

UPPSALA
MEDICINHISTORISKA
FÖRENING | 2011



UPPSALA
MEDICINHISTORISKA
FÖRENING



INNEHÅLL

- Medicinshistorisk verksamhet i Uppsala – några reflexioner
från en avgående ordförande • 3
- Verksamhetsberättelse för Uppsala Medicinshistoriska förening • 11
- 2010 års Medicinshistoriska stipendium • 13

Referat av föredrag i föreningen 2010

- Sjuksköterskeyrkets formativa år. Agneta Emanuelsson • 14
- Genomisk medicin – några framåtblickar. Ulf Pettersson • 16
- Lars Thorénföreläsningen:
Frithiof Holmgren – fysiologi i brytningstid. Jan Erik Olsén • 19
- Några västsvenska barnmorskor vid 1700-talets slut.
Gudrun Nyberg • 23

Barnkvävning – vad döljer sig bakom diagnosen?

- Föredrag av Ragnar Berfenstam 2003 • 25
- Rudbeckbysten 100 år
Olof Rudbeck (1630–1703). Mats Westman • 39
- Carl Eldh (1873–1954). Eva Nyström • 44
- Edward Clason (1829–1912). Bo Lindberg • 47

Medicinshistoriska museet

- Stig Ekström till minne. Eva Ahlsten • 50
- Årsrapport 2010 • 52
- Föreläsningsserie på museet 2010 • 62
- Tuberkulos förr och nu – en tredelad utställning
om en aktuell sjukdom. Kerstin Hulter Åsberg • 74
- Exkursion med Uppsala Medicinshistoriska museum
till Valdemarsudde. Eva Ahlsten • 74
- Bidrag till Sveriges officiella statistik, hälso- och sjukvården.
Öfverstyrelsens för hospitalens underdåniga berättelser
för år 1900. Eva Ahlsten • 77

Medicinhistoriska uppsatser

- Understödsbyrån för tuberkulösa – den första dispensären i Uppsala. Lars-Gösta Wiman och Rigmor Beskow • 82
- Romantiken och sanatorievården. Lars-Gösta Wiman • 87
- Kirurgins historia från antiken till nutid. Henry Johansson • 90
- Röntgen i Gävleborg under nästan hundra år. Måns Hedin • 101
- Radiologin i Uppsala – kort historik. Uno Eriksson • 110
- Julius Swanlunds farmacihistoriska samling.
- Urban Josefsson och Rebecca Flodin • 116
- Doktor Westerlund och landstinget 1864–1913. Mats O Karlsson • 122
- Ernst Westerlund – teologie hedersdoktor. Bo Lindberg • 131

Bokanmärningar

- Svensk sjuksköterskeförening 100 år av Anna Götlind • 132
- Uppsala universitets historia av Carl Frängsmyr • 138
- Bland medikamenter och decimalvågar – om apotekens historia och Stig Engströms kärlek till yrket av Leif Åberg • 144
- Anders Fredrik Regnell – läkare, botanist och donator av Bo Lindberg • 146

Värva medlemmar • 150

Historiska bilder

- Marianne Alströms foton på operationsavdelningen från 1974 • 151

MEDICINHISTORISK VERKSAMHET I UPPSALA

– några reflexioner från en avgående ordförande

När redaktören för denna årsskrift, Bo Lindberg, bad mig komma med några reflexioner efter mina många år som ordförande i vår förening kände jag mig tveksam inför uppgiften. Men medveten om att många inte läser böcker eller skrifter från pärm till pärm kändes uppgiften mindre betungande – en och annan bläddrar nog förbi mitt inlägg. Hur som helst, här kommer min krönika, som tar avstamp från den kända devisen ”Den som kan sin historia har framtiden för sig”.



*Henry Johansson
och Stig Ekström på
Medicinhistoriska
museet.*

Historien hjälper oss att se framåt

Gången tid kan som sagt hjälpa oss att se in i kommande tid och ge oss en orientering både vad gäller vår tillvaro och yrkesverksamhet. Historielöshet begränsar vår fantasi, något som är en nackdel, inte minst på medicinens områden. En medicinhistorisk förening ger unika möjligheter att ge oss en orientering om medicinens utveckling och samtidigt bidra till att bevara det medicinska kulturarvet. Här har vår årsskrift en viktig funktion och det är stimulerande att så många av medlemmarna i föreningen tycks glädjas åt den kunskap som förmedlas genom vår årliga skrift. Samtidigt är det viktigt att en

medicinshistorisk förening i sitt historiska perspektiv även uppmärksammar pågående verksamhet på medicinens olika områden. Som vår kände uppsalaprofessor i fysiologi, Fritiof Holmgren (1831–1897), en gång uttryckte det: ”Den dag kan gry då allt vårt guld inte räcker att forma bilden av en svunnen tid”.

Medicinshistoriens innehåll

Ämnet medicinshistoria är vittomfattande och för en medicinshistorisk förening kan det vara svårt, för att inte säga omöjligt, att beakta alla aspekter på området. Dock tycker jag att vi i olika sammanhang har berört biografier över personer som haft stor betydelse för medicinens utveckling och som därigenom påverkat människans hälsa. Vi har även försökt att spegla den samhällsutveckling som skett genom seklen och som lett fram till att alltfler yrkeskategorier kommit att syssla med hälso- och sjukvårdsfrågor. Huruvida vi tillfredsställande berört den vetenskapliga, kanske även den politiska, maktkamp som påverkat medicinens utveckling är mera osäkert. Däremot menar jag att vi försökt återge människans olika uppfattning om vilken betydelse natur- och samhällsvetenskapen haft för hälsan och den roll som samspelet mellan individen och samhället, inklusive kyrkan, har haft för hälso- och sjukvården.

Medicinens historia handlar också mycket om medicinsk etik – en i dag viktig fråga för läkarvetenskapen och detta ämne har tagits upp av våra idé- och lärdomshistoriker. Rättsliga normer kommer att uppstå i den utveckling som sker, framför allt på genteknikens och biomedicinens områden. 2010 års Nobelpris i medicin är bara ett exempel på etiska frågeställningar som kan uppkomma i forskningen. När Robert Edwards i början av 1950-talet såg möjligheten för provrörsbefruktning som en metod för behandling av ofrivillig barnlöshet vet vi alla att hans forskning starkt ifrågasattes av många.

Embryonal stamcells forskning är ett annat område som blir ett möte mellan medicin och juridik. För framtidens medicinshistoriker kommer säkerligen dessutom frågor som rör människans rätt till god hälsa och samhällets krav på medborgarens levnadssätt att bli

högaktuella frågor. Vår förening kommer inte att sakna aktuella ämnen för sin fortsatta verksamhet.

Medicinshistoriker i våra led

I Uppsala och dess medicinska fakultet har genom åren funnits framträdande personer på medicinshistoriens område.

Robin Fåhraeus tillhör en av dem och hans stora verk ”Läkekonsstens historia” (1944–1950), som beskriver medicinens historia från antiken fram till 1900-talets början, kan alltså ses som en värdefull lärobok i ämnet. Lars Thorén, en av initiativtagare till vår medicinhistoriska förening, måste också ses som en av våra mest framstående och kunniga medicinshistoriker. Han bidrog genom sina många medicinhistoriska skrifter till föreningens utveckling och genom sin aktiva och entusiastiska livsstil var han en allmänt uppskattad föreläsare hos oss.

Nils Brage Nordlander hade ett stort intresse för medicinens historia och var en flitig skribent i Svensk Medicinhistorisk Tidskrift – han hade nästan årliga bidrag till tidskriften med artiklar på skilda områden inom ämnet. Han var en uppskattad föredragshållare och så sent som våren 2009 medverkade han med ett föredrag med titeln ”Ulleråkers sjukhus, en tillbakablick”.

Karin Johannisson, professor i idé- och lärdoms historia och tidigare sekreterare i den medicinhistoriska föreningen, har under många år haft sin forskning inriktad på medicinens idéhistoria och hennes många böcker på detta område har nått en vid läsekrets. I andra studier har hon behandlat lidandets mening och livets gränser liksom olika perspektiv på kroppens historia. Karin har vid olika tillfällen förmedlat sina kunskaper till föreningens medlemmar och hon har varit en av våra ”Thorénföreläsare”. För sina mångåriga insatser inom medicinens historia blev hon medicine hedersdoktor vid vårt universitet 2004.

Martin H:son Holmdahl, rektor för vårt universitet 1978–1989, ger i sin memoarbok ”Mitt liv i medicinens och universitetets tjänst” en bild av anestesis framväxt och utveckling och när man läser denna

bok är det uppenbart att Holmdahl själv i stor utsträckning bidragit till denna utveckling. Martins ”Thorénföreläsning” över beklagliga dröjsmål mellan upptäckt och klinisk användning var en högtidsstund för de talrika åhörarna.

Lars-Gösta Wiman, trogen medlem i vår förening, har i många år varit vetenskapligt aktiv inom medicinens historia. Han har publicerat många artiklar och flera böcker på olika områden. Med sin bakgrund som lungläkare har hans författarskap bland annat berört svenska gestalter för lungsjukdomarnas bekämpande. Så sent som 2007 utkom han med en uppmärksammad bok om ”Hällnäs sanatorium vid Vindelälven”. Barnläkaren Irene Sjögren utkom samma år med sin bok om Nils Rosén von Rosenstein, ett i många avseenden imponerande verk.

Vi kan också glädja oss åt att i den nuvarande styrelsen för vår förening ryms flera medicinhistoriska författare. Mats Westman, vår kassör och tidigare kirurgöverläkare vid Samariterhemmets sjukhus, har med stor inlevelse skrivit en bok om dess sjukhus historia, som han också presenterat för föreningen i uppskattade föredrag.

Eva Ahlsten, föreståndare för det medicinhistoriska museet och flitig bidragsgivare till vår årsskrift, har i sin bok, skriven tillsammans med Leif Åberg, gett en unik skildring av sjukvården på Akademiska sjukhuset i en svunnen tid.

Redaktören för denna årsskrift, Bo Lindberg, har nyligen utkommit med en biografi om Anders Fredrik Regnell, läkaren och botanisten, som blev en av Uppsala universitets största donatorer.

Samverkan med vårt medicinhistoriska museum

För att utveckla ämnet medicinhistoria är tillgång till ett medicinhistoriskt museum en ovärderlig tillgång. Under senare tid har också ett alltmer intimt samarbete mellan föreningen och museet vuxit fram och tillkomsten av det medicinhistoriska museet i Uppsala har haft en gynnsam utveckling av ämnet medicinens historia liksom för vår förening, inte minst genom att museet skapat en miljö för utbildning och forskning.

Medicinhistoriska museet öppnades 1995 på initiativ av Uppsala medicinhistoriska förening, med professor Lars Thorén som en av de drivande. Museet drivs som bekant av en stiftelse, där Medicinhistoriska föreningen ingår som huvudman, andra huvudmän är Lands-tinget i Uppsala län och Uppsala universitet.

I iordningställandet och uppbyggnaden av museet hade Lars Thorén stor hjälp av sin hustru Ingrid och apotekaren Stig Ekström, som byggde upp apoteksrummet. Idag har museet utvecklats till ett av våra mest sevärda medicinhistoriska museer. Från slutet av 2004 är sjuksköterskan, fil. mag. och osteolog Eva Ahlsten, som ingår i den medicinhistoriska föreningens styrelse, anställd som museiföre-ståndare. Numera finns även en tjänst på 50 procent, som för när-varande innehas av fil. dr. Urban Josefsson (arbetar 50 procent på Museum Gustavianum). Utöver de anställda finns pensionerade apotekare och läkare som arbetar ideellt och regelbundet hjälper till i museet i samband med att det är öppet för allmänheten. De deltar även emellanåt i guidningar på museet. I och med att dessa personer även är starkt engagerade i vår förening har detta bidragit till att sam-arbetet mellan föreningen och museet utvecklats på ett positivt sätt.

Medicinhistoriska föreningen – har vi levt upp till våra förväntningar

Målsättningen för vår förening, som nästa år har 15 år på nacken, är att samla medlemmarna och andra personer med intresse för före-ningens verksamhet till föredrag och andra aktiviteter i ämnen som rör medicinens, och närliggande ämnens, historia. En annan viktig uppgift är att främja utbildning och forskning inom ämnet medicin-historia. Föreningen har även ett ansvar för att föremål, dokument, böcker och annat material av medicinhistoriskt intresse bevaras och visas.

När jag nu lämnar ordförandeposten efter många år är det natur-ligt att fråga vad jag tillsammans med styrelsen åstadkommit under de gångna åren. När jag inför denna fråga samlar intrycken tycker jag att flera lyckosamma insatser gjorts och som är en följd av att föreningen haft och har en entusiastisk och kompetent styrelse.

Föreningen har regelbundet samlat sina medlemmar till sammankomster 4–6 gånger årligen med föredrag av värdiga representanter för olika områden inom medicinens historia sett ur ett brett perspektiv. Föreningen instiftade 2001 ”Lars Thorénföreläsningen i medicinhistoria”. Den hålls varje höst och arrangeras tillsammans med stiftelsen för det medicinhistoriska museet. Thorénföreläsningen har blivit något av ett signum för vår förening.

2011 års Thorénföreläsning ska handla om Allvar Gullstrand, som blev Uppsala universitets förste professor i ögonsjukdomar och 1911 dess förste nobelpristagare i medicin. Med föreläsningen vill föreningen uppmärksamma att det är 100 år sedan Gullstrand, vår kanske främste forskare någonsin inom uppsalamedicinen, belönades med det prestigefyllda priset. Föreläsare blir professor Anders Bárány, fysiker och sonson till nobelpristagaren Robert Bárány. Anders var under många år vice museichef för Nobelmuseet i Stockholm och för allmänheten känd från sina många framträdanden i tv i samband med de årliga nobelfestligheterna.

Föreningen kan också glädjas åt att framöver få vara med att arrangera Martin Holmdahlföreläsningen, som instiftades av Selanderfonden förra året och som för 2011 kommer att hållas i mars. Avsikten är att den ska återkomma årligen och en vårföreläsning i Martin Holmdals namn och en höstföreläsning i Lars Thoréns namn skulle skapa en god harmoni i föreningens föreläsningsserier.

Det är vidare glädjande att vi lyckats få ämnet medicinens historia fastare förankrat på universitetsnivå i och med att vi sedan 2009 har ett lektorat, visserligen på 20 %, i ämnet. Detta bekostas för närvarande av Landstinget. Befattningen innehas av Kerstin Hulter Åsberg.

I våra nordiska länder har medicinens historia alltid existerat som ett ämne inom de medicinska fakulteterna. I Köpenhamn har man med korta avbrott bedrivit undervisning i ämnet alltsedan 1802 och sedan 1988 finns en professur i medicinens historia, där innehavaren av lärostolen tillika är chef för det medicinhistoriska museet. I Oslo har man sedan 1964 haft en universitetstjänst i ämnet, vilken 1985 omvandlades till en professur. Här är den medicinhistoriska profes-

suren knuten till institutionen för allmän- och samhällsmedicin. I Finland har stor vikt lagts vid undervisningen i medicinens historia, tidvis i form av obligatoriska, tidvis som frivilliga kurser.

Det är naturligtvis en förhoppning att den medicinska och farmaceutiska fakulteten i Uppsala känner ett ansvar för att tjänsten i det medicinhistoriska ämnet i Uppsala behålls och helst omvandlas till en heltidstjänst. En sådan satsning, som jag själv ser det, har alla möjligheter att bli framgångsrik. I medicinska fakulteten har funnits en långvarig intressetradition för ämnet och inom idé- och lärdoms-historiska institutionens verksamhet har medicinhistoria sedan länge en särskild tyngdpunkt. Även på historiska institutionen finns grupper som sysslar med olika aspekter på medicinhistoria. Ett ökat samarbete fakulteterna emellan kan ytterligare stärka ämnets framtida position. En akademisk tjänst i medicinhistoria – med de unika möjligheter som Uppsala erbjuder – kommer att kunna ge ämnet en framskjuten position såväl nationellt som internationellt. Det är en viktig uppgift för föreningen att verka för att en sådan tjänst realiserar.

Föreningens årsskrift, som startade 2008, har blivit en framgång. Detta beror inte minst på det stora arbete som Bo Lindberg lagt ned på årsskriften. Med årsskriften kan vi sprida information om medicinhistoria och läkekonstens utveckling, men framför allt bevara för eftervärlden all den intressanta kunskap som föredragshållarna förmedlar. I årsskriften publiceras sammandrag av alla föredrag som hållits under året i föreningens regi. Likaså försöker vi anmäla böcker och tidskrifter inom området som har ett stort allmänintresse.

Men det finns områden där verksamheten har varit mindre framgångsrik. Jag tänker närmast på rekryteringen av nya medlemmar. Idag har vår förening drygt 200 medlemmar. Med det underlag som finns i vår universitetsstad borde den siffran kunna fördubblas med tiden. Här har föreningen en utmaning.

Visioner och tack

När jag gör en slutsummering av min ordförandetid – valdes 2002 – är det många tankar som far genom huvudet. Först måste jag

erkänna att mandattiden blev längre än jag avsåg. Men en stol som man sitter skönt i lämnar man ogärna ifrån sig. Och en lång mandatperiod har sina fördelar, man tvingas till nya satsningar och jag tycker att vi lyckats ganska väl. Den medicinhistoriska föreningen seglar i medvind – och det må väl vara förlåtligt att en ”gammal” man ser det så.

Fördelen med att ha visioner är att det inte ställs några krav på att de måste uppfyllas. Men en vision som jag hoppas en dag ska uppfyllas är att en donation, helst stor, tillfaller den medicinhistoriska verksamheten i Uppsala. Pengarna får gärna regna ned på både föreningen och museet.

Så till slut, ett stort tack för det förtroende som har visats mig. Det har varit ett stort nöje att få vara med att utveckla föreningens verksamhet. Tiden som ordförande har gett mig många goda vänner.

Henry Johansson

UPPSALA MEDICINHISTORISKA FÖRENING

Verksamhetsberättelse 2010

Föreningen har för närvarande 217 medlemmar. Under år 2010 har 13 nya medlemmar tillkommit.

Föreningens styrelse har under året utgjorts av

Henry Johansson, ordförande

Kerstin Hulter Åsberg, vice ordförande

Eva Nyström, sekreterare

Mats Westman, skattmästare

Eva Ahlsten, Bo Lindberg, Ann-Christine Skoog

och Anders Uppfeldt, övriga ledamöter.

Styrelsen har under perioden sammanträtt sex gånger.

Årsmötet hölls tisdagen 2 mars i Rudbecksalen, Rudbecklaboratoriet.

Efter årsmötesförhandlingarna föreläste FD Agneta Emanuelsson, Uppsala universitet över ämnet: *Sjuksköterskeyrkets formativa år runt 1900: inflytandet från Florence Nightingale och Svensk sjuksköterskeförening.*

Efter årsmötet avåts en enkel supé i anslutning till föreläsningssalen.

Vårens andra programpunkt ägde rum tisdagen den 4 maj i Fåhraeussalen, Rudbecklaboratoriet, då professor Ulf Pettersson, Uppsala universitet, talade över ämnet *Genetikens och genomikens användning inom sjukvården.* Efter mötet avåts en enkel supé i anslutning till föreläsningssalen.

Torsdagen den 10 juni anordnade föreningen en resa med buss till Waldemarsudde i Stockholm för visning av utställningen *Läke-Konst. Medicinska bok- och bildskatter från medeltid till Lennart Nilsson.* Utställningen var sammanställd av Hagströmerbibliotekets föreståndare Ove Hagelin som också visade den för föreningens medlemmar.

Lars Thorénföreläsningen 2010 ägde rum tisdagen den 16 november, då FD Jan Eric Olsén, Lunds universitet, talade över ämnet: *Frithiof Holmgren – fysiolog i brytningstid,* i Fåhraeussalen, Rudbecklaboratoriet. Efter föreläsningen avåts en supé i Café Olof.

Årets sista programpunkt ägde rum torsdagen den 9 december i Fåhraeussalen, Rudbecklaboratoriet, då professor emerita Gudrun Nyberg, Göteborg, höll en föreläsning med titeln: *Några västsvenska barnmorskor vid 1700-talets slut*. Efter mötet avåts en enkel supé i anslutning till föreläsningssalen.

Inför år 2011 färdigställs fjärde årgången av föreningens årsskrift, Uppsala Medicinhistoriska Förening 2011. Årsskriften delas ut till föreningens medlemmar och till andra medicinhistoriska föreningar i Skandinavien. Den finns även att köpa för allmänheten. I årsskriften publiceras sammandrag av alla föredrag som hållits under året samt föreningens och Medicinhistoriska museets verksamhetsberättelser samt bokanmälningar med mera. Årsskriftens redaktör är Bo Lindberg. Årsskriften finns att läsa som pdf på föreningens hemsida.

Landstingets medicinhistoriska stipendium för 2010 tillföll efter förslag från styrelsen Bo Lindberg för dennes bok om Anders Fredrik Regnell. Motiveringen var: för Bo Lindbergs fängslande biografi om läkaren och botanisten, som blev en av vårt universitets största privata donatorer. Bo Lindberg har dessutom gjort stora insatser inom föreningen genom sitt redaktörskap för föreningens årsskrift. Stipendiet utdelades vid föreningens årsmöte.

Föreningens verksamhet annonseras, förutom till medlemmarna, på *föreningens hemsida* som en länk på Medicinhistoriska museets hemsida. Adressen är: www.medicinhistoriskamuseet.uu.se. Föreläsningarna annonseras i regel även i Läkartidningen, Akademiska sjukhusets interna information, ERGO samt på Apotekarsocietetens hemsida, den Farmacihistoriska sektionen. Ett par av föreläsningarna är även videofilmade och kan ses på hemsidan. Här finns också, som ovan nämnts, föreningens årsskrift att läsa i pdf-format, från år 2008 och framåt.

Uppsala den 17 december 2010

För föreningens styrelse

Eva Nyström, sekreterare

2010 ÅRS MEDICINHISTORISKA STIPENDIUM

Efter förslag från Uppsala Medicinhistoriska Förening har Landstingsstyrelsen beslutat att 2010 års medicinhistoriska stipendium tilldelas Bo Lindberg för hans bok *Anders Fredrik Regnell, läkare, botanist och donator*.

Motiveringen var:

”för författarens fängslande biografi om Anders Fredrik Regnell, som blev en av vårt universitets största privata donatorer”.

Stipendiet på 20 000 kronor delas ut vid föreningens årsmöte 2011.



SJUKSKÖTERSKEYRKETS FORMATIVA ÅR RUNT 1900: INFLYTANDET FRÅN FLORENCE NIGHTINGALE OCH SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING

Referat av Agneta Emanuelssons föredrag i föreningen den 2 mars 2010

Agneta Emanuelsson är född i Göteborg 1954. 1991 disputerade hon i historia vid Uppsala universitet på avhandlingen *Pionjärer i vitt; Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851–1939*. Avhandlingen publicerades av Vårdförbundet SHSTF. Sedan dess har hon fortsatt att forska om framför allt den svenska distriktssköterskeorganisationens tillkomst och utveckling, och offentligt och privat i hälso- och sjukvården under 1900-talets första hälft.

Forskningen har ofta skett i samarbete med forskare från andra ämnen och tillsammans med olika fackliga och professionella organisationer. Agneta Emanuelsson har dock främst kommit att arbeta med forskningsfinansiering vid bland annat Stiftelsen Riksbankens Jubileumsfond och Östersjöstiftelsen. Hon är sedan ett par år tillbaka forskningssekreterare vid Områdeskansliet för humaniora och samhällsvetenskap vid Uppsala universitet.

Sammanfattning av föredraget

2010 är ett märkesår för sjuksköterskeyrket i Sverige; dels är det hundra år sedan Svensk sjuksköterskeförening grundades i Stockholm 1910, dels är det hundra år sedan yrkets förgrundsgestalt Florence Nightingale avled i London i en ålder av 90 år. Sjuksköterska, dvs. en kvinna med yrkesutbildning som var självförsörjande – om än med låg lön – och som hade status och ställning framför allt i sjukhushierarkin, var vid sekelskiftet 1900 något nytt.

Vad innebar det då att sjuksköterska som yrke var något nytt? Åren runt 1900 var en period i sjuksköterskeyrkets historia då gamla

identiteter förändrades och ersattes av nya. Bilden av den utbildade sjukvakterskan ersattes med den av en utbildad yrkeskvinna i stärkt sjuksköterskeuniform.

Föredraget handlar också om Florence Nightingales och Svensk sjuksköterskeförenings betydelse för denna process.

GENOMISK MEDICIN – NÅGRA FRAMÅTBlickAR

Föredrag av professor Ulf Pettersson den 4 maj 2010



Ulf Pettersson är född 1942 i Nyköping. Han läste medicin i Uppsala och blev färdig med sin läkarexamen 1971. Han disputerade 1970 på en avhandling om ”Structural proteins of adenovirus” och blev samma år docent och 1981 utnämndes han till professor i medicinsk genetik vid Uppsala universitet. Under åren 1999–2002 var han föreståndare för Rudbecklaboratoriet, 2002–2008 vicerektor vid Uppsala universitet och 1997–2003 ledamot av Konsistoriet.

Han är ledamot av flera internationella vetenskapliga organisationer.

Ulf Pettersson leder sedan 1991 forskningen vid Beijerlaboratoriet vid Uppsala universitet, som stöds av Kjell och Märta Beijers stiftelse. Forskningen här är huvudsakligen inriktad mot genomik, forskning på arvsmassan och neurovetenskap, särskilt hjärnans funktioner. Beijerlaboratoriet samlar årligen framstående forskare från olika delar av världen.

Ulf Pettersson sammanfattning av sitt föredrag

Människans arvs massa (genom) innehåller drygt 3 miljarder bokstäver (nukleotidpar). När jag började min vetenskapliga bana var inte en enda bokstav avläst och jag tror inte att någon vetenskapsman ens i sina vildaste drömmar då kunde tänka sig att människans hela arvs massa någonsin skulle bli avläst. Genombrottet kom 1977 då den engelske dubbla nobelpristagaren Fred Sanger beskrev en ny metod

att avläsa DNA. Något decennium senare hade tekniken förfinats och maskiner konstruerats som automatiserade avläsningen och informationen pumpades in i stora databaser. Dessa tekniska genom-brott lade grunden till det så kallade HUGO-projektet, vars syfte var att avläsa hela texten i en människas arvs massa.

HUGO-projektet startade 1990 och beräknades ta 15 år att genomföra till ett pris av 3 miljarder dollar. Projektet gick fortare än beräknat och en första ”slarvig” avläsning rapporterades redan år 2000 och en färdig version 2003. Resultaten gjorde det möjligt att identifiera alla människans gener och förutsäga aminosyrornas ordningsföljd i de proteiner som kodas av generna. Ett av de mest överraskande fynden vara att människan är ganska ”genfattig”. Dagsnoteringen är cirka 24 000 arvsanlag/gener vilket är betydligt färre än beräknat och förunderligt med tanke på komplexiteten hos den mänskliga organismen.

Den nyvunna kunskapen fick en omedelbar användning inom den medicinska genetiken. Hundratals gener som framkallar olika ärftliga sjukdomar kunde identifieras mycket snabbare än som varit möjligt utan den genomiska kunskapen. Baserat på resultaten kunde i många fall genetiska tester konstrueras som gör det möjligt att spåra sjukdomarna redan i fosterlivet. En förhoppning var att den genomiska kunskapen skulle leda till en snabb utveckling inom läkemedelsområdet. I och med att man fick kunskap om malfunktionerande gener trodde många att man snabbt skulle kunna skapa substitut och motmedel.

Dessa förhoppningar har bara delvis infriats, delvis beroende på att läkemedelsutveckling och läkemedelsutprovning är en extremt långsam och kostnadskrävande process. När det gäller cancerbehandling har dock några påtagligt stora framsteg gjorts.

Läkemedlet Gleevec skapades utgående från kunskap om de genetiska förändringar som orsakar sjukdomen kronisk myeloid leukemi. Andra framgångsrika exempel är de proteiner som kan tillverkas och ges till patienter med sjukdomar av typen Gauchers sjukdom.

En överraskning, som framkom när arvsmassor från olika djurslag blev kartlagda, var människans nära släktskap med allt liv på jorden och inte minst att alla människor, trots att vi kan se så olika ut, praktiskt taget har identiska arvsmassor. Vi är till 99,9 procent identiska.

Under 2000-talets första decennium har ytterligare en teknisk revolution ägt rum, som drastiskt förändrar möjligheterna att klarlägga sjukdomsorsaker. Helt ny teknologi, delvis baserad på svenska uppfinningar, har utvecklats som gör det möjligt att snabbt och billigt avläsa människors arvsmassor. Inom loppet av dagar till en kostnad av enstaka tusenlappar kommer vi sannolikt innan årets slut att kunna avläsa hela arvsmassan hos en individ. I förlängningen gör detta det möjligt att göra undersökningar av de exakta skillnaderna på DNA-nivå mellan individer som är friska och de som har vissa sjukdomar. Man hoppas härigenom att kunna identifiera ”den gemensamma nämnaren” bakom sjukdomar som astma, allergier, diabetes, schizofreni och många andra vanliga sjukdomar som orsakas av ärftliga faktorer som predisponerar för sjukdomen ifråga.

I USA har man startat ett projekt som kallas the 100 000 genomes project. Projektets syfte är att samla in all tänkbar medicinsk information om 100 000 individer och sedan avläsa dessa individers arvsmassa.

THORÉNFÖRELÄSNING

Frithiof Holmgren – fysiolog i brytningstid

Föredrag av F.D. Jan Eric Olsén, idéhistoriker, Lund tisdagen 16 november

Lars Thorén (1921–2007):

Lars Thorén växte upp på Hisingen i Göteborg. Efter studentexamen i hemstaden påbörjade han sina medicinska studier i Uppsala. Han avlade läkarexamen 1949 och disputerade 1959 på en experimentell avhandling om patofysiologin bakom galläckage till bukhålan. Han utnämndes samma år som docent i kirurgi. I mer än två decennier (1965–1988) verkade han som professor och chef för den kirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset.



Lars Thorén bestämde sig tidigt för att bli kirurg och under sin studietid fördjupade han sin utbildning med olika amanuensstjänstgöringar. Under sin aktiva tid kom Lars Thorén att i hög grad påverka utvecklingen i kirurgi. Han var en erkänt skicklig kirurg med ett brett register inom allmänkirurgin. Han hade ett stort intresse för traumasjukvården och han var en drivande kraft bakom utvecklingen av den moderna vätske- och nutritionsbehandlingen. Han tillhörde pionjärerna inom svensk transplantationskirurgi och kom tidigt att intressera sig för kirurgin av överviktiga patienter.

Lars Thoréns aktiva och entusiastiska livsstil gynnade inte bara kirurgin utan kom i hög grad även att gagna medicinens historia. Redan tidigt började han samla föremål och böcker för ett kommande museum i Uppsala. Efter sin pensionering kom Lars Thorén att ägna

mesta tiden åt att bygga upp och utveckla det medicinhistoriska museet i Uppsala. Han hade här stor hjälp av sin hustru Ingrid, tidigare barnläkare i Uppsala, liksom framlidne apotekaren Stig Ekström. Museet stod färdigt 1995 och kan i dag betraktas som ett av våra mest sevärda medicinhistoriska museer.

Thorénföreläsningen instiftades i samband med Lars Thoréns 80-årsdag för att hedra hans mångåriga insatser på det medicinhistoriska området. Årets föreläsning är den nionde i ordningen och till den har vi glädjen att välkomna idéhistorikern Jan Eric Olsén, Lund, som föreläsare.

Tidigare Thorénföreläsare:

- 2002: Professor em. Bengt Lindskog, Lund:
Linnés läkargärning
- 2003: Professor em. Gunnar Eriksson, Uppsala:
Olof Rudbeck som vetenskapsman och läkare
- 2004: Professor Thomas Söderqvist, Köpenhamn:
Ska vi bevara vårt nutida biomedicinska kulturarv?
- 2005: Professor Karin Johannisson, Uppsala:
Tecknen: Om medicinsk ansiktsläsning
- 2006: Professor Roger Qvarsell, Linköping:
Näringsfysiologins etablering som vetenskap i Sverige kring sekelskiftet 1900
- 2007: Professor Gunnar Broberg, Lund:
Den gamle Linné och livets gåta
- 2008: Professor em. Martin H:son Holmdahl:
Beklagliga dröjsmål mellan upptäckt och klinisk användning.
- 2009: Professor em. Per Olov Lundberg, Uppsala:
Theodor Billroth och Ferdinand Sauerbruch, de stora pionjärerna i kirurgins historia.



Jan Eric Olsén är idéhistoriker. Han är verksam vid Kulturvetenskapliga Institutionen, Lunds Universitet, och som postdoc har Olsén varit knuten till Medicinsk Museion, Köpenhamns Universitet. Han disputerade 2005 på en avhandling om 1800-talsfysiologen Frithiof Holmgren, *Liksom ett par nya ögon: Frithiof Holmgren och*

synsinnets problematik. Han har sedan dess kommit att ägna sig åt olika aspekter av medicinens historia.

*Jan Eric Olséns sammanfattning av sitt föredrag
Frithiof Holmgren – fysiolog i brytningstid*

Frithiof Holmgren inrättade Sveriges första fysiologiska laboratorium i Uppsala 1862. I enlighet med tidens vetenskapliga paradig byggde forskningen i stor utsträckning på djurförsök och nya tekniska hjälpmedel som mekaniska registreringsinstrument och elektromagnetiska apparater. På ett plan kan man hävda att Holmgren var en modernt lagd forskare. Han var en av de första i Sverige att bekänna sig till utvecklingsläran. Han var också en ivrig utvecklingsoptimist och bejakade utbyggnaden av nya kommunikationsmedel som järnvägen och telegrafan. Holmgren underströk även den sinnliga erfarenhetens betydelse för det vetenskapliga



Frithiof Holmgren. läkare och professor i fysiologi i Uppsala 1864.

arbetet såväl som för kulturen i stort. Som vetenskapsman intog han en sinnesempirisk hållning. På ett annat plan framstod Holmgren som en konservativt lagd professor som omhuldade det gamla Sverige. Arvet från göticismen var till exempel ett påtagligt inslag i hans tal och i hans tillfällesdikter som andades kulturkonservatism och fosterländsk patos. Om denna till synes inneboende motsättning mellan det moderna och det traditionella, reflekterad genom Frithiof Holmgrens vetenskapliga gärning, handlar detta föredrag.

NÅGRA VÄSTSVENSKA BARNMORSKOR VID 1700-TALET SLUT

Föredrag den 9 december 2010 av professor emerita Gudrun Nyberg, Göteborg

Gudrun Nyberg (född 1942) är pensionerad läkare (internmedicin, njurmedicin; verksam i Jönköping, Göteborg och Lund) med intresse för 1700-talshistoria och medicinhistoria. Utöver de två böckerna baserade på Christofer Carlanders sjukjournaler har hon utgivit *Grosshandlaren Peter Militz – en bortglömd gustavian stiger fram ur arkiven* (Carlssons 2010), även den baserad på opublicerat arkivmaterial.

I februari 2011 utkommer på Carlssons bokförlag en biografi över Linnélärjungen Clas Alströmer.

