

INNEHÅLL

Uppsala medicinhistoriska förening

Inledande ord av föreningens ordförande Lars Orelund • 3

Verksamhetsberättelse 2016 för Uppsala Medicinhistoriska förening.

Urban Josefsson • 9

2016 års Medicinhistoriska stipendium • 12

Utflykt till Tensta kyrka och Nortuna gård den 3 juni 2016

Eva Ahlsten • 13

Lars Thorénföreläsning

Inledning • 19

Thomas Quick – en man av sin tid. Kjell Asplund • 21

Medicinhistoriska museet

Årsrapport 2016. Eva Ahlsten • 24

Antal besökare på medicinhistoriska museet 2001–2016 • 39

Sammandrag av 2016 års föredrag på museet • 40

Presentation av den nye museichefen – Urban Josefsson • 66

Medicinhistoriska uppsatser

Hospitalet i Enköping och Helgeandshuset i Uppsala

Bo S. Lindberg • 68

Jonas Petri Halénus – Uppsalas förste provinsialläkare

Bo S. Lindberg • 90

Några okända dokument från 1880-talets vivisektionsdebatt

Urban Josefsson • 103

- Linné och läkemedel. Lars Orelund • 111
- Neonatalvård i Syrien. Eva Ahlsten • 137
- I en sal på lasarettet. Leif Zern • 148
- Läkarutbildningen i Uppsala på 1940–1950-talet
Anders Parrow • 155
- Medicinens historia till nutid – en utveckling värd att begrunda
Henry Johansson • 166
- Vägen till professionalisering – om arbetsterapins introduktion
i Sverige, teori och praktik i tidskriften Arbetsterapeuten och på
Ulleråkers sjukhus. Anton Blanck • 183
- Mjölönsrisblad – *Pulvis foliae arbutus uva ursi*
Lars-Erik Appelgren • 200

Bokanmälningar

- Att släcka ljungeldar. Medikaliseringen av eklampsi i Sverige
1840–1930. Författare Olivia Ekman. *Bo S Lindberg* • 212
- Häxans trädgård. Läkewäxter förr och nu. Författare: Hella Nathorst
Böös. *Eva Ahlsten* • 214
- Livet går vidare. Författare Karin Wahlberg. *Eva Ahlsten* • 218
- Tack för god vakt – Sven Fr. Psilander och kampen mot smitta och
sjukdom i slutet av 1800-talet. *Bo Lindberg* • 220
- Välkommen som medlem i föreningen!* • 222

INLEDANDE ORD AV FÖRENINGENS ORDFÖRANDE LARS ORELAND

Uppsala medicinhistoriska förening har en rad återkommande rutiner: styrelsemöten, årsmöte, arbete med att producera föreningens årsbok, utflykter och arrangerande av föredrag med efterföljande supé. Alla dessa aktiviteter har under året förlöpt i en anda av trevnad och tillförsikt.

Den höga grad av personalunion mellan styrelserna för Uppsala Medicinhistoriska förening och Uppsala medicinhistoriska museum, samt det faktum att alla aktiviteter inom båda organisationerna numera förläggs till Museet, bidrar till en närmare gemenskap mellan alla med ett aktivt intresse av medicinhistoria.

En viktig förändring i den hitillsvarande strukturen är att Eva Ahlsten, som varit museichef i tolv år, avgått med pension från den 1/10 2016 och på den posten har efterträts av Urban Josefsson.

Eva, som lagt ner ett ovärderligt arbete på att synliggöra Museet, med ständigt ökande besökssiffror som följd, finns dock kvar halvtid inom Museets verksamhet fram till 10/6 2017 med titeln antikvarie. Eva, som för närvarande är vice ordförande i Föreningen, kvarstår även i styrelsen för Museet på mandat från Föreningen. Den nye museichefen, Urban, är sedan tidigare sekreterare i Föreningen och övertar nu den sekreterarroll i Museets styrelse, som Eva tidigare haft.



*Föreningens populära supéer
avnjuts i unik miljö.*

Ett av skälen till att Eva ombetts fortsätta på halvtid fram till sommaren har sin grund i den utmaning, som ligger framför Föreningen, att på ett lyckosamt sätt stå som värd för den 26:e Nordiska Kongressen i medicinens historia, 31/5–3/6, 2017 (se www.NMHC2017.se).

En arbetsgrupp inom Föreningen har tillsatts för att planera och genomföra kongressen, med, förutom undertecknad: Eva Ahlsten, Bo Lindberg, Kerstin Hulter-Åsberg, David Thorsén, samt Anders Uppfeldt (ekonomiansvarig/protokollförare). Till organisationen har också knutits ett professionellt kansli bestående av Christina Norberg och Annika Sander Björk. För att ekonomin skall gå ihop krävs minst ett 80-tal deltagare. Sista datum för abstracts och den lägre kongressavgiften är 1/3 2017. Själva kongressen äger rum på Clarion Hotel Gillet. Samtliga tillfrågade föredragshållare har omedelbart samtyckt till att delta, varför vi har ett antal synnerligen framstående ”key-note speakers”, bland annat Nobelpristagaren Arvid Carlsson. Professor Ulf Pettersson, tidigare vice rektor för Uppsala universitet, kommer att såväl föreläsa som leda en paneldebatt om rasbiologin i Uppsala. Vi hoppas att Föreningens medlemmar, mangrant kommer att anmäla sig till kongressen, och kanske också att hjälpa till i mån av behov.

Den 27/5 2016 hölls universitetets promotionshögtid i domkyrkan. Två för vår verksamhet synnerligen välkända personer promoverades där till jubeldoktorer: *Henry Johansson*, tidigare ordförande både i Föreningen och för Museets styrelse, samt *Lars-Olof Sundelöf*, som i egenskap av tidigare prorektor, BMC-föreståndare med mera,



*Jubeldoktor Henry Johansson
i Uppsala Domkyrka*

länge varit en ytterligt värdefull medlem av Museets styrelse.

En utflykt i Föreningens regi gjordes i början av juni till Nortuna där först den mäktiga Tensta kyrka (katedralen på landet) förevisades med sina berömda Birgittamålningar av Johannes Rosenrod, altarskulptur av Bernt Notke och Sveriges första avsiktliga porträttmålning, av Bengt Jönsson Oxenstierna. Därefter förevisades kunnigt och medryckande ett tämligen nytt museum om Linnélärjungen Anders Sparrman och Ostindiska kompaniet av vår nye medlem i Föreningen, Johan Alexander Lindman. Att Johan Alexander skulle vara välbekant med innehållet i museet ter sig tämligen självklart, eftersom detta i stort sett är hans egen skapelse. En lunch i den vackra f.d. prästgården avslutade en synnerligen trevlig utflykt.

Linné är otvivelaktigt Sveriges mest kända vetenskapsman. Varken Föreningen eller Museet har ägnat honom den uppmärksamhet han förtjänar, vilket har sin naturliga förklaring i att Linné tas väl om hand av Linnémuseet, Uppsala linneanska trädgårdar, Museum Gustavianum, Carolina Rediviva och föreningar som Svenska Linnésällskapet, Linnés vänner, med flera. I samband med en höstutflykt anordnad av Linnés vänner, "Resa till Väddö i spåren av Lars Roberg 1712", höll vår medlem och Föreningens tidigare sekreterare under ett par decennier, Eva Nyström, ett utomordentligt föredrag om den inte alltid så kände Lars Roberg, Linnés föregångare på professuren i medicin och en av hans mentorer. Eva Nyström återkommer med sitt föredrag i Föreningens regi i vår.

Den 7/9 hölls en "bokrelease" på Gustavianum av det bokverk som tagit Carina Nynäs och Lars Bergquist över tio år att färdigställa: *A Linnaean kaleidoscope. Linnaeus and his 186 dissertations*. Verket rymmer i två tjocka band och innehåller en sammanfattning på engelska på 3-4 sidor av alla Linnés avhandlingar. Lars Bergquist har bland annat varit svensk ambassadör i Peking och Vatikanstaten, är Swedenborgkännare och har, förutom att ha författat egna böcker, översatt poesi till svenska från franska, kinesiska och italienska. Förutom författarna höll en rad Linnékännare föredrag och undertecknad, förmodligen den minst inläste på Linné, ombads tala om Linné och läkemedel.

Föredraget utgör stomme i den artikel som återfinns i denna årsskrift (sid 111).

Det torde inte ha undgått någon att det har pågått en intensiv debatt om museernas uppgift, att företrädesvis normkritiskt granska historien utifrån dagens synsätt, eller att vårda och utforska historien på ett mer vetenskapligt sätt. Överintendenten för statens museer, Ann Fohlin, och sannolikt också vår kulturminister, Alice Bah Kuhnke, företräder den förra ståndpunkten, medan bland annat Kungl. Vetenskapsakademien tagit stark ställning för den senare. För våra medicinhistoriska museer är dock kanske inte denna frågeställning den mest brännande. Inom medicinhistoriska kretsar vill jag föreställa mig att man utan vidare problem sedan länge har förenat dessa två synsätt. Att den medicinska behandlingen i långa tider varit en fråga om klass och utan hänsyn till ålder eller kön, och framför allt, tidvis, varit oerhört konservativ, är något som alla inom området nuförtiden är mycket medvetna om. Eftersom inget av landets medicinhistoriska museer är statligt är ekonomi och överlevnad vanligen den viktigaste frågan. Vi minns med försträckelse hur det förnämliga museet på Karolinska sjukhuset monterades ner för ett antal år sedan, efter att landstinget inte längre ansåg sig kunna tillhandahålla lokaler. Det samma gäller tyvärr denna höst även det medicinhistoriska museet i Umeå – litet men av mycket hög kvalitet. Desto roligare är det att vi nyligen fått ett tillskott i vårt närområde, ett nytt medicinhistoriskt museum i Västerås. Från vårt museum var Eva Ahlsten, Bo Lindberg och undertecknad inbjudna till invigning den 22/11. Museet visade sig hålla mycket hög kvalitet beträffande föremål och dessutom med en vacker och genomtänkt exponering. Uppsala kändes mycket närvarande vid invigningen, inte minst genom att Åke Boman, fader till vår medlem Gunnar Boman, var den som en gång lade grunden till museet tillsammans med grundaren av många andra apoteksmuseer i Sverige, inklusive vårt i Uppsala, Stig Ekström. Hedersgäster var naturligtvis både Gunnar Boman och Stig Ekströms dotter, som bor kvar i Västerås.

Vi är många äldre Uppsalamedicinare som har trevliga minnen av professor Henrik Enghoff från fysiologiterminen. Många känner till att han förutom att vara en betydelsefull vetenskapsman också var en särdeles skicklig finmekaniker och silversmed. Två verk av hans hand brukar nämnas, en som det sägs "optimal" ångmaskin med avseende på verkningsgrad, och ett golvur. Bo Lindberg och undertecknad har tidigare letat efter ångmaskinen och till slut erfarit att den efter en tid på Tekniska museet flyttades till Kulturen i Lund.

Beträffande golvuret ordnade slumpen en lyckosam skörd på så sätt att Henrik Enghoffs dotter, Ebba Enghoff, råkat ha haft ett ärende hos den urmakare som håller ett öga på golvuret, strax innan undertecknad besökte honom i ett annat urärende. Det framkom att Enghoffuret finns i Ebba Enghoffs ägo, och att hon länge undersökt olika möjligheter till en på sikt lämplig placering av uret, gärna i Uppsala. Det unika Enghoffska golvuret, med utsmyckningar från den medicinska mytologin, har nu en plats reserverad på museet.



Docent Ebba Enghoff framför sin fars unika golvur.

Avslutningsvis vill jag framföra en förhoppning om att Ni ska finna vår Årsskrift läsvärd, att Ni ska överväga att anmäla Er till vår medicinhistoriska kongress i Uppsala i maj-juni 2017 (www.NMH2017.se) och, att ni ska känna Er övertygade om att styrelserna för Förening respektive Museum, liksom arbetsgruppen för kongressen och

redaktionskommittén för Årsskriften, gör sitt bästa för att tillfredsställa både edra och egna medicinhistoriska behov, samt, att efter bästa förmåga förvalta den skatt av vetande och föremål, som finns inom föreningen och på Museet.

Uppsala medicinhistoriska museum är i stort behov av volontärer. Kontakta gärna Urban Josefsson (urban.josefsson@surgsci.uu.se) alt. Lars Oreländ (lars.oreland@neuro.uu.se), eller telefon museet 018-611 26 10.

Lars Oreländ

Verksamhetsberättelse 2016

Årsmöte

Föreningens årsmöte hölls den 6 april och där omvaldes den tidigare styrelsen, bestående av ordförande Lars Orelund, vice ordförande Eva Ahlsten samt övriga ledamöter Lars-Erik Appelgren, Urban Josefsson, Bo Lindberg, Arne Lundblad, Bengt Simonsson och Anders Uppfeldt. Årsmötesförhandlingarna följdes av att landstingsstyrelsens ordförande Börje Wennberg utdelade Landstingets medicinhistoriska stipendium för 2015 till Krister Östlund, som bland annat genom sitt arbete med *Bibliotheca Walleriana* gjort stora insatser som främjat medicinhistorisk forskning och bidragit till att sprida medicinhistoria till en bredare allmänhet. Därefter höll Torgny Svenberg, professor emeritus i kirurgi vid Karolinska Institutet, föreläsningen *John Arderne och 1300-talets kirurgi*.

Programverksamhet

Vårens program inleddes den 10 februari med föreläsningen *Uppsalas roll i utvecklingen av modern transfusionsmedicin*, som hölls av Olof Åkerblom, docent i hemoterapi vid Akademiska sjukhuset. Den 9 mars talade Hans Almquist om *Sjukvården under Vegaexpeditionen*. Den 3 juni avslutades vårens program med en utflykt till Tensta kyrka och Nortuna gård, där Johan Alexander Lindman visade utställningen *Anders Sparrman från Nortuna till Kina*.

Höstens första programpunkt ägde rum den 7 september, då undersköterskan och författaren Annette Robertsdotter Mård berättade om *Om difteriens behandling med kvicksilveryanid*.

Den 19 oktober höll Kjell Asplund, professor emeritus i medicin och sakkunnig i Bergwallkommissionen, årets Lars Thorénföreläsning, vilken hade titeln *Thomas Quick – En man av sin tid*. Årets program avslutades den 16 november med föreläsningen *Smittkoppor – Farsoten som kunde tyglas och till sist också utrotas*, som hölls av Per-Erik Åbom, pensionerad infektions- och smittskyddsläkare och präst i Svenska kyrkan.

Årsmötet och alla föreläsningarna ägde rum i Källmarksalen och följdes av supé i Thorénsalen på Medicinhistoriska museet. Föreningens medlemmar har informerats om programpunkter via post och e-post. Programmet har också annonserats på föreningens hemsida, <http://www.medicinhistoriskamuseet.uu.se/foreningen/>, i Läkartidningens och Ergos kalendarier samt via Akademiska sjukhusets intranät.

Årsskriften

Under året har den nionde årgången av föreningens årsskrift sammanställts. Redaktör har varit Lars-Erik Appelgren, som biträtts av Henry Johansson och Bengt Simonsson. Årsskriften distribueras till medlemmarna, andra medicinhistoriska föreningar samt Kungliga biblioteket och de sex universitetsbiblioteken. Den finns också tillgänglig i pdf-format på föreningens hemsida.

Nordic Medical History Congress

The 26th Nordic Medical History Congress kommer att äga rum i Uppsala den 31 maj till 3 juni 2017. Kongressen har under året förbättrats av organisationskommittén, bestående av Lars Orelund, Eva Ahlsten, Anders Uppfeldt, Bo Lindberg, Kerstin Hulter Åsberg och David Thorsén. Det administrativa arbetet har skötts av Christina Norberg och Annika Sander Björk.

Styrelsemöten

Styrelsen har under verksamhetsåret sammanträtt vid tio tillfällen: den 13 januari, den 8 och 29 februari, den 4 och 25 april, den 26 maj, den 24 augusti, den 27 september, den 9 november och den 13 december. Under året har David Thorsén, universitetslektor vid Institutionen för idé- och lärdomshistoria, Uppsala universitet, medverkat som adjungerad styrelseledamot. Styrelsens arbete har under året främst varit fokuserat på programverksamheten och den nordiska medicinhistoriska kongressen.

Medlemmar

Antalet medlemmar var vid årets slut 253 stycken, vilket är en ökning med 18 sedan föregående år. Under verksamhetsåret har 25 medlemmar tillkommit medan sju utträtt på grund av dödsfall, sjukdom eller flyttning till annan ort.

Urban Josefsson

Sekreterare

2016 ÅRS MEDICINHISTORISKA STIPENDIUM

Efter förslag från *Uppsala medicinhistoriska förening* har Landstinget i Uppsala län utsett *Eva Ahlsten* till mottagare av det medicinhistoriska stipendiet för 2016 med följande motivering:

”Eva Ahlsten har som först museiföreståndare och senare museichef för Medicinhistoriska museet i Uppsala gjort en enastående insats för att öka intresset för och sprida kunskapen om medicinens historia.

Sedan Eva anställdes vid museet 2004 har hon gått in för sitt arbete med oförtröttlig energi och hängivenhet. Under hennes ledning har antalet besökare ökat för varje år, inte minst genom alla som lockats

att komma till de många föreläsningar och andra aktiviteter hon anordnat. Med smittande entusiasm har hon gjort museet till en levande miljö där mångas intresse för medicinhistorien väckts.

Det var Eva som inledde samarbetet mellan Medicinhistoriska och Psykiatrihistoriska museet, vilket 2013 ledde till att de båda museerna kunde gå samman och bli ett museum för både kropp och själ. Dessutom har hon initierat flera bokprojekt som publicerats på museets förlag.

Efter att Eva i oktober 2016 gick i pension som museichef arbetar hon oförtrutet vidare på halvtid som antikvarie, för att även i fortsättningen verka för medicinhistoriens utveckling.”

Stipendiet på 20 000 kronor delas ut vid föreningens årsmöte den 5 april 2017.



UTFLYKT TILL TENSTA KYRKA OCH NORTUNA GÅRD DEN 3 JUNI 2016

En vacker försommarfredag reser vi, ett trettiotal personer i Medicin-historiska föreningens regi men i privata bilar, på utflykt från S:t Eriks torg i Uppsala till Tensta kyrka och närbelägna Nortuna gård. Den sista biten tar vi oss från landsvägen längs småvägar tills landskapet öppnar sig och den vackra kyrkan uppenbarar sig. Det är byggd av tegel, har spåntak och på ytterväggarna kan ses höga men grunda rundbågiga nischer. På 1700-talet togs nya stora fönster upp och väggarna vitkalkades, får vi senare veta.

Vid kyrkporten väntar vår guide, Lisen, på oss. Det visar sig att hon nu ska göra sin första guidning men hon gör det med den äran. Jag som guidats förutvarande vecka av den ordinarie guiden ser även Lisen som en utmärkt guide.

Tensta kyrka är en av landets största och mest påkostade sockenkyrkor från svensk medeltid. Den byggdes cirka 1270–1290 och finansierades av en välbärgad och ansedd storman i bygden och inte av sockenbönder som annars var det vanliga. Denne storman har fungerat även som *patronus*, beskyddare och finansär av kyrkan får vi veta. Vi samlas i vapenhuset, som tillkom på 1300-talet, för att få dess naturalistiska bilder beskrivna för oss innan vi går vidare in i kyrkorummet. Vapenhusets bilder har tillkommit först på 1500-talet. De visar bland annat på människors kontakt med djävulen och med döden. Vid kyrkportens utsida finns relieffigurer från 1700-talet som tänkts för ett gravkor vilket dock aldrig uppfördes.

