordampning af en blanding af merkurisulfat med kvægsølv og natriumklorid. Den anvendtes i medicinen som urindrivende middel, mod vattersot, samt ved øjen- og hudsygdomme, Salmonsens konversationsleksikon.
37. Roy Porter: The greatest Benefit to Mankind, London 1997, s. 675.
38. Citeret fra annoncetekster i Ugeskrift for Læger 1918-1919.
39. Bekendtgørelse af 24. aug. 1918 fra Sundhedsstyrelsen. »I Henhold til Lov om Apotekervæsen af 29. april 1913 § 19 I Stk. nedlægger Sundhedsstyrelsen herved Forbud imod, at der ved Bekendtgørelse i Dagblade, i Ugeskrifter eller Tidsskrifter, ved Skiltning, ved Udsendelse af Beskrivelser eller billedlige Fremstillinger til Almenheden, til større eller ubestemte Kredse af Personer eller til Enkeltpersoner, som er vedkommende ubekendte, og som ikke er Læger, Tandlæger, Dyr læger eller Apotekere, samt ved Henvendelser, der maa sættes i Klasse med de fornævnte (jfr. Højesteretsdom af 2. Juni 1915), reklameres for Agleja Mundvand som et Middel, der er forebyggende, desinficerende eller i øvrigt virksomt mod Sygdom«, Ugeskrift for Læger 36, 1918, s. 1441.
40. Citater fra Sundhedsstyrelsens kopibog 1918, RA.
41. Ugeskrift for Læger 38, 1918, s. 1521-23.
42. Se fx Bruno Latour: The Pasteurization of France, Cambridge and London 1988.