Han är medicinhistoriskt intressant bland annat som grundare av det Sahlgrenska sjukhuset (med svärfaderns testamenterade pengar) och som drabbad av en förlamningssjukdom, vilken den tidens läkare med alla upptänkliga medel förgäves försökte bota.



Sammanfattning av föredraget

Christofer Carlander var stads-, familje- och fattigläkare i Göteborg 1793–1814 och förde under den tiden noggranna journaler över sina cirka 6 000 patienter. De flesta följdes genom flera sjukdomsperioder och under flera år. Från detta världsunika material, som omfattar över 2 000 tättskrivna sidor i folioformat, har jag samlat uppgifter grupperade efter tema och därefter publicerat två böcker, den ena med beskrivningar av människornas levnadsvillkor och föreställningar

Doktor Carlanders Göteborg (Carlssons 2007), den andra med uppgifter om doktors arbete, hans kunskaper och metoder (*Doktor Carlander i praktiken* (Carlssons 2009).

Carlander hade specialkunskaper som obstetriker – han var läkarutbildad i Uppsala och vidareutbildad vid Allmänna BB i Stockholm – och engagerades vid många komplicerade förlossningar. Han samarbetade därför med de barnmorskor som var verksamma i och kring staden och deras arbete är dokumenterat i journalerna. De flesta hade formell utbildning, men deras kompetens var mycket skiftande, och Carlander var tydlig i sin kritik.

Arbetsinsatserna skildras i många detaljer och man ser vad barnmorskorna själv försökte innan doktorn tillkallades och hur han samarbetade med dem. Det framgår att uppgifterna inte bara gällde själva förlossningen utan rörde kvinnosjukvård i vidare bemärkelse och även spädbarnsvård. Några av barnmorskorna nämns så ofta att de framträder som personligheter, till exempel fru Desreaux, fru Meinke, Otterclouskan och Westerbergskan. Jag har letat fram en del biografiska uppgifter om dem ur kyrkböcker, taxeringshandlingar och politieprotokoll.

BARNKVÄVNING – VAD DÖLJER SIG BAKOM DIAGNOSEN?

Föredrag av professor Ragnar Berfenstam den 2 december 2003

Referat av Bo Lindberg

Den 2 december 2003 höll professor emeritus Ragnar Berfenstam en mycket uppskattad föreläsning för Uppsala medicinhistoriska förening med titeln Barnkvävning – vad döljer sig bakom diagnosen. Många önskade att han skulle publicera sitt föredrag, men på grund av sjukdom orkade han inte göra det. Det var meningen att vi tillsammans skulle ta fram ett manus med utgångspunkt från hans anteckningar, men innan dess avled han.



Genom benägen medverkan från hans son Göran har jag fått tillgång till de texter som fanns i Ragnars dator och använder till största delen hans ord i det följande.

Barnkvävning är ett ämne som blev aktuellt för mig redan på 1950-talet, när jag var läkare på barnkliniken i Uppsala. Jag fann i statistiken över vad spädbarn dött av, att det var ett förvånansvärt högt antal barn som dött av just kvävning. Det var nämligen ett 20–30-tal varje år, alltså kvävdes åtminstone ett spädbarn varannan vecka i Sverige. En del av dem var förklarliga; det var barn som kvävts av föremål som de fått i luftvägarna eller halsen eller att de fått något som snört om halsen. Men att det skulle vara så många som omkom, det förvånade mig.

När jag med hjälp av statistiken såg längre bakåt i tiden fann jag att problemet var långt större – *Kvavde av mödrar eller amma*, som det hette i kyrkoböckerna, ihjälliggnig, som det också ofta kallades,

syntes ha varit ett riktigt barnhälsoproblem. Och så fann jag dessutom att många hade intresserat sig för det här problemet, mycket var skrivet. Teologer, rättshistoriker, medicinare och många andra hade engagerat sig, för att få reda på hur och varför så många barn omkom, år efter år.

Jag har under de femtio år som gått försökt följa diskussionen om vad de här svårförklarliga dödsfallen kunnat bero på. Och det märkliga är, att under de senaste decennierna har ju plötslig död hos spädbarn, ofta förutsatt orsakat av någon typ av kvävning, fått ny skrämmande aktualitet, inte minst därför att man haft mycket svårt att finna den egentliga orsaken till det här fenomenet.

Bakom barnkvävning kan dölja sig många olika tillstånd: olycksfall, lunginflammation, ihjälliggning, spasmus glottidis, barnamord och plötslig spädbarnsdöd. Jag kommer att ta upp ihjälliggning, barnamord och plötslig spädbarnsdöd i mitt föredrag.

Ihjälliggning

I likhet med barnamord har ihjälliggning av barn under många århundraden skapat bekymmer i hela västvärlden. Problemet nämns redan i gamla testamentet, det har diskuterats på kyrkomöten sedan tidig medeltid och tagits upp i påvans och biskopars budskap. Från kyrkligt håll hade man också tidigt sökt angripa själva orsaken till barnkvävningen; att mödrarna hade barnen hos sig i sängen under natten. I ett brev 1171 till påven hade ärkebiskopen i Uppsala bett om påvens synpunkter på *opressio infantum* eller *parvolorum* som det kallades. Från kyrklig synpunkt hängde frågan om barnkvävning nära samman med frågan om barnamord, båda var ett brott mot femte budet.

Påvens [Alexander III] dom var hård, det innebar att för barnkvävning av våda skulle modern (båda föräldrarna om barnet legat i deras gemensamma säng) undergå bot i tre år, varav ett vid vatten och bröd, ett orimligt hårt straff. I Sveriges rikes lag av 1734 maximerades tiden för vatten- och brödstraffet till 28 dagar, mer ansågs ingen kunna uthärda. Skillnaden mellan synen på barnamord och

ihjälliggnings framgår av att landskapslagarna¹ i regel inte tar upp ihjälliggnings: både straffet och preventionen ska kyrkan svara för. Därför knyter man an till bestämmelserna om kyrkotukten. Reformationens präster fick i uppdrag att både i predikan flitligen förmana mödrar och ammor att ej taga barnet till sig i sängen och att dessutom verkställa kyrkoplikt.

Strängheten i straffet varierade säkerligen mycket, men kunde innehålla så kallade skamstraff, till exempel att stå i vapenhuset eller längst bak i kyrkan under predikan, att fasta vissa dagar och att läsa vissa böner. Så kunde kyrkotukten tillämpas under 1600-talet med det starka kyrkliga greppet över liv och död.

Det låter som en mycket inhuman påföljd om man sörjer ett förlorat barn, men man ska minnas att meningen var inte bara att straffa utan också att kvinnan genom den så kallade skriften skulle befrias från sin skuld och sina skuldkänslor – hon var när detta var gjort på nytt upptagen i kyrkans gemenskap.

Med tiden blev det vanligare att mannen dras in i processen. I Uppsalasynoden uttrycks det så att *har bonde legat i säng med, måste han stå* [alltså i sista bänken] *ex obligatione, har han ock icke, brukar han likväl stå med, den dock ex libertate.*

Det bör i detta sammanhang påpekas att om ammor legat ihjäl barn så blev det ett mycket strängare straff. Det kunde bli fråga om samma straff som för dråp.

Hur många dödsfall det verkligen rörde sig om får vi aldrig veta, men säkert var det många hundra varje år – det finns också uppgifter om att det rörde sig om tusental. Mot slutet av 1700-talet blir statistiken bättre. Pehr Wargentin, den store förnyaren av svensk vitalstatistik, ansåg att man behövde en bättre rapportering om dödsorsaker från församlingarna för att komma tillrätta med just problemet *opressio infantum*. Sedan 1749 finns det därför en rubrik:

¹ Ett undantag är Gotalagen där det stadgas: Kvinna skall vårda barn vid varje dryckeslag, lägga det i vaggan och have det bredvid sig, eller have barnet i knä, eller lägga det i säng och ligga själv bredvid det ... Om kvinna går med barn i säng, där druckne män ligga förut, och kväves barnet i trängsel eller med kläder, då skall för barnet ej gäldas bot, fastän hon själv ligger bredvid det.

Kvavde av mödrar och ammor i kyrkans böcker och siffrorna blir förmodligen betydligt säkrare. Det rapporterades således under början av 1700-talet mellan 700 och 800 dödsfall årligen, Finland inkluderat. Mot slutet av 1700-talet cirka 400 fall och på 1800-talets slut ett hundratal, det vill säga från cirka sju döda per 1 000 födda till två på tusen födda, men det är högst osäkra tal. Stora geografiska variationer har också rapporterats.

Det har diskuterats sedan länge vad som orsakade denna plötsliga död och om den gick att förebygga. Kyrkoherden i Vendel Medolerus konstaterade 1611: *De komma i barnsdöd därför att de äro legofolkslöse, arbeta hela dagen hustru och bonde allena, trötte och somne hårt*. Ofta framhölls sociala faktorerens betydelse; fattigdom och dåliga, kalla bostäder, där man inte kunde hålla en dräglig rumstemperatur utan man måste ha barnet hos sig i sängen. Linnés lärjunge Tidström skrev efter en resa i Skåne: *Vagga brukas här annars, men sker beklagligen dock ofta att fattiga barn omkomma*.

Mårten Triewald, den store mekanikern, hade läst i Royal Society Acta 1732 att i Florens hade man använt en apparat för att förhindra ihjälliggning och förmedlade det till Vetenskapsakademien: *I Florens säger man: Ingen amma eller moder skall understå sig att giva sitt barn di med mindre det ligger i en maskin som de kalla arcusio* [av arcus – båge]. I Sverige rekommenderades korgen i ett kungligt dekret 1755, men den kom aldrig till någon allmän användning – någon fällde kommentaren att detta egentligen inte var något annat än den kont eller vagga om vilken vi kunde lära av våra enfaldiga lappar.

Prästerskapet hade genom århundraden flera uppgifter när det gällde plötsliga dödsfall där ihjälliggning kunde misstänkas. När en barnkvävning skett var det prostens, ofta tillsammans med socknens äldste, som skulle utreda fallet, han skulle ta reda på om vem som varit närvarande när dödsfallet konstaterades, om barnet varit ensamt i säng eller



Arcusio (ur Arthur Thomson)

vagga eller i säng med en eller båda föräldrarna, om barnet just innan verkat sjukt och naturligtvis om mamman var gift eller löskona. Han skulle avgöra om barnet dött "vållandes", "viljandes" eller "av våda". Och så skulle han svara för att kyrkotukten blev genomförd. Lika viktigt var preventionen: han skulle varna och förmana både den aktuella familjen och menigheten att småbarn skulle ligga i egen säng eller vagga.

Under 1700-talets riksdagar blir det diskussioner med prästeståndet: ska detta "av våda" verkligen avgöras av kyrkans företrädare. Rättssäkerheten skulle kunna äventyras. Kyrkan har inte möjligheter att förhöra personer under ed. Prästerna handlade kanske alltför självständigt. Kunde de verkligen utesluta att "föräldrarna med vilja eller uppsåt dem om livet bragt"? Kompromissen blev att länsman skulle närvara vid prostens förhör av föräldrarna. I städerna borde dessutom på kyrkoherrens begäran stadsdoktorn eller fältskären besiktiga kroppen.

Detta var början; först i städerna och senare på landsbygden övertogs ärendena av den världsliga rättvisan. Kyrkans insats blev av mindre betydelse. Mot slutet av 1700-talet och början av 1800-talet förändrades kyrkoplikten allt oftare från pliktpall och "uppenbar skrift" till så kallad "hemlig skrift" i sakristian. Men kyrkoplikten upphävdes i sin helhet först 1855. Mycket av vad som ålegat prästen och socknens äldste med närvaro av länsman övertogs av socken-nämnden, senare kyrkorådet.

Med 1800-talets ingång märker man en allt humanare attityd till familjer som mist sitt barn. Man säger att föräldrarna behöver i denna situation mer tröstas än examineras. Och vidare: *examinationen skall ske med all beskedlighet och försiktighet så att de högt bedrövade och blödiga mödrar icke misströsta och falla i förtvivlan*. Det sägs rent ut att nesligt kyrkostraff icke fick användas, ej vanheder, ej pliktpall utan försoning med församlingen.

Man ser också en förändring i ansvarsfördelningen att bekämpa ihjällgningen. Bestämmelserna i 1734 års lag om förbud att ha spädbarn i föräldrarnas säng skall prästen fortfarande alltid påminna om,

men det kommer på kyrkorådet att bevaka efterlevnaden. 1828 bestäms det att kyrkorådet har den förebyggande uppgiften, skall se till att nyfödda och späda barn inte vansköts – uppgifter som senare övertas av hälsovårdsnämnderna.

Kyrkorådets möjlighet att genomföra uppgiften raljerar greve Otto August Cronquist med i en motion till 1829 års riksdag. Han tycker inte att någon skall lägga sig i husliga vanor. *Om någon av kyrkorådets medlemmar nattetid inkom i sängkammaren för att å ämbetets vägnar efterse om det späda barnet låg hos moder, skulle han säkert ganska handgripligt övertyga samhällets fäder om olämpligheten.*

Men också barnmorskorna påminns om skyldigheten att se till att det finns ett särskilt ”sängeställe” och upplysa om att det kan bli vådliga följder om barnen nattetid tages till sängen. 1819 års Medicinalförfattningar understryker samma sak. Man vet att det kan vara svårt för många att ordna egen säng för barnet och tillägger därför ”om så ske kan”. I 1843 års förordning underströks skyldigheterna ytterligare.

Barnmorskornas tillsyn och rådgivning var kanske det viktigaste instrumentet. Men först med ändrade, förbättrade sociala och hygieniska förhållanden, men då måste vi gå en lång bit in på 1800-talet. Inte ens kriminaliseringen i 1864 års strafflag förmådde få dödsfall genom ihjällgning att försvinna, och få barnen att ligga i egen säng. Så sent som vid 1900-talets början behöver medicinprofessorn Ribbing plädера för att barnet skall ligga i egen säng och inte hos modern.

Antalet rapporterade kvävda barn minskade från 1700-talets höga tal om sju döda per tusen födda till två per tusen under 1800-talet. Vi vet inte om det kunde vara effekten av de preventiva insatserna. Mycket talar väl i stället för att de här dödsfallen mer och mer kom att redovisas på andra diagnoser. Odén som på 1850-talet fördjupade sig i olycksfallsstatistiken konstaterar att läkarna tror att många av kvävningfallen egentligen bör hänföras till diagnosen spasmus glottidis. Senare – när allt fler oväntat döda barn obducerats – uppmärksammades den förstörade brässen hos de avlidna, och diagnosen blev status thymolymphaticus. Denna diagnos var aktuell ända fram till

1930-talet till dess att patologerna visade att en stor thymus också fanns hos småbarn som avlidit av andra sjukdomar.

Barnamord

Jag vill börja med att berätta något om barnamordens historia. I jämförelse med de andra dödsorsakerna är det kvantitativt ett mindre problem, det rör sig om ett 10- till 40-tal årligen genom de århundraden vi har någon form av statistik. Mänskligt sett är det en skrämmande och tragisk företeelse i vår rättshistoria och, som jag hoppas, av medicinhistoriskt intresse.

Varför tar jag då med barnamorden – om det skedde genom kvävning – så var det ju fråga om en handling i avsikt att döda. Jo, det är därför att den sociala faktorn är i de här fallen av långt större betydelse än i övrig barnkvävning. Och sen har barnamord hela tiden funnits med i differentialdiagnostiskt syfte och därmed särskilda krav på rättslig utredning av både ihjälliggning och plötslig spädbarnsdöd. Barnadråp förekommer fortfarande – vi har sett de tragiska rubrikerna i pressen och känner med dem som känt sig tvingade att göra sig av med ett barn.

Men nu till den historiska aspekten.

Det sägs ju att under förkristen tid hade släktens huvudman rätt att göra sig av med ett nyfött barn, särskilt gällde det missbildade barn, det sågs alltså som en familjesanerande åtgärd. Om sådant verkligen hände, om det liksom ättestupan för äldre är sant eller sägen, får vi nog aldrig veta. Efter kristendomens införande upphävs naturligtvis den rättigheten: barnet var en Guds gåva, den gåvan skall vårdas. Brottet skall räknas som mord på nära anförvant och på det följde dödsstraff.

Definitionen av barnamord och straffet för det utformades i den tidiga romerska rätten. Brottet togs upp i Karl V lag från Tyskland från 1530, som i sin tur starkt påverkade utformningen av den svenska lagen.

Det är naturligt att de kyrkliga värderingarna också slår igenom – det är ett brott mot femte budet. Och dessutom, eftersom definitionen redan från början både internationellt och hos oss slår fast,

att det är dödande av ett nyfött, utomäktenskapligt fött livsdugligt barn, så är det kyrkans plikt att döma, att fördöma den utomäktenskapliga förbindelsen. Den karga beskrivningen av barnamord löd så här: *Har kvinna som av olovlig beblandelse blivit havande, vid födseln eller därefter uppsåtligen dödat sitt foster, vare sig genom handaverkan eller underlåtenhet av det, som till fostrets bibehållande vid liv nödigt var, dömes för barnamord.* Med detta blev det så gott som omöjligt för kvinnan att hävda sin oskuld. Eftersom hon fött i lönnedom kunde hon inte komma ifrån brottet med att säga att barnet varit dödfött eller dött utan hennes medverkan – tortyr kom att användas för att få fram sanningen, och man kunde, som det hette, föranstalta om inspektion av de kroppsliga organen för att konstatera om hon nyss fött barn.

Som jag nämnde menade man att kvinnan i princip begått dubbelt brott. Dels skulle hon dömas för mordet, det världsliga brottet, dels för brottet mot kyrkans läror. Hennes situation var egentligen hopplös. Om hon inte kunde dölja graviditeten och göra sig av med barnet var hon brännmärkt för livet. Om hon fött ett utomäktenskapligt barn skulle hon få stå på horpallen inför församlingen, hon hade knappast chansen till ett hederligt giftermål.

Det finns mycket skrivet i svensk rättshistoria om barnamordsbrottet. Låt mig bara visa på några fakta. 1643 års lagkommission ger stort utrymme åt frågan under trycket av många angivelser. Men man påpekar också att man vore ute på farliga vägar om man dömde till livets mistande av blott presumptionen och tecken. Man yttrar: *För såvitt saken gäller lösa kvinnor, som utan att för någon uppenbara sitt havande tillstånd, födde i lönnlighet och undangömde fostret vore det önskligt att döma till döden.* Vad som skulle anges som allvarligt var *Om kvinnan syntys diger och hastigt blek och svang, om hon nekat sig vara havande, ehuru man vet att hon fött, om hon sökt enslighet och fött i enslighet, där hon kunnat hava hjälp, om hon lagt foster å lönn.*

Kontentan av lagkommissionens arbete sammanfattas i en serie Barnamordsplakat. 1684 års plakat syns särskilt viktigt därför att definitionen blev klart preciserad och att man understryker presumptionen mot kvinnan: endast om barnet kunde framskaffas och att det

därpå kunde visas att barnamord icke kunde ha förekommit, hade kvinnan möjlighet undgå tortyr, bland annat knipande med tänger och det strängaste av straff. Plakatet skulle uppläsas tre gånger årligen i kyrkorna och vid tinget. Man tillägger: *efter man så upplyst om brottet kunde en domare med mycket tryggare samvete döma slika lättfärdiga och arga konor till döden och bålet.*

Men som väl var ändrades småningom inställningen till brottet. Det är upplysningstiden som svarar för den humanare attityden. Både Voltaire och Rousseau betonar i flera skrifter att det hårda straffet över de olyckliga är en kränkning av förnuft, rättvisa och mänsklighet. I Preussen, som i så hög grad influerat tankar och rättsväsende i Sverige, hade Fredrik den store i flera edikt pekat på att det var nödvändigt tillämpa humanare principer i straffsättningen. Några tiotal år senare skriver Goethe sin licentiatavhandling med rubriken *Soll ein Weib, das sein neugeborenes Kind tötet, am Leben bestraft werden?* Också i Faust tar han upp problemet.

I Sverige skärper man vid mitten av 1700-talet visserligen straffet, men det kommer också in tankar på att söka arbeta förebyggande. Ett kungligt brev föreskriver att var och en som förstår att en kvinna blivit rådd med barn skulle vara mån om att söka förhindra att hon i enslighet framfödde sitt foster så att hon inte fick tillfälle att utföra ont uppsåt. Om man inte engagerade sig, trots att man uppfattat att graviditet var på gång, kunde man riskera straffas som medhjälpare.

En annan viktig åtgärd som skulle minska skuldbördan för kvinnan som blivit gravid genom olovlig beblandelse, var stadgan att kvinna för lägersmål inte behövde utstå offentlig kyrkoplikt eller finge utestängas från församlingens gemenskap, samt att vid dopet av barnet ingen åtskillnad skulle göras mellan äkta och oäkta barn, samt att även oäkta barn finge upptas i skrän och hantverkerier.

Gustav III engagerade sig särskilt för att söka åstadkomma en större förståelse för de utsatta kvinnornas situation och att få en mildare bedömning av brottet. Man hör honom i ett kungligt brev: *Kungl. Majt. har med särdeles bekymmer funnit att fruktan för det i lagen stadgade dödsstraffet icke förmår avhålla från brottet – i det att flere exempel*

visat, att ofta, lägrad kvinna först av blygsel för sitt tillstånd eller den skymf, som därmed följer och därefter bekymmer över förlägenhet med barnets skötsel och underhållande blivit bragt att begå sådan menskligheten vanhedrande gärning.

Dessa tankar blir utgångspunkten för det så kallade barnamordsbrevet. Där förbjuds barnmorskan att yppa att hon hjälpt till vid en förlossning och dessutom ges också formerna för den hemliga kyrkoplikt, som lite tidigare införts. Ytterligare betonas tystnadsplikten för präst och vittnen när ogift kvinna fått avlösning. Dessutom ges hon möjligheten att föda sitt barn på okänd ort. Denna ”rätt att vara okänd” betonas av senare forskare egentligen vara den enda möjliga väg att förhindra barnamord – att föda i tysthet, placera barnet och på så sätt gå tillbaka till arbetslivet.

År 1779 mildrades lagen ytterligare. Endast om det kunde bevisas att modern verkligen tagit livet av barnet eller lagt det å lönn med full avsikt att det skulle omkomma, kunde det bli frågan om dödsstraff.

Men Kungen ville gå längre. 1786 skriver han igen: *Barnamord kan ej som andra brott härledas från ett argt och överdrivet sinne utan grunden måste sökas uti ånger över ett förhastat kärleksverk, uti kvinnans medfödda blyghet och fruktan för vanära, uti en ofta otidig farhåga för sin och sitt fosters framtida underhåll och själens mindre verkande förmögenhet under och efter själva födseln.* Detta skulle alltså vara privilegieringsgrunder för nedsatt straff, det vill säga från dödsstraff till livstids straffarbete. Dessutom skulle kvinnan varje år å den dag då hon hade begått sitt brott vid en skampåle till allmän nesa utställas och med ett par ris avstraffas. Detta måste vi ju se som ett mycket hårt straff, men tanken med denna utformning av straffet var att det skulle ha stark allmänpreventiv effekt. Han skriver: *Fasan för grofva missgärningar hos åskådarna och allmänheten årligen måtte upplifvas.*

Men Gustaf III var för tidigt ute. Propositionen gick inte igenom. Ständerna gick emot kungen – kanske var det ett led i den ökande oppositionen mot kungamakten. Skrämmande är också oppositionens avslag och kommentar: *byggande och underhåll av tukthus för dessa*

förbryterskor ävensom kostnaderna för fångarnas förtäring skulle blifva för staten alltför betungande.

Även prästerskapet opponerade sig inför tanken på mildare straff, eftersom detta skulle ge signaler till ökad sedeslöshet. Teologerna samlade till Uppsala Universitets Jubelfest 1793 skrev ett brev till kungen, där de uttryckte stora farhågor för följderna av att lindra straffet. Så sent som 1817 krävdes det i riksdagen att man skulle upphäva förordningen i Gustav III:s brev av år 1786 om moderns rätt att vara okänd, så att otukt och lösaktighet måtte återfå sin tillbörliga vanära. Vid 1800-talets början skriver den mycket tongivande biskop Möller i en sammanfattning om barnmordets rätta bestraffande så här: *en vis god, mild och rättvis Regent måste finna sin plikt rättmätigt att genom dödsstraff avskaffa några Statens skadliga medlemmar, för att avhålla de öfriga från lasten.*

Längre in på 1800-talet möter vi en varaktigt humanare inställning. I lagberedningar framhålls *att barnmordsbrottet ej vore av neslig beskaffenhet såsom de, vilka vanligen föranleda annat mord.* Domarna modifierades successivt, men fram till 1860-talet utdömdes dödsstraff. Inget dödsstraff verkställdes för detta brott efter 1830. År 1857 behandlades i underrätterna 46 fall av barnamord, fosters död och fosters läggande å lönn. 27 kvinnor dömdes till avrättning, men inget sådant straff verkställdes.

År 1861 avskaffades alltså dödsstraffet för barnamord i vårt land. Förståelsen ökade för dem som kommit i den svåra situationen att föda ett utomäktenskapligt barn. I 1921 års lag fastställdes straffet till upp till fyra års straffarbete, vid förmildrande omständigheter kunde det bli ned till sex månaders fängelse. Den nu gällande lagen är från år 1962 (Brottsbalken tredje kap. 3§) och lyder: *Dödar kvinna sitt barn vid födelsen eller eljest å tid då hon på grund av nedkomsten befinner sig i upprivet sinnestillstånd eller i svårt trångmål, dömes för barnadråp till fängelse i högst sex år.* Enligt kommentarerna ligger maximum i frihetsberövande vid sex år, men minimum vid 14 dagar.

Det bör erinras om att äldre siffror är mycket osäkra. Skillnad syns mellan dödsorsaksstatistik och brottsstatistik. Gränsdragningen mot

äldre tiders ihjälligging, mot kvävning och mot verkliga olycksfall är svår, snart sagt omöjlig. Dessutom får man antaga att det finns ett mörkertal – kanske lyckades några av barnaföderskorna att verkligen föda barnet å lönn och för alltid dölja det döda barnet.

Plötslig spädbarnsdöd

Så kommer vi till den plötsliga spädbarnsdöden som dyker upp för 20 till 30 år sedan. Den är en oförklarlig död, tidigare helt friska barn hittas livlösa i vaggan eller sängen. Den vållar stor oro hos många spädbarnsföräldrar. Dödsfallen rapporteras från hela västvärlden, det motiverar massor av konferenser och många forskare engagerar sig. Ett eget nummer i Socialstyrelsens dödsorsaksförteckning får plötslig spädbarnsdöd först 1986, internationellt betecknas den som SIDS, sudden infant death syndrome. Otaliga teorier om orsaken till plötslig spädbarnsdöd har ventilerats. Den direkta dödsorsaken har oftast ansetts vara någon sorts kvävning, anoxi eller en cardiell rytmrubbning. Från vår egen anestesiavdelning har arbeten av Lars Wiklund och hans doktorand Mary George framfört att speciella metaboliska rubbningar kunnat leda till anoxi och från Astrid Lindgrensjukhuset kom 2003 en avhandling om ett nytt test för att upptäcka riskbarnen; de skulle ha lättare än andra barn att få viss typ av rytmrubbning.

Man har gjort en del iakttagelser om barnen och funnit vissa samband och sjukdomsmekanismer: SIDS förekommer mest i norra Sverige och under senhösten och våren. Vissa socioekonomiska förhållanden och passiv rökning ökar risken. För varm klädsel och materialet i sängkläder liksom bukläge i sängen påverkar frekvensen. Barn till unga, ogifta mödrar, speciellt om modern röker eller använder droger, har också ökade risker. SIDS drabbar mest pojkar, speciellt vid låg födelsevikt.

Status thymolymphaticus, komjölksallergi, hypoparathyreoidism, metabola rubbningar med apnoe och rubbning i hjärtats retlednings-system har uppgivits kunna orsaka SIDS.

När frekvensen var som högst på 1980-talet redovisades ett 150-tal

fall med denna dödsorsak. Rättsmedicinskt undersöktes då 96 %. Men sen vände kurvan, som väl var, neråt och mycket, eller till och med allt, talar för att det minskande antalet fall hade samband med nya rekommendationer, bland annat att spädbarn skall ligga på rygg i vaggan eller sängen, med andra ord avrådde man att barnet skulle ligga på mage. Efter denna vändning redovisas nu några tiotal dödsfall i plötslig spädbarnsdöd. Så vitt jag vet är det ingen annan förändring som har skett som skulle kunna förklara nedgången i dödsfall.

Hugo Lagercrantz som är pediatrikprofessor i Stockholm har sagt att vi förlorade tusen barn i onödan; vändningen på rygg har sedan 1990-talets början eller mitt räddat 650 spädbarn till livet. Men när vi sagt detta måste vi påminna oss om att efter denna fantastiska nedgång i frekvensen av plötslig spädbarnsdöd så händer det faktiskt fortfarande att spädbarn dör plötsligt och oförklarligt. Om vi förutsätter att alla känner till och följer råden om ryggläge så finns det tydligen mekanismer som ändå leder till tragiska plötsliga spädbarnsdödsfall. Är det manne så att det finns någon svaghet hos vissa barn, någon mekanism som lättare utlöses i bukläge, men som också är stark nog att under särskilda omständigheter hota barnets liv, när det ligger på rygg i sängen?

Kanske behövs även de gamla råden att barn skall ligga i egen säng eller vaggas tas upp igen och skärpas. Och dessutom att spädbarn skall ligga på rygg. En liten sondering om hur det är i svenska familjer med spädbarn tyder på att detta inte är helt ovanligt även här. Gruppen omkring Lagercrantz har också visat att av SIDS-fallen hade 13 % legat i säng med vuxen, när döden inträffade. Är det möjligen den moderna kunskapen om vikten av närhet till föräldern, som gör att vanan att ha spädbarnet med i sängen tenderar att spridas?

Vi har alltså sett att många späda barn har dött i en svårtydd dödsorsak som ihjälliggnings och att detta har pågått under århundraden men sedan småningom minskat och försvunnit ur registren. Men sen har vi dessutom sett att bara under de senaste tre-fyra decennierna en ny form av plötslig död, lika svårtydd, uppträda i avsevärt antal fall, få ett nytt namn i registren och småningom ebba ut.

Nog frågar man sig om det finns ett sammanhang. Är det kanske samma fenomen? Kan man gå så långt som Göteborgspediatern Norvenius, som analyserat stora material av plötslig spädbarnsdöd, *SIDS is a modern expression for an old phenomenon indicating that no known cause for death can be diagnosed*. Viss tveksamhet känner man kanske – nog kunde det väl hända så illa i fattiga hem och trånga soffor och kanske alkohol, att späda barn kunde bli illa klämda. Men svängningarna i frekvensen – hur skall de förklaras?

Hur många av barn med diagnosen ihjälliggning och kanske till och med av barnamord skulle i dag fått diagnosen plötslig spädbarnsdöd? Detta kan vi aldrig få svar på. Med den brist på sann och fyllig anamnes som är regel i de här fallen kommer diagnos och registrering av dödsfallen att följas av viss osäkerhet. Huvudsaken är att dessa dödsfall minskar och helst försvinner.

Men det jag inte kan låta bli att tänka på är skillnaden i reaktionen mot mödrarna, familjerna, när något så oerhört tragiskt har hänt att spädbarnet plötsligt dör. Den påfrestande kyrkotukten vecka efter vecka som straff för att barnet hade legats ihjäl som det hette, den engagerar oss, vi tycker den var grym. Men den var i preventionens tjänst: förmaning till modern och familjen, men även andra till varnagel. Vi ser det kyrkliga straffet i kontrast mot den omsorg och förståelse, de försök till stöd och tröst, som man, som väl är, nu försöker möta föräldrarna med, när de råkat i liknande ytterst tragiska situation, att plötsligt ha förlorat sitt barn.

Litteratur

Bergenslöv, Eva: Skuld och oskuld. Barnamord och barnkvävning i rättslig diskurs och praxis omkring 1680–1800. *Studia Historica Lundensia*, Lund 2002.

Norvenius, Gunnar S: Sudden infant death syndrome in Sweden 1973–1977 and 1979. Avhandling, Göteborg 1988.

Persson, Bodil E B: Barnkvävning och plötslig spädbarnsdöd, *Scandia* band 62;2 Lund 1996.

Thomson, Arthur: Barnkvävningen, en rättshistorisk studie. Lund CWK Gleerup, 1960.

RUDBECKBYSTEN 100 ÅR DEN 31 MAJ 2010

På 100-årsdagen av avtäckningen av bysten av Olof Rudbeck utanför gamla anatomiska institutionen vid Islandsbron samlades styrelsen för Uppsala Medicinhistoriska förening till en minnesstund för att hedra Olof Rudbeck, Carl Eldh och Edward Clason.



Bakre raden från vänster Bo Lindberg, Kertin Hulter Åsberg, Henry Johansson, Mats Westman och Anders Uppfeldt. I främre raden Eva Nyström, Eva Ahlsten och Ann-Christine Skoog.

Olof Rudbeck 1630–1702

Olof Rudbeck var utan överdrift den dominerade personligheten under andra hälften av 1600-talet i Uppsala. Han var ständigt verksam, oerhört mångsidig men också kontroversiell och har varit föremål för mångas intresse och omdömen. Den senaste stora biografen är den som min gamle studentkamrat och sedermera professorn i idé- och lärdoms historia, Gunnar Eriksson, kom ut med 2002. Redan i inledningen till boken ger Eriksson exempel på diametralt motsatta

uppfattningar om Rudbeck – från gränslös beundran till lika stort förakt.

Olof Rudbeck växte upp i Västerås där fadern var biskop. Som sådan torde fadern ha haft en hygglig inkomst men familjen levde inte i något överflöd. Det var 11 barn att försörja och biskopen tycks inte ha gillat världslig fåfänglighet utan i sann kristen anda var han mer benägen att ge än att ta. Olof säger också vid något tillfälle att arvet från fädernehemmet var magert. Men i stället ärvde han från fadern kärleken till att inhämta allt vetande och därtill ett stort intresse för musik. Tydligt var domkyrkans och gymnasiet bibliotek mycket välförsett och det tog den unge Rudbeck väl vara på. Modern såg till att barnen blev flitiga bibelläsare och Olof Rudbeck ger senare många gånger belägg för stor förtrogenhet med Bibeln.

Han fick en bra skolning redan i Västerås och han kom till Uppsala vid 17 års ålder för fortsatta studier. Hans håg stod inte till teologin eller juridiken, som de flesta studenter sysslade med, utan till matematik, botanik och medicin. Och han avancerade fort. Redan efter ett par år – 1650 och 1651 när han var 20 år gammal – började han med självständiga anatomiska undersökningar genom att dissekera diverse smådjur och det ledde honom fram till den banbrytande upptäckten av lymfkärlen. Han uppmuntrades därtill av sina lärare – främst Olaus Stenius och Johannes Franck. I april 1652 – då han var 22 år gammal – besökte drottning Kristina Uppsala och på hennes befallning fick han dissekera en hund medan Stenius föreläste om de olika organen och dess funktioner. Rudbeck kunde då också demonstrera de nyupptäckta lymfkärlen. En månad senare disputerade han på en avhandling om blodomloppet, *De circulatione sanguinis*. Han stöder därvid Harveys ståndpunkt att blodet gör ett kretslopp, en cirkelgång, framdrivet av hjärtat som pump.