I kyrkans västra del finns ett Birgittakor med muralmålningar som skildrar den heliga Birgittas liv. Där finns också en trång vindlande stentrappa som leder upp till kyrkvinden ovanför de tegelvalv som slogs på 1430-talet, vilka sänkte takhöjden som från början var 16 meter hög. Vi erbjuds att gå upp och vi är några som följer rådet. Det är spännande att se tegelvalven, som små kullar, uppifrån.

Den lägre takhöjden kompenseras av färgrika kalkmålningar av Johannes Rosenrod från 1437. Målningarna som tillägnas Jesus och Maria är av mycket hög kvalitet och skildrar deras livs historia. Rosenrods signatur och årtal finns på ett ställe på den södra korväggen. Den inre målningsskruden i kyrkan har sannolikt bekostats av dåvarande ägaren till traktens stora gods, Salsta, riksrådet Bengt Jönsson Oxenstierna som är avbildad på norra väggen i koret. Målningarna frilades och renoverades på 1920-talet.

Kyrkan äger två dopfuntar från 1200- och 1400-talet. Altarskåpet är tillverkat i Stockholm av en tysk bildhuggare under 1480-talet, ett typiskt passionsskåp med en Golgatagrupp i mitten omgiven av skulpturer och med målade scener ur Kristi lidandes historia på flyglarna som ursprungligen var dubbla. I korvalvet sitter en vacker järnkrona från 1400-talet. Predikstolen är av mycket hög klass och kan vara tillverkad av Burchard Prechts verkstad. Burchard Precht (1651–1738) har bland annat även tillverkat predikstolen i Storkyrkan i Stockholm respektive i Uppsala domkyrka. En ny orgel sattes upp 1781 liksom en ny läktarbröstning bekostad av kapten Carl Gustaf Ekeberg på Altomta och dåvarande bruksdirektören vid Vattholma J F Ekeberg. Altomta är beläget inte långt från Tensta och vi passerade platsen på vår väg till Tensta kyrka. Ekebergs vapen – ett förgyllt berg med två korslagda ekkvistar sattes upp på bröstningen.

Bänkkvarteren tillkom också under 1700-talet. Vi som så önskar får även se underbart vackra mässhakar förvarade i sakristian. Efter detta mycket intressanta besök tackar vi varmt vår guide och beger oss den korta sträckan till intilliggande Nortuna gård där Johan Alexander Lindman tar emot oss. Vi får starta med en kopp kaffe/te/saft och bulle från Kafé Sparrman och kan i den sköna försommarsolen sitta på altanen vid kanten av Vendelån. I kaféet ser vi att där serveras kaffe, te, hemgjord rabarberlemonad, matig gårdsbulle med sallad, smarriga kokos- och vaniljbullar. Dessutom kan du köpa med dig goda teer eller annat från den lilla kafébutiken. Vill du bo över erbjuds ”Bed and breakfast”.

Innan vi guidas i Nortuna Ostindiska Museum får vi höra lite

historik om platsen av vår ciceron Johan Alexander tillika delägare av Nortuna gård. Han berättar att gården ligger i Tensta socken, Norunda härad, Uppsala län och att detta är en gammal kulturbygd. Namnet Nortuna kommer av nor = förträngning i vattendrag, och tuna = gård, alltså gården vid förträngningen i vattendraget. Vid Nortuna har i Vendelån sedan gamla tider funnits ett vadställe. Vendelån är i sig rester av en havsvik som uppstod här för 4000 år sedan. Här har också bedrivits kvarnverksamhet och häradet Norunda är namngivet efter denna plats. Av de rika fornfynden i Vendel en bit norrut har perioden fått namnet Vendeltid och ån har i sin tur fått namn efter denna historiska period. Avsättningarna efter havet och viken har gett bördiga åkermarker och i närområdet finns rika fornlämningar inklusive gravfält. Vendelån har idag sina källor i skogarna norr om Österbybruk och flyter från Vendelsjön, förbi Nortuna, för att förena sig med Fyrisån vid Lena kyrka några kilometer nedströms, helt nära varifrån vi svängde av landsvägen mot Tensta kyrka. De förenade åarna under namnet Fyrisån flyter därifrån vidare genom Uppsala för att mynna ut i Mälaren.

Johan Alexander berättar vidare att det inte finns några skriftliga belägg för vem som före omkring 1280 ägde marken där Nortuna nu ligger. Att Upplands förste lagman, nedtecknare av Upplandslagen, Birger Persson (död 1327), av den så kallade Finstaätten och far till heliga Birgitta, ägde mark här vet man, liksom att hans son Israel Birgersson, Birgittas bror, ärvde mark här efter sin far, och att han donerade mark till kyrkan. Den gård som antas ha funnits här på platsen var troligen huvudgården i Tensta by under 1200-talet och som omskapades till den första prästgården. Prästgårdarna blev statiska, och flyttades sällan. Upplandslagen angav mycket tydligt att där en kyrka uppfördes, skulle också en prästgård byggas. Till prästens gård skulle flera hus, ekonomibyggnader, uppföras. Prästhushållet var ju som alla andra gårdar självhushållande men dessutom hade prästen rätt till ett tionde, vilket innebar en tiondel av varje gårds utsäde, mjölk, smör, korn och råg osv. För detta specifika ändamål behövde prostgården just en tiondebod. Nortunas tiondebod har en

stor källare, troligen senmedeltida med tunnvälvda tak, och ovan källaren ett hus av timmer (delvis brädfodrat) från ungefär 1800.

Series pastorum, listan på dem som arbetat i socknen som präster, är lång. Alla namn finns inte kvar från de första århundradena, men Herr Haqvin (Håkan) är den först kände prästen som också bodde på Nortuna. Därefter känner vi namnen på totalt 38 präster, och efter reformationen också deras familjemedlemmar, säger Johan Alexander. Under drygt 700 år ägde kyrkan gården, prästgårdens jord- och skogsmark hade sålts av långt tidigare. År 2008 övergick Nortuna åter i privat ägo, och cirkeln är sluten, bland annat i så motto att dagens ägare stammar från Birger Persson, lagmannen, och kanske den som en gång skänkte marken till kyrkan. Den kyrkliga parentesen är därmed avslutad. Med dessa avslutande ord om platsen går vi vidare med Johan Alexander som guide till museet beläget i den gamla tiondeboden.

Nortuna Ostindiska Museum öppnade den 14 juni 2015, på dagen 284 år efter det att *Svenska Ostindiska Compagniet* fick kungliga privilegier och monopol på den svenska Ostindiehandeln. Museet börjar med lite historik om gårdens store son, Linnélärjungen Anders Sparrman (1748–1820), som själv reste till Kina med ett ostindieskepp under ledning av kapten Carl Gustaf Ekeberg, även han från Tensta socken och som vi hört talas om i kyrkan. Sparrman växte upp på gården, son till prosten och kyrkoherden Erik Sparrman och Brita Högbom som på sin fars sida härstammade från prästsläkter i Hälsingland. Anders Sparrman blev den mest vittbereste av Linnés lärjungar. År 1765 följde han med en expedition till Kina som skeppsläkare. Han reste även med James Cook runt världen på skeppet *Resolution* och skrev resejournalen *Resa till Goda Hoppsudden, Södra Polkretsen och omkring Jordklotet samt Hottentott- och Cafferlanden* åren 1772–76. Till Sparrmans åminnelse serveras därför på Kafé Sparrman ”hottentott-bullar”. Han utnämndes 1790 till professor i naturalhistoria och farmaci vid Collegium Medicum men kom i konflikt med Vetenskapsakademien, i vilken han blivit medlem 1776, angående skötseln av

Naturaliekabinettet. Konflikten slutade med att han 1798 skildes från sitt uppdrag. På sin ålderdom verkade han som fattigläkare och levde med den unga sömmerskan Charlotta Fries. Tillsammans fick de en dotter.

Utställningen i sin helhet belyser Ostindiska Kompaniet och dess tid. Handeln utgick från Göteborg till i första hand Kina. I början var resorna mycket lönsamma och totalt genomfördes 132 expeditioner med 37 skepp. Kompaniet upplöstes 9 maj 1813 då det gick med förlust. Nortuna Ostindiska Museum skildrar detta spännande skede i svensk historia. Vår mycket kunnige guide berättar på ett trevligt och engagerat sätt, gärna i dialogform som håller oss besökare aktiva på ett positivt sätt, om resor, livet ombord och handelsvaror som kryddor, siden, te och porslin. Det lilla museet i två våningsplan, med ursprungliga ojämna golvtilljor, är inrett med bilder och interiörer på bottenplanet och vepor som berättar om Anders Sparrman. Som en kuriositet nämner Johan Alexander att han fått överta veporna från Linnémuseet där man 2011 hade dessa i en utställning om Sparrman.

Linnémuseets dåvarande chef, Eva Björn, hade skrivit texten men Medicinhistoriska museets Cecilia Bergström som då arbetade på Linnémuseet hade formgivit dem berättar Cecilia som var med på vår utflykt. På Ostindiska museets övervåning är uppfört en interiör från ett fartyg och där finns även montrar som bland annat innehåller fynd från det förlistade fartyget *Götheborg*.

Dåtidens seglatser var ingen dans på rosor och man kunde avvisas från hamnar med brist på färskvatten som följd eller utsättas för stormar som medförde drunkningar och även dödsfall ombord. Av skeppsbrott nämns speciellt den, kan tyckas, retfulla förlisningen av det stora fartyget *Götheborg* med en lastkapacitet på 830 ton. Då ska vi också ha med i beräkningen att det skulle finnas plats för maten som bland annat bestod av levande djur som slaktades efter hand.

Fartyget hade klarat hela resan från Kina på 30 månader men förliste den 12 september 1745 i inloppet till Göteborgs hamn vid Älvsborgs fästning, 900 meter från ankarplatsen. Hon hade gått på och fastnat på det kända grundet Hunnebådan vilket än idag förvånar då

lotsen var erfaren, vädret var klart och vackert och vinden gynnsam. En teori, har jag förstått, är att man råkat ut för ”dödvatten” vilket innebär att fartyget rör sig i ett lager av sötvatten som ligger ovanpå saltvatten och åstadkommer både synliga svallvågor och osynliga svallvågor mellan sött och salt vatten. Kraften att skapa de osynliga vågorna skapar ett motstånd som minskar eller hindrar fartygets framfart helt och hållet. Det positiva i bedrävelsen var att mycket av lasten kunde bärgas varför resan ändå gått med vinst.

Efter en innehållsrik och intressant guidning är det så dags för oss att inta vår ”matiga smörgås” varför vi lämnar museet och återgår till Kafé Sparrman. Där står uppdukat alla sorters pålägg och bröd varför den matiga smörgåsen blir en riktigt god och riklig lunch som vi kan njuta av på terrassen. Vi känner oss alla mycket nöjda med dagens två besök och konstaterar med glädje att Johan Alexander nu är medlem i Uppsala medicinhistoriska förening. Ett stort tack går också till styrelsens ledamot Bo Lindberg som tipsat oss om Ost-indiska museet.

Eva Ahlsten

Lars Thorén (1921–2007):

Lars Thorén växte upp 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 gallläckage 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.

Lars Thorénföreläsningen instiftades i samband med Lars Thoréns 80-årsdag för att hedra hans mångåriga insatser på det medicinhistoriska området. Årets föreläsning är den femtonde i ordningen och till den har vi glädjen att välkomna *Kjell Asplund* som föreläsare.

Tidigare Thorénföreläsare:

2002: Professor Bengt Lindskog, Lund: *Linnés läkargärning*

2003: Professor 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 och dess tillämpningsområden

2007: Professor Gunnar Broberg, Lund:
Den gamle Linné och livets gåta

2008: Professor Martin H:son Holmdahl:
Beklagliga dröjsmål mellan upptäckt och klinisk användning

2009: Professor Per Olov Lundberg, Uppsala:
Theodor Billroth och Ferdinand Sauerbruch, de stora pionjärerna i kirurgins historia

2010: Jan Eric Olsen, Lund:
Fritiof Holmgren – fysiolog i brytningstid

2011: Professor Anders Bárány, Nobelmuseet, Stockholm:
Allvar Gullstrand – Svensk fysiograf och Nobelpristagare

2012: F landstingsråd Mats O Karlsson, Enköpings:
En demokratisk samhällsbyggare under 150 år: Landstinget i Uppsala län

- 2013: Professor Henry Johansson, Uppsala:
Karl Gustaf Lennander och Uppsalakirurgin
- 2014: Legitimerade sjuksköterskorna Clary Carlsson och
 Ulla Gällstedt Eriksson, Uppsala:
Föreningen Uppsala Sjuksköterskehem 100 år
- 2015: MDhc Ove Hagelin, Stockholm: *Andreas Vesalius anatomiska verk*

Sammandrag av Kjell Asplunds föredrag
 Thomas Quick – En man av sin tid
 den 19 oktober 2016 på Medicinhistoriska museet i Uppsala

Det är nu 25 år sedan Sture Bergwall togs in på Sätters sjukhus, 24 år sedan han började erkänna mord och åtta år sedan han återtog sina mordberättelser. Vad finns att lära?

I slutet av 1980-talet och i början av 1990-talet var intresset stort i såväl facklitteratur som i media för seriemördare, sexuella övergrepp mot barn, multipla personligheter samt bortträngda och återkallade minnen. Bergwall kombinerade allt detta i en och samma person – han kan sägas ha varit en man som motsvarade många av tidens förväntningar på en svensk monstros seriemördare. Under erkännandearen tog han sig ett eget ”artistnamn”, Thomas Quick, som i terapi och polisförhör skapade en alltmer sammanhållen historia. De psyko-terapeutiska metoder och den förhörsteknik som tillämpades belönade och förstärkte Bergwalls berättande, liksom höga doser beroendeframkallande psykofarmaka, gav ett väldigt gensvar i media och en starkt tidspräglad teoretisk referensram för hans berättelser.

Det är uppenbart att varken den rättspsykiatriska vården, rätts-systemet eller massmedia kunde stå emot en person med en extrem, manipulerande och fabulerande förmåga. En hel del systemfel förvärrade processen, viktigast grupptänkande och brist på kritisk analys på alla nivåer.

Om föreläsaren

Kjell Asplund är uppvuxen i Västerbottens och Ångermanlands inland. Han läste medicin i Uppsala och disputerade 1972 vid histologiska institutionen på en avhandling om Langerhanska öarna.

Efter postdoc-år vid Northwestern University i Chicago och underläkarår i Säfle kom han 1976 till Norrlands universitetssjukhus, där han blev internmedicinare. Under åren 1994–2003 var han professor i medicin vid Umeå universitet. Asplunds tidiga forskning ägnades åt diabetes. Under de senaste decennierna har den huvudsakligen handlat om hjärt-kärlsjukdomar, särskilt stroke, men han har även publicerat artiklar inom en rad andra fält – endokrinologi, nutrition, metabola och genetiska sjukdomar, epidemiologi, folkhälsa, sjukvårdspolicy, hälsoekonomi och medicinsk etik.

På 1990-talet och i början av 2000-talet var han ordförande för European Stroke Council, ordförande för SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) och ordförande för WHO:s världsomspännande MONICA-projekt om hjärt-kärlsjukdom. Från 2003 och fram till pensionen 2008 var han Socialstyrelsens generaldirektör. Som pensionär har han bland annat varit nationell cancersamordnare vid Socialdepartementet. Han var sakkunning i Bergwallkommissionen – Lars Thorénföreläsningen baseras på hans observationer från detta arbete. Nyligen har han utrett Machiarinis verksamhet vid Karolinska universitetssjukhuset.

Inom ämnet medicinshistoria har Asplund drivits av uppblossande passioner för olika ämnen. Han har beskrivit hjärt-kärlsjukdomar som 1900-talets stora epidemi, särskilt då utifrån ett Norrlandsperspektiv. Med utgångspunkt i personliga erfarenheter har han skrivit om Biafrakriget. Andra medicinshistoriska ämnen har varit finska



vinterkrigetets farsoter, epidemier av psykiatrisk sjukdom, Socialstyrelsens historia och den rättspsykiatriska vårdens närhistoria. Nyligen har han, mycket baserat på egna minnen, i Upsala Journal of Medical Sciences gett ett historiskt perspektiv på delar av den uppsaliensiska diabetesforskningen.

MEDICINHISTORISKA MUSEET

Årsrapport 2016

Utställningar

Medicinhistoriska museet i Uppsala har under det gångna året haft fyra utställningar utöver de stationära. En handlade om den förhoppningsvis snart utrotade sjukdomen polio. En annan handlade om narkosens historia. Årets stora utställning handlade om *Det okända apoteket – Sjukhusapoteket, Akademiska sjukhuset 75 år* och invigdes den 6 september. Den fjärde utställningen var kopplad till Landstingets medicinhistoriska stipendium för 2015 och visade på stipendiemottagarens kvaliteter. Stipendiet tilldelades Krister Östlund ”för hans stora insatser som främjat medicinhistorisk forskning och för att ha bidragit till att sprida medicinhistoria till en bredare allmänhet”. Krister mottog priset i mars 2016 i samband med Uppsala medicinhistoriska förenings årsmöte vilket hölls på museet.

Därutöver fanns i Medicinhistoriska museets monter på Museum Gustavianum (*under hösten 2016 har museet bytt namn till enbart ”Gustavianum”*) ännu en presentation av museet och då specifikt psykiatridelen på grund av Medicinhistoriska museets unika läge i den gamla administrationsbyggnaden för *Upsala Hospital och Asyl*. Utställningen står kvar sedan ett par år med tanke på att Ulleråkerområdet 2017 ska börja bebyggas med 6000 nya bostäder och det därför kan vara av extra intresse för allmänheten med en historik över området. Som brukligt fanns en uppdaterad lista gällande 2016 över Medicinhistoriska museets föreläsningar vid sidan om montern.

En nyplanering av pediatrikrummet efter barnsjukvårdens motto ”Barnet i centrum” är också tänkt sedan flera år men har fått vänta med anledning av införlivandet av Psykiatrihistoriska museet i Uppsala medicinhistoriska museum – något som inneburit efterföljande praktiska förändringar av lokalernas nuvarande innehåll och planerad omdisponering av desamma.

Nyplaneringen har olyckligtvis försenats ytterligare på grund av

tidigare takläckage, som under hösten 2014 började åtgärdas med diverse renoveringsarbeten som följd, vilket medfört att det enbart skulle ha blivit onödigt slitage på museiföremål och krävt extra både kostnader och arbetsinsatser ifall omflyttningar påbörjats för att snart flyttas i samband med målning, tapetsering och eventuella snickeriarbeten. Innertaket i vissa utrymmen på övervåning och vind är i slutet av november 2016 i det närmaste nu åtgärdat. Större förändringar kan därför träda i kraft tidigt 2017 i hela huset vad gäller utställningar. Dock har ett avloppsrör i november brustit i källaren vilket lagats provisoriskt men kommer att kräva en större reparation inom kort. Förmodligen kommer detta arbete att åtminstone i någon grad påverka arbetet med omstrukturering av källar- och vindsförråd. Museets stora förråd i kommunens lokaler inom området är uppsagt till september 2017. I slutet av november 2016 har ännu ingen ersättningslokal hittats och de som erbjudits museet har varit både för små, haft för trånga dörrar eller spiraltrappor för att nås, vilket inte fungerar för skrymmande föremål.

Något som 2016 ytterligare försenat omstruktureringar har berott på min, Eva Ahlstens, förestående ålderspensionering 1 oktober 2016 som museichef. För att göra chefspositionen extra lockande fastställdes i styrelsen ett förslag från vice ordförande att avvakta med planerade förändringar och låta den nye/nya chefen få omdana museet enligt sina önskemål.

Föreläsningar

2016 års föreläsningar anknöt i vissa delar till jubileer av olika slag. Föredraget i februari anknöt till ett sjuksköterskejubileum, föredraget den 16 oktober uppmärksammade 170-årsminnet av narkosen på exakt samma dag och kvällsföredraget som handlade om Tor-Göran Henriksson ville högtidlighålla honom. De cirka 45 minuter långa föredragen hölls i första hand på söndagar under museets ordinarie öppethållande.

Christer Åsberg inledde föreläsningsserien i januari med att tala om *Syndastraff och gudagåva. Om sjukdom och läkekonst i Bibeln*.

Christer följdes av Birgitta Kulling som i februari belyste ämnet *En svunnen tid... Minnesbilder från sjuksköterskeutbildningen 1960–1964*. Därpå föreläste i mars Mohamad Hassan om *Grillad lök eller sårtvätt? Föredrag om krigets fasor och hur folk klarar sin vardag* följd i april av Birgitta Meurling som föredrog *Också en dekokt! Prästmedicinen, prästfrun och prästen*. I början av maj höll Jan Stålhammar föredrag om *Kolerakyrkogården i Malen och "självspillingen" i Stånggrund*. Sista helgen i maj talade Thérèse Toudert om *Félix Thibert, Musée médical och den patologiska anatomin. Om några modeller i papier-maché, moulage, i Medicinhistoriska museets samlingar*. Henry Johansson berättade i september om *Medicinens historia till nutid – det förflutna förtjänar vårt ansvar* och Bo Ohlson och Björn Lindeke belyste första helgen i oktober *Medicin på kungens skepp. Om fynden ur Regalskeppet Kronans medicinkista från 1600-talet* och den 16 oktober föredrog Torsten Gordh *Narkosen 170 år 16 oktober 2016*. Söndagsföreläsningarna avslutades i början av december då Olle Matsson talade över *Gifter – till skada och till nytta*.

Två kvällsföreläsningar i lite annan form ägde rum i slutet av året då vid det ena tillfället, i slutet av oktober, plastikkirurgen Daniel Nowinski och journalisten, kulturkritikern Leif Zern talade kring *Tor-Göran Henriksson – plastikkirurg och konstnär. De två sidorna av en handens mästare* och i mitten av december Håkan Westin, universitetslektor i juridik, berättade om *Ryssligan – ett morddrama i skuggan av första världskriget*. Efter detta föredrag bjöds på glögg och pepparkakshjärtan.

(Sammandrag av föredragen finns på sid 40-65 i denna årsskrift).

Återkommande aktiviteter

Under april kunde traditionsenligt, sedan 2007, allmänheten köpa Majblommor på museet. Första majblomman (blommans namn före 1998) arbetar numera för att förbättra barns villkor och för att bekämpa barnfattigdomen i världen. Den allra första majblomman presenterades av Beda Hallberg 1907 och såldes till förmån för bekämpande av tuberkulosen. Museet hade, också traditionsenligt, under sportlovet vecka 8 och kulturlovet, vecka 44, tre respektive

två dagar öppet för barn under temat ”Leta smurfar i montrarna”. Smurfar fanns utställda i femton montrar. På respektive monter satt en tipsfråga som både berörde smurfen, som genom sitt utseende och attribut hade anknytning till monterns innehåll, där svaret gick att finna, och till innehållet i montern. Dessa dagar var mycket välbesökta och uppskattade av såväl barn som medföljande föräldrar och andra anhöriga. Vecka 46 pågick ”Kulturveckan för personer med psykisk funktionsnedsättning” och tre av dagarna erbjöds som tidigare år senapstillverkning på Medicinhistoriska museet. Tio i förväg anmälda besökare gick hem med egentillverkad senap.

Under tiden 25 oktober–13 december hade besökare, tillsammans med den för dagen tjänstgörande av museets farmaceuter, under varje tisdags öppethållande, möjlighet att tillverka sin egen senap, vilket även i år var populärt. Flera grupper, däribland såväl kamrat- som pensionärs- och fackföreningar, tillverkade under kvälls- och helgtid också sin egen senap under ledning av apotekare Anders Uppfeldt. (Senapstillverkningen innebär ett besök på museet och tenderar ofta att rendera ytterligare ett besök för att se utställningarna).

Senapstillverkningen var anmäld till UNT:s kalendarium varje tisdag och fanns där representerad så gott som alla veckor. Den fick också uppmärksamhet i Uppsalatidningen och i Upplands Nyheter liksom på museets hemsida respektive facebookside.

Prao-elever, studenter och sommaröppet

Under en vecka i april tog museet hand om en prao-elev, Simon Björklund. Precis som tidigare prao-elever var Simon både trevlig och duktig. Han tog aktiv del i museiarbetet och hjälpte till med både montergenomgång och sortering av ett stort antal äldre vinylskivor som patienter vid Ulleråkers sjukhus lyssnat på. Simon handleddes av Urban Josefsson. Veckorna 42–44 gjorde studenten Tobias Lehtola praktik på museet under sina studier i musei- och kulturvetenskap. Tobias dokumenterade museets stora samling av juldukar som alla utgörs av patientarbeten vid Ulleråkers sjukhus. Även Tobias handleddes av Urban.

Under oktober–november hade Urban Josefsson i samarbete med universitetslektor Inga-Lill Aronsson vid institutionen för ABM, huvudansvaret för en grupp på 18 ABM-studenter (ABM = Arkiv, Bibliotek Museer) som hade en praktisk uppgift förlagd till museet. De delades in i fyra mindre grupper där varje grupp fick sig tilldelat ett par föremål som skulle bestämmas och dokumenteras. Eva Ahlsten började dessförinnan med att ge den samlade större gruppen en längre information om museet. Även studenter som studerar idéhistoria under ledning av universitetslektor David Thorsén hade ett seminarium förlagt till museet. Cecilia Rodehn vid institutionen för genusvetenskap och Hedvig Mårdh, doktorand vid institutionen för konstvetenskap har även haft seminarier förlagda till museet. Såväl medicine kandidater som sjuksköterskestudenter, undersköterskeelever och apotekstekniker har, sedan tidigare, besök på museet inlagda i sin kursplan varje termin.

Medicinhistoriska museet hade, som de senaste åren dessförinnan, öppet hela sommaren. Eva Ahlsten, Urban Josefsson och Cecilia Bergström fördelade sina semestrar över sommaren så att verksamheten skulle kunna fungera. Thérèse Toudert, en mycket kompetent student som gjorde sin praktik på museet 2015, var timanställd under sommaren och de ideellt arbetande på museet tog resterande pass.

Juni–augusti besöktes museet av 565 personer att jämföras med 602 personer 2015, 876 personer 2014 och 628 år 2013 men endast 445 år 2012. Många av dessa besökare är utländska turister som på kartan sett att här finns ett medicinhistoriskt museum och de promenerar inte sällan, utan att kontrollera öppettider, från centrum till museet. De blir alltid insläppta när vi finns i byggnaden och är alltid lika tacksamma för detta.

Bokproduktion

Medicinhistoriska museet har under 2016 inte gett ut någon bok. Däremot har museet bidragit med medel till en biografi av den mycket uppskattade neurologen Karl-Axel Ekbom, bland annat upptäckare av diagnosen *Restless leggs*. Boken beräknas komma ut vid jultid 2016 (detta skrivs i november). Tidigare utgivna böcker säljs ännu bra. I detta sammanhang kan noteras att författaren och läkaren Karin Wahlberg i sin senaste bok i sjukhusmiljö *Livet går vidare* i ett Tack till Eva Ahlsten, som visat Karin runt vid hennes besök på museet för ett par år sedan, uttalar sig om att ”Medicinhistoriska museet är en guldgruva”.

Besökande

Jubilerande sjuksköterskor, barnmorskor, sjuksköterskor under grundutbildning, ögonläkare, ST-läkare, ortoped, narkosläkare, äldre kirurger, läkare från även andra specialiteter, medicinska seniorer, Patientskadenämnden, medicintekniker, personal från olika kliniker vid sjukhus och öppenvård i länet, logopedstudenter, medicinska sekreterare under utbildning, farmaceuter, apotekstekniker, veterinärer, tandläkare och personal från Folktandvården, privatvårdsläkare, kemiingenjörer, personal från vårdcentraler, teckenspråksutbildning, unga vuxna med psykisk ohälsa, psykologstudenter, personal från behandlingsenheter, äldreboende och från socialpsykiatri, släktgrupper, patient-, vän- och släktföreningar, pensionärsgrupper, samlarföreningar, personliga ombud från länet, Miljöskyddsenheten, personal från konferensföretag, läkemedelsföretag, internationella företag och föreningar, journalister från dagstidningar och tidskrifter, SVT, förskolor, musikklasser, omvårdnadsklasser, elever från grundskola och gymnasium, folkhögskola, vuxenutbildningar, gymnasielärare, studenter och personal från skilda fakulteter, universitetsadministratörer, författare, konstnärer, museipersonal från olika delar av landet, filmteam, villaföreningar, Rotaryföreningar, Namngivningskommittén, illustra sällskap, konstföreningar, bygghus och gymnasieelever från Lidingö, Norrtälje, Gimo, Märsta, Danderyd

och Uppsala besökte museet under året. Vissa av dessa grupper hade även styrelsemöten, årsmöten och/eller egna föredrag på museet. Alla möten förenades med visning av museet och avslöpte med lyckat resultat. Flera av förenings- och jubileumsträffarna skedde på kvällstid och helger. Guidningarna avslutade (eller startades) i vissa fall med en måltid i Medicinhistoriska museets stora sal, Thorénsalen. Sedan ett par år har även Uppsala medicinhistoriska förening sina möten förlagda till museet.

Namngivningskommittén för gatunamn i kommande bostadsområdet Ulleråker hade bjudit in allmänheten, efter kontakt med Eva Ahlsten, för information om sitt arbete och önskemål/diskussion om förslag på lämpliga namn för planerade gator och torg. (Från personer som vuxit upp i området och från tidigare personal samt från museets personal önskades namn med anknytning till verksamheten men Namngivningskommittén önskade enbart koppling till Gustaf Fröding som vistats en del år på hospitalet).

Besökare, varav såväl flera skolklasser som vårdpersonal och personal från andra institutioner, kom också från andra delar av landet som Tällberg, Västerås, Stockholm, Visby, Märsta, Gävle, Enköping, Sigtuna, Östhammar, Knivsta, Gimo, Norrtälje, Lidingö och andra platser i Storstockholmsområdet. Besökare kom även från omvärlden, som till exempel Bangladesh, USA, England, Danmark, Italien, Tyskland, Australien, Frankrike, Norge och Baltikum.

Annonsering och marknadsföring

Alla föredrag, aktiviteter och utställningar var utlagda på museets hemsida där även medicinhistoriska föreningen har en undersida. Museets hemsida är ansluten till Uppsala universitets system, Infogluue. Cecilia Bergström ansvarar för att hemsidan hålls aktuell. Föredragen var också annonserade i UNT och var utlagda på Akademiska sjukhusets intranät samt på Uppsala universitets kalendarium. Museet var även presenterat i UMI:s (UppsalaMuseernas Informationsförening) folder, i Arbetslivsmuseernas museiguide "Arbetsamma muser", i Kubik, informationskanalen för barn- och ungdomskulturgruppen

i Uppsala kommun, i tidskriften *What's on*, Uppsalas turistguide och med en vinjettannons i årets alla nummer av *Populär historia* samt enstaka annonser i Upplands nyheter. Föreläsningarna anmälades till flera tidningars kalendrier samt till Destination Uppsala och fanns med i UNT, Vårdfokus, Läkartidningen, Reptilen, Uppsalatidningen och Ergo. Museet har även en egen facebook sida där information om museet och dess aktiviteter finns att hämta. Eva Ahlsten har ansvarat för denna sida men från november 2016 ansvarar i första hand Thérèse Toudert för att den uppdateras. Sedan tidigare finns också en gemensam facebook sida för museerna i UMI. I samband med Arkivens dag läggs en sida om denna med medverkande museer och arkiv upp på facebook.

Filminspelningar och media

Filmbolag för SVT och även fristående filmare har spelat in filmavsnitt i museets lokaler. Bland annat har tidigare ordförande Henry Johansson intervjuats av två olika filmteam. Museet har fortlöpande rådfrågats för faktainformation av media och filmbolag, samt forskare. En journalist för Uppsalatidningen gjorde ett reportage om senapstillverkningen och intervjuade då farmaceuten Barbro Samuelsson. Även Radio Uppland har uppmärksammat senapstillverkningen.

Dokumentation och rådfrågningar

Utöver fortlöpande dokumentation kan av museets arbete nämnas en pågående uppdatering av museets utställningar, både text- och föremålsmässigt. Urban Josefsson arbetar med digitalisering av museets bibliotek och lägger även in föremål i databasen Alvin. Som ovan nämnts har både prao-elev och ABM-student arbetat med dokumentation, främst gällande psykiatridelen vars föremålsamling inte hunnit dokumenteras i samma omfattning som den somatiska delens.

Informatör Björn Stake fortsatte under våren att vikariera för Cecilia Bergström som i tio procent varit tjänstledig för studier i ekonomisk historia. Björn fortsatte då arbetet som han påbörjat 2015 med psykiatridelens presentation av texter.

Under året har flera rådfrågningar av vitt skild karaktär via både telefon, besök och e-post skett, bland andra från privatpersoner och andra museer som hört sig för om till exempel mediciner, apparatur, rutiner och andra förhållningssätt inom sjukvården.

Depositioner och donationer

Forum för levande historia, i samarbete med Etnografiska museet i Stockholm, lånade år 2011 föremål till en tre till fyra år lång vandringsutställning om rashygien. Det gällde bland annat en skallmätare och hårfärgsprover. Dessa är under hösten 2016 tillbakalämnade till museet. Till Tekniska museet deponerades under hösten 2011 apparatur till en utställning om tekniska nyheter. Depositionen av föremålen har även gällt under 2016. De utlånade föremålen är placerade i montrar med tydlig hänvisning till Medicinhistoriska museet vid deponerat material. Sundbybergs museum lånade föremål för att uppmärksamma historien om fysiska funktionsnedsättningar i slutet av 2014. Utställningen där kvarstod också under 2016. Ett apotekskärl lånades under våren 2013 ut till Landsarkivet i Uppsala för en utställning om prostitutionen i Uppsala på 1800-talet. Lånet gällde även för en del av 2016 och är nu åter. Till det i november öppnade "Vårdmuseet" i Västerås har deponerats ett operationsbord och till BMC har, via professorn i cellbiologi Erik Fries, deponerats äldre forskningsapparatur inom ämnet för utställning i dess lokaler. Därutöver har en medicinask utlånats till Uppsala stadsteater för pjäsen "Doktor Glas". Till konstnär Natasha Dahnberg har ett par gånger deponerats bland annat instrument för kortare projekt. Föremål som varit placerade i en monter i Landstingets lokaler på Slottsgränd har lämnats åter i samband med Landstingets flytt till nya lokaler.

Medicinhistoriska museet fick under året motta flera donationer av böcker. Dessa utgjordes av såväl medicinhistorisk som av mer modern medicinsk litteratur. Till museet skänktes även betydande mängder inventarier och medicinska föremål från både olika verksamheter inom vården och från privatpersoner. Eva Ahlsten fick via

universitetslektor Mats Hjortberg från Institutionen för medicinsk cellbiologi BMC låna två plastskelett och två torrpreparat till museets utställning 2015 om anatominns historia. Mats gick tragiskt bort under försommaren 2016 och då det var dags för återlämning kontaktade Eva därför bitr. prefekt Peter Hansell som efter samråd med kolleger beslöt att museet skulle få behålla torrpreparaten som bestod av en blindtarm respektive en luftstrupe men ej skeletten som kommer att hämtas tillbaka.

Gallring med hjälp av sakkunniga inom respektive specialitet sker fortlörande.

Samarbeten i kulturella sammanhang

Museet hade Öppet hus under Kulturnattens eftermiddag den 10 september, med möjlighet att se den tillfälliga utställningen om *Det okända apoteket – Sjukhusapoteket, Akademiska sjukhuset 75 år*.

Kulturarvsdagen med temat *Tidens rörelser* i regi av Riksantikvarieämbetet, firades den 11 september då psykiatrivåningen visades med tanke på hur psykiatrin förändrats under tidens gång i samklang med samhällslika förändringar.

Då det medicinhistoriska nätverket i Sverige träffades på Hagströmerbiblioteket i Stockholm presenterade Urban Josefsson Eva Ahlstens föredragning då Eva fått förhinder. Presentationen gällde information om den förestående nordiska medicinhistoriska kongressen i Uppsala 31/5–3/6 2017. Även Cecilia Bergström och Thérèse Toudert var närvarande vid nätverksträffen.

Medicinhistoriska museet deltog i en utställning på temat *Välkommen hem* under Arkivens dag den 12 november på Fyriskällan (Stadsarkivet, Folkrörelsearkivet och Stadsbiblioteket) i Uppsala. Stadsantikvarie Magnus Elfwendahl invigde dagen med ett föredrag om vad platsen där man känner sig hemma betyder. Magnus introducerades av Eva, som även bjudit in honom. Eva hade varit en av tre i aktivitetsgruppen för planering av Arkivens dag. 192 personer besökte Fyriskällan under dagen. Eva Ahlsten hade gjort i ordning en fotoutställning om Ulleråkerområdet och vad området betytt som hem genom

åren för de psykiskt sjuka. Utställningen stod kvar i tre veckor.

Under Arkivens dag ägde även ett panelsamtal rum. Där diskuterades bostadsområden i Uppsala, dels historiskt, dels vad som planerades för framtiden under temat *Välkommen hem?* Universitetslektorn vid Konstvetenskapliga institutionen i Uppsala, Anna Micro Vikstrand som skrivit sin avhandling om stadsplaneutveckling i Huddinge, inbjuden av Eva, ledde samtalet. De fem i panelen, Ingvar Blomster (tidigare chef för stadsbyggnadskontoret i Uppsala), Roger Elg (forskare vid SLU, inriktad på användningen av vegetation i det urbana landskapet), Therez Olsson (M, 2:a v. ordf. byggnadsnämnden), Johan Edstav (landstingsråd, MP:s bopolitiska talesperson) och Annika Stjerna (marknadsansvarig vid Rosendals fastigheter) och Anna fick varsitt exemplar av museets bok om Ulleråker, *Plats för brutna själar*, som tack.

Museidagen firades den 13 november under temat *Allt ljus på Uppsalas museer*.

Eva Ahlsten har i samband med föreningsmöten med UMI framfört synpunkter till personal från Destination Uppsala angående Medicinhistoriska museet och turistnäringen i Uppsala då museerna i centrala Uppsala i första hand framhålls från Destination Uppsalas sida.

Eva Ahlsten var inbjuden av konstnär Natasha Dahnberg till en performance i Anatomiska teatern på Museum Gustavianum där en fingerad obduktion ägde rum i salen, bevittnad av åskådare ”i värdig klädsel” på läktarna. Eva var en av dessa åskådare. ”Organen” som var tillverkade av Natasha i olika textila material samt av ett av Natasha bakat bröd sändes runt till åskådarna för observation av eventuella missbildningar. Instrument och uniform som ”obducenten” använde var inlånade från Medicinhistoriska museet.

Kurser

Eva Ahlsten har, som adjungerad adjunkt, sedan 2013 under vårterminerna ansvarat för en 7,5-poängskurs i Medicinens historia där bland annat Kersin Hulter Åsberg, Torsten Gordh, Gunnar Holm, Henry Johansson respektive Lars Orelund deltagit som föreläsare.