Med vid demonstrationen var också Kristinas hovläkare och de kunde meddela att en fransk läkare, Jean Pecquet 10 år tidigare beskrivit bröstgången och cisterna chyli i en skrift *Experimenta nova anatomica* och redan 1622 hade italienaren Gasparo Aselli skildrat lymfkärl. Rudbeck fick också ett exemplar av Pecquets bok. Det

dröjde dock till i maj 1653 innan han själv i skrift offentliggjorde sina iakttagelser: *Nova exercitatio anatomica*. Ungefär samtidigt utgav dansken Thomas Bartholin en skrift med i stort sett samma upptäckter som Rudbeck och med titeln *Vasa lymphatica* och det var denna benämning på kärlen som sedan slog igenom. Som vi vet utbröt en ganska bitter strid om vem som kom först och det utväxlades ett antal polemiska brev under de närmast följande åren. Skall man sammanfatta Rudbecks upptäckt så är det att han uppenbarligen före någon annan klarlagt leverns lymfkärl, deras rörelseriktning och utmynning och att han vidare upptäckt en rad lymfkörtlar i olika delar av kroppen och deras förbindelse med systemet som helhet.

Men detta blev också märkligt nog hans enda betydande insats inom anatomin även om han fortsatte att undervisa i ämnet.

Mötet med drottning Kristina förde det goda med sig att han i henne fick en sponsor. Det var hon jämte Axel Oxenstierna som i stort bekostade hans studieresa till Holland. Han reste eftersommaren eller hösten 1653 och stannade där ett år. Han var sannolikt hela tiden i Leyden som var den ledande universitetsstaden i Europa vid den tiden. Han var där inskriven vid medicinska fakulteten, där han tydligen inte bara var en blyg student utan satte sig i respekt på grund av sina anatomiska kunskaper.

Men det handlade inte bara om medicin. Han studerade också industrier och konstbyggnader och lärde sig flera olika hantverk. Han påverkades också av nya filosofiska strömningar som bröt med den gamla skolastiken. Det var Descartes läror och framför allt tycks han ha påverkats av Francis Bacon med inriktning av kunskapen på praktisk nytta.

Hemresan sommaren 1654 blev lite brådstörtad då han fick höra att drottning Kristina abdikerat. Men innan han reste hem hann han genomföra ett stort inköp av lökar, frön och rötter till den botaniska trädgård han avsåg att begåva Uppsala universitet med.

Med Kristinas abdikation förlorade Rudbeck sin främsta ekonomiska beskyddarinna och när senare samma år Axel Oxenstierna dog försämrades han ekonomiska utsikter ytterligare.

Åter i Uppsala 1654 lyckades han få blivande universitetskanslern Magnus Gabriel de la Gardie till sin förtroende och beskyddare – patronus. Han grep sig ivrigt an arbetet med att anlägga en botanisk trädgård och plantera de växter han införskaffat från Holland. Den växte efter hand ut till det som nu är Linnéträdgården. Han fick också i uppdrag att utforma terrasserna från slottet ned mot slotts-trädgården. Han låg också bakom granhäckarna i mitten av trädgården (men hans granar är nu ersatta med nya av samma slag).

Rudbecks tekniska intresse ledde till att han startade ett flertal byggnationer och anläggningar i Uppsala. Mest känd är Teatrum anatomicum på Gustavianums tak men han låg också bakom ett exercitiehuis (där nuvarande universitetshuset ligger), vattenledningar från slottet och till olika delar av staden, brobyggen, vattenhjul som drev papperskvarn, kopparhammare, stampkvarn med mera. Dessutom organiserade han båttrafik med postgång mellan Stockholm och Uppsala.

Han odlade också sitt intresse för astronomi och efter att ha iakttagit ett par kometer 1664 diskuterar han i brevform kometernas natur med andra astronomer.

När Olaus Stenius avled 1660 blev Rudbeck utnämnd till ordinarie professor i medicin och 1661 dessutom till rektor för universitetet. Professuren innehade han till 1691 då sonen Olof tog över. Rektors-ämbetet var ett uppdrag på ett år. Redan vid tillträdet redovisade han ett reformprogram för universitetet i 26 punkter. Detta gjorde honom inte särskilt populär som rektor då han försökte komma tillrätta med sådant som i hans tycke var missförhållanden vid universitetet och även i staden Uppsala. När hans rektorat gick ut efter ett år inrättades en ny institution med tre ”kuratorer” som fick övervakningsuppgifter. I praktiken var det Rudbeck som skötte detta ämbete och i detta fortsatte han med räfst och rättarting. Hans självvårdighet ledde bland annat till år av stridigheter mellan honom och konsistoriet. Han anklagades till exempel för att överskrida budget med sina byggnationer men det förefaller som om Rudbeck oftast hade universitetskanslern på sin sida och gick segrande ur striden.

Han deltog också i lärostrider – bland andra de så kallade cartesianska striderna, där Rudbeck försvarade Cartesius filosofi grundad på naturvetenskaperna. Denna utgjorde ett hot mot den på Aristoteles och Bibeln grundade skolastiken. Det var framför allt renlärighetsivrarna inom kyrkan som inte kunde acceptera de nya idéerna. Universitetet var en tämligen statisk institution som förmedlade gammal lärdom, medan Rudbeck förmodligen hade en vision av ett universitet som gav rum åt nya idéer och åt forskning som kunde komma samhället som helhet till godo.

Som tidigare nämnts var intresse för musik ett arv ifrån fadern. Rudbeck hade själv en god sångröst, trakterade flera instrument och komponerade också musik. Vid universitetet inrättades en *rector cantus* och han införskaffade såväl nya instrument som nya noter.

Utöver anläggandet av den botaniska trädgården åtog han sig också att i ord och bild beskriva samtliga växter. Arbetet övertogs efter en tid av en av sönerna och två av dottrarna som var konstnärligt lagda bidrog med skisser och teckningar. En stor del av teckningarna överfördes till träsnitt och det hela blev ett stort verk med namnet *Campus Elysi*. Tyvärr förstördes de flesta träsnitten vid branden 1702 men teckningarna som förvarades på annat håll räddades och finns nu på *Carolina Rediviva*.

Olof Rudbeck förefaller ha haft sitt finger med i det mesta som hände i Uppsala. Vid sidan av alla dessa aktiviteter ägnade han mycken tid och kraft åt det märkliga verket *Atlantica* (eg. *Atland* eller *Manhem*): tre fullbordade och ett ofullbordat band. Man förvånar sig över hur Rudbeck kunde skapa en sådan skenbild av svensk historia. Det är ju ett verk som tycks spegla raka motsatsen till den moderna tankevärld han annars rörde sig i.

Olof Rudbeck var verksam in i det sista. I maj 1702 deltog han mycket aktivt i ledningen av släckningsarbetet vid den stora branden i Uppsala och i september samma år avled han – 72 år gammal.

Mats Westman

Carl Eldh

Carl Eldh (1873–1954) föddes i Söderskogen, ett gruvsamhälle i Films socken i norra Uppland, där fadern var gruvsmed vid Dannemora bruk. Efter att tidigt ha slutat folkskolan för att hjälpa till med försörjningen hemma, fick han så småningom tjänst hos en mjölnare i trakten som dessutom var finsnickare. Det innebar att Eldh på dagarna skar ornament till möbler, och på kvällarna skar han kvarnstenarna rena! Vid 16 års ålder fick han anställning hos en ornamentbildhuggare i Uppsala, som arbetade under Helgo Zettervall med den omfattande restaureringen av domkyrkan.

1892 flyttade Eldh till Stockholm, där han arbetade hos den berömde ornamentsbildhuggaren L. O. Mellin på dagtid, och på kvällstid studerade vid Tekniska aftonskolan, nuvarande Konstfack, där Mellin för övrigt var lärare och där Eldh modellerade ornamentgipsar på beställning. Eldhs huvudsakliga utbildning och yrkeserfarenhet var alltså från början hantverkarens.

Fem år senare flyttade Eldh till Paris, där han stannade fram till 1904, och försörjde sig på allehanda sysslor i konstateljéerna. Han arbetade som träskärare och ornamentsbildhuggare eller hjälpte äldre kolleger att lägga upp skulpturer i lera och att hugga skulpturer i marmor. Kvällarna bedrevs med studier i de berömda konstskolorna Académie Colarossi och École des Beaux-Arts. Han fick också möjlighet att besöka den beundrade Auguste Rodin i dennes ateljé. Under Parisåren knöt Eldh dessutom viktiga kontakter, inte minst med andra svenska konstnärer som också vistades där. Efter några år började Eldh ställa ut egna skulpturer, främst statyetter, fick ett hedersomnämmande vid världsutställningen i Paris 1900, deltog i Konstnärsförbundets utställning i Stockholm 1901, och fick en beställning på en porträttbyst av Oscar II, den första i en lång rad av offentliga porträtt. Det stora genombrottet kom på Parissalongen 1902, där Eldh medverkade med de båda statyetterna *Linnea* och *Moderssorg*, för vilka han vann en guldmedalj. Vid återkomsten till Sverige några år senare hade han alltså blivit ett namn, inte bara på den svenska, utan även på den internationella konstscenen.

I början av 1900-talet pågick en livlig byggnadsverksamhet runt om i Sverige, inte minst i Stockholm, och behovet av skulptural utsmyckning var mycket stort. 1905 fick Eldh i uppdrag att utföra en serie reliefer och skulpturer i sandsten på Nordiska museets huvudportal samt reliefer för Östermalms läroverk slutförda 1910. Under tiotalet arbetade han med kända arkitekter som Ragnar Östberg, Isak Gustaf Clason, Erik Lallerstedt och Ivar Tengbom och fick i konkurrens med Carl Milles och Christian Eriksson en rad stora uppdrag till byggnader av olika slag, främst fasadreliefer, men även friskulpturer och fast utsmyckning inomhus. Till ett par av de mest kända verken från det tidiga tiotalet hör skulpturgruppen *Ungdom* från 1911, representerad på flera orter i landet och *Strömkarlen*, som färdigställdes för regleringsdammen i Trollhättan 1912.

De första åren i Sverige hade Eldh en ateljé på Narvavägen i Stockholm, därefter en rad tillfälliga ateljéer i staden, men slog sig 1919 ned i Bellevueparken invid Brunnsviken, där en kombinerad ateljé och bostad uppfördes efter ritningar av Ragnar Östberg. Ateljén finns kvar än idag som ett museum med över flera hundra verk från Eldhs långa konstnärsliv. Hit flyttade han med familjen, hustrun och skulptrisen Elise Person och dottern Brita, båda ofta återkommande inspirationskällor till hans skulpturer och några av favoritmotiv, kvinnan, modern och barnet.

I början av tjugotalet reste hustrun med dotter till USA, ursprungligen bland annat för att arrangera utställningar av makens skulpturer. De bosatte sig i Los Angeles, där de valde att stanna kvar efter att ha återvänt för ett kortare besök i hemlandet. Eldh själv kunde inte finna sig tillrätta där, efter ett besök hos familjen 1925, återvände han ensam till Sverige. Hustrun och dottern kom inte tillbaka förrän vid Eldhs begravning 1954, varefter Brita Eldh kom att spela en viktig roll vid etablerandet av det framtida museet, som öppnades för allmänheten 1963.

Vid sidan av Christian Eriksson och Carl Milles var Eldh en av Sveriges mest anlitade konstnärer under 1900-talets första hälft. Hans liv var hans arbete, eller som hans biograf Karl Asplund uttryckte

det ”hans egentliga biografi är historien om hans verk”. Framför allt var Eldh en av sin tids främsta porträttskulptörer. De mest förekommande motiven var framstående affärsmän, konstnärer, vetenskapsmän samt politiker och kungligheter. Mest fascinerad var han av August Strindberg, som han lärde känna efter hemkomsten från Paris och blev nära vän med. Strindberg återgavs i åtskilliga porträtbyster, statyer och monument, de två mest kända är den berömda bronsbysten från 1905 och Strindbergsmonumentet i Tegnérlunden från 1942. En annan skönlitterär gestalt som intresserade Eldh var Gustaf Fröding. Både Strindberg och Fröding återkom tillsammans med Ernst Josephson i de tre så kallade idealstatyer, symboliska tolkningar av konstnärskapet, författarens, poetens, målarens, som Eldh bidrog med i den konstnärliga utsmyckningen av Stockholms Stadshus, Östbergs skapelse.

I övrigt kännetecknas han skulptur av monumentalstatyer och byster över historiska personer för offentlig miljö. Hit hör *Gunnar Wennerbergstatyn* på Djurgården i Stockholm, statyn av *Prins Gustav* i Uppsala, *Engelbrektsstatyn* i Arboga, *Ansgarsstatyn* på Björkö samt *Linnésstatyn* i Älmhult med repliker i bland annat Linnéträdgården i Uppsala och det mest kända, *Brantingsmonumentet* vid Norra Bantorget i Stockholm, påbörjat på trettioalet och färdigställt ett par år före hans död. Det sistnämnda kan också ses som ett uttryck för Eldhs samhällsengagemang och sociala patos.

Utmärkande drag i de historiska porträttmonumenten är för övrigt framhävandet, inte av det heroiska, utan av styrkan, intellektet och framtidstron hos det intellektuella livets förgrundsgestalter. Denna idealisering av till exempel vetenskapsmannen anses ha fått ett av sina första uttryck i just den bronsbyst av Olof Rudbeck, ett av Eldhs tidigaste porträttmonument, som enligt önskemål från anatomiprofessorn Edward Clason och genom en insamling till dennes 75-årsdag uppfördes i Uppsala vid den gamla anatomiska institutionen vid Islandsbron i Uppsala den 31 maj 1910. Rudbeck återkom som motiv redan några år senare i utsmyckningen av Nordiska museet, där han tillsammans med en staty av Olaus Magnus flankerar portalen till museet.

Litteratur

Karl Asplund, *Carl Eldh* (Stockholm, 1943).

Åsa Cavalli-Björkman, Ingrid Sjöström, Petra Grömingar m.fl.

Carl Eldhs Ateljémuseum (Stockholm: Stiftelsen Carl och Elise Eldhs ateljé, 2005).

Carl Eldhs ateljémuseum: www.eldhsateljé.se

Eva Nyström

Edward Clason (1829 – 1912) – professor i anatomi

Sedan gammalt ingick i ämnet anatomi även fysiologi och patologi. Olof Rudbeck den äldre lät 1662–1663 bygga den anatomiska teatern i Gustavianum, där undervisningen i anatomi skedde, men endast ett par dissektioner på människa skedde där; det var huvudsakligen djurdissektioner som visades. 1757 uppläts ett par rum i bottenvåningen till det nya konsistoriehuset för anatomiska demonstrationer, men rummen var mörka och fuktiga och därför olämpliga.

Först 1850 fick anatomin nya lokaler i kvarteret Munken vid Islandsbron genom professor Fredric Sundewalls enträgna arbete. Institutionen fick emellertid dela lokaler med fysiologin och patologin och var mycket trångbodd. Till uppförande av en nybyggnad för patologiskt anatomiska och fysiologiska institutionerna skänkte donatorn Anders Fredrik Regnell 1864 30 000 kronor och till en vattenledning ytterligare 3 500 kronor 1868. Lokalerna var emellertid trånga vilket också erkänts av myndigheterna. Först 1882 beviljade riksdagen anslag till nybyggnad för den anatomiska institutionens räkning. Den blev fullbordad i januari 1886. Utvecklingen av anatomin i Uppsala beskrevs av Edward Clason i en skrift 1897. Edward Clason var född 1829 i Ore församling i Dalarna. Under sin studietid hade han varit inackorderad hos akademiräntmästare David Magnus Schedwin i Uppsala i ett litet gult envåningshus med takkutor, mitt emot Upplands nation vid Sysslomansgatan. Det finns ännu kvar oförändrat till det yttre. Där träffade han ofta sin blivande

lärare, Israel Hwasser, som var god vän till Schedwins. Edward Clason, elev till Sundewall, hade som adjunkt undervisat i anatomi och histologi sedan 1863 och som extra ordinarie professor ansvarat för undervisningen sedan 1877. 1882 blev han ordinarie professor i anatomi. Edward var varmt religiös och var ledamot av kyrkomötet under flera år. Han var också vice ordförande i Mikaelskapellets styrelse och ledamot i Domkyrkoförsamlingens kyrkoråd. Han köpte det gamla posthuset invid Carolina vid Övre Slottsgatan 1, som sedan dess kallas det Clasonska huset. Edward gick i pension 1897, men hade fått tillstånd att kvarstå som biträdande lärare över stat.

Till hans 75-årsdag 17 oktober 1904 hade elever och lärarkolleger samlat in 3 600 kronor för att förverkliga hans länge uttalade önskan att en bildstod föreställande Olof Rudbeck skulle resas utanför anatomiska institutionen vid Islandsbron. Den avtäcktes 31 maj 1910 strax efter doktorsdisputationen.

Edward nämnde i sitt tal vid invigningen sex platser i Uppsala som kunde förbindas med Rudbeck:

1. Linnéträdgården, köpt och anlagd av Rudbeck.
2. Platsen mellan universitetshuset och Gustavianum, där Rudbecks vattenkonst på sin tid spelat framför det kupolklädda auditoriet, som Rudbeck ritat, konstruerat och dekorerat själv.
3. Platsen söder om universitetshuset, där han uppfört ett exercitiehhus.
4. Platsen mellan Carolina och Botaniska trädgården som han anlagt som en kungsgård.
5. Öster om slottet där han dissekerade lymfkärlen inför Drottning Kristina.
6. I domkyrkan, vars orgelbygge han fullbordade tillsammans med Harald Wallerius, som var direktor musices och domkyrkorganist.

Bo Lindberg



*Anatomiska institutionen från 1850 före tillbyggnaden.
Kart- och bildenheten. Uppsala universitetsbibliotek.*



*Anatomiska institutionen efter att de två flyglarna till-
kommit. Foto Henri Osti. Kart- och bildenheten, Uppsala
universitetsbibliotek.*

MEDICINHISTORISKA MUSEET

Stig Ekström till minne

Medicinhistoriska museets mångåriga medarbetare, farmakologie doktor honoris causa Stig Ekström, avled i april 2010 vid 94 års ålder.

Stig deltog aktivt i uppbyggnaden av Medicinhistoriska museet, ja han till och med lämnade Västerås, där han bott och arbetat i många år och flyttade till Uppsala för att kunna engagera sig till fullo åt arbetet. Han byggde upp apoteksrummet så att besökarna skulle kunna se de inredningsdetaljer och arbetsredskap som användes på apoteken fram till



sent 1900-tal. Dessa redskap var föremål som Stig samlat genom åren, bland annat från tiden som chef för apoteket Hjorten i Västerås 1968–81. Han sa själv att ”som smålänning är jag inte bara sparsam utan även sparande”. Stig var född i Eksjö på småländska höglandet.

Apoteksrummet stod färdigt till invigningen av Medicinhistoriska museet i april 1995. Stig verkade därefter, till och med 28 januari 2010 varefter sjukdom förhindrade honom, på museet som en oerhört kunnig och omtyckt guide, alltid med glimten i ögat.

Förutom apoteksrummet byggde Stig bland annat upp ett apoteksmuseum i Mönsterås, invigt 1968 och Scheelemuseet i Köping, invigt 1984. Han var också en av initiativtagarna till Farmacihistoriska sällskapet som bildades 1971 och var dess ordförande 1972–1985. Han hann även med fyrtiosju aktiva år inom apotekaryrket, med tjänstgöring i Stockholm, Östersund, Norrtälje och med egna apotek i Mönsterås och Västerås. Under ett halvår 1952 arbetade han som apotekare för Röda Korset i Pusan, Korea.

Utöver gedigna kunskaper inom sitt yrke var Stig väl förtrogen med botanik, ornitologi, musik, litteratur, historia och övriga humaniora. Han delade, på sitt ödmjuka sätt, även med sig av sin kunskap både som guide och föreläsare. Han kunde sin mytologi och ingen besökare gick ut ur rummet utan att veta att hälsans gudinna, Hygieia, matade ormen i skålen och att droger inte bara betydde knark.

På sin ”semester” ledde Stig omtyckta orkidévandringar på Gotland under sina sommarvistelser i det kära Burgsvik.

Stig var även författare till flera artiklar och böcker, som till exempel verk om apotekens djurnamn, farmaciens historia och den stora 1700-talskemisten, apotekaren Carl Wilhelm Scheele som upptäckte ett flertal grundämnen, däribland syre. Stig utsågs 1987 till farmacie hedersdoktor vid Uppsala universitet.

Stig var med sin kunnighet, hängivenhet, vänlighet och ödmjukhet en person utöver det vanliga i ordets allra mest positiva bemärkelse. Vi alla Stigs medarbetare genom åren saknar honom mycket på museet.

Eva Ahlsten

Föreståndare för medicinhistoriska museet

MEDICINHISTORISKA MUSEET

Årsrapport 2010

Medicinhistoriska museet i Uppsala hade under det gångna året fyra utställningar utöver de stationära. En av dessa relaterade till hundra-femtioårsminnet av Gustaf Frödings födelse. En annan var en konstutställning med bilder på malariamyggor och deras sjukdomsframkallande, målade av Bibbi Smide, och en tredje tog upp museets historik i samband med dess 15-årsjubileum 2010. Den fjärde utställningen var ett första steg i en utställning om tuberkulos som är planerad att skildras i tre faser, varav valda delar av utställningen därefter ska bli stationär. Utställningen uppmärksammades av Åke Spross som publicerade en telefonintervju med Eva Ahlsten i UNT på vernissagedagen. Utställningen invigdes av landstingsrådet Erik Weiman.

Museets frimärksutställning hade koppling till hundraårsminnet av Svensk sjuksköterskeförenings bildande. Därtill omstrukturerades kemirummets tidigare utställning varvid säkerhetsmontrar (gåva från Museum Gustavianum) byggts om till fungerande skick för rummet. Bord för bland annat skrymmande apparatur skänktes av Ångströmlaboratoriet. En nyplanering av pediatrikrummet med barnsjukvårdens gällande motto ”Barnet i centrum” pågår också.

I Medicinhistoriska museets monter på Museum Gustavianum presenterades en utställning om sjuksköterskornas roll under 100 år kopplat till sjuksköterskeuniformer. En större utställning om ”Sjuksköterskan – en utbildning i förvandling”, i samarbete med Museum Gustavianum, är under planering inför våren 2011. Planerad invigningsdag är 8 april 2011.

Alf Hedström, adjungerad sekreterare i stiftelsen för ett Medicinhistoriskt museum, gick i början av året i pension. Det fina teakmöblemanget i hans kontorsrum skulle fraktas bort varför han erbjöd Eva Ahlsten detta och möblerna, som tidigare tillhört landstings-

direktör Lennart Åberg, fyller nu museets expedition. De möbler som tidigare stått där har strategiskt utplacerats på andra håll i museet.

I april avled apoteksrummets varmt avhållne grundare Stig Ekström som även verkat på museet ända tills han insjuknade sista veckan i januari. Hans död uppmärksammades av flera tidningar och Eva Ahlsten uppmanades av redaktören för tidningen Reptilen att skriva en minnesruna att täcka en helsida där.

Adjungerande lektorn i medicinens historia, Kerstin Hulter Åsberg, ledde under vårterminen en fempoängskurs i medicinens historia där Henry Johansson deltog som föreläsare. Vid detta tillfälle och vid det tillfälle då professor Tom Lundin föreläste ägde seminarierna rum på Medicinhistoriska museet. Föreläsningarna följdes av guidning i respektive museum. Under året vände även flera sjuksköterskestuderande sig till Eva Ahlsten för råd angående medicinhistoriska uppsatser, framförallt gällande sjuksköterskans profession genom seklet.

Föredrag hölls, med anknytning till bland annat Svensk sjuksköterskeförenings jubileum, på museet, vid tio tillfällen i samband med museets normala söndagsöppethållande. Helen Wallstedt inledde i januari med att tala om "Dispensärsköterskor". Hon följdes av Anders Uppfeldt som belyste ämnet "Homeopati". Därpå föreläste Per Olov Lundberg om "Kärlek" följd av Per Olof Osterman som beskrev "Kan några entusiaster i Uppsala påverka utveckling och hälsa i ett fattigt samhälle i Kenya?". I maj höll Alice Rinell Hermansson föredrag om "Sjuksköterskeföreningen 100 år 2010 - en exposé av utvecklingen" och månaden därpå talade Ingvar Eriksson över ämnet "Fältskärer under Karl XII:s krig - kirurger eller böd-lar". Åsa Jonsson berättade om "Från lasarettspredikant till sjukhuskyrka. Om andlig vård i sjukvården" och Mats O Karlsson belyste "När Dr Westerlunds sjukstuga i Enköping hade fler utomlänspatienter än Akademiska". Karin Johannisson föredrog "Döden tänkte jag mig så: Gamla och nya riter" och serien avslutades av Torsten Gordh som talade kring "Något om bland annat Uppsalas bidrag till smärtforskningen". En föreläsningsserie finns klar för 2011.

Museet var öppet under Kulturnattens eftermiddag i samarbete med Psykiatrihistoriska museet under temat ”Gustaf Fröding – några glimtar från hans sjukdomstid på Ulleråker”. Påföljande dag, den 12 september, uppmärksammades Kulturarvsdagen i regi av Riksantikvarieämbetet. Psykiatrihistoriska museet och Medicinhistoriska museet deltog gemensamt genom en guidad tur på vägarna, namngivna efter historiska personer, i Ulleråkersområdet. Ciceron var professor Tom Lundin, och turen avslutades vid Ulleråkers begravningsplats. Vandringen blev oerhört uppskattad och 69 personer, i alla åldrar, deltog. Bägge museer samarbetade också med öppet-hållande under Museidagen och även med föredrag (Tom Lundin respektive Gunnar Boman) på Museum Gustavianum där alla uppsalamuseer under Museidagen, Fars dag, var samlade med ”fadern/mannen” som ett gemensamt tema. Denna aktivitet var planerad av arbetsgruppen Eva Ahlsten, Anders Boulogner (informatör vid Evolutionsmuseet) och Cecilia Ödman (1:e antikvarie vid Museum Gustavianum).

Under april kunde traditionsenligt, sedan tre år tillbaka, allmänheten köpa majblommor på museet. I april fyllde också museet 15 år och firade detta med öppet hus söndag 25 april tillsammans med Psykiatrihistoriska museet som fyllde 30 år. Dörrarna museerna emellan stod givetvis öppna.

Alla föredrag, aktiviteter och utställningar var utlagda på museets hemsida samt annonserade i UNT, på Akademiska sjukhusets intranät och Uppsala universitets kalendarium. Museet var även presenterat i UMI:s folder (Uppsalamuseernas informationsförening) och i tidningen *What's on*. Föreläsningarna anmäldes till flera tidningars kalendarier samt till Uppsala Tourism och fanns med i UNT, Vårdfacket, Läkartidningen och Ergo. Nyhet från augusti 2010 var ett årskort som innebar ett rabatterat inträde till museet.

Eva Ahlsten var vid några tillfällen på studiebesök hos arbetsgruppen (Berit Blom Bülow, Rigmor Beskow, Gunnar Boman och Lars-Gösta Wiman) vid lungkliniken inför museets utställning om tuberkulos. Ulleråkers medicinska bibliotek lades ned under våren.

Eva Ahlsten kallades då dit av bibliotekarie Eva Thorell för att eventuellt ta vara på vissa böcker. Eva Ahlsten kontaktade även Lars Orelund som lät ombesörja att flertalet böcker togs tillvara av museerna, främst av Psykiatrihistoriska museet.

Farmaceut Margareta Löfholm och museiföreståndare Eva Ahlsten medverkade i den årligen återkommande "Utbudsdagen" på Uppsala konsert och kongress, arrangerad av Kulturkraft (regionala barn- och ungdomskulturgruppen) och barn- och ungdomskulturgruppen i Uppsala kommun. Målgrupp är personal inom förskola, skola, kultur och fritid i Uppsala län. Margareta Löfholm trillade piller och Eva Ahlsten informerade allmänt om museet och dess verksamhet. I september arrangerades guidningar vid två tillfällen på museet under aktiviteten "Forskarfredag". Tjugotalet högstadieelever deltog vid bägge tillfällen. Museet hade under kulturlovet, vecka 44, två dagar öppet för barn under temat "Medicinshistoria för alla". Dessa dagar var välbesökta av både barn, föräldrar och mor- och farföräldrar.

Under tiden 14 oktober–16 december hade besökare, tillsammans med museets apotekare, under torsdagens öppethållande möjlighet att tillverka sin egen senap, vilket även i år var populärt. Därtill har flera grupper under kvälls- och helgtid tillverkat sin egen senap under ledning av Anders Uppfeldt. UNT City intervjuade Anders i samband med senapstillverkning och intervjun, med bild, fyllde en helsida i UNT:s citydel fredag 19 november.

Samarbete med Landstingsarkivet fortgår. Under Landstingsarkivets ledning scannas resterande förråd av gamla glasplåtar ur Elisabet Dillners samling in och digitaliseras. Medicinhistoriska museet deltog i en utställning om klimat under Arkivens dag 14 november på Stadsbiblioteket. Denna utställning kvarstod till 6 december. Eva Ahlsten bjöd också in professor emeritus i meteorologi, Sven Israelsson, till den föreläsningsserie (tre föredrag) som även arrangerades kring temat klimat och som ägde rum på Stadsbiblioteket. Sven talade över ämnet "Åska och andra oväder".

Den under förra året tillsammans med övriga universitetsmuseer införskaffade duobulbon, som lätt tappas på luft och kan tas med i en

medföljande liten väska, fungerar fortsatt som en uppblåsbar reklam-
pelare för universitetsmuseerna inklusive Medicinhistoriska museet
och utgör en del i vandringsutställningen om Uppsala universitets
kulturarv. Med hjälp av Junia Henriksén, prao-elev på Medicinhis-
toriska museet för en dag, kunde Urban Josefsson sortera och ställa
i ordning museets böcker på ett trevligt sätt i den lilla museibutiken.
Tillsammans med Museum Gustavianum har vykort med åtta olika
motiv ur boken "Alltid till tjänst" tagits fram till försäljning.

Medicinhistoriska museet bidrog med viss hjälp av affischering till
föreläsningsserien "Konst och läkekonst" i Uppsala. De under 2009
till Köpenhamns medicinhistoriska museum, Museion, utlånade före-
mål kring proteinkemi i samband med dess utställning, i samarbete
med läkemedelsföretaget Novo nordisk, lämnades tillbaka under
sensommaren av Museions chef, Thomas Söderqvist, i ett klart bättre
skick än det de sändes i. Till Arbetets museum i Norrköping utlånades,
som under 2009, föremål kring rasbiologi till en utställning om tidigt
1900-tal. Forum för levande historia, i samarbete med Etnografiska
museet i Stockholm, lånade föremål till liknande utställningar.

Museet fick under året flera donationer av böcker. Dessa utgörs
av såväl medicinhistorisk som mer modern medicinsk litteratur. Till
museet skänktes utöver andra gåvor betydande mängder litteratur
och föremål efter museets apotekare Stig Ekström. Två magnifika
tavlor föreställande Carl Benedict Mesterton respektive hans hustru
förlänades också museet av ett barnbarnsbarn till paret. Med konser-
vator Ulf Wranges goda hjälp åtgärdades vissa defekter och tavlorna
pryder nu museets konferensrum. Dr Sibylle Scholtz, verksam vid
Abbott Medical Optics i Ettingen, Tyskland, besökte under 2009
museet. Hon är specialintresserad av Allvar Gullstrand och har även
fortsättningsvis stått i kontakt med Eva Ahlsten och professor eme-
ritus Lennart Berggren. Inför nästa års 100-årsjubileum av Allvar
Gullstrands nobelpris har Sibylle skänkt både posters och affischer i
olika storlekar till museet.

Medicinhistoriska museet, med Eva Ahlsten som projektledare,
kom under året ut med en bok, *Bland medikamenter och decimalvägar*

– om apotekens historia och Stig Ekströms kärlek till yrket. Författare är vetenskapsjournalist Leif Åberg, redaktör för jubileumsboken om Akademiska sjukhuset och tillsammans med Eva Ahlsten författare till *Alltid till tjänst* som utgavs av museet 2009. Den nya boken baseras till stor del på intervjuer med Stig Ekström och väver ihop hans livsgärning med apotekens historia. Eva Ahlsten var samordnare av bildmaterialet i boken. Arbeta med ytterligare en bok pågår med Eva som projektledare. Den kommer att handla om Ulleråker och pågår i samarbete med Psykiatrihistoriska museet.

Ett önskemål om att införliva Psykiatrihistoriska museet i Stiftelsen för ett medicinhistoriskt museum i Uppsala framfördes under 2009 av Karin Norlén, Psykiatridivisionens chef. En arbetsgrupp tillsattes bestående av Henry Johansson, Karin Norlén, Gunnar Holm, Lars Oreländ och Eva Ahlsten. Denna träffades under 2009 vid tre tillfällen och kom fram till att ett samarbete är av godo men att verksamheten måste vara garanterad ekonomiskt understöd för att bidra till en fortsatt gynnsam utveckling av museerna. Arbetsgruppen inbjöd landstingsdirektör Erik Weiman till ett möte 2009. Det framkom att också han ser positivt på frågan. Våren 2010 ägde ett uppföljande möte med Erik Weiman rum liksom med en delegation från Uppsala universitet. Eva Ahlsten tog även upp ärendet i Museirådet, vars ordförande Lars Burman också blivit tillskriven av Henry Johansson.

Det under 2008 startade samarbetet med Tandläkarmuseet i Kista fortgår. Samarbete fortgår även med Västerås medicinhistoriska museiförening, Apoteksmuseet i Köping, Stranda hembygdsgeningsförening med ansvar för Apoteksmuseet i Mönsterås, Medicinhistoriska museet i Göteborg, Medicinhistoriska museets vänförening i Stockholm samt Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet i Lund och Apotekarsocieteten i Stockholm. Eva Ahlsten besökte vid ett par tillfällen Apotekarsocieteten i samband med arbetet med boken om Stig Ekström. Samarbete sker också med Hagströmerbibliotekets vänner i Stockholm och med Mentalvårdsmuseet i Säter.

Eva Ahlsten byggde under året, med god starthjälp från framför allt Tomas Edquist vid Uppsala universitet, upp en ny hemsida för museet och Medicinhistoriska föreningen då Eva inte hade tillgång till den gamla efter att dess administratör gått i pension. Eva fick också möjlighet att gå en på hemsidor inriktad datakurs om två halvdagar, under ledning av Tomas Edquist. Under året utarbetades även en ny informationsfolder för museet vilken kunde tas i bruk efter sommaren. Inför tuberkulosutställningen togs också fram en separat folder.