14 studenter fullföljde våren 2016 kursen. Alla seminarierna ägde rum på Medicinhistoriska museet och föreläsningarna följdes i flera fall av en guidning i specifik del av museet som behandlar det ämne som föreläsningen berört. Eva håller också varje termin en föreläsning i Medicinens historia för kandidater på BMC. Lars Oreland föreläste tidigare för samma kandidater i Farmakologins historia men denna föreläsning har Eva tagit hand om sedan höstern 2015. Dessutom får alla medicine kandidater under termin tre en gratis guidning av museet med några av museets ideellt arbetande läkare som guider.

Utflykt med personal och styrelse

I år blev det ingen belöningsresa för museets ideellt anställda och för dem som så önskade ur Medicinhistoriska museets styrelse. Istället erbjöds de alla en välgörenhetskonsert i Rotarys regi för dess projekt PolioPlus, dvs. vaccination för att utrota polio. Konserten som kostade 200 kr/person, ägde rum i Missionskyrkan. Som värd och konferencier fungerade Stefan Parkman. Medverkade i övrigt gjorde La Capella, Trio X, Robert Sund, Cajsa Ekstav, Örjan Englund och Mikael Jansson. Behållningen på cirka 90 000 kronor gick oavkortat till poliovaccinering av barn. Eva Ahlsten köpte biljetter för museets räkning varför konserten blev kostnadsfri för dem som ville lyssna till den. Konserten blev mycket uppskattad. En vecka senare erbjöd Eva ett kostnadsfritt teaterbesök för en förhandsvisning av delar ur *En spelman på taket* med mingel efteråt, också detta via Rotary (kostnadsfritt för museet.) Också detta besök uppskattades av besökarna.

Kommittén för Psykiatrihistoriska museet till vilken Eva Ahlsten sedan 2007 och Lars Oreland sedan 2011 är adjungerade, är ännu inte upplöst. Detta beroende på att i kommittén finns en omfattande fackkunskap i psykiatri som saknas i det förutvarande Medicinhistoriska museet, och som behövs, inte minst i frågor rörande omfördelningar inom museibyggnaden. Av samma anledning gjordes även i år en studieresa med kommittén, dock utan Lars, som hade förhinder. Denna gång gick studieresan till Lärbro vandrarhem på Gotland där Lärbro Krigssjukhus-Museum besågs. Även en utflykt till Visby

och Slite gjordes. I Visby besöktes Gotlands museum och man träffade sakkunnig vid Institutionen för speldesign vid Campus Gotland med vilken vi kunde diskutera ett visualiseringsprojekt på vårt museum och tillbaka i Lärbro dryfta aktuella museifrågor. Då vi rymdes i en privatbil tog vi Evas bil och färjan.

I början av sommaren deltog Eva Ahlsten, Urban Josefsson och Cecilia Bergström i Uppsala medicinhistoriska förenings resa till Tensta kyrka och Nortuna gård i gångavstånd från kyrkan.

(Se referat på annan plats i årsskriften).

ETT gemensamt museum

Planeringsarbeten för det gemensamma museet har legat lite på is under våren i avvaktan på ny chef även om de diskuterats i arbetsutskottet bestående av Henry Johansson, Lars Oreländ, Mats O Karlsson, Gunnar Holm och Eva Ahlsten (se tidigare kommentar i årsrapporten). Den 1 oktober tillträdde tidigare antikvarien vid museet, Urban Josefsson som chef i konkurrens med 29 andra sökande till chefsposten varför han kommer att ersätta Eva Ahlsten i utskottet. Till en början deltar både Urban och Eva för kontinuitetens skull. Eva kommer att vara kvar på halvtid vid museet till mitten av juni som stöd för Urban och som delaktig i planeringen av den nordiska medicinhistoriska kongressen i Uppsala 31/5-3/6 2017. Då chefsposten är tillsatt med en person från museet och ej med en utifrån kommande person saknas därför en person för en halv tjänst. Den mycket kompetenta Thérèse Toudert har därför fått ett vikariat för denna tid. Thérèse är mycket uppskattad på museet såväl av all personal som av besökare.

Kontakter med andra museer och arkiv

Det under 2008 startade samarbetet med Tandläkarmuseet i Kista fortgår. Samarbete fortgår även med Västerås medicinhistoriska museiförening som den 22 november kunde inviga sitt "Vårdmuseet". Eva Ahlsten, Urban Josefsson och Lars Oreländ från museet var inbjudna. Urban hade tyvärr förhinder men Eva och Lars kunde

delta i invigningen. Samarbete fortgår även med Medicinhistoriska museet i Göteborg, Medicinhistoriska museets vänförening i Stockholm, Arbetets museum i Norrköping och Umeå medicinhistoriska museum. Det sistnämnda har tyvärr problem då man beslutat att riva huset där museet är inrymt. Samarbete fortgår även med Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet i Lund och Livets museum, Veterinärmuseet i Skara, Apotekarsocieteten i Stockholm, Mentalvårdsmuseet i Säter, Hagströmerbiblioteket i Stockholm, Medicinhistoriska museet i både Riga och Tartu samt med museet i Helsingfors. Likaså fortgår samarbete med både Landsarkivet och Landstingsarkivet i Uppsala samt övriga Uppsalaarkiv.

Kommittéer och styrelser

Eva Ahlsten ingick i Museirådet, Uppsala universitet, vilket tyvärr lades ned i början av året till ledamöternas stora besvikelse. Eva har även ingått i Informatörsnätverket, Uppsala universitet, i Museichefskollegiet för Uppsalas museer, i Barn- och ungdomskulturgruppen i Uppsala kommun och efterträds på dessa poster av Urban Josefsson. Eva ingår i kommittén för psykiatrihistoriska delen av medicinhistoriska museet (före detta Psykiatrihistoriska museets kommitté), i Medicinhistoriska föreningens styrelse där Eva är vice ordförande och i UMI (Uppsalamuseernas informationsförening) där Eva under 2007 och 2008 var sekreterare, under 2009, 2010 och 2011 var ordförande och sedan 2012 är ledamot av styrelsen. Eva kommer att avgå från UMI:s styrelse i mars 2017 i samband med dess årsmöte. Eva är representant för Medicinhistoriska föreningen i Medicinhistoriska museets styrelse där hon sedan några år varit sekreterare. I samband med ett styrelsemöte inför Evas pensionering bestämdes att den som skulle efterträda Eva som chef skulle bli adjungerad sekreterare i stiftelsens styrelse. Urban startar i styrelsen som sådan.

Seminarier och konferenser

Som tidigare nämnts kommer en nordisk medicinhistorisk kongress (NMHC) att äga rum i Uppsala den 31 maj till 3 juni 2017. Vårdskapet

för kongressen som äger rum vartannat år alternerar mellan de olika nordiska länderna och kongressen fyller 50 år inkommande år.

Under våren 2013 startades ett nätverk av medicinhistoriska museer då det tidigare av Nordiska museet organiserade SAMDOK gått i graven. Under 2016 träffades nätverket i Stockholm. Vid höstträffen 2015 bestämdes att man fortsättningsvis bara skulle ses en gång/år mot tidigare både vår och höst eftersom man nu lärt känna varandras verksamheter bättre.

Renovering

Eva Ahlsten upptäckte i början av mars 2010 en stor fuktfläck i museets ena vägg i Stora salen. Den visade sig härröra från ett läckande tak. Väggen behandlades med avfuktning och värme och efter av Urban Josefsson och Eva Ahlsten upptäckta sprickor i taket i samma rum sattes ett nät sommaren 2010 upp för att förhindra att eventuellt nerfallande murbruk från innertaket skulle skada besökare i samband med takarbete. I januari 2011 upptäckte Eva Ahlsten att vissa delar av apoteksrummet stod under vatten med stora skador på material och montrar som följd. Taket skottades fritt från snö och las efter en tid om över denna del av huset. Vid rivning av taket visade sig bjälklaget vara ruttet på flera ställen. Hösten 2012 var nätet i Stora salen fortfarande kvar, men draget åt sidan inför byte av åldriga brandvarnare. Husförvaltarens önskemål om att få taket omlagt 2012 ansågs inte rymmas inom Akademiförvaltningens budget trots läckage i psykiatridelens kök men under hösten 2014 lades yttertakets om och våren 2015 åtgärdades vissa inomhusytor (dock ej sprickorna i taket i stora salen). Återstående stora fuktskador på vinden, på ett håll kombinerat med svartmögel, är i slutet av november 2016 under ommålning.

Ett avtal ingicks med Föreningen *Uppsala sjuksköterskehem Alumn* om att föreningen skulle få disponera ett rum på museets övervåning men där hänsyn tas till museets öppettider. Man flyttade in den 11 januari 2016 och rummet möblerades med föreningens möbler för att gestalta sjuksköterskans historia där undervisningen ända in på

1970-talet skedde i internatform. Det tidigare konstrummet i psykiatridelen fräschades upp på föreningens bekostnad med ny färg på väggarna.

Besöksantal

Medicinhistoriska museet hade under 2016 fram till den 1 december 4646 besökare att jämföras med 4874 besökare under samma tid 2015. Sedan museet fått en egen facebookside 2012 har även en yngre publik (cirka 20-25+ år) nått museet.

<i>År</i>	<i>Besöksantal</i>
2001	1 762
2002	1 865
2003	2 429
2004	2 620
2005	2 436
2006	2 066
2007	2 617
2008	2 906
2009	3 001
2010	3 533
2011	4 033
2012	4 062
2013	4 815
2014	5 269
2015	5 246
2016	5 045

Eva Ahlsten

Museichef t o m 30 september 2016

SAMMANDRAG AV 2016 ÅRS FÖREDRAG PÅ MEDICIN-HISTORISKA MUSEET

Under året erbjöds tolv föreläsningar på museet varav två stycken på vardagskvällar och övriga tio på söndagar. Christer Åsberg inledde året med att tala kring *Syndastraff och gudagåva. Om sjukdom och läkekonst i Bibeln*. Christer utgick från bibelcitat som han också hänvisade till. Han nämnde att revben är en senare, grekisk översättning av det hebreiska ordet "tsela" och att det tidigare översattes med sida/spant (1 Mos 2:21). Mannen har för övrigt ett ben färre än kvinnor. Hade han haft ett *Os baculum* (penisben) som finns hos vissa övriga han djur hade han haft lika många som kvinnan.

Läkare, fortsatte Christer, är sällan förekommande i Bibeln. Kvacksalvare av olika slag finns men fältskärer nämns ej. Shifra och Pua är hebreiska barnmorskor som räddade gossebarnen från Faraos krav att bara flickor skulle få överleva (2 Mos. 1:15-16). Rafael är ärkeängeln som arbetar på Herrens uppdrag. Med fiskgalla och förklädd till man gav han den blinde Tobit synen åter. Bot innebär att återvända till Herren via bön, örter, salvor, fikon, djurextrakt, olja och eventuellt med hjälp av läkare (Jes. 38:9-20). Liknelsen om den barmhärtige samariten handlar om en konflikt mellan två olika lagsystem säger Christer. En judisk man har överfallits av rövare och lämnats liggande halvdöd. En präst noterar honom men går bara förbi. En samarier (tidigare översättning, samarit) stannar och sköter om mannens sår, tar honom till ett vårdshus och betalar för hans uppehälle. Liknelsen handlar om att kunna hjälpa andra än sitt eget folk. Prästen kan även ha trott att den skadade var död. Man fick ej röra den som var död då denne ansågs oren. Renhetslagen var viktig. Vin liknas vid blod i Bibeln. Christer frågar sig om detta kan handla om homeopati – lika botar lika. Vin tas mot krämpor.

Flera sjukdomar nämns i Bibeln som tuberkulos, neurologiska och gynekologiska sjukdomar, ögonsjukdomar, hudsjukdomar och stroke. Här finns en pojke med epilepsi (fallandesjuka) (Mark 9:14-29) och kvinnor med blödningar (Mark 5:24-34). Sjukdom nämns för att

illustrera en synd och man skapar slagkraftiga berättelser för att stärka tron. Mycket handlar om den enskildes synder och vedergällning (Ps.38). Läkare och apotek blir Herrens instrument. Israel låg mellan Mesopotamien (Tvåflodslandet runt Eufrat och Tigris) och Egypten. Invånarna i Mesopotamien, sumererna, skrev den första farmakopén redan 2000 f.Kr. Ett förbund finns mellan Gud och människa, synd och brott. Shalom däremot står för fred och harmoni (5 Mos. 28) (*jfr arabiskans hälsningsfras "salam" med samma betydelse, förf. anm.*).

Gud framkallar spetälska och visar på så sätt sin makt (2 Mos 4:6-7, 4 Mos 12:10). En lag om spetälska införs (3 Mos 12:2-3). Har man spetälska är man oren. Prästen är den som ska undersöka om den sjuke är ren eller oren. Bedöms att personen är sjuk får denne isoleras i sju dagar, eventuellt ytterligare tid. Spetälskan i Bibeln tycks ej vara densamma som dagens spetälska (lat. lepra; gr leprosa= skrovlig) utan en hudsjukdom som skulle kunna vara svamp. Sjukdomen syns på utsidan och gör människan föraktad varför sjukdomen blir en metafor.

Gamla testamentet, tillkommet 900–160 f.Kr., kännetecknas av berättelser om ett förbund mellan Gud och folket. Det skrevs på hebreiska och arameiska medan Nya testamentet däremot, tillkommet 50–110 e.Kr., skrevs på grekiska och kännetecknas av evangelier. Gud var från början både ond och god men i Nya testamentet enbart god och djävulen ond, säger Christer.

Vi känner till ormen från Asklepios och Hygieia. Hos Moses finns kopparormen på en träpåle vilket bildar en viss likhet med Jesu kors. Jesus ger i Johannesevangeliet kopplingar mellan beröring och bad. Balneoterapi (medicinska bad) vid badanläggningen Betesda användes för rituell rening och Jesus botade där en man som varit sjuk i 38 år. Med hellenismen infördes plastikkirurgi av förhuden och Celsus 25 f.Kr. berättar i *De Medicina VII:25* om operation på penis. Kolera gav 1830–1896 100 miljoner döda i Europa och smittkoppor 60 miljoner döda i 1700-talets Europa. År 1816 infördes allmän vaccination av smittkoppor i Sverige. Spetälska kallas även "Hansens disease" efter norske läkaren Gerhard Armauer Hansen och de sjuka började isoleras 1873 i Bergen. Pestsjukdomar, tuberkulos, polio och andra smittsamma

sjukdomar som krävt isolering har härjat genom åren. Det är viktigt att känna till smittkällan och att följa våra dagars lagar, smittskyddslagarna, vid smittsamma sjukdomar, avslutar Christer.

Birgitta Kulling berättade första söndagen i februari om *En svunnen tid... Minnesbilder från sjuksköterskeutbildningen i Uppsala 1960–1964*.

Birgitta ser sig som en museal sjuksköterska, som gick sin utbildning i Uppsala för 56 år sedan. Hon och hennes 54 kurskamrater, som teg och neg för överordnade ville själva skriva sin historia i samband med att kursen firade sitt 50-årsjubileum. *Föreningen Uppsala sjuksköterskehem Alumn* bidrog med pengar till en bok liksom Uppsala kulturnämnd och Vårdfacket. Tolv kurskamrater medverkade i boken men tre var huvudskribenter. Carlssons tryckeri, med Christina Bro som kontaktperson, tryckte boken. Ann-Catrine Haglund, Nils-Johan Höglund och Johanna Hedström granskade manuskriptet. Landstingsarkivet bidrog med uppgifter och Pirkko Dahlman tecknade.

Birgitta berättade att hon gick i kommunal flickskola i Skövde. I samband med en luciatävling fick hon frågan om vad hon ville bli. Hon svarade "sjuksköterska eller kurator" då hon tyckte att det lät passande. Fadern var en sträng militär och Birgitta ville komma hemifrån. Uppsala låg lagom långt bort. Utbildningen var gratis och man fick bo på internat.

Tora Elmqvist var rektor vid sjuksköterskeskolan och hon meddelade ordningsregler vid elevernas ankomst, ej före. Kanske hade man skrämts bort om man fått reglerna i förväg. Skolan krävde dock en personbeskrivning i samband med ansökan. Man fick börja som provelev, skulle ha uniform, vara plätt (benämnd efter lilla hättan på huvudet), vilket betydde att man stod längst ned i hierarkin på avdelningen.

För att ha råd att roa sig satte Birgitta upp lappar om att hon kunde vara barnvakt hos läkare. Hon visade även kläder på Forum (=Konsum där Forumgallerian är idag) och fick på så sätt pengar att disponera. I Uppsala fanns 72 978 invånare 1960, det var vänstertrafik och man gick till Gillet för att dansa.

Ett år före examen blev eleven provsyster. Hon skulle ha fyllt 19

år för att bli ordinarie sjuksköterskelev och plätten byttes då ut mot ett opraktiskt dok som Birgitta demonstrerar.

Sedan följde en tre månaders läskurs med sexualundervisning i "änkedrottning Sofias anda".

Birgitta fick a i anatomi men Tora Elmqvist ansåg att A var bättre. Pedagogiken som gällde var en "trycka ner-pedagogik". Man skulle veta sin plats och inte förhäva sig. Syster Ingeborg på avdelning 6 levde för sjukvården och de dagliga ronderna skulle vara perfekta. Förhör gjordes i linneförrådet och efter visit hos rektor backade man, halvt nigande ut ur rummet.

På sin placering vid den ortopedkirurgiska privattmottagningen fick Birgitta baka bullar och ordna journaler. Gifte man sig skulle det vara med en läkare, präst, godsägare eller eventuellt officer. Examen ägde rum i Domkyrkan och inför denna fick eleverna öva hovnigning för den omtyckta syster Asta. Eleverna skulle nämligen få motta examensbeviset ur prinsessan Sibyllas hand och då krävdes en värdig nigning. Prinsessan Sibylla fick dock förhinder men nigningen fick göras för hennes ersättare, som då lämpligt nog blev syster Asta.

Mohamad Hassan berättade i mars om *Grillad lök eller sårtvätt? Föredrag om krigets fasor och hur folk klarar sin vardag*. Han började med lite fakta om sitt födelseland. Libanon är till ytan ungefär lika stort som Uppland men har 4,5 miljoner invånare att jämföras med Upplands 1,4 miljoner.

Landet är omtalat redan under tidig antik tid. Byblos, en av de äldsta städerna, beboddes redan 8000–7000 år f. Kr. Den antika ökenstaden Baalbeck kan likställas med Syriens Palmyra. Den likaledes antika staden Tyros höll stånd mot Alexander den store. I staden Zahle i Beqaa tillverkas gott vin. Kanaan, som ligger i landet, besöktes av påven 1997.

Mohamads föräldrar var kurder och pappan arbetskraftsinvandrare från Syrien. Äktenskapet var arrangerat. Modern som fattat tycke för fadern var 13 år och fadern 15. Mohamads far fick stryk tills han sa ja till äktenskap med Mohamads mor. Där fanns ingen kärlek, bara plikt. Modern tog största ansvaret för familjen och Mohamad beundrade

henne. Mohamads familj, som är muslimsk, flyttar i början av 1970-talet in i judiskt område i Beirut. De kommer att bo i det Röda huset i området – namnet på huset kommer helt enkelt av den röda fasadfärgen. Beirut delades in i Väst- och Öst-Beirut. Mohamad hörde bomber hela tiden då Libanons hjärta låg nära Röda huset men föräldrarna anpassade sig och även barnen, som lärde sig att höra när faran kom. Man kunde gå i skolan två dagar och vara tre i skyddsrum. Caritas som organisation var aktiv under kriget liksom Röda halvmånen, som är en del av Internationella Röda Korset och Röda halvmånefederationen i denna del av världen.