Personal från både Akademiska sjukhuset i Uppsala, vårdcentraler i Uppland och Landsarkivet i Uppsala besökte under året museet, några av dem med catering på museet. Vissa föreningar och jubilerande grupper guidades både på Medicinhistoriska museet och på Psykiatrihistoriska museet. Guidningen avslutades (eller startades) med en måltid i Medicinhistoriska museets stora sal. Därutöver gästades museet av besökare av varierande slag, som läarkandidater, sjuksköterskor under vidareutbildning, jubilerande sjuksköterskor respektive läkare, undersköterskeelever, apotekstekniker, receptarier, biomedicinska studenter, patientföreningar, fackföreningar, Trygghetsjouren, bibliotekspersonal, studiefrämjandet, församlingar, informatörer, Senioruniversitetet, Statens veterinärmedicinska anstalt, blivande civilingenjörer, gymnasieelever, prao-elever, vuxensärskolan, hörselskadade med guidning via tolk, pensionärsföreningar från både Uppsala och Stockholm, personal från Läkemedelsverket, finländska allmänläkare, utländska läkare och doktorander, släktforskarföreningar, Rotaryföreningar, personal från vårdboende och studie-rektorer inom psykiatri från hela Sverige. Vissa av dessa grupper hade även styrelsemöten och/eller egna föredrag och beställde catering till museet. Allt med lyckat resultat. Flera av förenings- och jubileumsträffarna skedde på kvällstid och helger. Besökare, varav flera skolklasser, kom också från andra delar av landet som Malmö, Västerås, Nora, Sigtuna, Östhammar, Täby, Norrtälje, Lidingö och flera andra platser i Stockholmsområdet. Besökare kom även från omvärlden, som bland annat USA, Kina, Nederländerna, Tyskland och Australien.

I mars deltog Eva Ahlsten i en tvådagarskurs i museijuridik på Arbetets museum i Norrköping. Kursen var anordnad av Arbetlivsmuseer, där Medicinhistoriska museet ingår. Eva Ahlsten och Urban Josefsson deltog i en workshop rörande *Disability* på Museum Gustavianum och i en där förlagd europeisk konferens, *Universeum*, där även Urban Josefsson deltog som föreläsare. Ett studiebesök med guidning för konferensdeltagarna på Medicinhistoriska museet genomfördes i samband med konferensen. Vid ytterligare en workshop kring *Disability* på Museum Gustavianum deltog Urban Josefsson.

I mars representerades museet på en turistmässa i Göteborg av en folder, specialtillverkad för tillfället. Eva Ahlsten deltog i kulturfrukostar arrangerade av Uppsala Tourism i samarbete med tidningen *What's on* och i Turistakademins frukostar, ett organ för den samlade turistnäringen i Uppsala med omnejd. Eva närvarade också vid föredrag av Irene Sjögren i Vindhems kyrkan i mars då det även fanns tillfälle för en kort presentation av Medicinhistoriska museet för den närmaste omgivningen vid kaffebordet.

Ett filmbolag, Pampas Produktion AB, lånade under hösten av museet 1700-talsinstrument inför en filminspelning, *Anno 1790*, rörande samma tid. Mats Westman deltog som rådgivande fackman vid ett par av inspelningarna. Museilokalerna användes även vid inspelning av dokumentära program i TV och radio. Gunilla Lindberg besökte också museet och lät fotografera en sjuksköterskebroch för sin nyutkomna bok. Eva Ahlsten förmedlade även kontakter mellan filmbolag och teatersällskap till Psykiatrihistoriska museet.

Eva Ahlsten ingår som tidigare i Landstingets historie- och jubileumskommitté för att fira landstingets 150-årsjubileum 2012 liksom i redaktionskommittén för en jubileumsbok för landstinget i samband därmed. Eva ingår också i Museirådet, Uppsala universitet, i Museichefskollegiet för Uppsalas museer (av vilket ett seminarium anordnades under våren), i Psykiatrihistoriska museets kommitté som adjungerad, i Turistakademien för Uppsala, i Barn- och ungdomskulturgruppen i Uppsala kommun, i Medicinhistoriska föreningens styrelse och i UMI där Eva under 2009 och 2010 varit ordförande.

Utöver Museidagsgruppen är Eva Ahlsten medlem av en kartgrupp inom UMI tillsammans med Anders Boulogner och Bernt Karlsson (Museijärnvägen Lennakatten) med anledning av att flera av stadens kartor har fel namn på vissa museer och även andra väsentliga felaktigheter.

Utöver fortlöpande dokumentation och hjälp med diverse rådgivning av vitt skild karaktär via e-post eller per telefon kan av museets arbete nämnas en pågående uppdatering av museets utställningar, både text- och föremålmässigt.

I samband med ett planerat besök vid museets stora förråd under Kronkrogen kom inte Eva Ahlsten och Urban Josefsson in i lokalerna. Det visade sig att man skruvat för en stor balk innanför dörren för att förhindra ovälkomna besökare. Av misstag hade inte museet informerats och Eva Ahlsten fick därför vid kontakt med Landstingservice en ny nyckel för att kunna komma in via en annan dörr till museets förråd.

Viss uppgradering av museets larmsystem skedde under året eftersom en av de äldre detektorerna tjänat ut vilket uppdagades i samband med den årliga översynen av museets larmsystem. Samma detektor hade gett utslag till larm utan anledning vid flera tillfällen. Efter bytet av detektorn i början av året har inget falsklarm skett i detta rum.

Eva Ahlsten upptäckte i början av mars en stor fuktfläck i museets ena vägg i Stora salen. Den visade sig härröra från ett läckande tak varför avfuktning och värme kopplades på efter kontakt med husets förvaltare (Valdis Freimanis) och en byggnadsfirma (Axéns byggservice). Sprickor i taket i samma rum uppdagades av Urban Josefsson och Eva Ahlsten varför även expertis på murade väggar (Claes Mårdh) kopplades in. Denne rådde, för att förhindra att eventuellt nerfallande murbruk från innertaket skulle skada besökare, att ett nät sattes upp. Detta skedde under sommaren.

Under hösten upptäcktes svamp (ej äkta hussvamp) på husets övervåning och i skrivande stund pågår en omläggning av vissa delar av taket.

Under 2010 hade Medicinhistoriska museet antal av 3 533 besökare, att jämföras med 3 001 besökare under 2009.

Eva Ahlsten

Föreståndare för Medicinhistoriska museet

FÖRELÄSNINGSSERIE
PÅ MEDICINHISTORISKA MUSEET 2010

Årets föreläsningar berörde både Sverige och omvärlden. Den började med ett föredrag om dispensärsköterskor vilket band ihop de två ämnena sjuksköterskor och tuberkulos. Svensk sjuksköterskeförening fyllde 100 år under 2010 och i slutet av november invigdes på museet en utställning om tuberkulos. De flesta cirka 45 minuter långa föredragen hölls söndagar under museets ordinarie öppethållande.

Helene Wallstedt berättade första helgen i januari om *Dispensärsjuksköterskor*.

Behandlingen av tuberkulos var förr vård på sanatorium, idag är det läkemedel. Nationalföreningen mot tuberkulos bildades 1904 i Uppsala och Sveriges första dispensär öppnade i Uppsala 1905. Dispensärmetoden innebar en uppfostran av de sjuka och ett komplement till anstaltsvård. Sjuksköterskorna fick specialutbildning och man undervisade om hygien i hemmen, hjälpte till med praktiska saker och förmådde den sjuke att undersöka sig. Dispensären var, som institution, kvar till 1980-talet. Tuberkulos är den sjukdom som har den största andelen sjuka, fortsatte Helene. Idag insjuknar i världen en person per sekund, en person dör per 10 sekunder och 1/3 av befolkningen är smittad. Ett stort problem är ökad multiresistens. Länder söder om Sahara är värst drabbade. Medicin och läkarvård är gratis och sjukdomen lyder under Smittskyddslagen.

Nästa föredrag hölls i februari av *Anders Uppfeldt* som redogjorde för *Homeopati*. Anders började med att förklara ordet: *Homeos* = lika, *Pathos* = lidande. Grundaren av homeopatin var medicine doktorn *Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755–1843)* vars valspråk var *Similia similibus curantur* = lika botar lika. Hahnemann var kritisk till läkekonst men arbetade mycket med farmaci och kemi. Han hade

ett rationellt tänkande och gav uttryck för ”modern medicin” med hygien, diet och motion. Då han översatte William Cullens avhandling om malaria där kinabark ses ha en adstringerande effekt som ger malariasymptom föddes tanken på homeopati – lika botar lika. Han testade flera substanser, en efter en och jämförde med sjukdomar. Han gjorde olika starka spädningar, C, D, och använde sig då av en mortel med porslinspistill (”mit einigen Krafteinsträngung”) för framställningen. C1 tog en timme i anspråk. Anamnesen var viktig och det fanns mediciner för akuta respektive kroniska sjukdomar. Idag finns i Sverige 1 100 homeopater varav 50 är läkare.

I mars blev det *Per Olov Lundbergs* tur. Han föredrog då *Neurologiska sjukdomar hos historiska personer*. Han berättade att migrän omtalas hos sumererna cirka 3000 f.Kr., och att flera historiska personer lidit av det, bland andra Assurbanipal i Assyrien ca 650 f.Kr., teologen Hildegard av Bingen (1098–1179) och Hjalmar Gullberg (1898–1961) som senare i livet också fick *myastenia gravis*. PO nämnde den i Bibeln omtalade herden David, som vann mot jätten, Goliath, vilken antagligen hade en akromegali som innebär att vissa tillväxtzoner växer extra mycket beroende på en hypofystrumör, som också trycker på synnerven vilket ger ett synbortfall åt sidorna. PO berättade vidare om David Niven som hade en amyotrofisk lateralskleros vilket föranledde en diskussion om vad som får stå i media. Kanske hade Lewis Carroll, som i *Alice i underlandet* talar om ”Mad Hatter”, hjärnskador som hattmakare ofta fick, på grund av förekomst av kvicksilver vid hatttillverkningen varför de såg allt i miniatyr. Vi fick veta att Fjodor Dostojevskij hade epilepsi och att flera i hans persongalleri har epilepsi. Vladimir Uljanov Lenin fick, utöver syfilis, flera strokes och senare en demens troligen strokebetingad. Winston Churchill hölls uppe med amfetamin efter både TIA-attack och hemipares vilket gjorde honom till narkoman. Josef Stalin fick sin första hjärtattack 1945 och en stroke 1953. Ingen vågade behandla honom av risk för att avrättas om det misslyckades men han avled trots ”behandling” med blodiglar. Franklin D Roosevelt drabbades av polio 1921 och fick tillbringa

resten av sitt liv i rullstol. 1945 fick han KOL och högt blodtryck men tack vare honom blev synen på handikapp mer positiv. Han skapade *Marche of Dimes* vilket betydde mycket för barns rehabiliteringsmedicin. Roosevelt dog i hjärnblödning 1945.

Per Olof Osterman tog i sitt föredrag i april upp *Mutomoprojektet*. Rotary International bildades i Chicago 1905. Inom Rotary finns Stiftelsen Rotarys läkarbank med en årlig budget om 7 miljoner kronor. I stiftelsen ingår läkare, tandläkare och sjuksköterskor. Mutomoprojektet är ett av stiftelsens projekt. I Mutomo finns jeepläkare och ett missionssjukhus som ägs av den katolska kyrkan och drivs av nunnor. I Mutomo finns ett omfattande vårdbehov, med vattenbrist. Mutomo ligger 23 mil från Nairobi och är det tredje fattigaste området i Kenya där 70 procent lever under fattigdomsgränsen. Medelåldern är 18 år och medellivslängden cirka 50 år. Kenya är av Sveriges storlek men har 38 miljoner invånare. Bidragen går till vattenförsörjning och rening, skolbygge och hållbar utveckling. Man är i Mutomo beroende av ytvatten då grundvattnet är salt. Ett fåtal bergsklyftor finns med regnvatten. Åsnor, barn och kvinnor får gå en till två mil för att hämta vatten som man säljer i byn. Rotary har skänkt vattentankar av varierande storlek, vattenrenare och hjälpt till med dammbygge. För att flickorna ska få vara ifred på skolan byggdes egna toaletter till dem. Man satsar på kvinnorna som också har ansvar för skolan. Jordbruksutveckling, get- och hönsavel, energianvändning och hiv/aids-program är andra prioriterade områden. Man har infört urinseparerande toaletter där avfallet kan användas för gödning vid odling av frukt och grönsaker som sedan saltorkas. Intresset ökar i Sverige men de kulturella avstånden ger svårigheter. Mutomo har levt länge på stödinsatser och det gruppen frågar sig är om man på så sätt kan skada lokalt näringsliv, avslutade PO.

I maj föreläste *Alice Rinell Hermansson* om *Svensk sjuksköterskeförening 100 år*. Den utbildade sjuksköterskans föregångare var sjukvakterskan som beskrivs som utbildad, äldre och alkoholiserad. Den tidiga

utbildningen skilde sig från dagens då den var mest praktiskt inriktad.

Den första svenska utbildade sjuksköterskan var Emmy Rappe (1835–1896) som sändes av *Föreningen för sjuka och sårade i fält* (sedermera Röda Korset) till Florence Nightingales sjuksköterskeskola i London. Emmy startade vid återkomsten den första sekulära sjuksköterskeutbildningen i Uppsala.

Drottning Sophia som hade skral hälsa reste till S:t Thomas Hospital i London för att få bättre vård. Hon startade sedan en modellutbildning i Stockholm 1884. Den 14/3 1910 samlades sjuksköterskor av god härstamning och grundade sjuksköterskeföreningen. Man ville genom denna värna de sjuka från kvasiutbildad personal. Landstingen hade startat utbildning av skiftande kvalitet men det var eliten som bildade föreningen. Centrala punkter var stadgar, samhörighet och utveckling. Svensk sjuksköterskeförening har under seklet ändrat karaktär från yrkesförening, via fackförening, till vårdförbund med professionsriktning och slutligen till att bli en kunskaps- och kompetensförening. Emmy Lindhagen var föreningens första ordförande 1910–1914. Kerstin Nordendahl anställdes som inspektris då staten 1919 skulle godkänna utbildningar. Drottning Sophias sjuksköterskeskola blev normen 1914 med tre års utbildning. Under mitten av 1900-talet arbetade man aktivt med frågor kring ekonomi och arbetstider. Både ett nordiskt och ett internationellt samarbete drivs sedan 1920-talet. 1952 utbildades den förste manlige sjuksköterskan.



Emmy Rappe, Sveriges första sjuksköterska.

I juni berättade *Ingvar Eriksson* om *Fältskärer under Karl XII:s tid – slaktare eller kirurger*. Han framhöll att under större delen av 1600-talet var utbildningen av fältskärer i Sverige bristfällig men de långa krigen gav gesällerna en praktisk erfarenhet. Då den kirurgiska societeten skapats 1685 blev utbildningen mer formaliserad men ännu hade fältskärerna/kirurgerna en låg status och de akademiskt utbildade invärtesmedicinarna befattade sig inte med operativa ingrepp. De ansåg sig arbeta med hjärnan och inte med händerna. Under Karl XII:s tid skördade dysenterin, fältsjukan, ofta fler liv än fiendens kulor. Hygienens roll framhölls; vatten fick inte drickas innan det hade kokats och späts ut med brännvin. I fältkistan fanns ett stort sortiment av kirurgiska instrument. Den kirurgiska behandlingen utgjordes av sårbehandling, reposition av luxationer och frakturer, amputation, trepanation och bräckoperationer. Karl XII behandlades själv av fältskärer vid några tillfällen, bland annat efter ett lårbensbrott i samband med en ridolycka. Frakturen spjälkades och var läkt efter sex veckor, visserligen med en liten förkortning och felvinkling. Indirekt kom fältskärerna att bidra till att många skadade skulle kunna ha räddats med en snabbare insats på slagfältet. Det var först när Napoleons livkirurg Dominique Jean Larrey (1766-1842) införde *L'ambulance volante* (den flygande ambulansen), en hästdragen kärra, som dödligheten på slagfältet kunde reduceras.

Första föreläsare efter sommaren var *Åsa Jonsson* som talade kring *Från lasarettspredikant till sjukhuskyrka*. En sjukhusprästs viktigaste uppgift är att vara nära, till hands för patienter och närstående, sa hon. Matteus 25 säger: ”Jag var sjuk och ni besökte mig” vilket är grunden, kombinerat med den barmhärtige samaritens gärning, för sjukhusprästen. Omvårdnaden började i klosterväsendet och stod i tät kontakt med kyrkan under lång tid. På 1860-talet anställdes en landstingsstyrd lasarettspredikant för att fira gudstjänst, döpa och ge enskild nattvard. På 1960-talet fick kyrkan hand om verksamheten och idag arbetar man interreligiöst. Åsa nämnde patientens tre känslocirklar: Den yttersta handlar om den omedelbara verkligheten

då man remitterats till sjukhuset och som består av oro. Innanför finns den kroppsliga med fysisk smärta. Den innersta berör själslandskapet. Man önskar ha sin fysiska förmåga intakt och ber kanske till Gud om att få behålla maten. Det innersta sparar vi längst för oss själva, men det luftas i krisens tid. Prästen är kontaktskapande på sjukhus och rör sig inom korridorerna, inte enbart vid högtidliga/sorgliga tillfällen. Prästen har tystnadsplikt och stannar kvar så länge det behövs i vården. Den som själv är döpt har rätt att döpa men oftast väljer föräldrarna någon utifrån till detta som bekräftelse på den nya varelsen i familjen. Högtiden är förlösande och kontakten med prästen fortsätter efteråt. Sjukhusprästen kan också ha samtalsgrupper med personal, en ventil som är viktig, utvecklar mod och fulländar omvårdnad. Gudstjänst hålls varje torsdag och söndag. Sällan kommer många men alltid några. Tre muslimska koordinater finns i Sverige, som kan hjälpa till att leda till rätt religiös representant. Sjukhuset är politiskt neutralt; patienten styr vilket är VIKTIGT. Åsa avslutar med att förmedla förre sjukhusprästen Sten Lundgrens viktiga råd för sina kolleger: Man ska tycka om tårta, vara modig och ha läst Nalle Puh.

I oktober höll *Mats O Karlsson* föredrag om *När dr Westerlunds sjukstuga i Enköping hade fler utomlänspatienter än Akademiska*. Under 1885–1915 var patienter från främmande län fler i Enköping än i Uppsala och sjukdagarna färre i Enköping. Ernst Westerlund (1839–1924) var son till kyrkoherden i Öregrund. 1867 blev han med.lic. och hans specialitet var kirurgi och gynekologi. 1868 valdes Westerlund i rådstugan till stadsläkare i Enköping. Valet överklagades men beslutet att utse honom kvarstod. 1876 byggdes en sjukstuga med tolv vårdplatser (så småningom 20 platser) varav två privata. Westerlund valdes till ordförande i styrelsen för denna. Det blev Westerlunds sjukstuga och han ingav förtroende. 1886 avgick han som stadsläkare och efterträddes av Tore Floderus. Westerlund blev privatläkare med ett gott rykte. Patienter med diffusa symptom botades. Han föreskrev arbetsterapi, kost och regimterapi. Han höll föredrag, hade

60 patienter/dag, 300 patienter i staden och patienter i Storlien på sommaren. Han blev medicine hedersdoktor i Lund 1901 och teologie hedersdoktor 1921 i Uppsala. Över 50 procent av patienterna kom från andra län år 1900. Bland annat vistades Amelie Wachtmeister hos honom tre månader per år och Betty Ploman 285 dagar på ett kurortsartat sätt och han skrev bara journal för första året. Man skulle ge arvode efter förmåga. Det kom färre patienter då Westerlund ej var där. Westerlund drev privatpraktik till sin dödsdag. Han var stark, förtroendeingivande och självständig. Ett par av hans uttalanden lyder: *Vi ska inte göda sorgen* och *Vi blir bra, vi är redan bättre*.

Sista helgen i oktober föreläste *Karin Johannisson* om *Döden tänkte jag mig så – gamla och nya riter* och gjorde avstamp i 1700-talet. Förr var det svåra villkor och begränsade möjligheter att bekämpa sjukdomar. Vid 1900 dog vart sjätte oäkta barn men vart tionde av övriga vilket visar en del av betingelserna. Man hade en fatalistisk tro och kallade oftast inte på läkare vid sjukdom. Medellivslängden var låg på grund av den höga barnadödligheten. Det var en hög risk att leva och infektioner gick länge inte att hejda. Paradistron var stark. Ju svårare man hade det i livet desto mer belönad blev man i himmelriket och man gjorde sig detaljerade bilder av paradiset. Kroppen skulle efter döden förberedas för mötet med Gud. Särskilda sveperskor anlätades i bondesamhället eller faddern om det gällde ett barn. Man tvättade hela den döda kroppen men så småningom bara synliga delar som händer och ansikte och skilde på naturlig smutshinna och smutsigt snusk.

Vattnet slängdes inte var som helst utan togs väl om hand. Ofta kläddes den döde i bröllopsskjorta och unga flickor kläddes till brud. Ansikte och kön doldes av veckad näsduk. Sedan låg den döde i öppen kista i tre dagar. Alla detaljer hade en djup mening. Brottslingar fick ingen själaringsning utan ”begravdes i stillhet”. En omsorg lades om sista måltiden med ett stämningsbyte och döden/begravningen sågs som en passagerit.

Idag är entreprenörerna särskilt utbildade och tjänsten går att köpa på en begravningsbyrå. Vid tiden för första världskriget fanns

15–20 begravningsbyråer i landet, idag mångfald flera men respekten för den döde behålls även med nya tjänster.

Förr var sorgetiden ett år för en kvinna och ett halvår för en man. Då gällde sorgband, sorgklädsel och flor för att markera sorgen.

Fattigmansbegravningar gick på det allmännas bekostnad. Vid den moderna döden är regissören begravningsentreprenör och det finns skilda begravningssätt. Nekrologer idag talar om framstående kvinnor som sätter familjen främst men familjen nämns sällan hos män. Ju mer framstående, desto fler rader och större porträtt. Karin avslutar med att konstatera att ritualer luckras upp idag och att vi ser en individualism, amerikaniserade kistor, sista festen. Eller är det första festen?

Årets siste föreläsare, i december, var *Torsten Gordh* som talade över ämnet *Något om bland annat Uppsalas bidrag till smärtforskningen*.

Akut smärta är en varningssignal som har ett stort överlevnadsvärde. Långvarig smärta är vi sämre utrustade för att hantera, förklarade han. Det tolkas fortfarande av vissa patienter som ett Guds straff som man ska finna sig i. Behandling var för många år sedan trepanation. Motkraft var opium, *Papaver somniferum*, i Babylon för 5 000 år sedan. Tortyr är en annan form av smärta. Före narkosens tid var operationssalen en skräckkammare. Under antiken till medeltiden använde man sig av bland annat råopium, mandragora, hypnos eller åderlåtning som bedövning. Från 1516 har curare använts, följt av andra metoder. 1829 skrev Gustaf Landgren en avhandling om akupunkturens goda effekt vid bland annat neurologi. Akupunktur godkändes 1984 som behandling mot kronisk smärta. På 1800-talet berusade man sig med eter som blev den tidens partydrog. Crawford Long (1816–1878) upptäckte att folk ej fick ont då de skadade sig i samband med partydroger och prövade eter vid en tumöroperation men smärtlindring ansågs strida mot naturen och Long mobbades. Den första ”riktiga” narkosen utfördes 16/10 1846 då John Collins Warren avlägsnade en tumör i nacken på en patient. Denne upplevde ingen smärta. Två veckor tidigare hade tandläkaren William Morton

avlägsnat en tand smärtfritt för sin patient. Skräckkammaren hade nu förvandlats till en civiliserad arbetsplats och smärtan besegrats i operationssalen. Metoden fick namnet *Anestesi* = okänslighet vid beröring. Drottning Victoria fick kloroform som smärtlindring av doktor John Snow (även kallad epidemiologins fader) i samband med de två yngsta barnens födelse 1853 och 1857. Från 1972 ska kvinnor erbjudas smärtlindring. Torsten avslutade sitt föredrag med att rekommendera en bok om anestesi *Blessed days of Anaesthesia* skriven av Stephanie J Snow.

Eva Ahlsten

TUBERKULOS FÖRR OCH NU

– en tredelad utställning om en aktuell sjukdom

Mitt uppdrag som adjungerad lektor i Medicinsk historia handlar om att stärka ämnet Medicinsk historia inom den Medicinska och Farmaceutiska fakulteten. Under de två år som jag tjänstgjort 20 procent har jag varit avlönad av Landstinget i Uppsala län. Fakulteten har lämnat stöd när det gäller arbetsrum och möjligheten att utlysa och genomföra kurser i Medicinens historia inom universitetets ramar.

I uppdraget ingår också att bygga en bro mellan Medicinhistoriska museet i Uppsala och Uppsala universitet, vilket inneburit att jag har haft täta kontakter med stiftelsen, med föreståndaren Eva Ahlsten och andra som arbetar på museet.

En diskussion har handlat om hur museet ska bli mer känt i Uppsala, mer besökt av turister och mer berömt för sina enastående samlingar, ett resultat av framlidne professor Lars Thorén och hans hustru Ingrid Richter-Thorén, apotekaren Stig Ekström, rektorn för Sjuksköterskeskolan Elisabeth Dillner med flera, som bidragit till att Uppsala har en av de främsta medicinhistoriska samlingarna i landet.

Sedan många år har det funnits en medicinhistorisk forskningsgrupp utgående från den gamla Lungkliniken vid Akademiska sjukhuset, som samlat tuberkulohistoria. Den har sammanställt en utställning på Lungkliniken, som tyvärr alltför få kan ta del av.

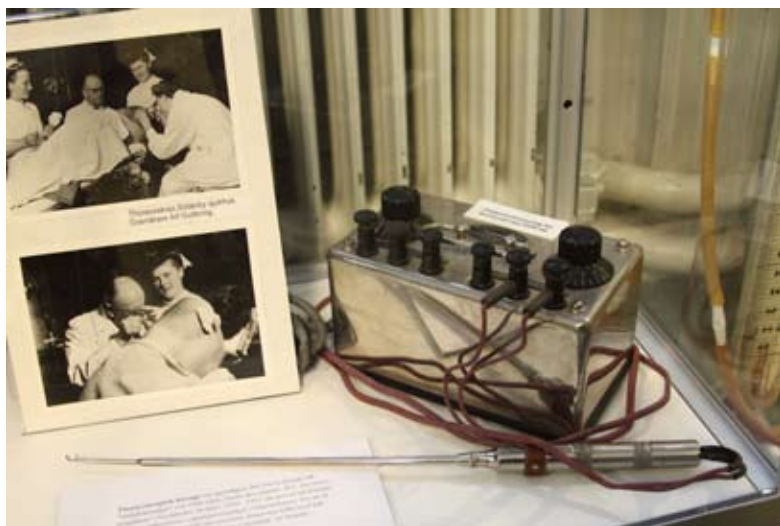
Vid ett möte för två år sedan mellan företrädare för de medicinhistoriska museerna i Norden och Baltikum här i Uppsala diskuterades också möjligheten att genomföra utställningar om tuberkulos i alla våra länder. Utgångspunkten var att tuberkulos är en gränsöverskridande sjukdom, som har funnit sedan 12 000 år, som man för ett halvsekel sedan trodde att man hade kontroll över, men som i våra dagar åter är på frammarsch.

Tuberkulosutställning i Uppsala

En arbetsgrupp bestående av Gunnar Boman, professor emeritus i lungmedicin, museiföreståndare Eva Ahlsten och undertecknad började planera för en tuberkulosutställning, som skulle kunna locka nya och gamla besökare till museet. Syftet är att sprida kunskap om den ständigt aktuella sjukdomen och samtidigt påminna om vår tuberkulohistoria genom att berätta om enskilda människors levnadsöden och samhällets åtgärder för att begränsa sjukdomens skadeverkningar. Materialet har växt efter hand och det blev till slut uppenbart att det inte räcker med en enstaka utställning för att spegla tuberkulossjukdomens historia.

Etapp 1 invigdes 21 november 2010 av landstingsrådet Erik Weiman. Museets egna föremål inom patientvård och radiologi har lyfts fram tillsammans med historien om Wattholma sanatorium (den senare en deposition från Landstingsarkivet). En glasplåt från Elisabeth Dillners samling föreställande den gamla Bröstkliniken vid Akademiska sjukhuset har förstorats och bildar en 2x2 m bred fond.

På en skärm visas Gunnar Bomans föreläsning om tuberkulos på



Bilden från Medicinhistoriska museets tuberkulosutställning visar torakoskopi och apparatur för bränning av adherenser vid Söderby sjukhus som låg söder om Stockholm.

Gustavianum museidagen den 14 november 2010. Bland hittills insamlade tuberkulosminnen redovisas också konstnären Bror Hjorths berättelse i hans självbiografi om hur han själv drabbades av tuberkulos. Den hänger tillsammans med en kopia av oljemålningen Sjukbesöket, som visar hans mors besök vid sanatoriet i Mörsil, där han vårdades 1914.

Etapp 2 kommer att invigas under våren och kommer att lyfta fram Centralsanatoriet i Uppsala, föregångare till Lungkliniken. I samband med detta kommer fler personliga tuberkulosminnen att redovisas. Etapp 3 beräknas kunna invigas hösten 2011. Den kommer att fokusera tuberkulosens nutida spridning i världen, där den förknippas med hiv, en sjukdom som nedsätter immunförsvaret så att patienten också lätt får tuberkulos.

Utställningen har sponsrats av Hjärt-lungfonden, vars bidrag bland annat använts till en folder med information om tuberkulossjukdomen genom tiderna. Om ett år kommer vi att kunna utvärdera denna tredelade utställning vad gäller avtryck i besöksstatistik och media.

Kerstin Hulter Åsberg, överläkare, docent
adjungerad lektor i Medicinsk historia,
Institutionen för Neurovetenskap, Uppsala universitet.

LÄKE KONST – EXKURSION MED UPPSALA MEDICIN- HISTORISKA FÖRENING TILL VALDEMARSUDDE

Under tiden 8 maj–29 augusti 2010 hade Hagströmerbiblioteket under ledning av Ove Hagelin en utställning: *Läke Konst – Ars Medica. Medicinsk illustrationskonst från Medeltid till Lennart Nilsson*, på Valdemarsudde. Utställningen kom till med anledning av Karolinska Institutets 200-årsjubileum och visade bilder ur läkeböcker från 1400-talet till nutid. Ordvitsen Läke Konst syftar på att utställningen innefattade såväl läkekonst som konst.

Hagströmerbiblioteket bildades 1997 i syfte att ta hand om gamla och värdefulla bok- och handskriftsamlingar från Svenska Läkaresällskapet (bildat 1807) och Karolinska Institutet (bildat 1810). Den mest värdefulla delen av samlingarna härstammar från *Collegium Medicum* (1663–1812). Under tidigt 1900-tal tillkom värdefulla böcker genom privata donationer.

Sedan bildandet av biblioteket har bokantalet ökat främst via depositioner. Dessa kommer från bland annat Apotekarsocieteten och Svenska Tandläkarsällskapet. Hagströmerbiblioteket har idag mer än 35 000 böcker varav de flesta är tryckta före 1860 och de äldsta är inkuablar från tiden före 1501.

MDhc Ove Hagelin, bibliotekets skapare, har utvecklat Hagströmerbiblioteket till ett bibliotek i världsklass, som en viktig resurs i medicinhistorisk forskning och närliggande vetenskapsområden, liksom i boktryckarkonstens historia och medicinsk illustrationskonst. Genom rikt illustrerade kataloger, föredrag och utställningar har han synliggjort den gamla medicinska litteraturen för en bredare allmänhet.

Uppsala medicinhistoriska förening erbjöds möjlighet att få en specialvisning av Ove Hagelin själv och den 10 juni gick en chartrad buss, med många förväntansfulla medlemmar ur föreningen, från Uppsala till Valdemarsudde på Djurgården i Stockholm.

Utställningen inrymdes i de två översta planen av Prins Eugens Valdemarsudde. I utställningens första rum möttes besökaren av groteska monsterbilder från 1500-talet, tätt följda av hänförande vackra örtaböcker, från faksimil av *De Materia Medica* som skrevs av Dioscorides ca 77 e. Kr. till verk av Elias Fries verksam på 1800-talet. Ett annat rum tog upp realistiskt skildrade barnförlossningar från 1500-tal till 1800-tal. Kirurgi följde därpå med talande bilder från tidigt 1500-tal till sent 1800-tal.

En annan avdelning visade det tidiga avslöjande medicinska fotografiet från första halvan av 1800-talet till tidigt 1900-tal. Oerhört vackra anatomiska bilder började med Dürer (1471–1528) och slutade med Mascagni (1752–1815). En hel vägg ägnades åt Vesalius fjorton muskelmannekänger vars bakgrund, om de sätts i rätt ordning, blir ett sammanhängande panorama av Padua. Ögat fick en egen avdelning där vi fann vackra verk av de mest skilda slag från 1500-talet av Fabrici till Oeller under tidigt 1900-tal. Den avslutande avdelningen rörde mikroskopi – cellen med vackra detaljerade verk från tidigt 1600-tal till dagens Lennart Nilsson.

I anslutning till utställningen har en katalog utgetts. Katalogen är på 232 sidor med 133 bilder i fyrfärgstryck från utställningen. Till varje bild finns en informationstext där läsaren informeras om verkets skapare och dess bildinnehåll. Katalogen fungerar lika bra som en bok och är, som Hagströmerbibliotekets alla böcker, av hög kvalitet både vad gäller bilder, text och pappersval.

Hela utställningen var otroligt fascinerande och vår guide, Ove Hagelin, suverän. Våra förväntningar inte bara infriades utan även överträffades. Utställningens bilder var väl valda, bildtexterna informativa utan att vara för långa och utställningen lockade till flera besök. Det här var verkligen en utställning som skulle kunna ses om många gånger och även användas i undervisningssyfte för både konstvetare och medicinare. Dessutom hade den kunnat ingå i utbildningen för blivande museologer som exempel på hur man på bästa sätt utformar en utställning så att den blir så intressant som möjligt vad gäller föremål, föremålstext och kombinationen dem emellan.

Det enda negativa med utställningen var att den fick sitta uppe så kort tid. Till stor glädje är därför den fina utställningskatalogen som kan läsas om och om igen med inledning om ”Boken, bilden och läkekonsten” av professorn och författaren Nils Uddenberg.

Eva Ahlsten

BIDRAG TILL SVERIGES OFFICIELLA STATSTIK, HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

– *Öfverstyrelsen för hospitalen underdåniga berättelse för år 1900*

År 1900 byggdes det hus, som idag inrymmer Medicinhistoriska museet och Psykiatrihistoriska museet. Det uppfördes efter en ritning av den välrenommerade arkitekten Axel Kumlien och tillkom för att hysa administration och festsal på bottenvåningen samt bostad för överläkaren på övre etaget. År 1900 var också det år som Asylen på Ulleråker tillkom. Fram till nu hade sjukhusets namn varit Upsala Central-Hospital men det bytte härmed namn till Upsala Hospital och Asyl.

Orsaken till tillkomsten av Asylen var att allt fler patienter las in på hospitalet och många var i behov av en längre vårdtid. Det behövdes alltmer plats för de obotligt sjuka. En begravningsplats hade också diskuterats anläggas för bland annat de patienter, från både Uppsala och övriga Sverige, som mer eller mindre lämnats bort av släkten och därmed inte hade plats i någon släktgrav. De hade begravts i en särskild del av Gamla Kyrkogården inne i Uppsala. Så småningom, 1909, invigdes Ulleråkers begravningsplats.

Då jag fick kännedom om statistik ”på nätet” fick jag möjlighet att lära mig mer om vad som hände under 1900 i Ulleråker, en kunskap jag gärna delar med mig av. Rapporten över året består av 54 sidor som digitaliserats av Statistiska centralbyrån (SCB) 2008 och innehåller två delar: Underdånig berättelse (rapport au Roi) och bilagor.

Medicinalstyrelsen i egenskap av överstyrelse för hospitalen förklarar sig lämna denna underdåniga berättelse angående förvaltning och verksamhet till konungen (au Roi), som det åligger Medicinalstyrelsen. Rapporten redovisar vården på landets tolv dåtida sinesjukhus varav både Lund och Uppsala nu hade en asyldel. Texten omfattar statistik för landets totala hospitalsverksamhet och för varje enskilt hospital. Uppgifter bekräftas av tabeller, samlade i slutet av rapporten.

Jag har dock valt ut vissa tabeller och överfört uppgifterna därifrån till min text samt koncentrerat mig på Upsala Hospital och Asyl.

Diagnoser

Det fanns 1900 446 platser på Upsala Hospital. Kvarliggande sedan 1899 fanns 272 män och 170 kvinnor. Inkomna och avförda patienter 1900 gav till 1901 268 män och 169 kvinnor. Asyldelen hade tagits i bruk under 1900 varför inga patienter fanns från 1899, utan ännu bara 286 män och 146 kvinnor på 800 platser. Av dessa avfördes under året 5 män och 2 kvinnor.

Av de psykiatriska diagnoserna omfattade enkel sinnessjukdom i Sverige:

Tungsinne	19 %	Förryckthet	14 %
Ursinne	20 %	Svagsinhet	37 %

I Uppsala fanns på Upsala Hospital 50 män och 62 kvinnor med enkel sinnessjukdom men på Upsala Asyl hela 243 män och 130 kvinnor av samma orsak.

Övriga sinnessjukdomar omfattar i Sverige:

Sinnessjukdom med förlamning	2 %
Sinnessjukdom med fallandesot	2 %
Fånighet	3 %

Sinnessjukdomar med förlamning i Uppsala hade 11 män och 3 kvinnor på Hospitalet
1 man och inga kvinnor på Asylen

Sjukdomar med fallandesot hade 1 man och inga kvinnor på Hospitalet
7 män och 1 kvinna på Asylen

Fånighet hade Inga män och 1 kvinna på Hospitalet
27 män och 9 kvinnor på Asylen

Dessa diagnoser var mer ovanliga än enkel sinnessjukdom, precis som procentsiffrorna för landet visar; totalt 12 män och 4 kvinnor på Hospitalet samt 35 män och 10 kvinnor på Asylen. En annan grupp av patienter var kriminalpatienter. Av de sjuka som avlidit 1900 hade många dött i tuberkulos. Åtta difterisjuka hade funnits på Upsala Hospital.

Åldersfördelningen visar att de flesta intagna patienter i landet var mellan 20 och 60 år. Bara 0,4 % var under 16 år och 1,9 % över 70 år. 2/3 av patienterna var ogifta och de flesta hade insjuknat då de var mellan 15 och 35 år med en övervikt vid 20–25 års ålder.

Vissa patienter hade sinnessjukdom i släkten och man räknar också upp särskilda sjukdomsorsaker som till exempel skador i huvudet, syfilis, havandeskap, febrar, missbruk av alkoholhaltiga drycker, överansträngning, religiös påverkan, kärlek och husliga bekymmer. 82,6 % av de som tillfrisknar hade varit sjuka kortare tid än ett år och 0,4 % under 4–5 år. Intressant är att procenttalet för tillfrisknande efter vistelse över 5 år är något högre, nämligen 1,7 %.

Därutöver finns en lång lista med diverse somatiska sjukdomar men ingen patient med organisk hjärnskada och ingen heller med missbildning av huvudskål och hjärna. Inte heller fanns patienter med ryggmärgssjukdomar.

Intäkter/utgifter

Totalkostnaden för den egentliga sjukvården i landet uppgick till 2 129 605 kr 31 öre och patientavgiften låg på 1,31 kr/dag eller 479,53 kr/år. Läkemedelskostnaden uppgick till 19 517 kr 8 öre. Varje patient gavs läkemedel för 1,02 öre/dag eller 4 kr 39 öre/år. Lön för en skötare var 360–390 kr och för sköterskor 170–250 kr. Läkarlöner nämns inte.

År 1900 hade Skyddsföreningen överlämnat en summa på 1 175 kr till överläkare vid statens anstalter för sinnessjuka att utdelas åt behövande patienter vid en utskrivning.

För Upsala Hospital och Asyl var intäkterna fördelade mellan:

Patientavgifter	133 076 kr 83 öre + 117 kr 83 öre i räntor
Diverse (vad nämns ej)	17 413 kr 39 öre
Trädgård och jordbruk	21 505 kr 74 öre
Ersatt begravningskostnad	275 kr
Totalt	172 388 kr 79 öre

Utgifter för Upsala Hospital och Asyl var 80 153 kr 93 öre som fördelats mellan avlöningar, utspisning, inventarier, linne samt gång- och sängkläder, eldning och lyshållning. Sjukhuset gick alltså med vinst.

Verksamhet

Själavård med högmässa var en viktig del i vården men högst en timme på sön- och helgdagar, ibland med nattvard. På Upsala Hospital och Asyl hade predikanten därutöver i veckan hållit andaktsstunder omväxlande med läsning.

Dagsverken på Upsala Hospital uppgick till 31 184/år och på Asylen 14 126/år för män. Motsvarande siffror för kvinnor var 11 779 respektive 4 219. Sysslorna utfördes av männen framför allt i det fria och patienterna uppmuntrades med 5-15 öre/dag, ibland 20 öre som blev deras fickpengar. Man gjorde även flera nöjesutflykter.

Det betonas att yrkeskunniga fick fortsätta att arbeta inom sitt yrke. De mest förekommande yrkena hos patienterna var bönder, jordtorpare, tjänare och dagavlönare. Enstaka läkare, präster och konstnärer finns upptagna. I landet fanns 8 957 sinnessjuka som man skiljer från 7 369 idioter, det vill säga utvecklingsstörda. Av dessa fanns i staden 1 170 sinnessjuka och 7 787 på landsbygden samt 562 idioter i staden och 6 807 på landsbygden vilket ju bekräftar representationen för de olika kategorierna.

Vi blir även upplysta om vad som skett byggnadstekniskt. På Upsala Hospital och Asyl fullbordades obduktionshuset. Man skapade också ett bageri med en stenugn. Även en tillbyggnad av pumphuset skedde vilken togs i bruk 22 december.

Ett extra statsanslag på 48 780 kr 54 öre gavs för anordnande av Asyl. Man förberedde också för plantering av lövträd i syfte att skydda för eldfara från den i väster närliggande barrskogen.

En ny matordning för Upsala Hospital och Asyl infördes på inrådan av före detta generaldirektör August Almén (1883-1898 *generaldirektör för Medicinalstyrelsen, min anm.*). Den innebar att allmänna klassens patienter fick en större omväxling av sin mat. Spisordningen omfattade nu 14 dagar med olika maträtter för varje middagsmål.

Slutligen redogörs för personalstyrkan. Denna var fördelad mellan:

Överläkare	1	gemensam för Upsala Hospital och Asyl	
Biträdande läkare	2	vid Upsala Hospital	
Underläkare	2	vid Upsala Asyl	
Uppsyningsmän	2	vid Upsala Hospital	2 vid Upsala Asyl
Förestånderska	1	”	2 ”
Sjukvaktare	41	”	ny del, kan ej beräknas
Sjukvakterska	30	”	ny del, kan ej beräknas

Rapporten är underdånigast undertecknad 30 december 1901 av Klas Linroth (*sedan 1898 generaldirektör och ordförande i Medicinalstyrelsen, min anm.*)

Rapporten är grundlig och omfattar såväl patienter och personal som verksamhet och byggnader. Det är en klar, objektiv redogörelse där man så långt det går vill understryka fakta med siffror, både i löpande text och via ett stort antal tabeller. Själv imponeras jag av den gedigna berättelsen som lockar till ytterligare läsning om psykiatrins historia.

Eva Ahlsten

*Understödsbyrån för tuberkulösa
– den första tuberkulosdispensären i Uppsala*

Med industrialismens genombrott i England i slutet av 1700-talet ökade antalet sjuka med lungsot i oroväckande grad. Mot slutet av 1800-talet nåddes ett maximum i Europa, där dödligheten i "consumption", "phthisie pulmonaire", "Schwindsucht" eller norska "tæringen" kunde uppgå till två till tre, i vissa storstäder ända upp till åtta dödsfall på 1 000 invånare. Av den totala dödligheten utgjorde tuberkulosen cirka 25 procent, högre för barn och äldre. Den form av behandling som gick under namnet sanatorievård, skapad av Georg Bodington i England 1840 och Hermann Brehmer 1858 i Tyskland, var otillräcklig och förbehållen endast ett fåtal personer. Robert Kochs upptäckt av *Mycobacterium tuberculosis* 1882 innebar dock en vändpunkt, och nya tankar tog plats i den omfattande kampen mot tuberkulos.

I Sverige, där över 10 000 människor insjuknade i tuberkulos varje år, förekom vård av tuberkulösa redan före sekelskiftet 1900 i mindre omfattning på privata sanatorier i Göteborg och i Mörsil i Jämtland och även på andra orter. Med anledning av att Oscar II regerat i 25 år överlämnades till monarken 2 200 000 kronor insamlade för kampen mot tuberkulos. Detta utgjorde grunden för Konung Oscar II:s Jubileumsfond, bildad 1897 för uppbyggnad av de fyra jubileumssanatorierna Hålahult, Österåsen, Hessleby och Spenshult [1].

Initiativ och kompetens samlades hos Svenska nationalföreningen mot tuberkulos i Stockholm. Denna sammanslutning instiftades 1904 i Stockholm med uppgift att "verka för bekämpandet av tuberkulosen som folksjukdom". Medlemsavgifter, gåvor, testamenten samt försäljning av välgörenhetsmärken och inkomster från lyxtelegram bekostade en övervägande del av verksamheten. Genom underavdelningar som kommittéer och länsföreningar samt utgivning av publikationer förverkligades detta syfte med hjälp av understöd till

upplysning, kurser, broschyrer, utredningar och forskning angående tuberkulosen.

Ett nytt uppslag i kampen mot tuberkulos efter sanatorievården var dispensärsystemet som först inrättades i Edinburgh 1887 av Robert Smith följt av Albert Calmette 1891 i Lille i Frankrike. Resultatet var lovande, och systemet fick snart stor utbredning i hela Europa. Grundtanken i detta system var att uppsöka den sjuke i hemmet och efter kännedom om dennes familj och arbete ingripa med medicinska och sociala åtgärder mot tuberkulosen.

För den drabbade innebar detta att få upplysning om sjukdomen och smittsamheten, hemsjukvård beträffande personlig hygien, bostad och arbetsplats samt ekonomiskt bidrag för kläder, tvätt, mat och vedbrand. En noggrann övervakning med registrering, rapportering och uppföljning med medicinska och sociala kontroller, var nödvändig. För samhället innebar det främst uppspårande av sekundärfall, smittkällor och riskgrupper genom tuberkulinprövning, skärmbildsundersökning eller lungröntgen samt preventiva åtgärder i form av vaccinationer och kemoprofylax [2].

Redan från början fick dispensärtanken fäste i Länskommittén i Uppsala. Med förslag till åtgärder att förhindra sjukdomens spridning ansökte man den 25 oktober 1904 om bidrag från Svenska nationalföreningen mot tuberkulos. I sin ansökan hemställde kommitterade vördsamt att styrelsen måtte bevilja Länskommittén i Uppsala ett försöksanslag till igångsättande av en understödsbyrå för tuberkulösa med ett belopp ej understigande 2 000 kronor.

Nationalföreningen biföll omgående denna bidragsansökan den 10 november 1904, men med villkor att ett minst lika stort belopp skulle tillskjutas från orten. Man föredrog beteckningen understödsbyrå eftersom ordet dispensär skulle förefalla alltför främmande för det svenska språkbruket.

Efter ett inledande organisationsarbete och en kort instruktionskurs för dem som önskade delta startade den nya verksamheten i lokaler som erbjöds av Uppsala universitet. De första understödstagarna togs emot den 17 februari 1905 i det så kallade Societetshuset

inom Slottskällans område vid infarten till Akademiska sjukhuset. Under en första försöksperiod februari–april 1905 fördelades understödet på 17 personer, åtta män och nio kvinnor, i åldrarna 10–60 år.



Understödsbyrån för tuberkulösa i Uppsala. Det var den första tuberkulosdispensären i Sverige. Den öppnades 1905 och inrymdes i det så kallade Societetshuset inom Slottskällans område nedanför Uppsala slott. Societetshuset är känt bland annat från E. Jonssons bok om Uppsala. [3]

Den tbc-sjuka eller anhöriga fick vid ankomsten instruktioner om hur smittan kunde förhindras att sprida sig till omgivningen och undervisades om sjukdomens natur och förlopp. Man upplyste om möjligheten att ansöka om hyresbidrag eller att utackordera friska barn. Understödsbyrån erbjöd dessutom följande förmåner: Varje understödstagare erhöll vid ankomsten en tvättpåse för sin personliga tvätt. Denna skulle inlämnas till stadens desinfektionsanstalt för desinfektion, kostnadsfritt genom Hälsovårdsnämndens tillmötesgående. Man delade vidare ut spottflaskor och febertermometrar samt tryckta förhållningsorder.

De sammanlagda utgifterna under de åtta veckor försöket pågick var 216,91 kronor, vilket per vecka utgjorde 4 kronor och 17 öre. För ett halvt års understöd beräknades omkring 50 kronor per individ.

Allt arbete i "Byråns" tjänst utfördes under denna korta försöksperiod utan kostnad av frivilliga krafter. Likaså mottog Byrån gåvor

gratis eller till nedsatt pris av apotek, industrier, tryckerier och slakterier [3].

I sin verksamhetsberättelse från 1905 konstaterade Ulrick Quensel, professor i patologi och allmänmedicin vid Uppsala universitet, att dispensärens verksamhet varit till nytta. ”Säkerligen skall den ännu mera i framtiden visa sig vara ett gott medel i kampen mot tuberkulosen”. Visserligen hade utgifterna varit låga men väntades stiga om verksamheten utvidgades. Styrelsen för Länskommittén i Uppsala hade också tänkt sig att Byrån kunde hyra en mindre lägenhet för vård av två till tre sjuka under kortare tid. Det vore också önskvärt att kunna utackordera friska barn från hem med lungsjuka föräldrar. Planer existerade även på att anordna ett sommarsanatorium för de sjuka (”när den projekterade elektriska spårvägen nästa år blivit färdig”) [4].

Dispensär- och epidemisjuksköterskor utgjorde tillsammans med barnmorskor och föreningen Mjölkdroppen grunden för dagens öppna hälso- och sjukvård. Motståndskraften skulle stärkas och smittspridningen bekämpas. Genom brännveden ökades ventilationen i husen, och friska och sjuka behövde inte dela säng för att slippa frysa. Den norrländska inbyggda lucksängen försvann successivt under 1900-talets första decennier [5]. Dispensärverksamheten skulle dock aldrig kunna ersätta sanatorierna, som erbjöd kurativ vård för ett fåtal medan dispensärernas mål var preventiva åtgärder för flertalet.

Uppsalavisionerna för kampen mot tuberkulos fick omgående starkt genomslag inom länet [6]. Redan påföljande år invigdes högtidligt sommarsanatoriet i Kronparken utanför staden med bidrag från Länskommittén. 1906 öppnade också Wattholma sanatorium med 14 vårdplatser i samarbete mellan Länskommittén, Lands-tinget, Nationalföreningen och Staten. Efter den nya tuberkulosförordningen 1938 genomgick organisationen stora förändringar och Understödsbyrån fick en fast anslutning till Akademiska sjukhusets nybyggda lungklinik och benämndes Centraldispensär. I denna moderniserade form fortlevde dispensärverksamheten ytterligare några decennier fram till 1980-talet.

I likhet med landets övriga tuberkulosdispensärer uppgick den då successivt i de befintliga lungklinikernas öppenvård för alla lungsjukdomar inklusive tuberkulos.

Lars-Gösta Wiman, docent i lungmedicin

Rigmor Beskow, överläkare

Arkivarier i Svensk Lungmedicinsk Förening, Uppsala

Referenser

1. Andér L, Puranen Bi. Konung Oscar II:s jubileumsfond och tuberkulokampen. Nordisk Medicinhistorisk Årsbok 1994, supplementum XIV.
2. Dahlström G. Förebyggande åtgärder och förutsättningar för tuberkulosens utrotande. Meddelande från Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar. Stockholm: 1966. Nr.12. p. 19–24.
3. Jonsson E. O, gamla klang och jubeltid. En Uppsalarsapsodi. Stockholm: Carl Rehnskogs förlag; 1940.
4. Quensel U. Öfversigt af Understödsbyråns för tuberkulösa verksamhet februari–april 1905. Uppsala: den 25 april, 1905. Skrivelse i Svensk Lungmedicinsk förenings arkiv i Uppsala. p. 1–4.
5. Puranen BI. Tuberkulos. En sjukdoms förekomst och dess orsaker. Sverige 1750–1980 [dissertation]. Umeå: Umeå universitet. Umeå studies in economic history 7; 1984.
6. Quensel U. Om hälso- och sjukvårdens utveckling i Uppsala län. Meddelanden från Svenska Landstingsförbundets byrå. Uppsala: 1931. Nr 4. p. 37–41, september 1931.

Romantiken och sanatorievården

Under 1800-talets första del följde den medicinska utvecklingen i huvudsak två skilda linjer: Upplysningstidens idéer med empirisk-matematiska metoder hade kommit för att stanna och gav den kommande tiden substans åt den patologiska anatomin, som i förening med den fysikaliska diagnostiken initierade ett flertal nya medicinska upptäckter, framförallt i Frankrike och England. De tyska filosoferna Immanuel Kant (1724–1804), Friedrich Hegel (1770–1831), Friedrich von Schelling (1775–1854) och andra utvecklade en humanistisk och idealistisk världsbild, som tog avstånd från upplysningstidens materialistiska grundsyn på tillvaron. Deras åsikter hade stor genomslagskraft, fick stor spridning och många anhängare under den epok av 1800-talet, som brukar benämnas romantiken. Mystisk religiositet, pietistiska strömningar, fantasibilder och drömföreställningar blev underlaget för utbredningen av romantikens idéer.

Romantiken var en kulturströmning som genomsyrade västerländskt tänkande och skapande från slutet av 1700-talet till mitten av 1800-talet. Den uppstod redan under franskklassicismens och upplysningstidens glansdagar; dess egen storhetstid var 1810–40-talen. Romantiken betonar känslan på bekostnad av förnuftet, den intresserar sig för det främmande och exotiska och för historien, moderna nationalismens grogrund. Ett viktigt inslag var också synen på konstnären som en fritt skapande ande, med dyrkan av geniet som konsekvens.

Naturvetenskaperna fick under denna tid stå tillbaka för den tyska naturfilosofin, som fick en nationell och konservativ prägel. Den romantiska medicinen hängav sig åt känslosvall, naturmystik och metafysiska spekulationer. Till romantikens medicinska frukter hörde också mesmerism och homeopati från slutet av 1700-talet, den förra tämligen kortlivad med sin animala magnetism, den senare

successivt uttunnad med sina minimala behandlingsdoser. Naturfilosofin lånade fysikens termer av Galvani och Volta för att beskriva begreppet polaritet, som ansågs ingå i alla livsprocesser. Magnetens nord- och sydpoler liksom den elektriska strömmens plus och minus var nya tankar, som överfördes till rubbningar i kärlsystemet och till den bekanta färgläran. Den romantiska naturfilosofin saknade verklighetssinne och förde den medicinska utvecklingen på avvägar och förlorade småningom sin betydelse.

Trots den förbättrade lungdiagnostiken saknades en specifik behandling av tuberkulos, det var ännu långt till en säkerställd orsak. Man sökte förklaringar i allmänna levnadsomständigheter, i bostäder, skolor, arbetsplatser, i mat- och dryckesvanor, hygien och klimat; även magi och vidskepelse fick en plats i föreställningen om tuberkulosens natur. Omvälvningar i samhället bidrog till uppfattningen bland forskare, politiker och allmänhet, att industrialisering och urbanisering var anledningen till att lungsot och tuberkulos stadigt ökade under 1800-talets första del. I denna nedgångsperiod av den romantiska medicinen blev förhoppningen om terapeutiska åtgärder alltmer påtaglig.

Den förste som förbättrade de lungsjukas livsvillkor var Georg Bodington, en engelsk läkare, som insåg att människor på landsbygden var mer lungfriska än stadsborna. För de tuberkulösa öppnade han på 1830-talet ett sjukhem med "open air treatment", en behandlingsregim i vilken ingick motion med promenader eller ridning, riklig och närande kost samt ett glas vin på förmiddag och eftermiddag.

I det naturfilosofiska Tyskland tog Hermann Brehmer intryck av dessa goda behandlingsresultat och grundade 1858 ett privatsanatorium i Görbersdorf, beläget i en skogrik bergstrakt i Riesengebirge med ett hälsosamt klimat. Den berömda sanatoriekurens syfte var att stärka den sjukes allmänna motståndskraft genom rikliga, välsmakande måltider, frisk och ren luft, härdning med kallvattenbehandlingar, liggturen i öppna ligghallar alla årstider, regelbunden motion och en övervakad sjukhusdisciplin.

Denna behandlingsform blev snabbt mycket populär och ett flertal sanatorier växte upp i Europa och Nord-Amerika i såväl privat som offentlig regi. En strikt vetenskaplig utvärdering av resultaten saknades emellertid och den terapeutiska effekten för den sjuke var tveksam. I den klassiska sanatorieromanen *Der Zauberberg* (Bergtagen [1]) av Thomas Mann, nobelpristagare 1929, måste exempelvis huvudpersonen Hans Castorp stanna i sju år på sanatoriet, innan han kunde lämna anstaltsidyllen. Den långa vårdtiden gjorde emellertid sanatorierna i viss mån till informella bildningskällor, där många sjuka för första gången mötte litteratur och konst i välfyllda sanatoriebibliotek. Isoleringen från omvärlden bidrog också till en minskad smittspridning, vilket får anses som en positiv effekt.

Lars-Gösta Wiman

1.

Mann T. *Bergtagen*. Översättning av Karin Boye. Stockholm: Albert Bonniers förlag; 2001. Ur *Läkartidningen* nr 15–16, 2006, volym 103, 1229–1230.

Mann, Thomas, f. 6 juni 1875, d. 12 aug. 1955, tysk författare, nobelpristagare 1929.

Under många år var han verksam i Schweiz och i München som fri skriftställare och som redaktör för den satiriska tidskriften *Simplicissimus*.

Mann lämnade Tyskland 1933, på grund av det nazistiska hotet, berövades sitt tyska medborgarskap 1936 och bosatte sig 1938 i USA. Åren 1938–41 var han gästprofessor vid Princetonuniversitetet.

År 1944 blev Mann amerikansk medborgare, men han återvände 1952 definitivt till Europa och stannade i Zürich till sin död.

Kirurgins historia från antiken till nutid

Kirurgi i någon form har utförts under många tusen år. Kirurgin betraktades som ett hantverk, som borde utföras av andra än aesculaperna/läkarna. I krigshärarna fanns antikens sår-läkare. Vasmålningar från den här tiden visar strids- och idrottsskador men även olycksfall och hur förbandsläggning gick till

Under antiken var Galenos (129–199 e.Kr.) den store läkaren. Han var grek, utbildad i Alexandria, men kom framför allt att verka i Rom, där han blev kejsarens livläkare och gladiatorernas kirurg med erfarenhet av hur vård av skadade skulle skötas. Hans skrifter blev vägledande för medicinen i långt mer än 1000 år. I hans skrifter (cirka 20 band) framhölls kirurgi som en viktig gren av medicinen.

Inom medeltiden och framåt utfördes de kirurgiska ingreppen av barberarkirurger. I vårt land bildades barberarnas skrå 1496. De flesta barberarkirurger skaffade sig erfarenhet genom att verka i krig och kallades då fältskärer. De hade lägre anseende än de akademiskt utbildade läkarna – kirurgerna var hantverkare. Ambroise Paré (1510–1590) var 1500-talets mest betydande kirurg med fältskärsutbildning och han hade stor erfarenhet av krigssjukvård. Han var även en stor kirurg under fredstid; bland annat behandlade han gimpläppspalter och bräckinklämningar. Paré är dock mest ihågkommen för att han återinförde den bortglömda kärlligaturen och att han fördömde att skottskador skulle behandlas med kokande olja, som man trodde var nödvändigt för att bota den vävnadsförgiftning som dåtidens krutvapen ansågs medföra. Paré hade en ödmjuk inställning till sin verksamhet, vilket kom till uttryck i hans bevingade ord ”Jag förband honom, Gud helade honom”.

För kirurgins utveckling var Andreas Vesalius' verk om människokroppens byggnad, som utkom 1543, av stor betydelse. Vesalius, som var flamländare, blev professor i anatomi och kirurgi i Padua och

hans anatomiska verk, som utkom 1543, är det största anatomiska verk som skapats genom tiderna. En stor händelse för kirurgin var William Harvey's upptäckt om blodomloppet 1628.

Kirurgerna startade sin organisation Chirurgiska Societeten 1685 för att hävda kirurgins ställning och ett år senare fastställdes utbildningen till fältskär. Den blivande fältskären skulle vara gesäll i fyra år och därefter vara i tjänst i tre år hos en mästare. Därpå följde en examen inför hela kirurgiska societeten.

Kirurgerna stod inte högt i rang utan betraktades nedlåtande av de akademiskt utbildade läkarna. Invärtesmedicinarna befattade sig inte med kirurgiska ingrepp – de arbetade med hjärnan och inte med händerna. Fältskärerna fick inte befatta sig med invärtesfall, dock tilläts de att göra åderlätningar. Logiken bakom åderlätning var humoralpatologins föreställning att blodet bildades i levern och hade en centripetal distribution utan recirkulation. Med åderlätningen tappade man ut dåligt blod och den sjuke skulle förbättras. Även sedan Harvey beskrivit blodomloppet 1628 levde åderlåtningen kvar – antikens påverkan var så stark att man fortsatte med åderlätning ända fram till mitten av 1800-talet.

Under Karl XII:s tid utgjordes den kirurgiska behandlingen av sårbehandling, reposition av luxationer och frakturer, trepanation och amputation. Karl XII kom själv att behandlas av fältskärer vid några tillfällen, bland annat när han efter slaget vid Kliszow 1702 ådrog sig ett lårbensbrott efter en ridolycka. Frakturen spjälkades och efter sexveckor var den läkt, visserligen med en viss förkortning och felvinkling.

Dödligheten på slagfälten var vid den här tiden hög. Många skadade fick ligga kvar på slagfältet till dagen efter men det skulle dröja 100 år innan man insåg att en snabb behandling kunde rädda liv. Den som förstod detta mer än andra var Napoleons store fältskär Dominique-Jean Larrey. Han införde ett särskilt ambulanssystem – de flygande ambulanserna, som var hästdragna kärror. Med dessa omhändertogs de skadade medan striderna pågick. De skadade fördes till närbelägna uppsamlingsplatser – fältsjukhus – där skadorna

förbands och nödvändiga operationer genomfördes. Amputation var ofta ett nödvändigt ingrepp och Larreys amputationsteknik blev vida känd; på 2–3 minuter hade han amputerat en extremitet med efterföljande blodstillning. Såren lämnades öppna och full läkning erhöles i 75 procent av fallen.

Vårt land saknade, till skillnad från andra länder, stora kirurgiska namn under 1500- och 1600-talen. Det är först med Olof af Acrell (1717–1806) som Sverige får en internationellt välkänd kirurg. Acrell, den svenska kirurgins fader, undervisades av Linné och Rosén von Rosenstein. Han bedrev studier utomlands och deltog under något år (1743) som fältskär i den franska armén. Acrell blev den förste kirurg i vårt land som utnämndes till medicine doktor. Det skedde i Uppsala 1760. Han gjorde stora insatser för utvecklingen av Serafi-merlasarettet i Stockholm, som öppnade 1752. Acrell fick professors titel. Hans kirurgiska skicklighet var omvitnad och han var särskilt bevandrad inom ögonkirurgin – starroperationer.

Vid Uppsala universitet fanns under 1600-1700-talen två professurer i medicin, en i praktisk och en i teoretisk medicin. Först 1774 fick universitetet en tredje professur, nämligen i anatomi med Adolph Murray som innehavare. Fjorton år senare, det vill säga 1788, kombinerades professuren med kirurgi. Därmed blev Murray den förste professorn i kirurgi i Uppsala.

Sjukhusväsendet började utvecklas under 1700-talet och i Uppsala inrättade medicinprofessorn Lars Roberg 1708 Nosocomium Anatomicum med åtta sängar och fyra år senare tillkom ett länslasarett. Först 1867 sammanslogs den akademiska vården och länssjukvården i en och samma byggnad i och med tillkomsten av Akademiska sjukhuset. Nosocomium hade från början åtta sängar, men man ska minnas att det då vårdades ofta två patienter i samma säng. Roberg värnade om kirurgin och menade att ”ingen är fullkomlig medicus som inte förstår kirurgin”. Kirurgin betraktades dock under större delen av 1800-talet fortfarande som en ”utvärtes” verksamhet och i vårt land pågick fältskärarytbildningen fram till slutet av decenniet, närmare bestämt 1896. Kirurgin bestod i att sköta om sår, ta hand

om benbrott, öppna bölder, klyva upp fistlar, mejsla upp infektioner i ben (osteomyeliter), avlägsna hudtumörer etc. De större operationerna utgjordes av benamputationer och i att avlägsna stenar i urinblåsan.

Den moderna kirurgin kan sägas ha startat under 1800-talets senare hälft. Det var då man började behärska kirurgins tre stora fiender, blödning, smärta och infektion. Framför allt revolutionerades kirurgin av införandet av narkosen och förståelsen för antiseptik och aseptik. Eter togs i bruk för narkos 1846, närmare bestämt den 16 oktober, som räknas som anestesiens födelsedag. Det var då Boston-kirurgen Warren i eternarkos avlägsnade en halstumör på en ung man inför ett förstummat auditorium och yttrade de kända orden: "Gentlemen, this is no humbug".

Antiseptikens fader var den brittiske kirurgen Joseph Lister. Han kunde visa att om man rengjorde operationssalarna med karbolsyra (fenol) sjönk dödligheten på sjukhusets olycksfallsavdelning från omkring 40 % till 15 %. Listers arbete publicerades märkesåret 1867 i *The Lancet*. Det var också i slutet av 1800-talet som gummihandskar och munskydd började användas vid operationer. Antiseptiken utvecklades senare alltmer i riktning mot aseptiken.

Narkos och aseptik kom således att skapa förutsättningar för kirurgins första stora utveckling, som skedde under 1800-talets sista decennier. Framför allt gällde det bukkirurgin. Magsäcksoperationerna tillkom liksom gallkirurgin. Den första blindtarmsoperationen gjordes av engelsmannen Tait 1880; i Norden 1889 av uppsalaprofessorn K.G. Lennander. Tidigare hade inflammation i blindtarmen behandlats konservativt, bland annat med varma grötomslag på bukens nedre del. Under slutet av 1800-talet blomstrade även den gynekologiska kirurgin. Bukkirurgins stora genombrottsperiod sträckte sig fram till 1920-talet.

Uppsala hade kring sekelskiftet 1900 en särskild blomstringstid under kirurgprofessorn Karl Gustav Lennander. Han blev professor vid 32 års ålder. Han gjorde inte bara den första appendektomin i Norden utan han blev även känd för sin neurokirurgiska "pionjär-

operation” 1896, då han på en ung man avlägsnade en främmande kropp (pistolkula) i hjärnans occipitallob efter lokalisation med röntgenundersökning.

Parallellt med bukkirurgins utveckling skedde även en framfart inom strumakirurgin. Mannen bakom denna utveckling var framför allt Theodor Kocher, professor i Bern. Han blev den förste kirurgen att tilldelas ett Nobelpris i medicin och det fick han 1909 för sina studier ”sköldkörtelns fysiologi, patologi och kirurgi”. Bidragande till den fortsatta utvecklingen av strumakirurgin var uppsalaanatomen Ivar Sandströms upptäckt av bisköldkörtlarna 1877; en upptäckt som han beskrev i Upsala Läkareförenings förhandlingar 1880. Sandström själv hade ingen uppfattning om körtlarnas funktion men några decennier senare stod det klart att de hade en kalkreglerande funktionen. I och med att man kunde undvika skador på bisköldkörtlarna vid strumakirurgin kunde man också förhindra allvarliga kramp-tillstånd som orsakades av för lågt blodkalkvärde, tidigare fruktade komplikationer som ofta medförde dödlig utgång vid strumakirurgin.

Under 1900-talets första hälft märktes en ökad specialisering av kirurgin. Thoraxkirurgin och neurokirurgin kommer till. Kärllirurgin utvecklades genom tekniska framsteg – suturtekniken lanserades av fransmannen Alexis Carrel, för vilken han fick Nobelpriset 1912. Utvecklingen inom kärllirurgin banade väg för den framtida transplantationskirurgin. Under tiden från sekelskiftet fram till 1940-1950-talen pågick även en kontinuerlig förbättring av kirurgisk operationsteknik och sårbehandling, men de stora framstegen inom kirurgin får tillskrivas perioden efter andra världskriget.

Transplantationskirurgin utgör ett av de mest revolutionerande framstegen under den senare delen av förra seklet. Njuren var det organ som först blev aktuell för transplantation. Vid ingången till 1960-talet ansågs dialys fortfarande vara den mest tänkbara lösningen för patienter med kronisk njursjukdom. Många njurspecialister menade dock att den ideala lösningen vid kronisk njursjukdom var en helt annan än dialysen; patienten skulle genom ett kirurgiskt ingrepp ges en helt ny ”naturlig njure”, det vill säga med njurtransplantation.

Transplantationstanken är gammal och redan 1907 gjordes den första hornhinnetransplantationen på människa av en tjeckisk läkare med gott resultat. Den enklaste formen av transplantation kan sägas vara den vanliga blodtransfusionen. Problem med organtransplantation visade sig dock svårare än vid blodgivning; vävnadstypning var svårare än blodgruppering. Dådkraftiga kirurger försökte ändå under 1950-talet med njurtransplantation – tekniskt var problemen överkomliga men efter en kort tids funktion slutade njuren att fungera och avstöttningsreaktionen var ett faktum.

De närmaste årens forskning inriktades mot att försöka lösa avstöttningsreaktionen, det vill säga att lösa de immunologiska frågeställningarna. Resultaten var dock genomgående dåliga. De enda njurtransplantationer som kunde lyckas var de som gjordes på enäggstvillingar – individer som var immunologiskt identiska. Den första transplantationen av detta slag gjordes 1954 i Boston av Joseph Murray. En 23-årig patient med en svår njurinflammation (glomerulonefrit) fick en njure från sin tvilling. Tvillingtransplantationen dagen före julaftonen blev en framgång. Den sjuke tvillingens njurfunktion och blodtryck normaliserades – det var första gången i historien som man hade botat en sjuk människa genom att transplantera in ett nytt organ. Därmed hade man visat att transplantation var tekniskt möjlig – hindren för framgång låg i immunförsvaret och avstöttningsmekanismen.