Mammans recept var grillad lök på sår och därpå bandage. Löken skulle ligga direkt på såret och ordern var: "Sitt still!" Lök var bas i allt man gjorde, kändes det som, säger Mohamad. Hosta botades med lök med honung. Okra med lök och olivolja användes vid eksem. Pressad lök eller varm vitkål gavs mot mjäll. Lök gavs mot förhårdnader och lök blandades med persilja och mynta mot lökdoft. Lök och olivolja lades på magen mot magont.

Den 6 juni 1982 blev det invasion i Beirut – alla grupper hade sina miliser – och det fanns både politiska och militära grenar. Två dagar innan bombades strategiska mål, som bland annat en vattentäkt. Många flydde, Beirut blev en tom stad. Mohamads familj stannade kvar. Pappan ville dö tillsammans med familjen. Syriska armén kom in för att hjälpa de kristna men vände. Det var ett grymt krig. Ljudet av bombplan skrämde. En fredsstyrka av amerikaner, fransmän, engelsmän och syrier uppstod. Syrien krigade via ombud liksom israeler fram till 1990. Allt blev rörigt. Syrierna kontrollerade Libanon och syriska medborgare måste från och med 1989 göra militärtjänst i fem år. Syrien hade 1989 gått i krig med Libanon och 60 % män i åldern 17–38 år hade därför lämnat Beirut för att kriga eller fly. Mohamads far tillhörde Baathpartiet, ett panarabiskt parti och Mohamad valde därför att fly med falskt pass som han fått via franska ambassaden där han haft lite ströjobb. Han höll sin flykt hemlig då fadern annars skulle ha angett honom.

Mohamad tror på världen trots allt. Alla krig slutar med fred och

nytt liv. Han avslutar sitt föredrag med att visa en bild på en idyllisk gata i Beirut med blommande träd, samma gata som han tidigare visat på bild med utbombade hus men som nu är återuppbyggda.

Birgitta Meurling kallade sitt föredrag *Också en dekolt! Prästmedicinen, prästfrun och prästen*. Birgitta delade upp sitt föredrag i underavdelningar. Hon börjar med att visa en bild på Torpa prästgård från slutet av 1700-talet i Linköpings stift. Prästgården var ett paradis, halvvägs till himlen, en idyllisk miljö.

Då det gäller *Prästgårdskulturen* nämner Birgitta Anna-Maria Lenngren som en av flera som skriver om prästgårdsidyller i litteraturen. Det finns gott om idylliserande skildringar av prästfamiljer och prästgårdar berättar hon vidare. År 1987 säljer pastoraten ut prästgårdar eller omvandlar dem till församlingshem men redan 1910 kom en boställsreform som ledde till att prästen skulle få lön som andra tjänstemän och han skulle nu driva ett lantbruk och få del av avkastningen (Martin Giertz: *Svenska prästgårdar* 2009).

Som hustru till prästen hade man också krav på sig. *Prästfruns uppgifter* var under sent 1800-tal att ansvara för hushåll, tjänstefolk med mera och hon var makens assistent samt hade ansvar för söndagsskola och syförening. Prästfrun kunde i början av 1900-talet vara lärarinna eller sjuksköterska, vilket var ett bildningskapital för församlingen. På 1960-talet yrkesarbetar prästfrun utöver sina uppgifter som prästfru. Idag är hon yrkesverksam och sköter församlingsverksamhet i mån av tid.

Birgitta fortsatte med *Prästen i folktraditionen*. Prästgården har fungerat som ett innovationscentrum, en bildningshård. Den blir en mötesplats för folklig kultur och högre ståndskultur med boklig bildning, jordbruk och odling av t ex medicinalväxter. Den har haft en ambivalent status i folktraditionen där prästen även setts som trollkunnig i förbund med den onde och ansågs bära kraft i prästrocken som kunde överföras då den vidrördes. Men prästen sågs också som en kvinnokarl. Prästfruns roll har varit mer positiv som sjukvårdskunnig och som gjorde hembesök. I bondesamhället var djurens väl viktigt. Där fanns kloka gummor och gubbar för såväl befolkningen

som djuren. Prästen samt prästfrun ingav förtroende även i medicinska sammanhang.

Birgitta avslutade med *Prästen som botare*. Bland annat Linné förespråkade prästmedicin. Vaccination sköttes även av prästen, klockaren och prästfrun. Prästfrun hade socknens första apotek. Per David Pontin (1761–1825) var kyrkoherde i Torpa församling. Han vaccinerade flera hundra personer mot smittkoppor enligt kyrkböckerna. Eric Carl Trafvenfelt (1774–1835) var stiftare av Svenska Läkaresällskapet och adelsman. År 1809 föreslog han att präster skulle utbildas att biträda läkare för en förbättrad läkarvård på landet. Prästerna skulle med en medicinsk utbildning kunna göra en nyttig insats. Tanken var att prästgården skulle fungera som en vårdcentral. Birgitta hänvisar här till Prosten Munktells dagbok. Det uppstod dock strid om professionalitet. Adeln, som Trafvenfelt tillhörde, och borgerskapet gillade idén men reformen genomfördes ej. Trafvenfelt startade däremot en utbildning av fältskärer, sedermera nuvarande Karolinska Institutet. Birgitta avslutade med att visa boken *Vid hans sida* som handlar om prästfruar under 250 år för vilken Birgitta (själv prästdotter) är en av två redaktörer.

I maj berättade Jan Stålhammar om *Kolerakyrkogården i Malen och "självspillingen" från Stånggrund. En norduppländsk historia*. Koleran är endemisk (till ett visst begränsat geografiskt område begränsad sjukdom) i Indien. Den beskrevs första gången 1817. Den spreds med engelska truppförflyttningar till hela indiska subkontinenten. Koleran nådde Moskva i Ryssland 1831, Göteborg, Stockholm och Norduppland i Sverige 1834 och övriga Europa 1848. Därefter återkom den varje sommar fram till 1858 och härjade i Sverige upprepade gånger under 1850- och 1860-talen. År 1853 sattes Uppsala i karantän och Orphei Drängar (OD) bildades i samband med att några studenter samlades på Hotel d'Upland vid Gamla torget i Uppsala. Epidemier härjade i Europa 1883–1896. Den i Neapel 1884 är beskriven av Axel Munthe.

Förbättrad hygien och moderna avloppssystem förändrade situationen men cirka 100 miljoner människor dog i de europeiska epide-

mierna. Jan visar en bild på en frisk 23-årig kvinna och en bild på henne en timme efter att hon smittats av kolera. I bildtexten anges att hon avlidit efter ytterligare 45 minuter. Bilden finns till beskådan i Nils Uddenberg, Lidande & läkedom I, 2015. Den 26 juli 1834 ägde de första fallen rum i Göteborg. 4650 människor dog. Den 19 augusti nådde koleran Stockholm där 3665 personer dog. Den 28 augusti drabbades Ängskär i norra Uppland där 19 dog och den 1 september härjades Västland som miste 27 av sina invånare. För att skydda Uppsala spärrades segelleden av vid Flottsund och landvägen vid Kungsängs tull. I Uppsala avled ändå 35 personer, i Enköping 12 och på landsbygden 48 personer. Totalt dog 95 personer i Uppsala län.

Smittan kom sannolikt till Ängskär med besättningen på en båt som gick till Stockholm med last av tackjärn från Lövstabruk och återvände med last av säd och salt. Sjukdomen spreds till olika delar av Uppland och det första dödsfallet i Hållnäs inträffade 28 augusti 1834 i Göksnåre, då bonden Mats Matsson dog. Han begravdes två dagar senare på Hållnäs kyrkogård. Sammanlagt 19 personer døde under av sjukdomen, varav 16 kom från byn Göksnåre. Enligt traditionen var besättningen därifrån, vilket förklarar varför byn drabbades så hårt. Kolerakyrkogården i Malen invigdes 3 september och den första som begravdes i kolerakyrkogården var pigan Ulrica Melldahl. Jan visar ett citat ur Talleruds skrift om kolera:

Enligt tradition ska en dräng vid namn Erik Andersson, Stor-Jerker kallad, ha letat rätt på de döda kropparna i Göksnåre och kört eller burit dem till kyrkogården i Malen. Han fick söka efter dem på höskullar och andra undanskynda platser där de likt sjuka djur gömt sig för att dö. För att klara sig från smitta ska Stor-Jerker ha ätit saltströmming som doppats i tjära och druckit brännvin. (Berndt Tallerud: Kolera. En farsots grymma framfart i Uppsala och på den uppländska landsbygden, 2006).

Minnesstenar har satts upp på kolerakyrkogården i Malen på Hållnåshalvön. Två mindre stenar anger namnen på de döda. På en tredje sten står det ”Minnesvård över koleraoffren. Stenen rest av hembygdsföreningen 1934”. Av offren ligger 15 personer begravda

under sex kullar i ett varv. Den sextonde ligger avsides från de andra, under en egen kulle intill grindarna som leder in på begravningsplatsen. Enligt traditionen ligger där en "självspilling": Lars-Eric Sandin från Stånggrund, Ängskär. Denne var hamnarbetare i Ängskärs hamn. Enligt traditionen ska han genom att kasta sig i sjön ha tagit sitt liv efter att ha drabbats av koleran. Det bekräftas av död- och begravningsboken för Hållnäs församling där det står angivet "Fallen i sjön genom kolera". Det är möjligt att han tagit sitt liv på grund av smärtorna, men minst lika sannolikt är att han, till följd av kolerans stormande förlopp, helt enkelt fallit i vattnet och drunknat, säger Jan.

Att ta sitt liv var ett brott mot mosaisk lag: *Du skall icke döda*, vilket även gällde det egna livet. Den som tog sitt eget liv betraktades som mördare ända fram till tidigt 1900-tal. Mördare ska straffas på lämpligt sätt, också om han eller hon är död. Ofta brände man självmördare och grävde ner dem på galgbacken. Om man kunde bevisa att den sjuke var utom sina sinnen, oftast psykiskt sjuk, kunde denne begravas på kyrkogården. Det blev då en "stilla begravning" utan klockringning och ibland utan präst. Jan visar så bild på stenen för "Pigan Ulrica Melldahl f. 1814 resp. Bruksarbetaren Lars Eric Sandin f. 1773".

Under eftersommaren 1834 dog 27 personer av ett 90-tal insjuknade under den fem veckor långa epidemin. 20 av dessa begravdes på Räfsnäs gård, övriga offer på Wessle vid Snatra by. Bruksläkaren Carl Ulrik Griberg vid Karlholmsbruk ledde arbetet, som ansågs mycket framgångsrikt, för att hejda koleran. Åtgärderna var:

Tjär- och enrisrökning och mineralsura rökningar för att döda smittämnen

Förbud mot krogförsäljning av brännvin

Kolerasjukhus på plats efter 1 vecka

Enskilda ortsbors medverkan i vård och medicinering

Läkarens eget engagemang med bland annat hembesök

(Efter Berndt Tallerud, 2006)

Slutligen visar Jan en bild från Västlands kolerakyrkogård:
I denna Gudsåker jordades stoften efter sockenbor borttryckta i Koleraepidemien A. D. MDCCCXXXIV. Västlands Församling reste vården år 1945.

Sista helgen i maj var det dags för Thérèse Toudert att tala om *Félix Thibert, Musée médical och den patologiska anatomin. Om några modeller i papier-maché, moulage, i Medicinhistoriska museets samlingar*. Det handlar om *moulager* som tillverkas av krita, vatten, benlim och papper. Slutresultatet är mest likt papier-maché. Thérèse berättar att detta är ämnet för hennes examensarbete och materialet om Thiberts moulager omfattar åtta stycken skinnband som hon gått igenom.

På 1800-talet formligen exploderade idéerna för att kunna visualisera den normala och den sjuka kroppen två- eller tredimensionellt. Den franske läkaren Felix Thibert utvecklade och marknadsförde moulager, som blev som en förklarande encyklopedi och den likaledes franske läkaren Louis Azoux (1797–1878) framställde modeller i papier-maché som serietillverkades på 1830-talet. Azouxs modeller visade den normala människokroppen, hade klara färger och var utförligt märkta. Det robusta materialet möjliggjorde interaktion via beröring vilket upplevdes som ett slags palpation. Thiberts samtida avgjutningar föreställer patologiska skador såväl på huden som på kroppens inre organ. Hans målade reliefer lagrades i lådor utformade som böcker och åtföljda av döda patienters sjukdomsberättelser.

Thibert skrev 1834 sin avhandling om reumatism. Censorerna var nöjda men inte mer. Marie Francois Xavier Bichat förfinade Giovanni Battista Morgagnis teori om att sjukdom grundar sig på anatomiska observationer som kan ses i vävnader och organ vilket idéhistorikern Michel Foucault kallar för *naissance de la clinique*. Medicinaren René Laënnec ansåg redan 1824 patologisk anatomi vara säkrast för medicinsk diagnostik vilket tillsammans med Bichats och Morgagnis upptäckter var av positiv betydelse för Thiberts utveckling av moulager.

Gravyr ger vaga bilder liksom kolorerade teckningar där färger kan förleda. Vaxmodellers nackdel är att de är gjorda av konstnärer som ofta vill se det konstnärliga och vackra, enligt Thibert. Fulhet och

irregularitet bör visas så att det blir naturtroget. Används torrpreparat krymper dessa och preparat i sprit är onåbara för känsel. Det är viktigt att ta på materialet, känna på rynkor och oregelbundenheter av alla de slag. Hudsjukdomar med målade utslag är också viktiga att visa. Thibert var marknadsförare och lanserade sina mer naturtrogna moulager, som enastående preparat med bestående kvalitet.

Våra modeller är andra generationens modeller men 80 moulager av första generationen tillverkade av Thibert fanns 1839 och dessa utgjorde ett museum i Paris på 1840-talet dit läkarkandidater kom för undervisning. Museet var pedagogiskt och framsynt men levererade samtidigt ett arkiv för att understödja framtida projekt. Moulager är naturtrogna, solida, lätta att transportera och bör ingå i alla museer även om anatomen Anders Retzius (1796–1860) hellre ville ha gips eller vax som material. År 1844 fick Thibert ett kirurgiskt pris för att ha presterat ett naturtroget material. Nya moulager är ej skrymmande. De är omslutna i kassetter och kan lätt tas med, som en folkbildnings-tanke. Det blir enkelt att konsultera dem men en regelbunden examination är viktig för klinisk träning. Thibert dog 1846 och 1848 såldes moulagererna i London. Då har de hunnit bli 1200 stycken avslutar Thérèse.

Eftersom höstens första föredrag *Medicinens historia till nutid – det förflutna förtjänar vårt ansvar* av Henry Johansson, finns redovisat på annan plats i årsboken (sid 166) ges här bara ett mycket summariskt referat.

Inledningsvis berördes primitiv medicin och antikens främste företrädare inom medicinen och för vilka fyrsaftsläran blev central. Medeltiden präglades av olika former av medicin och det första embryot till medicinsk högskola uppstod i Salerno. Pandemier härjade och vårt första hospital för leprasjuka upprättades i Enköping. Anatomien utvecklades (Vesalius) och fysiologin medvetandegjordes bland annat genom Harveys klarläggande av blodcirkulationen och Olof Rudbecks upptäckt av lymfkärllssystemet. Under 1700-talets senare del grasserade smittkoppor och dödade i Europa cirka 60

miljoner människor. Edward Jenner upptäckte att variolisationen kunde ersättas med vaccinationen och sjukdomen är nu utrotad. Kirurgin utvecklades.

På 1800-talet utvecklades sjukhusen inte bara för vård utan även för bot. Fysiologin och kemin trädde fram. År 1819 beskrev René Laënnec auskultationstekniken. Florence Nightingale startade en sjuksköterskeskola och där gick den första svenska sjuksköterskan, Emmy Rappe. Vid slutet av 1800-talet fick mikrobiologin sitt genombrott genom pionjärerna Pasteur och Koch. Under 1880-talet föddes den moderna kirurgin tack vare kunskap om antiseptik och än viktigare den senare aseptiken. Narkos hade införts på 1840-talet och 1895 upptäcktes röntgentekniken.

Insulinet renframställdes 1922 och kunde tas i kliniskt bruk. EKG introducerades i början av 1900-talet. De antibakteriella egenskaperna hos penicillin upptäcktes av Alexander Flemming 1928 och det började användas i kliniken i början på 1940-talet. Pacemakern och hjärtultraljudet utarbetades genom svenska insatser. Hjärtlungmaskinen togs i bruk och under 1960-talet påbörjades by-passoperationer.

År 1985 gjordes den första laparoskopiska galloperationen och transplantationskirurgin fick sin framfart på 1960-talet.

Av dagens sjukdomar ger stroke störst andel patienter med bestående funktionsnedsättningar men kan framgångsrikt behandlas med tidigt insatt propplösande medel. Psykiatrin revolutinerades när klorpromazin (Hibernal) infördes 1950. Vid Alzheimers sjukdom finns specifika mediciner (acetylkolinesterashämmare som delvis kan kompensera nedsatt funktionsförmåga. Dagens cancerbehandling är mer aggressiv och mer individuellt anpassad än tidigare, avslutar Henry.

Björn Lindeke & och Bo Ohlson föreläste i oktober om *Medicin på kungens skepp. Om fynden ur Regalskeppet Kronans medicinskista från 1600-talet*. Skeppet Kronan sjönk 1676 och upptäcker till detta slutna fynd betraktas som tvärvetenskapliga eftersom de omfattar både humaniora och naturvetenskap. Skeppet är inte lika känt som Vasa

men det var dubbelt så stort med plats för 126 kanoner och var aktivt i krig på Karl XI:s tid. Det var till och med ett av världens största fartyg, blev kölsträckt den 27 oktober 1665, kom i tjänst 1672 och förliste tyvärr 1 juni 1676.

Vi får reda på att Östersjön vid denna tid var ett svenskt innanhav och till Sverige hörde Finland, Baltikum, Pommern med flera länder. Amiral Lorentz Creutz hade befäl över den svenska huvudflottan med 27 linjeskepp och 30 andra skepp. Den danske sjömilitären, överbefälhavaren Niels Juel under ledning av den holländske amiralen Cornelis Tromp besegrade svenskarna trots att den svenska flottan var större än den dansk-holländska och Kronan sjönk. Den lade sig på sidan och exploderade. Den danske målaren Claus Möinichen målade slagbilder 1686–1688 till Fredriksborgs slott. En av bilderna föreställer Kronans förlisning. Målningen ger en överensstämmande bild med skeppets tre batteridäck. 840 man låg kvar ombord, varav de yngsta var 10–11 år. De hade använts som ”kutapor” på skeppet då de kunde klättra. Som jämförelsetal fanns till exempel i en stad som Nyköping 1500 invånare vid samma tid. Den äldste ombord var över 70 år. Många drev i land och begravdes. Ett 40-tal personer överlevde. Cirka 3/4 ton mänskliga skelettdelar fanns i vraket då det hittades. Lorentz Creutz och läkaren Gripenflyckt omkom. Även apotekare dog varför alla med medicinsk kunskap var borta och därmed saknades den kompetenta hjälp, som möjligen kunde ha getts vid förlisningen. Akterskeppet var den enda bevarade delen. Det låg på 26 meters djup, i ishavslera och morän. Man har undersökt skeppet fyra veckor varje sommar sedan 1981. Kanonerna bärgades först, av säkerhetsskäl. Utöver människoskeletten fanns där 160 kg djurskelett, mycket porslin, skulpturer, silver, guld, glas, tenn, navigationsinstrument samt mängder av vin och sprit. Medicinkistan hittades 2002 och var ett lösfynd. En *Siö lag* från 1667 omtalar hur man ska bota och att en medicinkista ska finnas ombord på fartyg. Riksrådet, generalmajor Carl Gustaf Wrangel hade beställt en sådan från Amsterdam. I den fanns 95 medikamenter. Ett mysterium var svart-gråbruna klimpar i ett litet keramikkärl som blev funnet 2000. Det

glimmade och man frågade sig om det var kvicksilver. Vid analys var det 28,5 % metalliskt – alltså kvicksilver! Gråsalva förespråkades 1578 av läkaren Benedictus Olai till syfilis och ohyra, som löss. I Farmaceutisk revy 1952 presenteras det som ett första klassens gift och erkänns som sådant 17 mars 1953.