Forskningen på immunologins område gjorde betydande framsteg under de närmaste åren. Inom transplantationsimmunologin var det framför allt den brittiske biologen Peter Medawar som var den tongivande (1960 års Nobelpris). Detta ledde fram till att Murray 1961 kunde göra den första njurtransplantationen från en obesläktad avliden givare. För sina insatser tilldelades Murray 1990 års Nobelpris i medicin; han delade det med sin landsman Donall Thomas, som vart den förste att genomföra benmärgstransplantation vid leukemi.

De förbättrade möjligheterna till så kallad immunsuppression, det vill säga att minska avstöttningsreaktionen, och förbättrad teknik för organpreservation gjorde att man under tidigt 1960-tal alltmer kom

att intressera sig för andra organ än njuren, nämligen lever, hjärta, tarm, pankreas och lungor. Redan 1963 utfördes den första levertransplantationen på människa av den amerikanske kirurgen Thomas Starzl i Denver. Resultaten av de första levertransplantationerna var nedslående, den längsta överlevnaden var 34 dagar. Några år efter den första levertransplantationen gjordes den första hjärttransplantationen av Christian Barnard i Sydafrika – patienten överlevde dock bara 18 dagar. Året var 1967.

Samma år som den första hjärttransplantationen gjordes utfördes den första transplantationen av bukspottkörteln (Kelly och Lillehei i Minneapolis). Ett alternativ till transplantation av hela organet är att endast överföra de insulinproducerande cellerna, en verksamhet som Uppsala har varit ledande inom. Sannolikt kan vi räkna med att denna form av transplantation får en roll i behandlingen av diabetes.

Transplantationskirurgin i Sverige låg tidsmässigt efter utvecklingen i USA. Den första njurtransplantationen i vårt land utfördes först 1964. Curt Frankssons pionjärinsats öppnade för en transplantationsverksamhet på flera platser i vårt land. Den första levertransplantationen kom 1984 och samma år gjordes den första hjärttransplantationen. Lars Thorén i Uppsala tillhörde pionjärerna inom svensk transplantationskirurgi och gjorde den första njurtransplantationen här 1967 och därmed hade isen brutits för att Uppsala senare skulle utvecklas till ett transplantationscentrum. I dag får 250–300 patienter årligen en ny njure i vårt land. Resultaten av transplantationskirurgin har efterhand förbättrats och på de flesta organområden ligger 5-årsöverlevnade på 80–90 procent.

Ett annat stort framsteg under 1900-talets senare hälft var utvecklingen av den öppna hjärtkirurgin. Den gjordes till en början genom nedkylning (hypotermi) av patienterna. Genom nedkylningen, som drevs till en kroppstemperatur på 26 till 30 grader, sänkte man ämnesomsättningen så att cirkulationen kunde stängas av en kort stund. Det var möjligt att operera vissa typer av hjärtfel. Den första operationen av det här slaget gjordes i början av 1950-talet. Problemet med hypotermi var att man kunde stänga av cirkulationen

endast en kort stund – behovet av en hjärt-lungmaskin var uppenbar.

Den som kom att viga sitt liv åt konstruktionen av en sådan apparat var den amerikanske kirurgen John Gibbon. Vid 27 årsålder – året var 1930 – hade han varit närvarande vid en hjärtoperation som gjordes i hypotermi och där patienten avled under operationen, insåg den unge kirurgen att hjärtkirurgins framtid låg i en effektiv hjärt-lungmaskin. Det tog honom 20 år att konstruera en sådan och efter många djurexperimentella studier kunde den första lyckade operationen på människa göras 1954 på en 18-årig flicka med defekt i skiljeväggen mellan hjärtats förmak. Cirkulationen var avstängd i 26 minuter. Operationen väckte en stor uppmärksamhet – Gibbon fick aldrig något Nobelpris men han fick uppleva hur maskinen banade väg för utvecklingen av kranskärlskirurgin. I utvecklingen av hjärtkirurgin har svenska kirurger med Clarence Crafoord i spetsen spelat en stor roll. Hans grupp konstruerade sin egen hjärt-lungmaskin och den kom på ett framgångsrikt sätt att användas första gången bara ett par månader efter att Gibbon gjort sin lyckade operation 1954. Vid operationen på en 42-årig kvinna avlägsnades en stor tumör (myxom) i hjärtat.

Hjärtkirurgiska ingrepp mot kärlkramp – angina pectoris – kom också att tilldra sig ett stort intresse på 1950-talet. Många operationsmetoder användes; bland annat att förbättra hjärtmuskulaturens cirkulation genom att operera in kärl från bröstkorgen till hjärtmuskeln. Bypass-operationerna utvecklades under 1960-talet och ingår nu i rutinsjukvården. Bypass-tekniken har i dag fått konkurrens av ”ballongvidgningen”, den så kallade PTCA-metoden (införd av Andreas Gruntzig 1977).

I mer än 200 år har vi vetat att hjärtat kan stimuleras till kontraktion med elektrisk energi. I början av 1950-talet utnyttjade man en yttre pacemaker vid så kallat block i hjärtrytmen. Det stora genombrottet på detta område kom när thoraxkirurgen Åke Senning i samarbete med en annan svensk läkare, Rune Elmquist, 1958 anlade den första pacemakern, som fungerade som ett hjärtbatteri. Den första pacemakern fungerade bara i 8 timmar – mannen (en ingenjör)

fick senare ytterligare 23 pacemakrar (han dog 2002 vid 86 års ålder). I dag fungerar batterierna i flera år.

Den så kallade titthålskirurgin, det vill säga den laparoskopiska kirurgin, har blivit en milstolpe i kirurgins historia som tillhör 1900-talets senare hälft. Metoden är dock inte ny. Redan för 100 år sedan gjorde professor Hans Christian Jacobaeus på Serafimerlasarettet i Stockholm den första laparoskopin. Jacobaeus, som var invärtesmedicinare, utvecklade den laparoskopiska idén efter att först ha provat tekniken thorakoskopiskt. Med hjälp av ett optiskt instrument, som infördes i bröstkorgen, kunde han inspektera lungsäcken och tekniken blev ett värdefullt hjälpmedel i diagnostiken och behandlingen av lungtuberkulos.

Den laparoskopiska kirurgin utvecklades tidigast inom gynekologin men under de senaste decennierna har kirurgerna i ökande utsträckning börjat använda tekniken. Utvecklingen har varit närmast lavinartad, inte minst genom den framväxande videotekniken och produktionen av nya instrument. Således gjordes den första galloperationen med laparoskopisk teknik så sent som 1985 (av E. Muhe). I dag görs 85–90 procent av alla galloperationer laparoskopiskt och i vårt land utförs i dag mer än hälften av alla laparoskopiska ingrepp av kirurger.

En förutsättning för kirurgins framsteg har varit utvecklingen inom anestesi och intensivvård. Sverige fick sin förste narkosläkare 1940. Det var Torsten Gordh, som hade utbildats i Wisconsin. Det fanns ett visst motstånd, inte minst från kirurgerna, mot den nya specialiteten, men Gordh kunde övertyga kirurgerna om att den nya specialiteten verkligen var av värde. Han kunde 1944 påvisa att mortaliteten vid större bukkirurgi minskade från nivån 12–15 % vid sjukhus, som inte hade någon anestesispecialist, till 7 % på Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet, där moderna anestesiprinciper tillämpades.

Anestesi utvecklades och under 1950-talet började centrallasarettet i landet att inrätta anestetikjänster och snart blev det ett krav att anestesilog skulle finnas där kirurgi bedrevs. 1964 fick vi vår första

professur i ämnet med Gordh som innehavare. Uppsala fick sin förste professor året därpå, då Martin H:son Holmdahl utnämndes. I slutet av 1950-talet får anesthesiologin anses vara väl etablerad i vårt land. Det blev en självständig disciplin och en viss subspecialisering tillkom. Intensivvårdsavdelningar inrättades och anesthesiologerna kom att förestå dessa. Respiratorvården kom tidigt att bli central i intensivvården. Den aktiva andningsvården fick sitt genombrott vid polioepidemin i Köpenhamn 1952. Lärdomen från polioepidemin, som året efter även drabbade vårt land, kom snabbt att överföras till intensivvården. En drivande kraft var här Martin Holmdahl. På samma sätt som respiratorvården blev central i den postoperativa vården kom det även att gälla dialysbehandlingen.

Man kan därför utan överdrift påstå att en förutsättning för kirurgins framsteg har varit anestesiens utveckling under de senaste fyra – fem decennierna. De moderna narkosmedlen i kombination med muskelavslappande medel har gjort det möjligt att operera i kroppens olika delar under säker smärtinhibition, utan påverkan av ogynnsam muskelspänning och med garanterad syrsättning av blodet. Övervakningen under narkos är numera tillförlitlig och den postoperativa mobiliseringen motverkar komplikationer. Kirurgins möjligheter har också sin grund i att vi fått ökade kunskaper om hur vi ska sköta vätskebehandlingen, näringstillförseln och ge understöd av sviktande funktioner.

Utvecklingen av bakteriologin har även varit avgörande för framstegen inom kirurgin och den perioperativa vården. Den antibakteriella effekten av penicillin beskrevs redan 1929 av Alexander Fleming, men det var först 1941 som preparatet kom i kliniskt bruk. Upptäckten av penicillin, som av många anses vara det största terapeutiska framsteget i medicinens historia, kom att dramatiskt förändra möjligheten till behandling av olika infektioner. Efter introduktionen av penicillinet har det varit en fortskridande utveckling av antibiotika och våra möjligheter till effektiv behandling av bakteriella komplikationer i den perioperativa perioden har ökat.

Sammanfattningsvis kan framhållas att framstegen inom kirurgin beror på en fantastisk operationsteknisk utveckling. Vi har tillägnat oss kunskaper om den fysiologiska revolution som en operation innebär men kanske framgången också har sin grund i att kirurgen numera inte bara arbetar med händerna utan även med hjärnan.

Artikeln är en sammanfattning av ett föredrag som hölls för Uppsala Senioruniversitet den 21 september 2010.

Henry Johansson

Röntgen i Gävleborg under nästan hundra år

GÄVLE

Redan kort tid efter röntgenstrålarnas upptäckt i november 1895 fanns det röntgenutrustning inom sjukvården i Sverige. Enstaka privata röntgeninstitut tillkom redan 1896 i Stockholm. Norrlands första röntgenlaboratorium sattes upp i Sundsvall 1897 hos stadsläkaren Carl-Otto Elfström. Akademiska sjukhuset i Uppsala fick sin utrustning 1898 och samma år beviljade sjukhusdirektionen i Gävle 1 000 kr för röntgeninköp, nästa år följt av ytterligare 1 000 kr. Erik Lindström, som 1900 tillträtt en lasarettsläkartjänst på sjukhuset, åkte 1903 till Tyskland för att studera röntgenfotografering. När lasarettets ombyggnad blev klar tre år senare hade också tillkommit ett röntgenlaboratorium med tillhörande mörkrum intill operationsavdelningen. Till en början fanns ingen röntgenkunnig läkare, så Lindström fick efter ytterligare en kurs i Berlin ett extra arvode på 500 kr för att också sköta röntgenverksamheten.

Första röntgenlaboratoriet och förste röntgenläkaren

Genom foton vet vi hur sjukhusets första röntgenrum såg ut. Det hade en del för diagnostik på ena sidan och ett terapirör på den andra. Detta terapirör finns bevarat i Gävle. Samtliga rör var så kallade jongasrör, som var mycket svåra att hantera och gav exponeringstider på upp till flera minuter. Diagnostiskt var det mest skelett och lungor som undersöktes. Arbetsmiljön och strålskyddet var inte bra. År 1917 inrättades en särskild tjänst som röntgensjuksköterska med lön på 500 kr/år + "fritt vivre". När lasarettet 1927 "delades" utrustades också en ny röntgenavdelning, som lasarettsläkare Sigfrid Arnell kom att leda fram till år 1960.

Arnell var son till en lektor i Gävle med botanik som huvudintresse, ett intresse som sonen Sigfrid övertog. Han disputerade 1948 på en avhandling om myelografi med ett vattenlösligt kontrastmedel. Men han blev också filosofie hedersdoktor för sina skrifter om lavar. Arnell inrättade 1950 en separat terapiklinik (onkologi; den första utanför storstäderna). Han var också duktig på att teckna. På pappersremisserna från hans tid finns många utlåtanden i form av blyertsteckning, som kompletterade det skrivna svaret.



Sigfrid Arnell

Röntgenavdelningen expanderar

Fram till 1927 utfördes 600–800 undersökningar årligen men redan 1928 var man uppe i 3 865 stycken och man fick behov av mer utrymme och personal. En underläkartjänst inrättades, som år 1941 innehades av Jan Nordenskjöld, blivande klinikchef. Detta år fanns 11 personer på avdelningen. Man skötte utöver diagnostik även terapi, kortvåg och ljusbehandling. Nordenskjöld, som 1948 blivit biträdande överläkare, var intresserad av radiologins historia och han skapade ett röntgenmuseum i anslutning till väntrummet på nedre våningsplanet (invigning 1975). Sedan Nordenskjöld blivit chef 1960 efterträddes han på biträdandetjänsten av Larserik Prane. En ytterligare biträdandetjänst tillsattes 1964 för Åke Hussénus, som år 1977 blev verksamhetschef. Senare tillkom Lars Aarflot (1977) och Per Karlström (1979), vilka båda senare blev överläkare och stannade på sjukhuset till sina pensioner.

Ny teknik och mammografi

Till röntgenavdelningen kom ständigt ny teknik, elektroniska genomsyningsstativ och framkallningsmaskiner med filmbehandling på 90 sekunder. TV-utrustning med förbindelse till operationsavdelningarna sattes upp och 1974 flyttades verksamheten över i en

nybyggd toppmodern röntgenavdelning. Till denna kom ultraljud och datortomografi 1980 och länets första magnetkamera installerades 1993. Samma år tillkom också ett modernt hjärtlaboratorium. Röntgenläkaren Bengt Lundgren var först i landet med att införa mammografiscreening år 1974.

Åke Hussénus avlöstes som chef 1992 av Anders Fransson och under den senares tid införlivades röntgenverksamheten på Sandvikens sjukhus organisatoriskt (1997). Under Göran Iwars cheftid 1999-2002 skedde en större ombyggnad av avdelningen och röntgenavdelningen blev helt digitaliserad. Våren 2004 blev Gunvor Persson verksamhetschef på en avdelning med 110 personer som gjorde 74 000 undersökningar/år. Hon kom senare att vara chef för alla röntgenavdelningar i länet. För den länsövergripande mammografisektionen ansvarade Anders Åkerlund. (Båda ännu i tjänst år 2010)

HUDIKSVALL

Lasarettet i Hudiksvall hade 1895 sammanlagt 112 vårdplatser och den första röntgenutrustningen togs i bruk 1912. Skötseln av denna fick personalen klara av vid sidan av ordinarie arbetsuppgifter. I en förteckning över sjukhusets personalbostäder 1927 finns en anteckning om en röntgensköterska, och samma år togs också en ny byggnad i bruk där man i bottenvåningen hade en röntgenavdelning med ”plåtgranskning”.

Röntgenläkare och ultraljuddebut

Hudiksvalls lasarett ”delades” år 1944, då man bland annat fick en separat röntgenavdelning till vilken knöts Stig Eriksson, som också var styresman för lasarettet. Han stannade till år 1956 då han flyttade till Norrköping. På röntgenavdelningen efterträddes han av med dr Curt Johansson, som blev kvar i fyra år innan han flyttade till Borås. Överläkare Tufve Bretz tillträdde som chef (1961) och året efter kom Sture Frieberg dit som biträdande överläkare. Frieberg var skåning, men förblev sjukhuset trogen till sin pensionering.

Karl- Henrik Källén verkade i Hudiksvall som chef 1978–1983 innan han drog vidare till Visby. Olle Palmqvist, som periodvis tjänstgjort i Hudiksvall sedan 1969, efterträdde honom och var chef till



1996 då Anders Persson tog över. Olle Palmqvist var den som 1979 introducerade ultraljudet i Gävleborgs län.

Datortomografin utvecklas

En läkare, som blev Hudiksvall trogen till sin pensionering 1990 var Karl Georg Andersen, överläkare från år 1973. En annan trotjänare var Alf Johansson, anställd 1975, som framför allt utvecklade datortomografi (från 1987) och interventionella undersökningar. Anders Persson var/är en teknisk entusiast som kunde förfina många undersökningar framför allt inom datortomografi och många nyheter inom området kom att utvecklas i Hudiksvall. En modern magnetkamera sattes upp år 1999. När Anders Persson drog vidare till Linköping 2001 för att bli föreståndare för CMIV (Center for Medical Image Science and Visualization) tog överläkare Karin Rydahl över chefskapet.

SÖDERHAMN

Lasarettet i Söderhamn tillkom i början på 1840-talet men sjukhusbyggnaden brann ned år 1876. Snart byggdes ett nytt hus, som senare om- och tillbyggdes med inflyttning år 1915. Året efter får man det första röntgenröret till en kostnad av 8 406 kronor och 31 öre.

Delat lasarett och egen röntgenläkare

Vid årsskiftet 1935/36 ägde en ombyggnad rum för bland annat röntgenavdelningen. Från år 1957 finns en anteckning att röntgenläkare

kom från Hudiksvall två dagar/vecka och detta varade fram till 1961 då Gunnar Bylund (född 1915) blev röntgenöverläkare i Söderhamn. Han hade tidigare tjänstgjort i Bollnäs och Hudiksvall. År 1960 hade en helt ny röntgenutrustning installerats samtidigt som sjukhuset ”delades” och byggdes ut. Gunnar Bylund stannade på sin tjänst till 1973, då han flyttade till Norrköping.

Samgående med Bollnäs och Hudiksvall

En biträdandetjänst på röntgenavdelningen inrättades 1965 för Sven Erik Bodlund (född 1922, från 1974 överläkare). Han återvände till sin födelsestad efter att bland annat varit röntgenläkare i Hudiksvall och han stannade kvar till sin pension 1987. Under Miroslav Nemecs tid som medicinskt ansvarig chef skedde 1995 ett samgående mellan sjukhusen i Söderhamn och Bollnäs.

Organisatoriskt kom därmed röntgenavdelningen att knytas till Bollnäs från 1995, då Jacob Jervaeus blev chef för båda klinikerna. Senare kom Nils Albiin (1996–97) och Stefan Belin (1997–98) att vara verksamhetschefer kortare perioder fram till 1999 då ett samgående skedde med Hudiksvall till Hälsinglands sjukhus innefattande alla fyra sjukhusen i detta landskap. Anders Persson blev då chef och han efterträddes år 2001 av Karin Rydahl.

BOLLNÄS

År 1914 öppnades Gävleborgs läns sanatorium i Mohed (mellan Bollnäs och Söderhamn). Sanatoriet inrättades delvis i gamla militärbyggnader från Hälsinge regementets tid. I detta sanatorium fanns en röntgenanläggning från starten.

Nytt lasarett med utbyggnader

Ett helt nybyggt lasarett med 101 vårdplatser öppnades i Bollnäs 1924 och här tillkom en epidemisjukstuga med 46 platser. Efter många förhandlingar kunde i början på 1950-talet ett nytt sanatorium invigas som byggts i anslutning till det utvidgade lasarettet. Bollnäs lasarett var då toppmodernt och hade 416 vårdplatser

(år 2003 är det 128 stycken). Sjukhuset hade några år tidigare fått en röntgenöverläkartjänst inrättad och på denna utnämndes 1951 Fred Haglund (född 1910). Han hade tidigare bland annat varit röntgenläkare i Abessinien (Etiopien). I samband med Haglunds ankomst byggdes en ny och modern röntgenavdelning upp. Efter hans pensionering 1975 trädde Gunnar Liss till som chef. Liss hade tidigare arbetat på röntgenavdelningen i Gävle 1962–1965 och i Bollnäs sedan 1969. En biträdandetjänst inrättades 1965 för Bertil Johansson, som tjänstgjorde där några år.

Sliten utrustning och nyinvesteringar

Gunnar Liss hade en stor arbetsbörda med lite personal och äldre utrustning. Han lämnade sin tjänst 1987 och chefstjänsten var senare obesatt något år. Efter ombyggnad och ny utrustning med bland annat datortomografi (1988) kom Stefan Belin dit 1988 som verksamhetschef. Han efterträddes av Jacob Jerveus, som var chef 1990–1996.

Samgående med Bollnäs och Hudiksvall

Ett samgående med sjukhuset i Söderhamn genomfördes 1995 och samma år flyttade man in i ett nytt sjukhus. Röntgenchefen i Bollnäs (Nils Albiin 1996–1997 och Stefan Belin 1997–1998) ansvarade då också för verksamheten i Söderhamn. Detta gällde fram till 1999 då alla sjukhus i Hälsingland slogs ihop och Anders Persson blev chef för den röntgenologiska verksamheten. Anders Persson, uppvuxen i Bollnäs, började sin röntgenbana som sommarbiträde på röntgenavdelningen under Fred Haglunds tid. Arbetet uppfattades så intressant att han övergav tanken på ingenjörstudier. Stefan Belin var under lång tid lokal medicinsk chef, från 2003 efterträddes han av Inge Hillman.

LJUSDAL

Ett nytt lasarett med 67 vårdplatser invigdes efter mycket utredande i mars 1939 i Ljusdal och här fanns en röntgenavdelning från början. Vid en inspektion 1951 befanns röntgenutrustningen så underdimensionerad att utvidgning skedde 1953–1956. Från 1958 tjänstgjorde

konsultläkare från röntgenavdelningen i Hudiksvall två dagar per vecka. De registrerade röntgenundersökningarna 1960 var 9 000 stycken och man begärde en självständig röntgenläkartjänst, vilken emellertid inte inrättades. Från mitten av 1980-talet är röntgenavdelningen organisatoriskt knuten till Hudiksvalls sjukhus och bemannas av läkare därifrån två dagar i veckan. Ljusdals röntgenavdelning var den första som drevs helt digitalt i länet (1997).



Sandvikens tre första röntgenläkare, från vänster Gude Gedda, Ragnar Findahl och Anders Fransson.

SANDVIKEN

Ett nytt lasarett i Sandviken öppnades 1957. Från början var det inrett som ett så kallat normallasarett med självständig röntgenavdelning. Som chef tillträdde Ragnar Findahl (född 1910); han kom från samma tjänst i Luleå. Från 1964 tjänstgjorde Gude Gedda som biträdande överläkare. Han efterträdde Findahl som chef 1975 och verkade på denna tjänst till 1989 då Anders Fransson tillträdde.

Den välutbildade danskfödde Gunnar Skovstedt kom som röntgenläkare 1975 och stannade till sin pensionering 1987. Efter att Anders Fransson flyttat till chefstjänsten i Gävle 1992 var Ingvar Palm och Stig Wallgren verksamhetschefer kortare perioder. År 1983 kom den första ultraljudmaskinen och en datortomograf installerades 1990. Organisatoriskt slogs verksamheten ihop med Gävle 1997 då Länssjukhuset Gävle-Sandviken började fungera. Helt digital blev avdelningen år 2000.

Tilläggs kan att man sedan slutet på 1960-talet haft en röntgenapparat på läkarstationen i Hofors. Denna röntgenverksamhet upphörde 1989.

ÖVRIGT

Röntgenkommitté

Från 1980 och några år framåt verkade efter önskemål från bland annat dåvarande Statens Strålskyddsinstitut en länsövergripande röntgenkommitté. Denna var sammansatt av representanter från alla personalkategorier som arbetade med radiologi inom Gävleborg. Ordförande var först Karl-Henrik Källén från Hudiksvall, senare Åke Hussénius från Gävle.

Uppgifterna var till en början mest strålskyddsfrågor men efterhand kom utrustning och investeringar att dominera. Landstingets hälso- och sjukvårdsstyrelse lade 1984 fram en översyn av den radiologiska verksamheten och i samband därmed förstärktes röntgenkommittén med verksamhetscheferna från länets alla röntgenavdelningar. Dyrbara investeringar krävdes. Efter år 1986 upphörde kommitténs arbete.

Otryckta källor

Intervjuer med Gunnar Liss (Bollnäs/Falun) och Olle Palmqvist (Hudiksvall)

Material, anteckningar och album från Gävle röntgenmuseum.

Protokoll från Röntgenkommittén i Gävleborg 1980–1986.

Tjänstgöringsintyg och personalrapporter, Gävleborgs landstingsarkiv.

Tryckta källor

- Fernström U. Sjukvård och sjukhus i Hudiksvall. Hudiksvalls sjukhus och Hälsinglands museum. Malungs Boktryckeri AB, Malung 1994.
- Gaude-Dotzauer L. Röntgendiagnostik. Ingår i: Sandvikens akutsjukhus i våra hjärtan. AB Sandvikens tryckeri 1998: 70-8.
- Hedin M. Röntgendebut på svenska sjukhus och sjukvårdsinrättningar. Jämte tillägg till Bibliografi svensk radiologihistoria. Amersham Health AB, Medicinhistoriska museet m fl. Kista snabbtryck, Stockholm, 2003.
- Hussénius Å. Nordensköld J. Röntgendiagnostik. Ingår i: Gävle sjukhus 1887-1987. redaktör T. Karlström. Landstinget Gävleborg, Gävle, 1998: 121-23.
- Lindström E. Gefleborgs läns landsting 1863-1937. Bollnäs, 1939.
- Nordensköld J. Röntgenavdelningen vid Gävle sjukhus 70-årsjubilerar. X-trakten. Gävleborgs läns landsting informerar. 1976; 10: 20-6.
- Orgård P. L. (redaktör). I Människovårdens Tjänst. Anteckningar ur Gävleborgs läns landstings historia med en kvartssekelskrönika. Gävleborgs läns landsting. Eric Ericsons boktryckeri, Ljusdal, 1962.

Måns Hedin

Docent, överandläkare vid röntgenavdelningen i Gävle 1978-2007

Radiologin vid Uppsala universitet – kort historik

Kort efter det att Konrad Röntgen gjort sin upptäckt den 8 november 1895 i Würzburg gjordes försök i Uppsala med dessa urladdningsrör. Det var fysiologen Hjalmar Öhrvall och fysikern Knut Ångström som framställde de första bilderna i februari 1896. Dessa finns alltså bevarade på den nuvarande röntgenavdelningen på Akademiska sjukhuset. Den 24 februari 1897 anslog medicinska fakulteten vid Uppsala universitet 300 kr för inköp av röntgenutrustning till Akademiska sjukhuset och 1898 ytterligare 900 kr. Endast ett av de fyra svenska universitetssjukhusen hade någon röntgenutrustning 1898 men tre år senare fanns sådan på Serafimerlasarettet i Stockholm och på Lunds lasarett.

Akademiska sjukhuset, som stod färdigt 1867 och då endast omfattade den nuvarande K-märkta byggnaden samt en byggnad där



Professor Hugo Laurell och medarbetare i samband med dennes 60-årsdag 1944. Från vänster Arne Franzell, Hans-Göran Skarby och Hugo Laurell. I bakgrunden Tore Rydman, Ingemar Hessén och Jan Nordenskjöld.

ögonkliniken kom att inrymmas, ansågs vid tiden för första världskriget trångbott men inte förrän flera år efter krigsslutet byggdes nya lokaler för kirurgi, pediatrik, polikliniker och röntgendiagnostik.

Röntgenavdelningen förestods i början av 1900-talet av yngre läkare och medicine kandidater, bland andra Gösta Forsell, som kan anses vara den som kom att organisera den svenska radiologin.

År 1913 förordnades Hugo Laurell till föreståndare. Laurell, som blev den store uppsalapionjären inom radiologin, var autodidakt men utförde mycken banbrytande forskning helt självständigt. Han kallades 1926 utan föregående disputation till docent i medicinsk radiologi. Laurell fulländade bukdiagnostiken under åren 1921 till

1931 och kom att bilda skola. Friman Dahl i Oslo och H.G. Skarby var hans elever.

Laurell kallades 1931 till den första professuren i radiologi i Uppsala. Den innehade han till 1949, då han efterträddes av Folke Knutsson.

Knutsson, som framför allt var skelettradiolog, kom från Karolinska institutet och ledde avdelningen fram till 1967. Under hans ämbets tid kom flera utmärkta avhandlingar att handla om tomografi (Herman Lodin, Ingemar Bokström och Stig Fagerberg). Denna metod förfinades efter hand och kom att spela en stor roll

inom lung- och skelettdiagnostiken. 1958 inrättades en thoraxkirurgisk klinik med Viking Olov Björk som förste innehavare och samma år en professur i neurologi med Karl-Axel Ekbohm som innehavare.



Professor Folke Knutsson.

1962 kom Einar Bohm att utnämnas till professor på den nyinrättade neurokirurgiska kliniken. Detta ledde till ökande krav på specialisering inom röntgenavdelningen. Olika nya sektioner bildades där Herman Lodin fick bana väg inom thorax-, neuro- och pediatrik radiologi. 1962 övertog Lars Björk thoraxradiologin och några år senare kom Kjell Bergström respektive Håkan Jorulf att leda de andra två subspecialiteterna. Ett mycket gott samarbete fanns med inblandande kliniker; bland annat visas detta i avhandlingar skrivna av Ingemar Cullhed, Elis Maler och Ebba Enghoff.

År 1953 gjorde Lodin den första aortografien och 1960 inrättades ett angiokardiografiskt laboratorium (på nedre botten i den gamla medicinkliniken). Ortopedin fick Carl Hirsch som förste chef 1962 följd av Tor Hierton. Detta ställde ytterligare krav på skelettradiologin samt även angiologin. Samarbete inleddes med gåskolan och även med den nya avdelningen för klinisk fysiolog, vars chef var Gunnar Ström.

Antalet läkare ökade från 9 till 15 under Knutssons tid och övrig personal var 73 personer. År 1967 tillträdde Herman Lodin som professor och under hans tid som chef fortskred subspecialiseringen. Herman Wilbrand blev chef för den otiatriska radiologin och Stig Fagerberg ledde sektionen för kirurgi och akutröntgen och författaren angiologin samt ortopedisk radiologi.

Avdelningens lokaler var trånga och opraktiska och under Lodins mycket framsynta ledning planerades och byggdes den nuvarande kliniken. Den första etappen blev klar hösten 1971. Vi som kom från den gamla trånga avdelningen kände en ödslighet i den nya ännu inte färdigutrustade. Det tog ytterligare 5 år innan hjärtlaboratorierna var moderna. Då hade Björk efter långa tider i USA blivit professor vid Göteborgs universitet och jag hade efterträtt honom i Uppsala. Lennart Johansson var chef för thoraxkirurgiska kliniken och samarbetet med honom var utmärkt. I oktober gjorde jag den första selektiva koronararteriografien och detta blev starten för by-passkirurgin i Uppsala, som blev mycket omfattande och ofta utfördes akut. Något senare kom ballongdilatationerna att utföras, likaså akut, när Gunnar

Helmius övertagit ledningen för denna sektion.

År 1973 flyttade neuroradiologin och pediatrika radiologin in i de nu färdiga lokalerna. Den gamla avdelningen kom att ingå i det expanderande sjukhusapoteket. Datortomografer anskaffades både för buk- och skalldiagnostik och i slutet på 1970 talet skaffades den första PET-kameran. En väl utrustad forskningsavdelning fanns i den nya etappen. Denna blev anledning till att institutionen kunde konkurrera internationellt om medel för aterosklerosforskning. Såväl franska, tyska som amerikanska medel tillfördes institutionen och den första kvantifieringen av ateroskleros i arteria femoralis gjordes. När jag 1982 efterträdde Lodin som chef var neuro- och thorax-radiologi de dominerande verksamheterna. Men PET och datortomografi fick allt större utrymme. Ett stort amerikanskt anslag möjliggjorde en kvalificerad forskning om ateroskleros och uppbyggnaden av en grupp runt denna. Denna hade inletts i samarbete med Tor Hier-ton, som även var kärllkirurg, och Lars A. Carlsson som var lipidforskare vid geriatrika kliniken.

Flera avhandlingar (Sven Nilsson, Gunnar Ruhn, Lott Bergstrand och Örjan Smedby) visade att sjukdomen kunde kvantifieras samt hur viktig reologin var.

Anders Hemmingsson utnämndes till professor i experimentell radiologi och fick ansvar för datortomografin samt införandet av MRT. 1984 installerades Sveriges första MRT-apparatur i Uppsala på inrådan av medicinska forskningsrådet. Några år senare



Artikelförfattaren Uno Eriksson vid början av medicinkursen.

blev Kjell Bergström professor i neuroradiologi. Dessa professorer, som inte var befodringsprofessorer, motiverades av en kliniskt viktig forskningsverksamhet.

Den radiologiska forskningen utfördes av i regel specialistutbildade radiologer. Till skillnad från de prekliniska forskarna blev därför disputationens ålder högre, cirka 5 år, jämfört med de prekliniska. Forskarna hade i regel familj och därmed sammanhängande förpliktelser. Det var då desto mer glädjande att tre unga radiologer kunde få utföra sin forskning hos Hans Ulfendahl i samarbete med hans njurfysiologiska grupp på BMC. Deras resultat kom att få stort inflytande på kontrastmedelsforskningen och framtagandet av säkrare lågviskösa kontrastmedel. Denna forskning inleddes redan på 1960-talet av mig tillsammans med Lars Björk och Björn Ingelman vid Pharmacia, då det första dimera jodhaltiga preparatet utprovades i Uppsala. Antalet disputationer kom att öka från en vart fjärde år till fyra per år. Detta gjorde att avdelningen mycket lätt kunde rekrytera unga intresserade läkare, ibland med god naturvetenskaplig grund.

Den interventionella radiologin, som växer kraftigt i våra dagar, togs tidigt upp inom njurradiologi, perifera artärstenoser liksom vid perikardutjuttingar och koronarstenoser. Denna utveckling ledes nu av Rickard Nyman, som är utnämnd till adjungerad professor inom intervention. Anders Magnusson är professor inom uroradiologin. Ultraljudsdiagnostiken togs tidigt upp och med P. G. Lindgren fick den en framstående företrädare och denne kom att utveckla en revolutionerande metod att utföra biopsier. När Kjell Bergström avgick efterträddes han av Raili Raininko från Åbo. Den neurointerventionella verksamheten har ökat. Till institutionen har sedan knutits Elna-Marie Larsson som ny professor i neuro-radiologi. Nuklearmedicin inklusive PET-tekniken ingår numera både vetenskapligt och kliniskt i den radiologiska verksamheten.

På något över hundra år har radiologin blivit en allt viktigare del av Akademiska sjukhusets verksamhet. Personalstyrkan är cirka 250 personer och fem professorer företräder universitet och institutionen har dessutom fått ansvaret för röntgensköterskeutbildningen.

Röntgenavdelningens utveckling har, som Folke Knutsson skildrade i sin efterskrift, skett i etapper och varit helt beroende av kompetenta och engagerade medarbetare. Den nuvarande prefekten för institutionen, professor Håkan Ahlström, och hans grupp leder en omfattande forskningsverksamhet inom MRT och dess tillämpningar. I gruppen ingår välutbildade naturvetare och det blir kanske den utveckling som kommer att ske när kontaktytorna mellan prekliniker och kliniker minskar samtidigt som, tyvärr, inga kliniker längre återfinns som doktorander på prekliniska institutioner. Redan Knutsson betonade vikten av samarbete inom sjukhuset och detta hoppas även författaren till denna historik på för att undvika de internationellt vanliga revirstriderna.

Uno Eriksson

Professor emeritus i diagnostisk radiologi

Julius Swanlunds farmacihistoriska samling

Vid många av Uppsala universitets institutioner finns samlingar av äldre föremål bevarade. Vad som döljer sig bakom de enskilda institutionernas väggar har emellertid varit svårt att överblicka. Flertalet av samlingarna har enbart varit kända av personalen vid institutionerna där de förvaras. Den situationen har nu börjat förändras något. Hösten 2008 inledde Museum Gustavianum ett projekt för att gå igenom institutionernas samlingar och ta fram riktlinjer för hur de bör hanteras i framtiden¹. (Referenser, se sist i kapitlet). Ett urval föremål ur dessa skattgömmor har under 2010 visats på Museum Gustavianum i utställningen *Gömda och glömda – 500 år av samlande vid Uppsala universitet*.

Av samlingarna som kommit i dagen under arbetet med projektet är en av särskilt intresse för denna årsskrifts läsare: Julius Swanlunds farmacihistoriska samling². Utanför kretsen av farmaceuter som deltagit i möten i sammanträdesrummet där föremålen finns uppställda är det få personer som känner till dess existens. Under våren 2010 dokumenterades samlingen av Rebecca Flodin, som gjorde detta som examensarbete i sin magisterutbildning i Musei- och kulturarvsvetenskap vid Uppsala universitet. Alla föremålen har fotograferats och uppgifter om dem har samlats in från tillgängliga källor.

Vem var då Julius Swanlund och hur kommer det sig att hans samling i dag tas om hand av Farmaceutiska fakulteten vid Uppsala universitet?

Julius Swanlund

Julius Swanlund (1875–1952) föddes i en välbärgad apotekarfamilj i Karlskrona³. År 1899 avlade han apotekarexamen och år 1901 filosofie doktorsexamen. Det senare skedde vid universitetet i Basel där han disputerade på en avhandling om vegetationen på två öar i

Indiska oceanen. Efter återkomsten till hemlandet inledde Swanlund på allvar sitt livslånga arbete i den svenska farmacins tjänst. Under en lång följd av år verkade han i olika egenskaper vid skilda apotek och blev slutligen innehavare av ett eget, först i Norberg 1925 och sedan i Borlänge 1931.

Swanlund var mycket intresserad av farmacins historia. Han var ledamot av Académie Internationale d'Histoire de la Pharmacie med bas i Haag och publicerade själv ett par farmacihistoriska uppsatser. Tydligast kom dock hans historiska intresse till uttryck i samlandet av farmacihistoriska föremål. Det måste ha krävt stora ansträngningar att få tag på alla de sällsynta föremål från olika länder som ingår i hans samling.

Från Farmaceutiska institutet till Uppsala universitet

Som många samlare oroade sig Swanlund säkerligen för vad som skulle hända med hans älskade skötebarn efter hans bortgång. År 1950 vände han sig i alla händelser till Farmaceutiska institutet och erbjöd sig att skänka samlingen dit. Frågan togs upp vid institutets styrelsemöte den 9 juni 1950 och i protokollet heter det att man beslutat "att institutet med tacksamhet vill mottaga gåvan"⁴. Under hösten samma år flyttades samlingen från Swanlunds sommarbostad i Söderbärke till Farmaceutiska institutets lokaler på Kungstensgatan i Stockholm⁵. Med samlingen följde också en inventarieförteckning som Swanlund upprättat. Tyvärr tycks denna senare ha gått förlorad⁶.

Sannolikt föreställde sig Swanlund att han genom att donera samlingen till Farmaceutiska institutet hade säkerställt att den skulle bevaras intakt för framtiden. Riktigt så blev det emellertid inte. År 1968 uppgick Farmaceutiska institutet i Uppsala universitet. Överförandet av verksamheten och utrustningen från Stockholm till Uppsala blev en utdragen process och Swanlunds samling stod inte högst på dagordningen. Delar av samlingen hade i själva verket aldrig packats upp efter att den kommit till Farmaceutiska institutet.

Genom en skrivelse av Stig Ekström vände sig Apotekarsocieteten 2 mars 1973 till Farmaceutiska fakulteten med en anhållan om att de

ouppackade delarna av samlingen skulle deponeras hos societeten för att användas i apoteksmuseet som planerades i dess lokaler. Ärendet togs upp på fakultetens sammanträde den 17 maj 1973 och beslutet blev att anhållan skulle bifallas⁷. Apotekarsocieteten skred till handling så snart beslutet hade meddelats. Av minnesanteckningar från ett sammanträde den 29 maj framgår att man redan då hade hämtat materialet. Det rörde sig om ”ett 10-tal större trälårar” samt ”diverse lösa föremål”⁸.

Att nu identifiera vilka föremål i Apotekarsocietetens farmaci-historiska museum som ursprungligen kommer från Swanlunds samling är en omöjlig uppgift om inte några hittills okända handlingar kommer i dagen. Det råder dock inte någon tvekan om att det är ett stort antal. I Uppsala finns idag omkring 200 föremål bevarade medan Swanlunds egen förteckning ska ha omfattat ungefär 500 objekt⁹.

Emellertid ska det understrykas att det var de mest exklusiva delarna av samlingen som följde med till Uppsala. Senast 1975 hade föremålen ställts i ordning i skåp i det sammanträdesrum på Biomedicinskt centrum där de fortfarande förvaras. I skåpen finns också ett antal små skyltar med information om föremålen, vilka uppenbarligen går tillbaka på Swanlunds förteckning. För några föremål går det dessutom att hämta kompletterande uppgifter ur Swanlunds farmacihistoriska uppsatser.

Samlingens innehåll

I samlingen ingår många olika typer av föremål som genom historien har använts i beredningen och hanteringen av läkemedel av varierande slag. Den största och mest iögonfallande kategorin av föremål utgörs av ståndkärl från 1600- till 1800-talen. Många av dessa förvaringskärl är tillverkade av fajans och kommer från apotek i Frankrike,



1. Italienskt ståndkärl, 1600-talet.

Italien, Holland och Schweiz. I en uppsats beskriver Swanlund kärleksfullt fajanskärlden som ”utan jämförelse de vackraste och mest egenartade kärl som under århundraden förlänat apotekens officiner en förnäm prägel”. Han tillfogar dock att det i sanningens namn måste erkännas att de även är ”de mest opraktiska”¹⁰.

Fajanskärl från olika epoker och länder har vissa särdrag, vilket åskådliggörs på ett tydligt sätt av exemplaren i Swanlunds samling. De italienska kärlden från 1600-talet utmärks exempelvis av en mycket rik utsmyckning, som på det praktfulla kruset på bild 1. I jämförelse med dessa framstår bland annat de holländska kärlden från 1700-talet som sparsamt dekorerade. Den många gånger konstfulla dekoren utgör i sig ett fascinerande stycke farmacihistoria. Förutom skilda slag av ornament förekommer bland annat motiv hämtade från växternas och djurens riken, från religionens och medicinens områden, från emblematikens och heraldikens fält för att endast nämna de vanligaste motiven.

Swanlund fängslades av de färgsprakande italienska kärlden, men han uppskattade även senempirens sobert utformade kärl, som han ansåg hade behandlats alltför styvmoderligt av farmacihistorikerna. I samlingen ingår bland annat en uppsättning kärl från tidigt 1800-tal som han inköpt i Sankt Gallen i Schweiz. Dessa kännetecknas av platta eller svagt välvda former utan vidare dekor.

Mer exklusivt utformade fajanskärl användes knappast vid svenska apotek. Däremot förekom kärl av enklare modell och även sådana finns representerade i samlingen. Exempelvis finns flera kärl från apoteket i Smedjebacken, vilka tillverkats av Rörstrand på 1770-talet. Som framgår av bild 2 var dessa kärl utförda med stiliserad dekor och text i ljusblå färg. Under 1800-talets lopp kom fajanskärlden att framstå som alltför dyrbara att införskaffa och ersattes med enklare



2. Ståndkärl från Rörstrand, 1700-talet.

typer av apotekskärl av vitt benglas eller porslin. Ett antal kärl av det slaget ingår också i Swanlunds samling.

En viktig typ av apotekskärl med mycket lång historia är de runda träburkarna med lock. Att förvara mineraler, pulver och extrakt i träburkar var något som människan gjorde redan under den grekiska antiken. I Swanlunds samling återfinns flera burkar av svarvat trä från apoteket i Smedjebacken. De har en cylindrisk form och är målade i grön, röd eller brun färg och är försedda med lock som ibland har en enkel utsirning. På burkarna finns vanligen en påklitråd sköldliknande lapp där innehållet anges, men på vissa har texten målats direkt på träet. Under 1800-talets gång byttes dessa burkar ut mot varianter i mörkt glas eller plåt, eftersom man insåg betydelsen av att förvara läkemedel i lufttäta och ljusskyddande höljen. På sin tid var träburkarna enkla bruksföremål, men i dag är de eftersökta samlarobjekt.



3. Glasmortel, osäker datering.

Swanlunds samling består i övrigt av en hel del andra intressanta föremål. Bland annat finns vågar, pulverskedar, dekoktbad, spritprovare, mortlar och pistiller. Till de mer anmärkningsvärda föremålen hör en smaragdgrön mortel med en 14 cm lång pistill, som båda är tillverkade av glas och även dessa kommer från apoteket i Smedjebacken. Förvånande nog är glaset helt intakt trots att de förmodligen är flera hundra år gamla¹¹. Värda att omnämna är också tre vackra mätglas som uppges vara tillverkade i Schweiz under 1300- eller 1400-talet och som därmed är de äldsta föremålen i samlingen.

Denna presentation skulle kunna göras betydligt längre, men det som nu sagts får vara tillräckligt i detta sammanhang. Kanske kommer någon i framtiden att fortsätta undersökningen av Swanlunds samling? Det är fullt möjligt att fortsatt letande bland arkivhandlingar kan bringa nya dokument i ljuset, vilka kan räta ut en del av de återstående frågetecknen kring denna intressanta samling.

Avslutningsvis skulle vi vilja rikta ett varmt tack till alla som på olika sätt bistått i sökandet efter uppgifter om samlingen och vid dokumentationen av densamma, i första hand Marianne Danersund, Institutionen för farmaceutisk biovetenskap, Uppsala universitet, och Leif Eklund, Apotekarsocieteten.

Urban Josefsson och Rebecca Flodin

Referenser

1. Den första huvudfasen av projektet finns rapporterad i Urban Josefsson & John Worley, "Föremålssamlingarna vid Uppsala universitet" (Uppsala, 2010). Publicerad projektrapport, Museum Gustavianum, Uppsala universitet.
2. Samlingen har tidigare ägnats två korta artiklar: Erik Sandell, "Förnämlig donation till Farmaceutiska institutet", i Svensk farmaceutisk tidskrift nr 35 1950 samt Bengt R. E. Danielsson, "Paradrummet på BMC", i Reptilen nr 6 1975.
3. De biografiska uppgifterna är hämtade ur Alfred Levertin, C. F. V. Schimmel-pfennig & K. A. Ahlberg (utgivare), Sveriges apotekarhistoria från konung Gustaf I:s till närvarande tid, band IV (Stockholm, 1922–1927), 2246 f. samt Martin Lundqvist, "Julius Swanlund död", i Svensk farmaceutisk tidskrift nr 33 1952.
4. "Styrelsens protokoll, med tillhörande handlingar" A:I, Farmaceutiska Institutet (Kungl.), SE/RA/420063.
5. Sandell (1950), 727.
6. Det har inte varit möjligt att återfinna förteckningen i vare sig Riksarkivet, Uppsala universitetsarkiv eller Apotekarsocietetens arkiv.
7. Skrivelsen och protokollet finns bland Farmaceutiska fakultetens handlingar i Uppsala universitetsarkiv.
8. Minnesanteckningar från sammanträde med farmacihistoriska arbetsgruppen den 29 maj 1973, Apotekarsocieteten.
9. Sandell (1950), 727.
10. Julius Swanlund, "Några anteckningar om ett gammalt dalaapotek", i Dalarnas hembygdsbok: Dalarnas fornminnes- och hembygdsförbunds årsskrift 1945, 110.
11. Swanlund (1945), 118.

Doktor Westerlund och landstinget 1864–1913

I denna artikel skildras vad som finns bevarat i landstingsarkivet i Uppsala om sjukstugan i Enköping och ”Enköpingsdoktorn” Ernst Westerlund. Källmaterialet utgörs av protokoll från landstingets möten med tillhörande handlingar och protokoll från styrelsen för sjukstugan i Enköping med bilagor. Materialet utgör en del i ett pågående arbete om Landstingets i Uppsala län historia under dess snart 150-åriga tillvaro. Här kommer därför inte Westerlunds medicinska metoder, hans patienter eller omfattningen av hans verksamhet att framgå mer än marginellt. För utförligare information om läkaren Westerlund och hans tid och verk hänvisar jag till Kerstin Hulter Åsbergs artikel ”En doktor i den lidande mänsklighetens tjänst” i *Läkartidningen* nr 36 2010.

Krav om lasarett i Enköping

Landstinget i Uppsala län sammanträdde första gången i september 1863. Redan på det andra landstingsmötet motionerade landstingsmannen för Enköpings stad, borgmästare Kistner, om anslag till ett lasarett i staden. Detta utreddes till 1865 men landstinget var kall-sinnigt och det blev avslag. En ny kommitté fortsatte utreda och föreslog 1867 två nya sjukhus. Ett i Enköping med nio sjuksängar och ett i norra länsdelen med sex sjuksängar. Landstinget beslutade inte heller denna gång att anslå några medel. Det räckte med Akademiska sjukhuset i Uppsala.

1868 anställdes den unge Ernst Westerlund, född 1839, som stads-läkare i Enköping. Året därefter motionerade borgmästare Frick, som var ny landstingsman för staden, om en sjukhusanstalt i Enköping. Motionen avsågs. Men Frick kom igen 1876. Då hade Enköpings stad i allmän rådstuga beslutat ställa mark till förfogande och bidra med halva beloppet för uppförandet dock högst 10 000 kr. Detta

bevekade Landstinget som anslog 10 000 kr men ville utreda driftskostnaderna. Till utredningskommitté valdes Frick, Westerlund och landstingsman Fredrik Afzelius från Uppsala.

Stadens sjukstuga

Landstinget beslutade 1877 efter mycken diskussion att bidra med 3 000 kronor per år till staden som skulle driva sjukhuset. Ett kontrakt upprättades mellan landstinget och staden för att reglera samarbetet. I § 1 reglerades ekonomin och att patienter skulle tas emot från både staden och landsbygden. 10 sängar skulle tillhandahållas för en legosängsavgift av 50 öre och två sängar för vård mot full kostnad.

I § 2 bestämdes att 7/12 av befintliga sjukplatser skulle hållas för sjuka från landsbygden.

§ 3 reglerade styrelsen som skulle bestå av sjukhusläkaren och fyra ledamöter och fyra suppleanter. Landstinget och staden utsåg hälften vardera. Styrelsen skulle bestämma avgiften på de enskilda rummen och ”i övrigt handha allt som med sjukhusets ekonomiska och disciplinära förvaltning kunde äga sammanhang”. Styrelsen utsåg inom sig ordförande och räkenskapsförare. Ledamöter och suppleanter uppbar ingen ersättning.

§ 4 klargjorde att staden svarade för underhåll av inventarier och fastigheten och upprätthållandet av läkarvården genom stadsläkaren till vars avlönande staden fick använda 400 kr av landstingets bidrag.

§ 6 stadgade att sjukhusets räkenskaper skulle insändas till landstingets kamrer och av landstingets revisorer granskas.

Westerlund både läkare och styrelseordförande

Sjukhusstyrelsen sammanträdde första gången den 24 oktober 1878. Närvarande var medicine doktor Ernst Westerlund, borgmästare MW Frick, lantbrukare C C Lundevall, lantbrukare L W Sandell och bankkamrer Anton Ljung. Till ordförande valdes Westerlund. Styrelsen sammanträdde ytterligare två gånger under det året då den anställde sjuksköterska och beslutade om extra kost till patienter vid helger.

Styrelsen sammanträdde tre gånger under våren 1879 då den anställde en gårdskarll för 15 kr per månad och tog emot upplösta Skarpskytteföreningens kassa på 1 104:03 kr. Under 1880 sammanträdde den en gång då den anställde Wilhelm Ljung som syssloman för 200 kr per år.

Sjukstugan byggs ut efter fyra år

Redan 1881 motionerade Frick om att sjukhuset i Enköping behövde byggas ut med en våning. Landstinget anslog 8 500 kr för byggnation och 1 500 kr för inredning.

Direktionen beslutade den 7 april 1881 att sjukhusläkarens arvode på 400 kr skulle förhöjas med 25 öre om dagen för den tid varje patient, som erlade daglig sjukvårdsavgift med 1 krona 50 öre, vårdades å sjukhuset. Detta lönetillägg skulle dessutom utgå retroaktivt för året 1880 med två hundra två kronor och 50 öre. Om detta var förenligt med kontraktet mellan landstinget och staden kan med dagens ögon ifrågasättas men det gjordes inte då.

1882 kunde landstingsman Frick förmå landstinget att höja anslaget till 6 000 kr. Sjukstugan var då tillbyggd och hade 20 sängar på allmän sal och minst fyra sängar mot full ersättning. Vid full beläggning skulle 2/3 av sängarna vara förbehållna landsbygdens patienter. Till stadsläkarens avlöning fick 600 kr av landstingsbidraget användas.

Glesa styrelsesammanträden

1883 träffades direktionen till ett sammanträde. På förekommen anledning beslutades då att höja legosängsavgiften för enskilt rum till 2 kr från den 1 januari 1884. I den särskilda matordningen för dessa patienter skulle ingå kaffe med skorpor, smör och ägg till frukost, kött eller fisk och allmänna matlagningens soppa till middag samt gröt och mjölk till kvällen. I den allmänna mathållningen vidtogs den förändringen att kabeljo utbytes mot pannkaka.

Ordföranden bemyndigades att vid behov och mot ersättning ur sjukhusets kassa låta anställa erforderligt biträde åt sjuksköterskan i övre våningen där de fyra enskilda sjukrummen var belägna. 200 kr

anslogs för telefonledning mellan sjukhuset och sjukhusläkarens bostad. Efter detta sammanträde möttes inte styrelsen förrän den 18 maj 1889! En kommentar 2010 är att doktor Westerlund tydligen ansåg sig ha fått befogenheter att själv bestämma.

Vid granskningen av Enköpings sjukstugas räkenskaper beslutade landstinget 1884 att i fortsättningen utse två särskilda revisorer. 1886 sänktes landstingets anslag till 5 000 kr per år! Orsaken var enligt Westerlunds skrivelse till Frick att de patienter som betalade 2 kr och 1:50 kr gav ett överskott som kunde användas till vården på allmän sal. Kan detta vara anledningen till att de två revisorerna inte kontrollerade styrelsens protokoll och upptäckte att den inte ens sammanträtt?

Westerlund inte längre stadsläkare men fortsatt doktor och styrelseordförande

När direktionen sammanträdde igen 1889 hade Westerlund avgått som stadsläkare och efterträts av sin svåger Thore Floderus. Närvarande var ordföranden regementsläkaren Westerlund, Floderus, borgmästare Frick och lantbrukare Lundevall.

Den första paragrafen i protokollet lyder: ”Ordföranden tillkännagav att några ärenden rörande sjukhusets ekonomiska eller disciplinära förvaltning ej givit anledning att sammankalla direktionsledamöterna under tiden från näst föregående sammanträde och att något sådant ärende ej heller nu förelåg, samt meddelade att sjukhuset såsom gåva av greve A P Hamilton i Stockholm, vars hustru varit ordförandens patient, erhållit en järnsäng med sängkläder av utmärkt god beskaffenhet.”

Vid nästa sammanträde den 30 oktober 1889 överlämnade Westerlund till styrelsen en gåva på 4 380 kr vilket han erhållit på sin 50-årsdag den 22 oktober. 25 procent av räntan skulle läggas till kapitalet. Resten av avkastningen skulle användas såsom hjälp till sjukvårdsavgiften av någon eller några till främmande län hörande men å detta sjukhus liggande sjuklingar. ”Dock önskar jag att när jag lämnar denna ort kapitalet i stället användes såsom fond vars ränta må utgå såsom pension åt sjuksköterska som under sin tjänst

härstädes vare sig genom ålder eller sjukdom blivit oförmögen till vidare tjänstgöring.” Sjukhusdirektionen uttalade sin vördsamma, hjertliga tacksamhet till gifvaren.

Den 15 juni 1891, utan att Westerlund deltog, granskade direktionen räkenskaperna för 1890 och överlämnade dem till landstingets revisorer. Men inte heller under 1890-talet sammanträdde styrelsen varje år.

Utömlänspatienterna ökar i antal

Till styrelsens årsberättelser från 1884 och framåt finns bifogade förteckningar över samtliga patienter med namn, hemort och vilken avgift de erlagt. I statistiken fördelas patienterna på tre grupper; staden, Uppsala län och främmande län. Av denna framgår hur patienterna från främmande län är spridda över hela Sverige men även Norge, Finland, Ryssland och Amerika, vilket framgår nedan.

Ett urval Westerlundspatienter på Enköpings sjukstuga som visar härkomst, hemort och omfattningen av vård:

Fröken Amelie Wachtmeister, Ljungby 86 dagar 1884, 128 dagar 1885, 101 dagar 1886

Fröken Betty Ploman, Stockholm 285 dagar 1884, 42 dagar 1887

Fröken von Hartmansdorff, Wimmerby 60 dagar 1885, 147 dagar 1886, 108 dagar 1888, 165 dagar 1889,

Fru Granstedt, Helsingfors 58 dagar 1885, 139 1886

Hofrättsrådet och hofrättsrådinnan Moberg, Stockholm låg båda 22 dagar 1886

Friherrinnan Lotten Lejonhufvud, Stockholm 112 dagar 1886, 64 dagar 1887

Byggmästare Öhman Dalarna 43 dagar och fru Anna Öhman 28 dagar i december 1886, A W Öhman i Insjön 64 dagar, 1887

Axel v Kothén, Helsingfors 124 dagar 1890, 162 dagar 1891

Johan Eriksson i Mora 363 dagar á 1:50 1893

Anne Wiman, Uppsala 277 dagar 1894, 242 dagar 1895, 257 dagar

1896, 162 dagar 1897

Fredrik Falkenberg och Sara Flock, Norge 69 dagar vardera 1896, Flock återkom 267 dagar 1897, 147 dagar 1898 och Falkenberg 56 dagar 1897

Fröken de Mann, Petersburg 30 dagar 1897, 138 dagar 1898

Jöns Olsson, Jämtland 104 dagar 1897

Direktionen skrev 1890 i sin årsberättelse: ”På enskilt rum har endast två länsbor sökt och innehaft plats, hvadan dessa rum för övrigt varit upptagna af patienter från främmande län, varjämte äfven främmande länsbor varit intagne å allmänna salarne då utrymme kunnat beredas. Genom den högre legosängsavgiften har sjukhusets inkomster i väsentlig mån ökats.”

1899 var antalet sjukdagar för patienter från främmande län högst med 6 113 fördelade på 114 patienter. Det motsvarade 58 procent av beläggningen. Medelvårdtiden var 37,58 dagar. 1905 finns en notering i årsberättelsen om doktor Westerlunds läkararvode för 4 817 sjukdagar å 25 öre vilket gjorde 1 204:25. Detta fördelades med $\frac{3}{5}$ på Westerlund och $\frac{2}{5}$ på Floderus. Av årsberättelsen 1910 framgick att Westerlund tagit hand om hela det extra läkararvodet då han krediterats 1 342:75 och hela arvodet, inklusive stadsläkarens fasta 600 kr, redovisades till 1 942:75 kr.

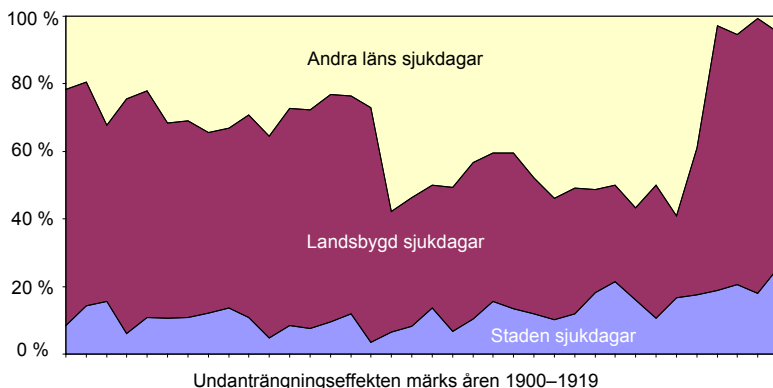
Om- och tillbyggnad av sjukstugan

Landstinget anslog under visst motstånd 20 500 kr fördelat på åren 1895 och 1896 för om- och tillbyggnad av sjukstugan. Det årliga anslaget höjdes till 6 000 kr efter att i 10 år legat på 5 000 kr. Landstinget angav som villkor att inga andra sjuka från främmande län fick tas emot än sådana som erlade minst 1 krona 50 öre för sjukdag. Antalet sängar var efter tillbyggnaden 28 varav fem i enskilt rum och tre i halvenskilt rum.

Länspatienter trängs undan

Under slutet av 1800-talet och det första decenniet på det nya seklet var andelen patienter från andra län och länder stort. Patienter klagade och i protokollet framgick att en doktor i Veckholm klagat till styrelsen för en patient som inte tagits in på sjukhuset. Detta nådde även landstinget och dess ledamöter. Flera frågade sig vad som pågick i Enköping och om kontraktets bestämmelser om att 2/3 av sängarna skulle förbehållas landsbygdens patienter verkligen hölls. Uppenbarligen inte som framgår av diagrammet!

Fördelning av patienter på Enköpings sjukstuga 1884–1919



Sommaren 1911 blev en man överkörd av ett tåg och ena benet blev i det närmaste avklippt. På sjukstugan fanns en t.f. medicine kandidat som ansåg amputation nödvändig men han beslöt skicka patienten till Stockholm med ett väntande tåg. När han skulle lägga förband på såret fanns inte lämpliga elastiska bindor på sjukstugan utan han fick ta vanliga åderbräcksbindor. Patienten avled strax efter ankomsten till Stockholm, dock ej av förblödning. Det blev en tidningsdebatt om detta och då framfördes också andra problem med sjukstugan bland annat att det var svårt att komma in beroende på Westerlunds många patienter från främmande län.

Klagomål och kritik

1911 hade landstingets tålmod upphört. En kommitté på tre personer tillsattes för att utreda sjukhusets ställning och skötsel. Till kommitté valdes landstingsman Berg på Staby, sysslomannen på Uppsala hospital Sigsten Lundeberg och professor Forssner, Uppsala. Den lämnade 1912 sitt förslag med tre alternativ; bibehålla sjukstugan och begränsa till 24 platser, omvandla till lasarett, landstinget lämnar helt inrättningen. Om beläggningen begränsades till patienter från länet skulle 24 platser räcka mer än väl. Över hälften av beläggningen kom ju från främmande län.

Vid landstingets behandling av sjukstugans räkenskaper 1912 yrkade Lundeberg att styrelsen för sjukstugan måste förändra det förhållande att fördelningsläkare Westerlund som ordförande i styrelsen fick en viss avgift för varje patient från annat län. Landstingsman August Lundin från Enköping motionerade samma år om att landstinget helt skulle ta över sjukstugan i Enköping och bygga ut den till ett lasarett. Han hade väckt motion i stadsfullmäktige att staden ska skänka tomten till landstinget.

Landstinget tar över

Till ny direktion valde landstinget 1912 egenmäktigt Berg, Lundin, Fredrik Eriksson i Valla och Robert Johansson i Esplunda med Berg som ordförande. Westerlund och övriga valda av staden avsattes.

Förvaltningsnämnden (motsvarade dagen landstingsstyrelse) hade 1913 sagt upp avtalet med Enköpings stad. Den nya direktionen redovisade en uppgörelse innebärande att staden överlämnade utan ersättning sjukhustomten och sin andel i sjukhusbyggnaderna till landstinget. Landstinget förband sig att hädanefter för all framtid ensamt hålla sjukstuga eller sjukhus i Enköping samt att anställa en kirurgiskt utbildad läkare med sådan avlöning att han kunde ägna sin tid väsentligen åt skötseln av sjukhuset.

Slutord

Enköpingsdoktorn Ernst Westerlund var en kraftkarl både inom medicinen och i sitt samhälle. Hans insatser var avgörande bakom tillkomsten av sjukstugan i Enköping. Den blev ”Westerlunds sjukstuga” mer än stadens eller landstingets. Som både ensam läkare de första åtta åren och därefter fortsatt läkare för många egna patienter och som ordförande under 34 år. Det var han som styrde och ställde. Styrelsen behövde inte ens sammanträda under många av åren. Han lade in fler och fler patienter på sjukstugan trots att han därutöver hade ett 30-tal privata sjukhem runt om i Enköping. Han hade svårt att säga nej till alla de patienter från när och fjärran som sökte upp ”mirakeldoktorn i Enköping”.



*Doktor Westerlund (81 år) och doktorinnan Helena Matilda Valde f. Grape.
Fotot tillhör Westerlunds barnbarns barn.*

När landstingets tålamod tröt och när klagomålen kulminerade runt 1910 var Westerlund över 70 år. När han avsattes som ordförande var han 70 år. Han torde inte ha sörjt allt för mycket att han miste denna position. Han fortsatte som läkare nästan ända fram till sin dödsdag den 24 januari 1924. Han fick en ståtlig begravning i Vårfrukyrkan i Enköping med ärkebiskop Natan Söderblom som officiant. Det stod täta led av sörjande patienter och beundrare längs Kungsgatan när kistan fördes från Westerlundska gården till kyrkan.

Mats O Karlsson

Ernst Westerlund – teologie hedersdoktor i Uppsala

Doktor Westerlund hade svårt att bli accepterad av den medicinska fakulteten i Uppsala. Däremot blev han medicine hedersdoktor i Lund 1901 och teologie hedersdoktor i Uppsala 1921.

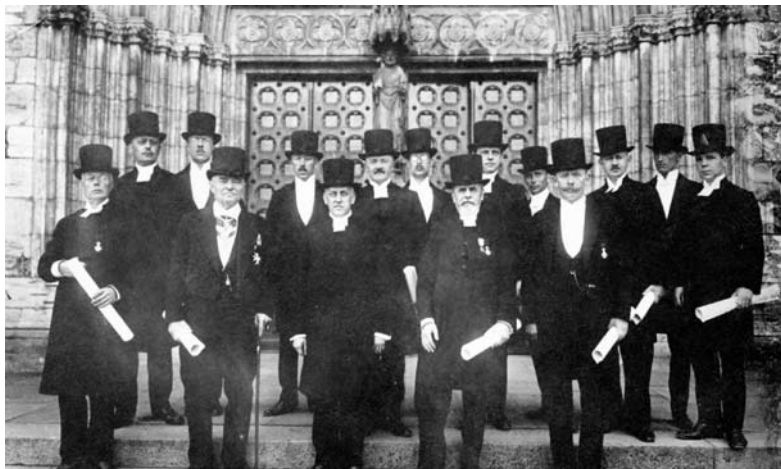


Foto från promotionen till teologie hedersdoktor 31 maj 1921 i Uppsala. I främre raden från vänster hedersdoktorn Carl Hasselberg, sedan Ernst Westerlund och promotor Edgar Reuterskjöld och hedersdoktorn Fredrik Hammarsten. I bakre raden doktorer efter avlagda disputationer. Fotot tillhör Westerlunds barnbarns barn.

BOKANMÄLNINGAR

SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING 100 ÅR – bilder av sjuksköterskan

*Författare: Anna Götlind. Gothia Förlag, Stockholm 2010.
335 sidor. ISBN 978-91-7205-633-6*

Anna Götlind, professor i historia, inleder sin bok om Svensk sjuksköterskeförenings historia med ett förord, följt av en inledning där hon förklarar bokens upplägg inklusive tre bakgrundskapitel till bildandet av SSF 14 mars 1910. I slutet av varje kapitel finns referenser till givna uppgifter. Boken är indelad efter olika temata som organisering, mångfald, roller, professionalisering och bilder. Varje tema indelas i ett antal kapitel som startar med ett intressant citat från 1910 och följer utvecklingen från 1910 och framåt.

Anna Götlind berättar om första jubileet som firades 1920 och föreningsmärket från 1922 med fem länkar i en kedja. Länkarna symboliserade Sophiahemmet, Röda Korset, Fredrika Bremerförbundets sjukvårdsavdelningar, Södra Sveriges sjuksköterskehem och de sjuksköterskor som inte tillhörde någon organisation. Hon fortsätter med 50-årsminnet som firades med bankett i Blå hallen och 75-årsfirandet med Vårdförbundet, ett ”systemskap i förändring” som hade omvårdnad som huvuduppgift.

Florence Nightingale, död 1910, hade slagits för att sjuksköterskan skulle få en utbildning och startade 1860 sin *School for nurses* där första svenska sjuksköterskan, Emmy Rappe, utbildades. I Sverige blev Sophiahemmet, som tillkom 1884, normgivande. Där utbildades unga kvinnor från övre samhällsskiktet enligt moderhusprincipen dvs skolan förmedlade arbete, tog hand om lönen men gav fri bostad och tvätt. Eftersom det även fanns falska sjuksköterskor organiserade sig eliten i SSF under ordförande Emmy Lindhagen. 1904 bildades Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos och den första dispensärsköterskan utbildades. Nya organisationer följde på medicinska framsteg.

Aktiviteter ordnades för att skapa gemenskap, 1910 genom sällskapsaftnar med te och handarbete. Sångkörer bildades där man sjöng om naturromantik och kristen religiositet. Donationer och fonder fanns eftersom de ogifta ofta saknade avkomlingar och 1956 köptes sjuksköterskornas hus på Östermalm som man innehade till 2005 då en lägenhet köptes istället. Redan 1911 fördes en facklig kamp mot långa arbetsdagar som ej understöddes av ordförande Bertha Wellin. 1933 blev SSF en fackförening. 1950-talet bestod av lönestrider, semestervillkor och arbetstidsdiskussioner. 1965 öppnades föreningen för medicinsktekniska assistenter (de första utbildades 1963) genom SHSTF (Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund). 1970-talet kom med nya lagar och fackligt intresse samt lokala klubbar. 1977 ombildades SHSTF till fackförbund, Vårdförbundet, med Marianne Lundqvist som ordförande. Sjuksköterskor hade fått konflikträtt 1965 vilket utnyttjades 1980.