Även en mindre kista hittades samt både svavel och antimon (kräkmedel) liksom en liten burk med perfekt gängat lock med gröntaktigt innehåll. Burken hade en lös botten, med porös vävnad och med en kärna i mitten. Det var en blandning av två komponenter – ljusa delar med mörkare i mitten – som smälts med en lägsta smältpunkt längst in. Fetterna hade fått stelna i elfenbensrör och komponenterna är de samma som i nutida Försvarets hudsalva. Här fanns också en modul med tio svarvade burkar överbundna med pergament och/eller svinblåsa. De innehåller växtdelar – kryddor som nejlika, anis och sennablad. Inget annat kännetecken finns kvar men det kan vara en teblandning att användas vid förstoppning. Två lådor med frön från kalebass, vattenmelon och pumpa hittades. Dessa kan ha använts vid febertillstånd och prostatabesvär. Inälvsparasiter var vanligt på sent 1700-tal och ”maskdrivande” pumpakärnor var lätt tillgängliga eftersom pumpor odlades i Sverige. Även en skål med geggä som glittrade i botten hittades. Det visade sig vara guld! Bladguld är funnet och guld fanns kvar i burken. Det var en förgyllningsdosa för att förgylla piller. I krigsarkivet har man till Karl IX funnit en räkning från en Abraham Goldschmit 1581 för förgyllda huvudpiller. De användes mot pest enligt Benedictus Olai. Guld användes också mot psykisk sjukdom. Här fanns också sektioner av lådor, delvis hela och med påskrifter som rabarberrot, rostad rabarberrot (stoppande efter renframställning med garvämmen kvar), fänkålsfrön, bärnsten, långpeppar och galangarot samt rökelsepulver för att bereda läkemedel. Vikter som är funna som skrupel (2,39 g) och uns märkta CW eller eventuellt GW. Christoph Weinmann var 1669 i Nürnberg en viktmakare varför de kan ha kommit därifrån. Andra lösfynd är lavemangspip, tandtång och ost i ett tennkärl.

Skeppet var kvalitativt välrustat, även personellt. Sverige var framåt, vi tog till oss material från Europa avslutar Björn och Bo.

Den 16 oktober var det Torsten Gordhs tur att berätta om *Narkosen 170 år den 16 oktober 2016*. Varje år utförs omkring 750 000 operationer i Sverige och enligt en artikel i *The Lancet* omkring en kvarts miljard i hela världen. Narkosen är en förutsättning för detta.

Kl. 10.00 på förmiddagen den 16 oktober 1846 var en speciell operation inplanerad vid Massachusetts General Hospital i Boston men en av huvudpersonerna anlände tio minuter för sent, nämligen tandläkaren William Morton, som hade konstruerat en inhalator för sövning med eter. En fotograf hade kallats in men inga fotografier togs vid tillfället eftersom fotografen svimmade när ingreppet påbörjades. Metoden att söva med eter spred sig snart. I Sverige användes den första gången i april 1847 vid Serafimerlasarettet. Morton hade drivit en tandläkarpraktik, trots att han inte avslutat sina studier och tagit examen. Han hade bland annat arbetat med proteser, vilket var smärtsamt för patienterna. Under amerikanska inbördeskriget tjänstgjorde Morton som kirurg och lindrade de sårades smärtor med eter. Före eternarkosens införande hade kirurgiska ingrepp varit förenade med svåra smärtor för patienterna. Det förekom att man ringde i klockor under pågående ingrepp för att patienternas skrik inte skulle höras. Charles Darwin beslutade sig för att avbryta sin läkarutbildning efter att ha varit närvarande vid en operation. Genom historien har det förekommit många olika metoder för smärtlindring under kirurgiska ingrepp: droger som opium, mandragora och alkohol, nedkylning med is, karotiskompression (tryck på stora halspulsådern) och mer drastiskt, slag mot patientens huvud. Ingen av dessa metoder var lika effektiv som sövning med eter. En vätska som tolkats som eter beskrevs redan på 1200-talet och den tyske läkaren och botanisten Valerius Cordus syntetiserade den 1540. Den var känd av Paracelsus, som använde den för att bedöva kycklingar. I första upplagan av *Pharmacopoea suecica* 1775 finns den med men det dröjde länge innan eter började användas för smärtlindring vid kirurgiska ingrepp. Eter-

partyn förekom däremot.

Vid sekelskiftet 1800 utforskade den brittiske kemisten Humphry Davy och skotske uppfinnaren James Watt olika gasers möjliga medicinska användning vid Bristol Pneumatic Institute. Bland annat intresserade de sig för lustgas, som Davy föreslog kunde användas i samband med operationer, men det dröjde länge innan någon provade om det fungerade. Somliga ansåg att smärtan var ett ofrånkomligt inslag i kirurgin. Kirurgen Crawford Long utförde 1842 en operation på en patient som han sövt med eter, men det var först efter flera år som han publicerade något om detta. Tandläkaren Horace Wells använde 1845 lustgas vid en operation i Boston, men patienten skrek av smärta, berättar Torsten.

Under perioden 1826 till 1845 utfördes sammanlagt 333 operationer eller cirka en per månad vid Massachusetts General Hospital. Frekvensen kom att stiga efter narkosens genombrott. Morton försökte inledningsvis hemlighålla vilken vätska han använt och kallade den för "letheon" (*i klassisk grekisk mytologi kunde floden Lethes vatten radera smärtsamma minnen, förf. anm.*) men det kom snart ut att det rörde sig om eter. Kirurgen Henry Jacob Bigelow publicerade en uppmärksamman artikel 1846.

I Sverige uppmärksammades eternarkosen i ett tal av den svenska kemins fader Jöns Jacob Berzelius i februari 1847. Beteckningen "anestesi" myntades av uppfinnaren och läkaren Oliver Wendell Holmes Sr, som anslöt sig till en formulering av Carl von Linné om känslolöshet. Det utbröt snart bittra strider mellan Morton, Wells och läkaren, kemisten Charles Thomas Jackson om vem som varit först med narkosen. Striderna kom att förmörka alla de inblandades fortsatta liv.

En annan viktig gestalt var James Young Simpson, som 1847 började experimentera med kloroform. Han var drottning Victorias livläkare och lät kalla in John Snow, "anestesiologins fader", för smärtlindring när drottningen födde sina två yngsta barn. Att drottningen använde smärtlindring hjälpte till att göra metoden mer accepterad i samband med förlossningar. År 1927 skapade Ralph M. Waters i Wisconsin

världens första anestesiklinik och 1933 blev han världens första professor i anesthesiologi. År 1937 utnämndes Robert Reynolds Macintosh till professor i anesthesiologi i Oxford som den förste i ämnet utanför Amerika. Professuren tillkom genom en donation från Lord Nuffield, som tidigare hade sövts av Macintosh inför ett odontologiskt ingrepp. I den anglosaxiska världen var anestesi redan från början ett område för läkaren men i Europa i övrigt ansågs inte läkaren behöva befatta sig med detta. Standard där var också eter på öppen mask. Ingen registrering av blodtryck gjordes under narkosen.

I Sverige insåg kirurgen Gustaf Söderlund (1884–1967) vid Serafimerlasarettet betydelsen av tillgång på anesthesiologisk expertis och övertalade föredragshållarens far, den unge kirurgen Torsten Gordh, att specialisera sig på detta. Gordh reste till Amerika 1938 och studerade för Ralph Waters, som var världens förste professor i anestesi. År 1940 blev han Sveriges förste narkosläkare vid Karolinska sjukhuset. Ett problem som Gordh ställdes inför var hur han skulle locka någon att satsa på en specialitet som ännu inte fanns. År 1946 tog han initiativ till Narkosläkarklubben, som med tiden utvecklades till *Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård*.

Med Martin H:son Holmdahl kom anestesi att moderniseras. År 1956 skapade han en klinik i Uppsala, trots mycket motstånd. Många tog inte specialiteten på allvar. Den första smärtkliniken i Sverige skapades 1966 av narkosläkaren Basil Finer vid Samariterhemmet som även använde hypnos som en metod för sövning.

Trots initialt motstånd, avslutar Torsten, har anestesi med tiden blivit en självklar specialitet. När Narkosläkarklubben hade sina första sammankomster var det ett fåtal personer som samlades i en vanlig bostad. I dag finns 1600 specialistläkare och 400 ST-läkare som ägnar sig åt anestesi. Efter föredraget fick åhörarna tillfälle att undersöka den moderna kopian av Mortons inhalator som Torsten Gordh tagit med.

Daniel Nowinski och Leif Zern: *Tor-Göran Henriksson, plastikkirurg och konstnär – två sidor av en handens mästare.*

Daniel Nowinski började med att berätta om Tor-Görans arbetsliv. Han blev plastikkirurgins chef 1999 och fanns alltid till hands för att prata med sina patienter, som han alltid engagerade sig för. Han opererade såväl medfödda som förvärvade vävnadsdefekter. Dessa var inte organbundna utan han opererade från topp till tå. Daniel visar ett exempel på ett kongenitalt naevus (medfött födelsemärke) som täckt patientens halva ansikte. Här krävs vävnadsexpander och silikon att spruta in för att rekrytera ny hud innan man kan operera och täcka med den expanderade huden. Tor-Göran var innovativ och hittade nya tekniker. Daniel nämner i förbigående att den första njurtransplantationen gjordes av en kirurg som började sin bana som plastikkirurg.

Sir Harold Gillies (1882–1960) var öron-, näsa- halsspecialist men började experimentera och återskapa ansikten på brännskadade piloter med ansiktsskador. Han utvecklade metoder som hjälpte många och målade även tavlor på sin fritid. Tord Skoog blev professor 1960, en internationellt känd pionjär och grundade 1951 plastikkirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Han opererade med stor framgång läpp- käk- och gomspalt och blev internationellt känd, även utanför sin profession. Han tog in Tor-Göran till kliniken där hand- och plastikkirurgi till en början var samma specialitet. Tor-Göran var allmänkirurg och kom från Gävle till plastikkirurgin. Han jobbade mest med läpp-, käk- och gomspalt som han beskrev med bilder. Han använde sig av god systematik och opererade rakt stående med lätt nedböjt huvud, som en lampa. Plastikkirurgen Paul Tessier (1917–2008) i Paris opererade kranier, till exempel hypertelorism (för stort avstånd mellan två organ, som regel mellan ögonen) vilket Tor-Göran lärde sig enligt Skoogs önskan. Han gick in i mellan-ansiktet via skallbasen, frilade och använde bentransplantat. Han opererade ansiktstrauman tillsammans med Jan Hirsch, käkkirurg i Uppsala, efter hemkomsten från Paris. David David i Australien var specialist på att operera kraniofacial (skalle-ansikte) deformitet.

Tor Göran lärde sig tekniken och opererade hjärnbråck. Daniel fick stipendium 2009 och var också i Paris. Akademiska och Sahlgrenska sjukhusen fick riksuppdraget 2011 för kraniofaciala skador. Plastikkirurger arbetar med stor precision. Ett exempel på detta är Harry Buncke i San Francisco som under mikroskop sydde ihop små kärl, som kunde vara i storleksordningen 1 mm. Som avslutning, innan Leif Zern tog över, sade Daniel att Tor-Göran kände entusiasm i undervisningstillfället. Han kunde delge kollegerna ett kapitel ur en bok till frukost och var alltid koncis på ett behagligt sätt. Han var en mycket uppskattad och nu saknad kollega.

Leif Zern började med att berätta att Daniel lärt honom mycket om Tor-Görans profession, att både hand och blick haft stor betydelse för Tor-Görans kunskap. Han övergår därefter till att visa konst av Tor-Göran.

Målningar

I den tidiga målningen "I korridoren" (1980-talet) från Paris, riktas blicken mot en flicka i målningens centrum, nästan kameraåkning sker mot motivet, resten av rummet är naket.

"Storronden" med Erik Ask-Upmark i förgrunden, är hierarkisk, skrämmande och naken. Ytterligare en patient finns i tavlan men man upptäcker den ej först – hon är liten. Tor-Göran kan inte måla fötter säger Leif. Det är ingen realistisk avbildning.

"Tupprond" 1983 är övertydlig och dekorativ, en pendang till förra tavlan. Den är igenkännande med många patienter. Läkare är auktoriteter, patienter är små.

"Rökpaus". Patienter försvinner allt mer i Tor-Görans tavlor och sköterskor tillkommer. Ramen är viktig. Den är ofta skulptural och blir en del av målningen. Detta är en konstaterande målning. Bror Hjorth är läromästaren och tavlan är naivistisk.

"Rökpaus på säng" 2000. Den bryter med anatominas lagar och har en viss likhet med Nils Dardels (1888–1943) konst. Sjukhus är platsen för Tor-Görans fantasi.

”Så trött”. Sköterskan ligger på golvet. Hon har tappat sprutan som ligger på ett prickigt blått golv bredvid henne.

Skulpturer

”Storasyster”. Ansiktet är som är som en mask, med enkla former. Tor-Göran utgick från ett stycke trä. Han har medkänsla för sjuk-sköterskor som ofta sliter ut sig.

”Syster i vårdträdet”. Detta namn är dubbeltydigt och allt mer dubbeltydighet kommer in i konsten. Läkarna försvinner allt mer.

”Syster i rondskål” visar en inre realism.

Leif avslutar med några verk där patienten står i centrum, direkt eller indirekt.

”Hälsning från sjukhuset” visar ett kort med en kyrka som motiv. Bredvid står en kaffekopp.

”AKO-mint och Albyl” visar en gammaldags rondskål av emalj i vilken ligger två mintkarameller och utanför rondskålen står ett glas vatten och en plåtask Albyl. Bilden väcker känslor som får oss att tänka på patienten.

”I afton brännboll” från 2003 utgör en patetisk skildring av ett sätt att roa patienter. Sjuksköterskor slår bollar som patienterna inte ser ut att kunna fånga.

”På flykt” från 2008 visar en ung patient, troligen ett barn som barfota jagas i snön av en sjuksköterska i högtidsdräkt på skidor. Bilden förmedlar en spökaktig sagovärld.

Den sista bilden som Leif visar, tillika hans favorit, heter ”På isen” och här ses ett öppet landskap bestående av snö och is med en soluppgång i fonden. En sjuksköterska och en flicka är på väg bort någonstans, med ryggen vänd mot betraktaren. Vi får som betraktare känslan av att motivet handlar om döden och livet.

En uppsats av Leif Zern om Tor-Göran Henrikssons konst återfinns på sid 148.

Första helgen i december berättade Olle Matsson om *Gifter – till skada och till nytta*. Olle började med att förklara att det han menar med nytta i samband med gifter är att de kan ha en fysiologisk verkan. Då det gäller skada handlar det om mord av alla de slag och om läkekonst. Han nämnde också att han skrivit en bok om gifter i skönlitteraturen (*finns att köpa på museet, förf. anm.*) och håller nu på med ett nytt bokprojekt som handlar om gifter för bekämpning mot skadedjur, gifter i samband med jakt, fiske, rättsfrågor och avrättning.

Zyklon är ett medel som användes vid folkmord i Nazityskland. Beståndsdelen är vätecyanid och det används av Anticimex till att döda skadedjur. Vid användandet bärs idag gasmask. Cyanväte användes för rökning av vägglöss på hotell Hellman 1920 där Dan Andersson tog in för natten. Man hade vädrat efter rökningen men inte tillräckligt varför både Dan Andersson och ytterligare en hotellgäst dog. Bekämparna hade klarat sig trots att de inte använt gasmask. Olle visade sedan en bild på ett giftskåp med målade hyllor som fanns på ett apotek i Smedjebacken 1856–1869. Detta för att markera hur viktigt det är att läkemedel delas upp i olika kategorier för att minimera misstag. År 1817 tillkom Merkuriussymbolen på giftbuteljer. Därefter övergick Olle till att uppmärksamma olika personer och händelser i historien.

Paracelsus (1493–1541) sa att ”Allting är gift och ingenting är utan gift och endast dosen gör att något inte är gift”. Pastor Paul Schneider, som hedrats på ett frimärke, tålde ej naziregimen varför han sändes till Buchenwald 1937. Han avrättades 1939 med strofantin. David Livingstone och John Kirk (botanist) var 1859 nära Malawisjön. De såg att folket där använde pilgift från lianen kombe, *Strofantus kombe*. Pilen bestod av två delar varav den med gift satt kvar i den skjutne. Kirk upptäckte en fysiologisk verkan, via försök på sig själv, av giftet från *Strofantus hispidus*, en oleanderväxt som han ritat av i sin dagbok. Strofantin är en hjärtglykosid som verkar på hjärta och blodcirkulation på samma sätt som digitalis. Agatha Christie använde sig av 30 olika gifter i sina deckare men digitalis är hennes favorit. William Withering (1741–1799) såg att en blandning av flera läkemedel hjälpte mot vattusot och fann ut att det var digitalis som

var den beståndsdel som hade effekt, vilket han redovisar i en bok. Adam Afzelius (1750–1837) från Skaratrakten reste till Uppsala för språkstudier men övergick till naturvetenskap. Olle berättade senare i sitt föredrag att Adam Afzelius bevittnade en Gudsdom och skrev en reseberättelse på engelska. Den engelske botanikern Joseph Banks (1743–1820) var med på James Cooks första stora upptäcktsfärd 1768–1771. Han kom bland annat till Sierra Leone för att bekämpa slaveriet men beskrev också och namngav 75 växtarter som tack vare honom introducerades till västvärlden. Han invaldes 1773 som utländsk ledamot nr 85 av Kungliga Vetenskapsakademien. Vincent van Gogh har målat porträtt av sin läkare, Paul Gachet (1828–1909). De gulgröna tonerna i van Goghs måleri kan tyda på att han behandlades med digitalis mot epilepsi med bieffekten gulseende, *xantopsi*. Även liljekonvalj innehåller 10–20 hjärtglykosider men blomvattnet är inte farligt, möjligtvis smutsigt, sa Olle.

Nerium oleander, en planterad vanlig växt i Sydeuropa, innehåller hjärtglykosider. Växtsaft från *Acokanthera*, vintersöta eller pilgiftsbuske är det främst använda pilgiftet. En sådan buske finns i tropiska växthuset i Uppsala. I Afrika finns gifter för hjärtpåverkan. I Sydamerika finns gifter som kurare för nervpåverkan, konstaterade Olle. I Ljublancafängelset, Moskva satt Raoul Wallenberg, född 1912. Han var diplomat i Budapest och räddade ungefär 10 000 judar från döden. Han greps i januari 1945 av Röda Armén. Vi vet inte mer. I juli 1947 säger fängelseläkaren Aleksander Smoltsov att Wallenberg avlidit efter en myokardinfarkt. Han hade inte ens fyllt 35 år. Han kremerades utan obduktion. Smoltsov hade ett giftlaboratorium, där han utvecklade metoder för lönnmord. Detta låg granne med fängelset. Enligt Pavel Sudoplatov, högre medlem inom ryska underrättelsetjänsten, avlivades Wallenberg via kurare enligt intervjuboken ”Special Tasks” (1994). Ivan Selov, som tillhörde en hemlig del av Sovjet skrev dagbok som blev utgiven 2016. Den visar på samma innebörd.