Vi får reda på att International Council of Nurses (ICN) bildades 1899, Sjuksköterskor för samarbete i Norden (SSN) 1919 på initiativ av Danske sygeplejer och Florence Nightingale International Foundation 1929. 1982 bildades sjuksköterskor och assistenter mot kärnvapen (SSAMK).

Privatsköterskor hade stor betydelse under tidigt 1900-tal då vården inte var utbyggd men de är rariteter idag. Få sjukskötersketjänster fanns på 1910-talet men många på 1960-talet då flera specialiseringar vuxit fram och från 1940-talet finns sektioner inom SSF för olika specialiseringar. Idag kan man som sjuksköterska bli egen företagare, politiker eller chef, även om man från högre ort i början ifrågasatte chefspositionen.

Det bildades under 1920-talet lokalföreningar i landet på grund av föreningens Stockholmscentrering men många lokalavdelningar hade svårt att uppehålla intresset lokalt. Distriktssköterskan var fram till 1960 underställd provinsialläkaren men arbetade ofta ensam med viktigt folkhälsoarbete, idag omfattande hemsjukvård och telefonrådgivning. I Karesuando skedde tidigt en kulturkrock mellan samer och utbildade sjuksköterskor som idag kan jämföras med utbildade

sjuksköterskor och patienter från utländska kulturer. Distriktssköterskan fick, trots protester, förskrivningsrätt 1993 efter provotid i Jämtland från 1987. Hennes klädsel debatterades tidigt. Skulle hon ha kjol? Tjänstebil? Hon har ofta stora avstånd i sitt distrikt.

Inte heller utlandsarbete är ovanligt för sjuksköterskan, får vi veta. Svenska kyrkans mission under ledning av ögonläkare Fredrik Kugelberg med fru, diakonissan Eva, byggde 1909 upp ett missions-sjukhus i Tirupattur, Indien. Pengar samlades under flera år in från SSF och även en sjuksköterskeskola startades. Liknande verksamhet byggdes upp framför allt i Afrika. Röda Korset, bildat 1863, sände den första ambulansen 1912 till Aten med svenska sjuksköterskor. Emigrantfartyg gick 1911 från Köpenhamn till New York. På båten fanns en sjukavdelning med plats för 30-40 patienter och en operationsavdelning. Invalidsjukhus byggdes i Finland och från 1950-talet kunde man delta i FN-tjänst. Afrikagrupper bildades 1980 och man arbetade med flyktingarbete på hemmaplan. Idag lockar bemanningsföretag och arbete i Norge med bättre lön samt Läkare utan gränser som har en svensk gren sedan 1993.

Anna Götlind skriver att sjuksköterskan uppfostrades efter ”Man ska veta sin plats” – ett borgerligt familjeideal där läkaren (maken) har den formella makten och sjuksköterskan (hustrun) ger tillit. Under henne finns tjänstefolk – ett borgerligt matriarkat. 1912 var sjuksköterskan en självständig person och patienten ett omyndigt barn. På 1960-1970-talen gällde rondsysteem och rationaliseringar ägde rum medan alternativa arbetssätt kom på 1980-talet. Patienter har idag fler rättigheter än tidigare och är inte omyndiga. Sjuksköterskor och förskollärare har den mest ojämna könsfördelningen. Av Vårdförbundets medlemmar i september 2007 var mindre än 9 % män. Först 1951 infördes rätten för män att utbilda sig till sjuksköterska, i en tid av brist på personal och lönestrider. Även titelfrågan var viktig på 1960-talet – skulle det heta sjukskötare? Ordet sjuksköterska vann dock. Männen sökte sig till mer teknikin-tensiv vård, fick högre lön och valde ofta en facklig karriär på 1960-1970-talen. De kunde bli ifrågasatta för att vara homosexuella – en så

kallad genusyrsel. Sjuksköterskan var nu medveten om sitt värde och växte i betydelse.

Smittsamma sjukdomar utgör ett hot eftersom sjuksköterskan har direktkontakt med patienten. Under tidigt 1900-tal dog de flesta sjuksköterskor före 35 års ålder men det fanns enbart få äldre sköterskor. Farliga patienter kan också utgöra ett hot. 1937 infördes Lex Maria som innebär att man är skyldig att anmäla felbehandlingar till Medicinalstyrelsen. Lagen fick namn efter Maria sjukhus där en förväxling skett av vätskor 1936 vilket resulterade i fyra dödsfall.

År 1938 bildades Svensk sjuksköterskeförenings ansvarighetsnämnd som 1977 gick upp i Vårdförbundet. 1980 kom en tillsynslag som kan skapa en deslegitimation efter till exempel missbruksproblem. Vi får veta att Svensk sjukskötersketidning kom 1910 under Estrid Rodhes ledning efter ett provnummer 1908. Tidningen var fristående från föreningen fram till 1933. 1934 kom Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor, 1977 Vårdfacket och 2003 slutligen Omvårdnadsmagasinet.

Kallet stod för att yrket var ett uppdrag från Gud – diakonissor utförde barmhärtighetsgärningar och en nunna kallas syster precis som sjuksköterskan. Florence Nightingale hade visat ett personligt engagemang och gjort yrket mer sekulärt men det gick också ihop med barmhärtighetsgärningar då man som sjuksköterska skulle ha hög moral, vara pliktrogen, kärleksfull och osjälvisk. Från 1950-talet till 1960-talet försökte SSF förmå gifta kvinnor att återgå till arbetet och startade reaktiveringskurser. Idag är svensk sjuksköterskeförening en professionell sammanslutning, kallet är borta. Utbildningen är vetenskaplig och en grund för professionen. Från 1930 strävade man efter att få legitimation och 1958 kunde man ansöka om detta hos Medicinalstyrelsen. 1920 infördes en statlig kontroll av sjuksköterskeskolor. Idag har Socialstyrelsen kontrollfunktion. Då Högskoleverket tog över 2007 ansågs 30-40 % av Sveriges sjuksköterskeskolor inte vara högskoleklassiga.

Sjuksköterskeföreningen har i alla år velat höja kunskapen för sjuksköterskor. Fram till 1920 var utbildningen knuten till lasarett

eller var privat. Småstäder hade kortare praktiska utbildningar med lärlingstid. 1920 startade den första statliga distriktssköterskeskolan och 1939 Statens sjuksköterskeskola med Kerstin Nordendahl som rektor. 1948 stramades all utbildning upp. Nu infördes två månaders provtjänst före utbildningen och därefter två års praktik varvat med teori. Tredje året arbetade man som provsyster och fick specialisera sig. Internat debatterades 1953 och ansågs ha sina fördelar. På 1970-talet försvann kravet på internatsboende. Av utbildningsverksamhet hade SSF haft repetitionskurser sedan 1911. SIHUS (Statens Institut för Högre Utbildning av Sjuksköterskor) hade startat 1958 ur 1951 års SSF:s institut. Läroböcker gavs ut – den första, läkemedelslära, 1935. 1946 bildades SSEF som dock upplöstes vid slutet av 1990-talet. Högskoleutbildningen infördes 1977 med betygen G-IG men nu är flerbetygskalan på väg åter. 1982 kom poängutbildningen och 1993 infördes treårig utbildning varpå man fick allmän behörighet till forskarutbildning. 2008 kom nya nivåer av utbildning. Vårdlärare måste nu vara adjunkter, lektorer och professorer. 1960-talets lärarkollektiv utgörs alltså idag av akademiker.

Britt Johansson var den första sjuksköterskan som 1979 dispute-
rade i vårdpedagogik. 1967 hade SSF tillsatt en forskningskommitté
som uppmuntrade sjuksköterskor att forska. I och med högskolere-
formen underlättades möjligheten till forskning. Kerstin Segesten
var pionjär inom omvårdnadsforskningen 1983 och sedan 1995 har
det skett en explosion av disputationer och allt fler professorer varav
Astrid Norberg var den första. 1995 bildade SSF ett vetenskapligt
råd för forskning.

Anna Götlind berättar att redan 1910 rådde diskussion om klädsel
och frisyrer, medan broschen var obligatorisk. Det var noggranna di-
rektiv och man skulle själv skaffa dräkten. Klänningen var blå – kan-
ske syftade den på jungfru Marias jungfrulighet. De vita detaljerna
symboliserade renhet. 1926 blev de höga strama kragarna lägre av
hälsoskäl. 1956 infördes en vit enhetlig rockklänning och på 1960-
talet la man bort mössan. 1964 upplöstes SSF:s dräktkommitté. Idag
har alla enhetliga arbetskläder av hygieniska skäl.

1964 anställdes i Uppsala Ulla Carlsson som landets första hygien-sjuksköterska.

Under tidigt 1900-tal skrevs i nekrologer över sjuksköterskor att de var plikttrogna, trofasta, stilla, glada och självpuffoffrande. På 1950-1960-talen var de kunniga, skickliga, hade god organisationsförmåga och var intresserade. Idag är de professionella, speciella, självständiga och har helhetsperspektiv. Annonser visar ofta sjuksköterskor i uniform och gårdagens romantiserade ”kärlek på lasarett” är idag kiosklitteratur. Sjuksköterskor på film ärhängivna eller saknar empati, stereotypa erotiska subjekt eller objektiva nymfomaner.

Anna Götlind sammanfattar sin text med att säga att utbildningen har blivit allt mer akademiserad, kravet på legitimation gäller och det finns ett starkt internationellt engagemang men yrket är ännu könskodat. Sjuksköterskorna blir allt fler och SSF är idag en ren yrkesorganisation medan Vårdförbundet är fackföreningen. Nya läkemedel och behandlingsmetoder har gett nya specialiseringar. Idag råder en pressad arbetssituation. Det sker en utbyggnad av offentlig verksamhet men samtidigt råder besparingar och bemaningsföretag har fått insteg i yrket.

Boken har i sin början en innehållsförteckning. I slutet av boken finns en bilaga på sex sidor med viktiga händelser 1851-2006. Där finns också ett sex sidor långt personregister och sju sidor med källor och litteratur samt en sida internet. Källorna är indelade i otryckta, informanter, tidskrifter samt övriga tryckta.

Anna Götlind har med denna bok skrivit en genomgripande historik kombinerad med en klar analys av sjuksköterskeföreningens och sjuksköterskans historia. Hennes indelning i temata har medfört en del upprepningar men att istället välja att gå fram decennium för decennium hade med all säkerhet gjort boken onjuttbar att läsa. Nu har den istället blivit ett intressant dokument över sjuksköterskans yrkesroll i förändring.

Eva Ahlsten

UPPSALA UNIVERSITET 1852–1916

Volym 2:1–2 av Uppsala universitets historia 1793–2000
Carl Frängsmyr. Uppsala universitet, 2010. 572 + 647 sidor

Det heter i många recensioner att en bok fyller ut en viktig kunskapslucka inom ett område. Sällan är detta omdöme så befogat som i fråga om idéhistorikern Carl Frängsmyrs Uppsala universitet 1852–1916. Genom åren har det förvisso skrivits mycket om olika sidor av Uppsala universitets historia. Det föreligger många biografiska arbeten om enskilda forskare samt tematiska studier om avgränsade frågor. Något som det emellertid råder verklig brist på är övergripande framställningar av universitetets historia.

Det klassiska verket om universitetet är Claes Annerstedts magistrala Uppsala universitets historia (1877–1914). Självklart är Annerstedts arbete i många avseenden föråldrat, men det är fortfarande mycket användbart för den historiskt intresserade. Ett problem är dock att Annerstedts framställning slutar med år 1792. Av böcker som omspannar hela universitetets historia finns endast kortare översiktsverk att tillgå, varav det mest utförliga är Sten Lindroths Uppsala universitet 1477–1977 (1976). Tidsperioden som behandlas av Frängsmyr avhandlar Lindroth på mindre än 40 sidor.

Frängsmyrs verk ingår som den andra delen i en universitetshistoria som tar vid där Annerstedts framställning slutar. Arbetet med detta projekt har pågått i närmare tio år. De övriga delarna, som ännu inte utgivits, skrivs av andra forskare. Det skulle verkligen vara önskvärt att projektet fick en fortsättning i form av en ny historik över perioden 1477 till 1792, skriven enligt samma principer som det nu utkomna verket.

Frängsmyr tar ett omfattande grepp på sitt ämne. Givetvis har universitetet aldrig varit någon isolerad institution som verkat utan samband med det omgivande samhället. Hela tiden har det funnits olika slag av växelverkan mellan fordringar som skilda intressenter haft på universitetet och verksamheten som faktiskt bedrivits vid

detsamma. Under perioden som Frängsmyr behandlar förändrades universitetets roll i samhället på djupgående sätt, som han klarlägger i det första av verkets tre huvudavsnitt med titeln "Universitet och samhälle". Han talar där om utvecklingen från bildnings- till forskningsuniversitet, eller från autonomt till heteronomt universitet. Från att ha betraktats som en institution för individens fria vetenskapliga bildning kom universitetet i stället att ses som en inrättning för samhällsnyttig undervisning och forskning.

År 1852 erhöll universitetet nya statuter. Fram till dess reglerades verksamheten av statuterna som 1655 utfärdats av Carl X Gustaf. Så länge de gamla statuterna var i kraft utgjorde universitetet en förhållandevis självständig korporation som organiserats enligt mönster från det medeltida skråväsendet. Lärare och deras hushåll samt studenter lydde bokstavligen under andra lagar än övriga uppsalabor. Samtidigt som de nya statuterna utfärdades avskaffades delar av den så kallade akademiska jurisdiktionen. Emellertid framhåller Frängsmyr med rätta att förändringen 1852 tillmätts för stor betydelse av många forskare, eftersom studenter även fortsättningsvis lydde under universitetets domvärjo. Först 1909 blev studenter likställda med andra medborgare i rättsligt avseende.

En viktig nyhet i statuterna av år 1852 var att det fastslogs att studenterna själv skulle författa avhandlingarna som lades fram. Tidigare var det ofta professorn som satt ordförande vid disputationen som mot betalning hade skrivit dissertationen. Detta sammanhänger med att disputationerna främst sågs som uppvisningar av färdigheter i konsten att argumentera, inte som diskussioner om nya forskningsresultat. I och med den nya ordningen kom avhandlingarna att få ökad vetenskaplig tyngd. Detta är bara ett av många tecken på den ökade vikt som forskningen kom att tillmätas under perioden.

Den omvälvning som Frängsmyr fäster störst vikt vid är kvinnornas inträde vid universitetet. År 1872, nästan 400 år efter grundandet, inskrevs Betty Pettersson som den första kvinnliga studenten vid Uppsala universitet. Även om det finns många kvinnor som före

den tidpunkten på olika sätt påverkat universitetet, med drottning Christina som det tydligaste exemplet, så var det före det slutande 1800-talet inte möjligt för en kvinna att bli student och avlägga examina. De tidiga kvinnliga studenterna motarbetades av delar av både lärarkåren och de övriga studenterna.

Det var inte enbart olika typer av regelverk som förändrade villkoren vid universitetet. Även den fysiska miljön omgestaltades. Flera stora byggnadsprojekt genomfördes under perioden, varav det största var det nya universitetshuset som stod färdigt 1887. Förutom universitetshuset uppfördes ett antal byggnader för olika ändamål. Kritiker hävdade att det omfattande byggandet ingick i en strategi för att se till att universitetet inte flyttades till Stockholm. Frängsmyr konstaterar att det ligger en del i anklagelsen om att man försökte ”bygga fast” universitetet i Uppsala. Hotet om en flytt var högst reellt vid inledningen av den period som han behandlar. Många ansåg att universitetet borde ligga i huvudstaden, landets politiska och ekonomiska centrum.

Flera byggnadsprojekt kom de medicinska vetenskaperna till godo. Anatomerna fick en ny institutionsbyggnad vid Islandsbron redan 1850, men den visade sig snart otillräcklig och försågs med tillbyggnader som togs i bruk 1885. Patologin och fysiologin erhöll 1867 en ny institutionsbyggnad vid Trädgårdsgatan och fysiologin kunde 1892 flytta in i ett eget hus som uppförts vid hörnet av Slottsgränd och Trädgårdsgatan. Det viktigaste byggnadsprojektet för medicinska fakultetens del var dock det nya Akademiska sjukhuset, som invigdes 1867. Frängsmyr understryker att de många nya byggnaderna gav bättre förutsättningar för verksamheten och resulterade i en påfallande höjning av nivån i forskningen och undervisningen.

Det andra huvudavsnittet i Frängsmyrs verk har titeln ”Undervisning och forskning” och där går han fakultetsvis igenom vad som förevarit vid universitetet. Med stor noggrannhet redogör han för innehavarna av olika lärar- och forskartjänster och deras verksamhet, hur nya specialiteter växer fram inom ramarna för gamla discipliner och slutligen resulterar i tillkomsten av nya lärostolar. I fråga om

den fortgående vetenskapliga specialiseringen finner han att den var allra mest påtaglig inom den medicinska fakulteten. Mellan 1852 och 1916 ökade antalet medicinska lärostolar från blygsamma fyra till respektingivande sexton.

I Frängsmyrs skildring av medicinens utveckling under dessa 64 år möter läsaren välkända personer som kirurgen Karl Gustaf Lennander och oftalmologen Allvar Gullstrand, men läsaren ges även tillfälle att stifta bekantskap med ett antal mer eller mindre bortglömda gestalter. Exempelvis berättar Frängsmyr om docenten F. A. Gustaf Bergman, som från 1869 till 1893 undervisade i hälso- lära, men som blev mest känd för sin ihärdiga kamp emot eldbegän- gelsen, som han ansåg strida mot naturens ordning.

Övergången från bildnings- till forskningsuniversitet under den aktuella perioden märks tydligt inom medicinens område. År 1852 var Israel Hwasser den tongivande professorn inom medicinska fakulteten. Hans uppfattning om medicinerna var starkt influerad av den romantiska naturfilosofin med dess betoning av vetenskapernas enhet. Att som vid Karolinska institutet i Stockholm bedriva medi- cinsk undervisning utan att sätta in den i ett större filosofiskt sam- manhang var enligt Hwassers mening helt förkastligt och innebar att nedsänka en ärevördig vetenskap till ett simpelt hantverk. I ett tal från 1859, citerat av Frängsmyr, beskriver Hwasser sin egen strävan som att hos medicinerna ”bereda framkallandet af en densamma ur egennyttans och den låga empirismens förnedrande bojer befriande vetenskaplig sjelfständighet”. En principförklaring av detta slag var fullkomligt otänkbar för senare innehavare av professorer vid medicinska fakulteten. Hos Hwassers efterträdare vid universitetet kom betoningen i stället att ligga just på det empiriska studiet. De naturvetenskapliga metoderna kom att bli ledstjärnan också för medicinerna, som samtidigt blev allt mer specialiserad.

Titeln på det tredje huvudavsnittet i Frängsmyrs verk är ”Studenter och nationsliv” och under den rubriken ger han en rundmålning av alla upptänkliga sidor av universitetet betraktat ur studentper- spektiv. Allt från studiefinansiering och kärleksliv till skandinavism

och idrottande behandlas utförligt. Givetvis finns också ett parti om föreningen Verdandi och sedlighetsdebatten som följde på den beryktade diskussionskväll där agitatorn Hinke Bergegren öppet propagerat för fri kärlek 1887. Även den kristna studentrörelsen presenteras utförligt.

Ett referat av ovanstående slag av valda delar av Uppsala universitet 1852–1916 ger en högst ofullständig föreställning om den rikedom av information som finns att hämta på dess sidor. Som flera gånger understrukits spänner de två böckerna över mycket omfattande ämnesområden. Det medför ofrånkomligen att det finns punkter där det kan frågas varför vissa saker tas upp och andra utelämnas. Exempelvis skymtar de första röntgenfotografierna som togs i Uppsala bara förbi i avsnittet om fysiologen Frithiof Holmgren, där det nämns att denne i februari 1896 lät röntgenfotografera sin hand och att detta var ett av de första svenska fotografierna som togs med den nya tekniken. Faktum är att Uppsala var mycket tidigt ute på detta område. Wilhelm Conrad Röntgen offentliggjorde sin upptäckt i *Über eine neue Art von Strahlen* som publicerades den 28 december 1895. De första röntgenfotografierna i Uppsala togs redan den 9 och 16 februari 1896 av Holmgrens kollega Hjalmar Öhrwall. Med tanke på betydelsen som röntgenstrålarna kom att få inte enbart inom medicinen hade det varit motiverat att uppmärksamma detta. Att en framställning av så vittfamnande slag öppnar sig för en del anmärkningar av sådant slag går dock knappast att undvika.

En annan typ av invändning är att alla de tolkningsfrågor som ofrånkomligen uppstår när olika källors vittnesbörd om ett historiskt skede vägs mot varandra genomgående är osynliga i Frängsmyrs text. Utan tvekan är detta ett medvetet val, eftersom resonemang för och emot olika tolkningar av företeelser skulle ha gjort texten mer tungrodd. Emellertid medför det också att en del av arbetet som Frängsmyr lagt ned på utarbetandet av böckerna döljs. Att ur det gigantiska källmaterial han haft att tillgå utarbeta en till synes så naturligt flytande berättelse om Uppsala universitet har otvivelaktigt krävt stora ansträngningar.

Sammanfattningsvis kan det fastslås att Uppsala universitet 1852–1916 är ett gediget verk som kommer att bli flitigt använt av historiker av alla slag. Att böckerna dessutom är mycket välskrivna och innehåller ytterst få korrekturfel gör inte saken sämre. Det kanske mest imponerande är att Frängsmyrs framställning, trots att den omfattar så många sidor och innehåller så oerhört mycket fakta, aldrig känns tråkig utan hela tiden håller intresset vid liv. Detta är böcker som kan rekommenderas till alla som är intresserade av någon aspekt av idéhistoria eller historia över huvud taget.

Urban Josefsson

BLAND MEDIKAMENTER OCH DECIMALVÅGAR

- om apotekens historia och Stig Ekströms kärlek till yrket

Författare: Leif Åberg, Medicinhistoriska museet, Uppsala, 2010. 93 sidor.
ISBN 978-91-633-7470-8.

”Gjör hwad dit hierta lyster. Till dett du har lust, har du lycka.” (Carl von Linné). En kärnfull beskrivning som passar som beskrivning av apotekare Stig Ekström och hans mångåriga insatser inom farmacin och farmacihistorien.

Den 1 juli 1934 började Stig Ekström som elevaspirant på Apoteket S:t Erik i Stockholm hos apotekare Adolf Rising (som grundat Astra 1913) och år 1981 pensionerades han från apoteket Hjorten i Västerås efter 47 år inom yrket. Denna långa period omfattar stora förändringar inom apotekens verksamhet och parat med Stig Ekströms historiska intresse utgör det grunden för en fascinerande och intressant framställning av apotekens utveckling från den sumeriska kulturen runt floderna Euftrat och Tigris via Europa på medeltiden till de första svenska apoteken på 1500- och 1600-talen.

Stig Ekströms personliga upplevelser speglar Sverige från 1915 fram till 2010 och naturligtvis främst apotekslivets utveckling. Det är en skön blandning av historia och historier med många citat och även relaterat till läkemedelsindustrins framväxt i Europa och Sverige.

”Fyra ting höra till ett apotek. För det första en kunnig apotekare. För det andra verkligt fina och dugliga råvaror. För det tredje att de i medicinerna ingående ingredienserna tillredas på rätt sätt. För det fjärde att sakerna framställas i apoteken på sådant sätt att apotekaren därav får blott rimlig vinst. (Förordning från Frankfurt år 1500).

Att Stig Ekström var en kunnig apotekare framgår med tydlighet av hans framgångsrika karriär. Råvarorna kom ju i början av 1900-talet i huvudsak från växtriket. Stig var både en duktig botaniker och kemist så att analysera medicinalväxter som apoteket köpte in

var säkert inget problem. Under andra världskriget uppmanades folk att samla växter och sälja till apoteken då det var svårt att importera utländska växter. Att tillreda läkemedlen på rätt sätt hade Stig lärt sig redan som elev och sedan vidareutvecklat som sjukhusapotekare i Östersund och försteman och laborant på apoteket Kronan i Norrtälje.

Stigs naturintresse gällde inte bara växter, speciellt orkidéer, utan även ornitologi lockade. Det första egna apoteket blev i Mönsterås och därmed närheten till Öland och ringmärkning vid Ottenby fågelstation. I Mönsterås skulle byggas ett nytt apotek och här börjar den farmacihistoriska gärningen genom att hela den gamla apoteksinredningen flyttades till Stranda hembygdsförenings herrgård och därmed skapades ett apoteksmuseum. Nästa apotek blev Hjorten i Västerås. Med Stigs stora intresse för Carl Wilhelm Scheele och närheten till Köping, där Scheele varit apotekare, föddes tanken att bygga ett museum där, vilket också genomfördes. Det sista stora projektet blev ett samarbete med Lars och Ingrid Thorén och tillsammans byggde man upp det Medicinhistoriska museet i Uppsala där Stig själv ansvarade för hela apoteksdelen och där han var verksam ända fram till sin död 2010.

Även läkemedelsindustrins framväxt och dess påverkan på apoteksyrket belyses i boken liksom även kortfattat omregleringen (privatiseringen) av apoteken som nyligen genomförts. Här finns också inlagt speciella historiska avsnitt som Arsenik och andra gifter, Vad gör ormen i skålen, Dags för läkemedelsförmån, Medicinalstyrelsen och dess föregångare, Glesbygdens behov av läkemedel, Hjorten och andra djurnamn samt Mått och vikter.

Boken avslutas med ett lite längre historiskt avsnitt om Sumererna, Egypten, Babylon, Grekland och Hippokrates, Dioskorides, Hildegard av Bingen, klostrens betydelse i Europa och apoteksväsendets utveckling i Sverige.

Sammanfattningsvis är det en lättläst blandning av personliga hågkomster, farmaci- och medicinhistoria.

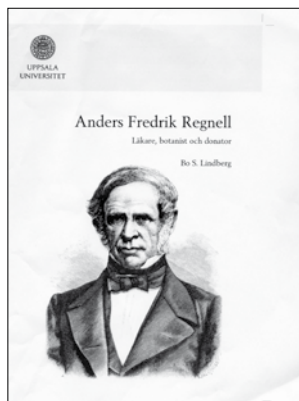
Anders Uppfeldt

ANDERS FREDRIK REGNELL

– *läkare botanist och donator*

*Författare: Bo Lindberg. Publicerad i Uppsala universitets Acta-serie.
Distribution Uppsala University Library, Box 510. 751 20 Uppsala.*

Bo Lindberg har skrivit en biografi om Anders Fredrik Regnell, läkaren och naturforskaren, som blev en av Uppsala universitets största privata donatorer. Boken är omfattande och beskriver Regnells liv från hans barndom i Uppsala, som han fick uppleva mestadels som styvbarn, till hans sista dagar som läkare i Caldas i Brasilien. Det är en fängslande levnadshistoria som läsaren får ta del av.



Anders Fredrik Regnell föddes 1807 i Stockholm som ”oäkta” barn. Hans far gav sig tillkänna först när Anders Fredrik var 6 år gammal. Fadern dog tidigt och Anders Fredriks uppväxt kännetecknades till stor del av ett glädjefullt liv hos styvföräldrar. Som tolvåring skrevs han dock in vid Katedralskolan i Uppsala. Han skötte sina studier väl och avlade studentexamen 1824 när han var 17 år gammal. Samma år skrevs han in vid Uppsala universitet och Upplands nation.

Regnell var, som författaren framhåller, en intresserad botanist och tidigt gjorde han flera studieresor inom Sverige och de nordiska länderna. Han kom att ägna botaniken sex år av sina universitetsstudier innan han 1830 skrevs in vid den medicinska fakulteten. Han blev färdig med sina medicinska studier 1836 och året därpå promoverades han till medicine doktor på en avhandling om rakitis.

Under sina år som läkare i Sverige var Regnell under några perioder koleraläkare. Han var under några år underkirurg vid Serafimerlasarettet och han deltog som läkare på korvetten Jaramas expedition

till Medelhavet 1839–40. Under denna expedition försämrades hans hälsa och han utvecklade symtom på en allvarlig lungsjukdom. Han beslöt att lämna Sverige för ett varmare klimat och Brasilien blev hans nya hemland.

Hösten 1840 lämnade han Sverige för att aldrig mer återvända. Sedan han lyckats skaffa sig en ny legitimation i Rio de Janeiro med rättighet att utöva läkaryrket i Brasilien bosatte han sig i Caldas. Provinsen var rik på guld- och diamantfyndigheter. Författaren beskriver hur Regnell byggde upp en omfattande läkarpraktik inom medicinens olika grenar. I början sysslade han med kirurgi och obstetrik, efter hand alltmer med invärtesmedicin. I boken framhålls att Regnell var en plikttrogen och skicklig läkare, som rönte stor respekt i Caldas och dess omgivning. Han fick stora arvoden i sin läkargärning, men författaren menar att det inte var därigenom som han byggde upp sin förmögenhet. Den tillkom genom att Regnell bedrev en omfattande låneverksamhet och som långivare var han fordrande och noggrann.

Regnell var ogift och barnlös. Han blev med tiden oerhört förmögen men levde trots detta ett sparsamt liv. Han menade själv att hans egendom tillhörde det allmänna och att han endast var förvaltare av räntan. Regnell började redan på 1860-talet att donera pengar till olika ändamål. Han gynnade brasiliansk vetenskap men framförallt Uppsala universitet, som han ansåg sig stå i moralisk förpliktelse till. Hans stora donation till universitetet tillkom 1878 när han skänkte pengar till uppförande av en byggnad för de fysiologiska och patologiska institutionerna i kvarteret Munken. Senare donerade han medel till en helt ny fysiologisk institution, den så kallade Regnelleanium, som fanns kvar ända till 1968 då institutionen flyttade till BMC. Hans donationer till Uppsala universitet får delvis ses som en följd av att Regnell var medveten om att den medicinska undervisningen i Uppsala hotades av nedläggning i konkurrens med Stockholm. Regnell donerade även pengar till Upsala Läkareförening.

Författaren framhåller att Regnell var en tillbakadragen person, som helst ville att hans donationer skulle hemlighållas. Trots sin

något inbundna personlighet gick han med på att motta en del utmärkelser; bl.a. Nordstjärneorden. Vid Uppsala universitets jubelfest 1877 blev han hedersledamot vid den filosofiska fakulteten.

Regnell led sedan barndomen av en lungsjukdom med blodhostningar, av allt att döma tuberkulos. Hans hälsa försämrades efter hand och de sista åren före sin död fick han återkommande kramper och medvetlöshet. Dessutom hade han tecken på en sviktande hjärtfunktion. Han dog 1884 i sitt hem i Caldas. Han begravdes i sin hemort och man uppförde senare ett gravmonument över honom.

Bo Lindbergs biografi om Regnell är omfattande. Författaren ger en ingående beskrivning av hans släkt, både på moderns och på faderns sida. Denna beskrivning är roande att läsa, inte minst mot bakgrund av Regnells starka släktkänsla och att han var generös mot flera av dem med penninggåvor. I boken ges en utförlig tolkning av Regnells storhet som botanist. Han skapade många växtsamlingar som han överlämnade till olika museer, främst nordiska. På det Naturhistoriska riksmuseet finns det Regnellska herbariet som omfattar 400 000 ark – ett av världens största samlingar av sydamerikanska växter. Som botanist hade Regnell nära kontakter med svenska forskare. Bland annat vistades Salomon Eberhard Henschen i Caldas 1867 till 1869 som medhjälpare till Regnell i hans botaniska verksamhet.

Författaren ger också en tolkning av Regnell som den ensamme ungarken, som uppenbarligen ofta längtade hem till Sverige - hans förhoppningar kunde dock inte infrias på grund av hans bräckliga hälsa. Han fick trösta sig med att vara en uppskattad person i sitt nya hemland. Han ansågs klok, men trots sitt goda namn betraktades Regnell alltid som ”konstig”. I boken framhålls dock samtidigt att hans personlighet präglades av en stor generositet och givmildhet både mot sitt nya och gamla hemland. Han höll också regelbunden kontakt med vänner från skol- och universitetstiden i Uppsala.

Bo Lindberg har i sin bok tecknat en intressant bild av Anders Fredrik Regnell som läkare, botanist och mecenat. Boken skildrar en unik gärning och är rik på fakta. Framställningen grundas på ingående

litteraturstudier och arbetet håller en hög kvalitet, även sett ur en vetenskaplig synvinkel. Läsningen lättas upp av att boken innehåller en stor mängd bilder. Den är dessutom disponerad på ett sådant sätt att den kan läsas i småportioner. Boken blir ett värdefullt tillskott till universitetets Acta-serie, inte minst av att den har ett stort medicinhistoriskt värde.

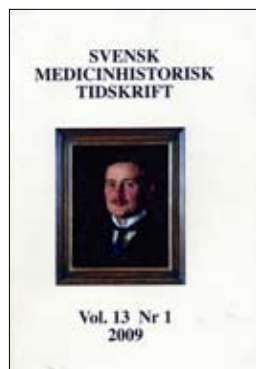
Henry Johansson

DU KAN ÖKA VÅRT MEDLEMSTAL!

Vår medicinhistoriska förening i Uppsala har för närvarande omkring 200 medlemmar, men vi ser gärna att vi kan öka vårt medlemsantal. Därför har vi i styrelsen startat en rekryteringsdrive och vi är förvissade om att även Du kan bidra till den på ett enkelt sätt. Du har säkert i Din nära bekantskapskrets någon eller några som kan tänkas vara roade av vår verksamhet. Rekryteras den (de) personerna så har vi snart genom Din medverkan dubblerat vårt medlemsantal.

Sprid därför denna information till vänner och bekanta!
Vi tackar på förhand för Din medverkan!

Medlemsavgiften är 100 kronor per år för enbart medlemskap och 300 kronor per år om Du utöver medlemskapet vill ha Svensk Medicinhistorisk Tidskrift. (En bok som utkommer en gång per år och Du får den hemsänd om Du väljer detta alternativ).



Du blir medlem genom att sätta in vald avgift på föreningens plusgiro 487 4420-5.

Glöm inte att ange namn och adress!

Styrelsen för Uppsala Medicinhistoriska Förening

MARIANNE ALSTRÖM (1924–2010) var en centralgestralt som föreståndare för operationsavdelningen vid Akademiska sjukhuset under många år. Efter sin pensionering missade hon nästan aldrig ett möte i Uppsala medicinhistoriska förening.



Marianne Alström



Medelpunkten på centraloperation.



Gösta Pettersson i sin verkstad.

Bilderna kommer från det fotoalbum Marianne fick på sin 50-årsdag den 29 september 1974 av operationspersonalen. Albumet sammanställdes av vaktmästaren Gösta Pettersson, som ses på den högra undre bilden.

REDAKTÖR: *Bo Lindberg*
GRAFISK FORM: *Pia Arrevik*
MONTERING: *Agneta Svensson information*
TRYCK: *Kph Trycksaksbolaget AB, Uppsala, januari 2011*
ISSN: 2000-7124

FOTON: *Sid 13 Lennart Engström, sid 19 Åke Andrén-Sandberg, sid 21 bilden på Frithiof Holmgren från kart- och bildenheten, Uppsala universitet, sid 50 Ingrid Thorén, sid 72 Anders Parrow. Övriga foton privata om inte annat anges.*

Föreningen framför ett tack för bidrag till tryckning av denna skrift till Makarna Edvin Erikssons Forskningsfond.