Fotografen Otto Thulin (1886–1959) fotograferade i Guyana hur blåsteknik med pilgift fungerade. Alexander von Humboldt (1769–

1859) gjorde resor i Sydamerika och Charles Waterton (1782–1865) var en äventyrs- och vetenskapsman som ville få hem kurare i dess planta, *Strychnos toxifera*. Claude Bernard (1813–1878) gjorde experiment med grodmuskler och kurare. Han fann en störning i kontakten mellan nerv och muskel. Kloroform användes av både TinTin och Agatha Christie men från kyrkans håll kallades den för ett ”djävulens lockmedel som låtsas erbjuda lindring åt kvinnor, men som till slut kommer att leda till ett förhärdat samhälle.”

En Gudsdom, ordal som användes i samband med häxprocesser, var att händer och fötter sammanbands på den anklagade som där- efter sänktes i vatten. Om hon ej flöt var hon inte en häxa. Ordal med hjälp av gift användes i Afrika.

Mary Kingsley (1862–1900) (biografi Signe Höijer) beskrev kala- barbönor hon kommit i kontakt med i Afrika. Dess hjärtblad inne- håller fysostigmin och kalabarin. Otto Loewi (1873–1961) konstaterade att en transmission mellan nerv och muskel är kemisk och ej elektrisk. Den överförs av kemiska budbärare, signalsubstanser.

Den första signalsubstansen han identifierade var acetylkinolin.

Mary Broadfoot Walker (1888–1974) kunde 1934 visa fysostigminets behandlingseffekt på *Myastenia gravis*. Hon hade sett att symptomen vid denna sjukdom påminde om dem vid förgiftning med kurare och därför skulle fysostigmin även kunna användas både som behandling vid sjukdomen och som en antidot till kurare, avslutade Olle.

Siste föredragshållare för året var Håkan Westin som i museets tradition med en mordkväll vintertid berättade om *Ryssligan – ett mord- drama i skuggan av första världskriget*. Ryssligan var aktiv 1918–1919 och bestod av en samling exilryssar i Stockholm. Revolutionen hade ägt rum i Ryssland 1917 i oktober (enligt julianska kalendern, men i november enligt dagens gregorianska kalender) och var inte slut förrän 1922. Det var mycket resande vid denna tid. Folk kom och försvann. År 1918 infördes vapenstillestånd i Tyskland vilket bidrog till rörligheten. I Ryssland stred röda (bolsjeviker enligt Beck) mot vita (tsartrogna). Många grupperingar fanns i europeiska städer,

bland annat i Paris.

Hösten 1918 kom Mohammed Beck Hadjetlaché till Stockholm. (Håkan kommer här efter att kalla honom för enbart Beck). Beck ville bekämpa bolsjevismen och bildade "Militärligan för det ryska rikets återupprättande". Man sa sig ha 500 medlemmar men 18 stycken var troligare varav de flesta var män med ett militärt förflutet. Man gav ut en tidning med dåligt tryck som producerades på flera språk. Ligan hade också en ed då det var viktigt för många att avge en ed. Man behövde pengar och lånade. Pengar troddes finnas i Sverige. Man fick disponera en villa, som tillhörde en änka efter en diplomat, i Bollstanäs. Villan blev ligans högkvarter.

Man kidnappade en man, Carl Calvé som arbetade på ryska ambassaden och som troddes veta var pengar fanns. En generals brådmogna 16-åriga dotter tjänade som lockbete för att få mannen till huset. Calvé informerades om att han skulle dömas till döden om han inte meddelade var pengar fanns men Calvé kände inte till några pengar. Han bands fast i ett tortyrtrum med ett hundhalsband om halsen. Han förhördes och efter 1 ½ dygn fick han en snara om halsen. Han blev slagen och fick ytterligare skador då han drogs nerför en trappa varpå Beck sköt honom i huvudet. Calvé syddes in i juteväv, med tyngder och dumpades i en vak i Norrviken i januari.

I maj fick man tag på Jurij Levi Levitskij, som troddes ha kontakter med Ryssland. Han bands fast och lyckades nästan rymma men tvingades in igen i huset som han kommit ut ur, fick kloroform och en eldgaffel trycktes mot hans hals. En person ställde sig på eldgaffelns vardera sida och tryckte till lite extra. Då Levitskij dött syddes även han in och dumpades på samma sätt som Calvé. Inga misstankar väcktes vid något av dessa två försvinnanden från allmänhetens eller polisens sida.

Nikolaj Ardelionovitj Ardasjev hade i uppdrag av regimen att köpa tidningspapper i Sverige och ansågs av ligan därför vara representant för bolsjevikregimen. Han lockades till villan och tvingades skriva checkar för 17 000 kronor. Vid denna tid tjänade en industriarbetare 2 500 kronor om året. Han sparkades och trampades på varpå han

dumpades som de två tidigare.

Nu kom misstankar från polisen. Bevis fanns i villan och tolv personer anhölls. Tortyrtrummet talade för sig och vissa medlemmar talade också. Beck hade tagit hand om alla pengar och sänt till familjen i Paris. Han skröt om detta. Det hela hände i utkanten av ett krig, sades ursäktande, men svenska rättsväsendet tänkte annorlunda och fallet blev det största brottmålet i svensk domstol. Häradsrätten började med att få saker förklarade för sig. Domstolen konstaterade fakta men utgav inget straff utan målet flyttades till Stockholms rådhusrätt för slutbehandling där straff utdömdes. Det stod om fallet varje dag i dagstidningarna. Beck sa sig vara kosacköverste i tsarregimen vilket ifrågasattes och han utsattes då för ett ridprov. Han kunde rida, konstaterades det, men man var osäker på om det var tillräckligt skickligt för en kosacköverste. Becks advokat, Henning von Melsted såg honom som en idealist. Beck dömdes för alla tre morderna och de övriga dömdes som medhjälpare.

Straffet var komplicerat. Det blev tre individuella straff som sammanslogs till ett. Beck, den drivande, dömdes till döden för Calvé, ”att mista livet sitt”, straffarbete i åtta år för Levitskij då han inte varit fysiskt närvarande vid dennes död och till livstid för Ardasjev. En påföljd blev också enligt strafflagen 2:19 förlust av medborgerligt förtroende, rösträtt och offentlig tjänst. Detta var den sista dödsdomen i svensk domstol, i maj 1920. År 1921 togs dödsstraffet bort. Domen hade dock ej vunnit laga kraft utan skulle underställas Svea hovrätt för att prövas av nästa instans och här fick Beck livstids straffarbete vilket Högsta domstolen också fastställde. Kumpanerna Vladimir Bitterbinder och Reginald Lehrs fick straffarbete (fyra år) respektive livstid (max tolv år) som medhjälpare till mord, olaga frihetsberövande och rån.

Ingen rättspsykiatrisk underökning av Beck eller hans medhjälpare anges i det material Håkan gått igenom förutom att rättspsykiatern Olof Kinberg (1873–1960), som vid denna tid var psykiater vid Långholmens centralfängelse, fällt en kommentar om hur Beck sades ha känt sig. En politisk debatt pågick däremot efteråt kring Ryssligans

agerande. Ligan kom lindrigt undan. En lista finns på ytterligare fyra stycken inblandade. Beck förpassades till Långholmen och dog i ett slaganfall den 4 november 1929.

Håkan avslutade med att berätta att Alfred Andersson Ander var den siste som avrättades den 23 november 1910, med en giljotin inköpt från Frankrike och som bara använts vid detta tillfälle.

Föreläsningen förgylldes vid frågestunden, som följde av att en av besökarna, MDhc Ove Hagelin, som byggt upp och varit chef för Hagströmerbiblioteket i Stockholm, hade med sig första årgångens tidning från 7 december 1918, som Håkan berättat om i sitt föredrag. Vi kunde nu därför själva se att skriften är på både ryska, svenska och franska i samma tidning.

Eva Ahlsten

Som nybliven museichef för Uppsala medicinhistoriska museum är det på sin plats att jag med några ord presenterar mig själv för läsarna av Uppsala medicinhistoriska förenings årsskrift, även om många av er redan känner mig som sekreterare i föreningen och tidigare antikvarie på museet.

Det var med en blandning av ödmjukhet och tillförsikt som jag den 1 oktober 2016 tillträdde tjänsten som museichef. Ödmjukhet eftersom jag var väl medveten om vilket ansvarsfullt och krävande arbete det skulle bli; tillförsikt eftersom jag sedan tidigare var väl insatt i verksamheten och kände alla medarbetarna. En av museets främsta tillgångar är utan tvekan alla hängivna medarbetare som på olika sätt bidrar till verksamheten.

Precis som allting annat har också museer sin historia. Utan det imponerande arbete som utfördes av Lars Thorén, Ingrid Thorén och Stig Ekström hade det i dag inte existerat något medicinhistoriskt museum i Uppsala. Att bygga upp och driva ett stort museum på helt ideell bas är verkligen en respektingivande prestation. Det råder inte heller något tvivel om att en mycket stor andel av föremålen som i dag ingår i museets samlingar skulle ha gått förlorade om de inte hade tagits om hand när så skedde.

Ansvar för verksamheten axlades 2004 av Eva Ahlsten som gått in för sitt arbete med oförtröttlig energi och entusiasm. Antalet besökare har ökat för varje år och nya kategorier av grupper har börjat komma till museet. I stor utsträckning är detta ett resultat av alla föreläsningar och andra aktiviteter hon anordnat. Det var också hon som inledde samarbetet mellan Medicinhistoriska och Psykiatrihistoriska museet, vilket 2013 ledde till att de båda museerna kunde gå samman och bli ett museum för både kropp och själ.

Att ta över rollen som museichef efter dessa företrädare stämmer onekligen till ödmjukhet. Då jag från början kom till museet var jag dessutom i ett viktigt avseende en främmande fågel, eftersom jag var

den förste som knöts dit utan att själv ha en bakgrund inom någon del av hälso- och sjukvården.

När jag kom till Uppsala 1988 för att studera hade jag inte någon tanke på att vare sig bosätta mig här eller bli museichef. Min ursprungliga plan var att stanna två år och ta de poäng som fordrades för att söka till Bibliotekshögskolan i Borås. Så blev det inte. Det fanns alltför många intressanta ämnen jag ville fördjupa mig i och jag läste vidare tills jag 2002 slutligen disputerade i idé- och lärdomshistoria. Min avhandling behandlade visserligen inte ett medicinhistoriskt ämne, men att den allt för tidigt bortgångna Karin Johannisson var min huvudhandledare under doktorandtiden bidrog naturligtvis till att öka mitt intresse för medicinhistoria. För att förstå människors villkor under andra tider är det nödvändigt att veta något om deras förhållande till hälsa och sjukdom.

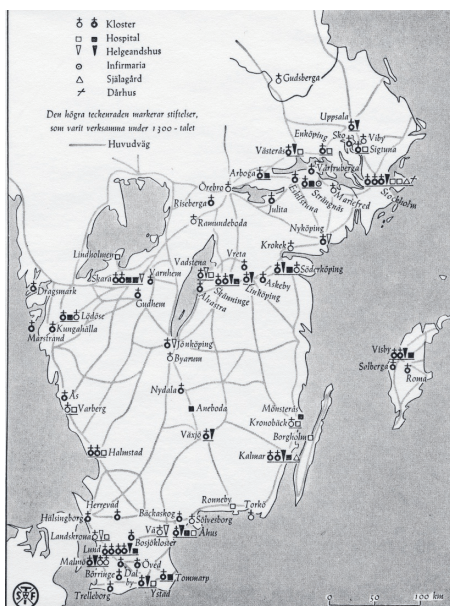
Efter disputationen sökte jag mig till museivärlden, lockad av det mer direkta mötet med en bredare allmänhet som kan äga rum i en sådan miljö. Hösten 2005 började jag på Museum Gustavianum, där jag under de följande åren skaffade mig praktisk erfarenhet av många olika sidor av museiarbete. Hösten 2009 gick jag ned till halvtid på Gustavianum och började samtidigt arbeta halvtid på Medicinhistoriska museet. Våren 2013 lämnade jag slutligen Gustavianum och gick upp till heltid på Medicinhistoriska museet.

Vad som framför allt tilltalar mig med Medicinhistoriska museet är att det är ett museum med ett så angeläget tema. Hälsa och sjukdom är något som angår alla människor och därför angår också medicinhistoria alla. Det har länge planerats en förnyelse av utställningarna i museet och det praktiska arbetet med att genomföra denna kommer att ha påbörjats när dessa rader når fram till er. Målet med förnyelsen är att verkligen bli ett museum som har något att tillföra alla människor, oavsett bakgrund och förkunskaper. Samtidigt som det blir ett nytt museum kommer det ändå att vara ett museum där våra trogna besökare känner igen sig och känner sig välkomna.

Urban Josefsson

Hospitalet i Enköping och Helgeandshuset i Uppsala

Under medeltiden svarade kyrkan för all organiserad sjukvård i Sverige. Det fanns omkring 75 kloster i landet, utom i Dalsland, Värmland och hela Norrland där det aldrig har funnits några.



En viss sjukvård bedrevs förmodligen vid alla kloster, men det var framför allt vid helgeandshusen och hospitalen som sjuka och fattiga togs om hand. Man har beräknat att det funnits omkring 20 helgeandshus och 26 hospital, men alla var inte verksamma samtidigt.²

Hospitalen var ursprungligen avsedda endast för dem som drabbats av spetälska medan helgeandshusen var välgörenhetsinrättningar som tog hand om fattiga, sjuka och lytta utan anhöriga som sörjde för dem.

Efter reformationen kom skillnaden mellan helgeandshus och hospital att suddas ut, så att de båda benämningarna kunde användas till och med om samma inrättning. Karakteristiskt är att helgeandshusen låg inne i städerna medan hospitalen låg utanför, praktiskt taget alltid norr om övrig bebyggelse. Även om ordet lazarett kan hittas i enskilda skrifter från 1600-talet nämns det inte i några officiella dokument, som till exempel från Sundhetskollegiet, förrän i samband med Serafimerlasarettet, som öppnade 1752.

Hospital

På hospitalen vårdades personer med spetälska eller lepra. Det är en kronisk sjukdom som beror på infektion av leprabacillen (*Mycobacterium leprae*). Bacillen upptäcktes av Armaour Hansen (1841–1912) i Bergen 1873 och sjukdomen kallas därför också Hansens sjukdom. Inkubationstiden är fem till tio år. De flesta leprabaciller tas om hand av immunsystemet och oskadliggörs, men i vissa fall invaderas de fina nervtrådarna i huden. Om immunförsvaret inte är tillräckligt effektivt uppstår mycket karakteristiska skador. De första symptomen är att patienten förlorar känseln, vilket kan leda till skador på kroppsdelar som utsätts för tryck, till exempel fötterna. De motoriska nerverna påverkas också, vilket gör att den sjuke får svårt att arbeta med händerna. På huden uppstår större och mindre knutor, så kallade leprom.



Figur 2. Leprom täckta med en hård skorpa³.

På några ställen har skorpan på lepromen brustit och sår bildats, där miljoner skabbdjur levde (On trouve dans ces tubercules des milliers d'un acarus) enligt dåtidens främste expert på spetälska, den norske läkaren Daniel Cornelis Danielssen. Han skrev så 1848, 25 år innan hans svärson Armaour Hansen beskrev leprabacillen, en upptäckt som för övrigt svärfadern var mycket misstrogen emot. Han såg uppenbarligen bacillerna, men förstod inte vad han såg. Han trodde inte att spetälska var smittsam utan att den var ärftlig. *Mycobacterium leprae* går inte att odla och har tidigare inte heller hittats hos något djur. På senare år har man emellertid funnit att den niobandade bältan kan bära bacillerna och även smitta människor. Detta har lett till förhoppningar om att kunna framställa vaccin mot en sjukdom som 700 000 människor än i dag lider av.

Bacillerna invaderar också slemhinnorna i de övre luftvägarna, men lungorna angrips aldrig. *Facies leprosa*, som är mycket typiskt för lepra, innebär att benvävnaden i överkäken och näsan förtvinar och att tänderna faller ut.



Figur 3. 28-årig kvinna med spetälska.³



Figur 4. Kranium med uttalade tecken på spetälska i form av destruktions av näsbenen och stora delar av överkäken.¹⁸

Även andra skelettförändringar är mycket typiska. Trots att flera sjukdomar ger liknande symtom, till exempel tuberkulos, psoriasis och syfilis, visar osteoarkeologiska undersökningar av fynd från spetälskehospitalens kyrkogårdar att den diagnostiska träffsäkerheten var 85 % i många fall.⁴ Särskilt mot slutet av medeltiden var man i allmänhet mycket framgångsrik med att ställa rätt diagnos, men det finns också utgrävningar av spetälskekyrkogårdar där endast 20 % av skeletten visar typiska tecken på spetälska. Många människor med andra hudförändringar hade således spärrats in utan att ha spetälska. Sjukdomen beräknades förkorta den drabbades liv med 25 år.

Spetälska nämns på många ställen i bibeln, mest känd är skildringen i tredje Mosebok kapitel 13. Där användes det hebreiska ordet *tsaráath*, som sedan översattes med *aphe lepras* på grekiska (spetälska kallades i det gamla Grekland för elephantiasis, som inte har något som helst att göra med vad vi menar med elephantiasis nu för tiden). *Tsaráath* betydde fjällande eller skorvig och användes för en rad olika tillstånd som betraktades som orena. Arkeologiska utgrävningar visar att det inte finns några skelett med för lepra typiska förändringar från 500–700-talet före vår tideräkning i Israel, då tredje Moseboken skrevs. Det som skildrades i bibeln var någon annan hudsjukdom. I många nutida bibelutgåvor har en fotnot infogats som säger att bibelns spetälska inte motsvarar vad som nu menas med sjukdomen. På flera ställen i bibeln (Matteus 8:2, Markus 1:40 och Lukas 5:12) står att Jesus renade den spetälske, när Jesus behandlade sjuka brukar annars ordet bota användas. *Tsaráath* betraktades således mera som förknippat med orenhet än med en sjukdom.

I andra Krönikeboken 26:18–21 skildras hur en människa kunde drabbas av *tsaráath* sedan han hade syndat mot Gud:

De ställde sig i vägen för kung Ussia och sade: ”Ussia, det är inte din sak att tända rökelse åt Herren, det får bara prästerna göra, Arons söner, som har helgats för detta. Gå ut ur helgedomen! Du har varit trolös, detta ger dig ingen ära inför Herren Gud.” Ussia blev rasan-
de där han stod med rökese-karet i handen, beredd att tända. Och när han rasade mot prästerna slog spetälska ut i hans panna inför

prästerna vid rökelsealtaret i Herrens hus. Översteprästen Asarja och de andra prästerna vände sig mot honom och såg att han hade fått spetälska i pannan, och de jagade ut honom därifrån. Även han själv ville snabbt komma ut, eftersom Herren slagit honom med sjukdom. Kung Ussia var sedan spetälsk ända till sin dödsdag och måste som spetälsk bo i ett hus för sig; han var utestängd från Herrens hus. Under tiden var det hans son Jotam som styrde över hovet och folket i landet.



Figur 5.

Konung Ussia straffas med spetälska på grund av att han har syndat mot Gud.
Teckning av okänd konstnär från andra hälften av 1600-talet. UUB ID 4926.

Job (Job 2:7) ansågs ha spetälska på grund av de svullnader som drabbade honom, liksom den fattige Lazarus vid den rike mannens port eftersom hans kropp var full av sår (*ulceribus plenus* i *Versio vulgata*, den första översättningen till latin av bibeln, Lukas 16: 19–31). Lazarus från Betania, Maria och Martas bror, sades också ha lidit av spetälska. Lazarus förkroppsligade spetälska; lazar blev liktydigt med spetälska i England och lazar house eller lasarett med spetälskehus. *Leper* användes också i nedsättande betydelse om människor med spetälska. Beteckningen *mal de ladre* eller *mal saint-ladre* användes bland annat i Frankrike.

Spetälskan ansågs tidigare ha kommit till Europa från Gangesdeltat med Alexander den stores arméer omkring 325 år före vår tideräkning. Den kom till Italien med Pompeius Magnus (106–48 f. Kr.) legioner när de återvände från kriget. Nyare forskning pekar däremot på att den bakteriell stam som finns i västvärlden härstammar från Östafrika

och sedan har spritt sig till Europa och nya världen.⁵

Från Italien spreds sjukdomen med krigshärar, pilgrimer och handelsmän över större delen av Europa. Hunnernas invasion och folkvandringarna under 300–400-talet bidrog till spridningen. Den utbreddes sig hastigt och troligen inrättades det första spetälskehospitalet av Basileios den store (331–379) i Caesarea i Kappadokien i nuvarande Turkiet. Sedan grundades hospital i Saint-Oyan år 460, i Chalons-sur-Saone 570 och i Verdun 634. År 1233 uppskattas antalet av de hospital i Europa, som var avsedda för människor med spetälska till 19 000.² Det förefaller högt, men sannolikt fanns det ett hospital i varje stad av betydelse och varje hospital hade i allmänhet högst 20 patienter.

Synen på spetälska under medeltiden varierade. Dels fanns den judiska uppfattningen från Gamla Testamentet att den var ett straff för människornas synder, dels fanns också en kyrklig uppfattning om att de sjuka genom sjukdomen fått en särskild gudomlig nåd som garanterade frälsning. De hade ju redan under jordelivet genomlidit skärselden.

Avgörande för hur de som var sjuka i spetälska behandlades var det beslut som fattades på det tredje Laterankonciliet 1179. Påven Alexander III genomdrev då först att kraftiga åtgärder skulle vidtagas mot kättare, som skulle berövas sin egendom och göras till slavar. Det var startskottet till inkquisitionen, som ledde till att kättare brändes på bål. Ett annat beslut var att de som led av spetälska skulle isoleras från omvärlden och att leprosarier (i Sverige spetälskehus eller hospital) skulle byggas. I dekretet ingick att den sjuke skulle avskiljas från samhället genom en särskild ceremoni. I Sverige utfärdade ärkebiskopen regler om att personer med spetälska skulle efterspanas och förpassas till hospitalen och om de inte medverkade frivilligt skulle de föras dit med tvång.

Hur det gick till i Sverige under medeltiden att fastställa att en person led av spetälska är inte känt, men det finns detaljerade redogörelser från Mellaneuropa. Först fastställdes att det verkligen rörde sig om lepra och en attest om detta utfärdades. *Gesners regulativ* från 1555

angav i detalj de symtom som kan iakttas hos den spetälskesjuka. Ett antal kirurger i Paris med Ambroise Paré i spetsen använde detta regulativ och skrev 28 augusti 1583 om hur en sådan attest skulle se ut. De slutade med orden: "I kraft av dessa tecken, såväl tvivelaktiga som otvivelaktiga, förklarar vi nämnde NN för uttalat spetälsk. Därför vore det bäst, om han fjärmades från umgänge med friska människor, eftersom denna sjukdom är smittsam. Till bekräftelse på detta har vi satt våra sigill härunder". Sedan attesten utfärdats välsignades den sjuka av prästen och ikläddes en speciell dräkt, som han eller hon skulle bära i framtiden. Vederbörande fördes sedan till kyrkan följt av släkt och vänner, som skulle ta ett sista farväl. Den spetälske lades på en bår iförd en svepning och bars ut till graven och sänktes ned i den. Prästen öste sedan tre skovlar mull över den sjuka och yttrade: "Således död för världen, skall du leva på nytt inför Gud". Den nu officiellt dödförklarade klättrade sedan upp ur graven och fick de speciella kännetecknen, ofta en skallra som kallades för lazaruskramla, som vederbörande måste bära för att varna omgivningen för sin spetälska. Han eller hon fördes sedan till spetälskehospitalet och togs in där för resten av livet.⁶ Genom den kyrkliga dödförklaringen var äktenskapet upplöst, arvsskifte ägde rum och änklungen eller änkan kunde gifta om sig. Detta var den föreskrivna ritualen i Syd- och Mellaneuropa. Hur den tillämpades i Sverige är inte känt.

Kyrkogårdarna var också uppdelade. Vanligen fanns speciella spetälskekyrkogårdar, men om begravningen fick äga rum på den allmänna begravningsplatsen låg de spetälskas gravar alltid norr om kyrkan.



Figur 6.

Miniatur från 1200-talet visande stads-vakten, som avvisar två personer med spetälska, den främste med en lazaruskramla för att varna omgivningen för att komma nära de smittade.

Ur Franklin, Alfred: La vie privée d'autrefois. L'Hygiène.⁶

Hospitalet i Enköping

Det första svenska hospitalet grundades redan omkring 1180 av Johanniterorden i Eskilstuna. Johanniterna leder sitt ursprung till ett hospital för pilgrimer vid den heliga graven i Jerusalem, som grundades av köpmän från Amalfi omkring år 1070. Orden, vars skyddshelgon var Johannes Döparen, blev nyskapande och en förebild på sjukvårdens och hjälpverksamhetens område inom hela Västerlandet. Den ägnade sig särskilt åt vården av spetälska. Enligt ett brev av Magnus Ladulås utfärdat 28 april 1280 i Bjälbo hade hans farfar Magnus Minnesköld inrättat ett hospital i Skänninge.⁷ Eftersom farfadern sannolikt dog i slaget vid Lena 1208 bör Skänninge hospital ha inrättats omkring år 1200. Senare inrättades hospital i Stockholm, Sigtuna och Enköping. Enligt ett brev skrivet av Magnus Ladulås 2 januari 1278 ställdes alla tre under ärkebiskopens överinseende.⁷ På 1280-talet lades hospitalen i Stockholm och Sigtuna ner och alla smittade samlades i Enköping. Hospitalet i Enköping nämns första gången i ett testamente av domprosten Björn i Uppsala 1278.⁷ Under åren 1278–1350 erhöll detta hospital inte mindre än 35 donationer genom testamenten, fler än alla andra hospital i landet.

Birger Gregersson, som var ärkebiskop 1366–1387, utfärdade statuter för Enköpings hospital. De är de enda medeltida svenska hospitalsstatuter som finns bevarade. I inledningen skrev han att stadgarna gällde för de intagna, ”de som föraktade allt världsligt och givit sig och sitt åt Kristus för att de skulle få bättre tid för vakor, fastor, böner och annan gudstjänst”. Varje lekman skulle läsa tio Pater Noster och trettio Ave Maria morgon och kväll. På helgdagar tillkom ytterligare religiösa moment. Att de andliga övningarna var så omfattande beror på att man uppfattade sjukdomen som ett straff från ovan för synder, som skulle sonas. Läkare fanns inte och om vård står inte ett enda ord i stadgarna.⁹

Figur 7. Enköpings hospitals sigill.

Foto: Elisabeth Lindqvist, Enköpings museum.



På Enköpings hospitals sigill avbildas riddaren S:t Göran stående med ett korsprytt visir för ansiktet. I sin högra hand håller han en lans, den vänstra är något upplyft och där under syns hans vapensköld med ett Georgskors.

Texten på skölden lyder S (*sigillum*) *Sancti Georgii Enkiopie*, det vill säga *Sankt Georgs i Enköping sigill*. Vanligen avbildas S:t Göran till häst. Av rustningens utseende att döma anses sigillet stamma från slutet av 1200-talet. Att det verkligen är Enköpings hospitals sigill betvivlas av vissa forskare, då inget av Sveriges hospital uppkallats efter S:t Göran förrän 1394, då hospitalet i Skara nämns i en bulla. Sigillet hittades i början av 1920-talet i Biskopskulla och finns nu på Enköpings museum.

Prästerna hade inte alltid så gott anseende. Tvångsätgårderna mot de spetälska blev ofta missbrukade på det skändligaste sätt ”i synnerhet av präster, hvilka, i sitt coelibat sökande att mätta sina sinnliga lustar, ej sällan begagnade sig af nämnda förordning för att aflägsna familjefäder, som voro hinderliga för deras älskogsplaner”.⁸

Statuterna för Enköpings hospital ger noggranna upplysningar om de intagnas kost, men det är inte känt om de efterlevdes. Beräkningar har visat att de dagligen fick 4 700 kalorier, vilket ska jämföras med att nuförtiden en hårt arbetande man behöver 3 300 kalorier. De fick också 2 3/4 liter öl och 3/4 liter mjölk om dagen, dock endast under sommaren. Färsk, torkad eller salt fisk var också viktiga delar av deras kost. Dessa uppgifter tyder på att samhället insåg de sjukas behov av tillräcklig näring.⁹

Hospitalet i Enköping var beräknat för högst 20 patienter, som blev kvar där livet ut. Omkring 1518 öppnades åter ett hospital i Stockholm, S:t Örjansgården vid Jakobs kyrka. Hospitalet i Enköping stängdes efter att en av de viktigaste inkomstkällorna, avgifterna

från Sigtunafärjan, överförts till S:t Örjansgården. Var hospitalet i Enköping varit beläget är inte känt, men sannolikt lågt det i stadens norra delar. Hospital placerades nämligen under medeltiden utan undantag i norr.

När Gustav Vasa med stöd av Västerås recess 1527 dragit in klostrens egendomar till kronan gav han dem ibland vidare till välgörenhetsinrättningar. I Enköping fanns sedan 1250 ett franciskanerkloster som byggts på en ö som Magnus Ladulås donerat till munkarna. Genom landhöjningen är platsen inte längre en ö, men namnet Munksundet lever kvar. År 1530 inrättade kungen ett nytt hospital i Enköping och 1533 bestämde han att de egendomar som tillhört franciskanerklostret skulle tillfalla detta nya hospital. Antalet sjuka i spetälska hade redan då börjat minska, om det var till följd av isoleringen av de sjuka på hospital eller på grund av andra faktorer är okänt. En teori är att de som var smittade med spetälska lättare drabbades av pesten och att därför antalet smittförande minskade genom de epidemier som plågade Europa under senmedeltiden, till exempel digerdöden.

När kortegen med liket efter Erik XIV passerade Enköping på väg från Örbyhus till Västerås 8 mars 1577 skänkte Johan III tio tunnor spannmål till de fattiga på hospitalet. Räkenskaperna för detta andra hospital i Enköping finns på Landsarkivet i Uppsala.

Överstyrelsen för hospital, barnhus och lasarett, som efter Gustav III:s statskupp 1772 tillsatts med två Serafimerriddare som ledare, bestämde 1773 att även sinnessjuka personer skulle tas in på Enköpings hospital. Då det inte var möjligt att vårda sådana i Enköping kom i stället ett nytt förslag, att endast ett hospital i länet skulle ta hand om sinnessjuka. Lokalerna vid hospitalet vid Fyristorg var inte heller lämpliga för denna patientkategori, men trots det stängdes hospitalet i Enköping i november 1781 och hjonen flyttades till Uppsala.

Hospitalet i Veckholm

Magnus Gabriel De la Gardie (1622–1686), en av Sveriges rikaste män och ägare till Ekholmens gård i Veckholm, donerade 1653 flera gårdar till byggande och underhåll av ett hospital i Tomta i Veckholm. Det var avsett för usle, eländige och fattige från församlingen och hade från början tolv intagna. Vid Karl XI:s reduktion drogs adelns gods in till kronan. Detta drabbade Magnus Gabriel De la Gardie hårt, han fick lämna ifrån sig de flesta av sina slott, till exempel Läckö vid Vänern och Makalös i Stockholm. Kungen bekräftade dock i brev 26 november 1681 och 28 september 1682 donationerna av de gårdar hospitalet fått av De la Gardie och därmed var dess försörjning säkrad. Ett odaterat förslag från landshövdingen att samla alla sinnessjuka i länet till hospitalet i Veckholm förverkligades inte. Det fungerade hela tiden mera som ett fattighus än hospital och övergick 1924 till att bli ett ålderdomshem, som 1952 övertogs av den nya Södra Trögds kommun. Kapitalet från De la Gardies donation omvandlades 1968 till årliga studiestipendier för behövande ungdom från Veckholms, Kungs Husbys och Torsvi församlingar.¹⁰

Helgeandshuset i Uppsala

Ordet ”helgeandshus” anses härlett av *Ordo Hospitalis Spiritus Sancti*, inrättat i Montpellier av hertig Wilhelm Don Guido och bekräftat av påven Innocentius III år 1198. Under 1200-talet grundades helgeandshus runt om i Europa. I Sverige grundades det första i Visby 1299 följt av Stockholm 1301.

I helgeandshusen togs de fattiga in som inte hade några släktingar som kunde eller ville ta hand om dem. Många av dem var också sjuka, men sjukhus i egentlig mening var helgeandshusen inte eftersom de saknade personal med medicinsk utbildning. De som togs in skulle först bekänna sina synder i en bikt och fick sedan stanna kvar tills de tillfrisknade eller dog. Det var nämligen möjligt att mot en avgift

tillförsäkra sig kost och husrum till döddagar. De som omhändertogs på detta sätt lovade att vara föreståndaren lydiga och hjälpa till i hushållet i allt som de förmådde. Helgeandshusen kunde också erbjuda tillfälliga rum för vägfärande.

Helgeandshuset i Uppsala hade Magnus Johansson Engel att tacka för sin tillkomst. Han tillhörde en på 1200-talet framstående släkt. Fadern Johannes Engel hade gift in sig i Folkungaätten och brodern Folke Engel (död 1277) var ärkebiskop och den som krönt Magnus Ladulås till kung 1276. Magnus Engel, ärkebiskopen Nils Allesson och Karl Erlandsson Engel donerade några tomter vid Dombron och Fyristorg till välgörande ändamål. Den kraftfulle domprosten Andreas And lät bygga ett helgeandshus där och utfärdade stadgar för detta 1305. I inledningen till stadgarna står:

Då den högste konungen, Guds son, den allsmäktige herren Jesus Kristus vid denna tidens slut skall sitta på sin härlighets tron och gifva hvar och en efter hans förtjänst, då skall han förkunna, att den hjälp och tröst, som af kärlek till honom blifvit bevisad mot fattiga och sjuka, har blifvit bevisad mot honom själf, enligt ordet: Jag var främling, och I härbergeraden mig, sjuk, och I besökten mig. Förmådde af tanken härpå hafva några barmhärtige män, hvilkas fromhet aldrig skall glömmas, som sågo och hörde, att många fattiga af brist på härberge, i synnerhet vintertid, fingo utstå det yttersta elände, så att de ofta af brist på kläder dogo af köld, eller sjuka och döende fingo ligga på gator och torg, på den helige Andes tillskyndelse gifvit allmosor af sina af Gud dem förlänade ägodelar, för att till ett härberge för fattiga och till behöfvande sjukas nytta en boning måtte uppbyggas, som i sanning både skall kallas och vara ett Guds hus.²

Domprosten inrättade ett gille med en styrelse bestående av två klerker och en lekman. Inkomsterna bestod till stora delar av donationer och testamenten. Under tiden 1290 till 1330 mottog helgeandshuset i Uppsala 39 testamenten, men under senare delen av medeltiden upphörde tillflödet av pengar. Bakom obenägenheten att donera anses ligga en växande kritik mot den redan rika kyrkans giriga prelater och dästa munkar. En annan inkomstkälla var de ägodelar som de som togs in hade och som tillföll huset vid döden. Allmosor kunde

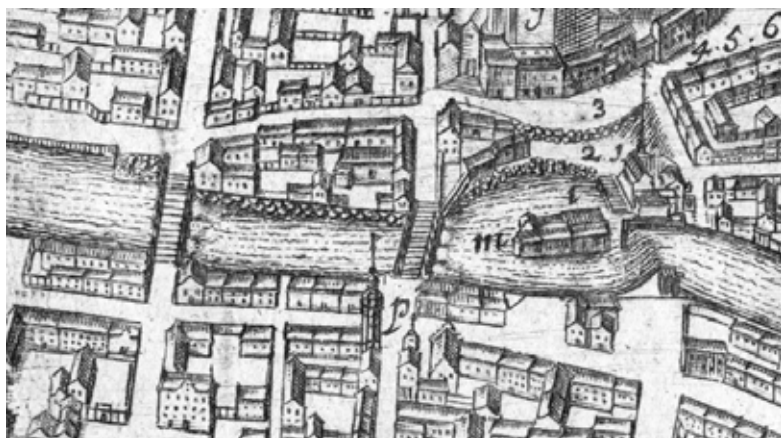
Figur 8. Karta ur Peringskiöld.¹² UUB ID 4678.



Kartan ritades före branden 1702. Väster om Domkyrkan (g) ligger Academia vetus, det vill säga gamla eller Carolinska akademien (h) och på Riddartorget Sankt Eriks kapell (e) och Helga Trefaldighetskyrkan (d). Hospitalskyrkan låg närmast Dombbron. Det fanns således fyra kyrkor inom ett par hundra meter från Domkyrkan.

också lämnas direkt till helgeandshuset eller togs upp av särskilda "biddare" som vandrade omkring och samlade in pengar. Ännu på 1700-talet fanns allmosorna som "biddarna" samlat in med i hospitalets räkenskaper. I slutet av 1600-talet stod verksamheten i Uppsala på sin höjdpunkt med mellan 50 och 60 personer intagna.

Helgeandshusets begravningsplats låg på andra sidan Fyrisån i kvarteret Torget vid franciskanerklostret mellan Svartbäcksgatan, St. Persgatan, Östra Ågatan och Klostergatan, men flyttades sedan utanför staden till mark som hade donerats av professor Olof Verelius (1618–1682).¹¹ Verelius var professor i Fädernelandets antikviteter vid Uppsala universitet. Han anses vara grundläggare av den "hyperboreiska skolan", alltså teorin att forntidens svenskar var de hyperboréer som nämns i antik mytologi. Hans lärjunge Olof Rudbeck d.ä. (1629–1702) blev senare den mest kände företrädaren för teorin.



Figur 9. Detalj ur Peringskiölds karta med hospitalet (gamla helgeandshuset) på Fyrstorg.

Verelius, som var emot begravningar inne i kyrkorna, skänkte 1671 en begravningsplats för de fattiga i hospitalet och friköpte 1676 såsom den förste en gravplats där. Fattigkyrkogården utgör nu en del av den Gamla kyrkogården i Uppsala (på Kongsgärdet i korsningen Enköpingsvägen och Stabbyvägen på kartan i figur 10). Den blev stadens begravningsplats 1794, då begravning i och omkring Domkyrkan upphörde. Verelius grav och sten strax norr om gravkapellet finns ännu kvar.

Vid reformationen stängdes klostren och deras egendomar drogs in till kronan. Helgeandshusen och hospitalen fick emellertid behålla de inkomster och de jordegendomar de hade. Helgeandshuset i Uppsala kallades i fortsättningen Uppsala hospital och fick frikostiga understöd av Gustav Vasa och efterföljande kungar. I mars 1530 skänkte Gustav "sex öre land iord i Skeggesta i Börje soken" till hospitalet. 15 september 1533 utfärdade kungen ordningsföreskrifter för helgeandshuset i Stockholm. I föreståndarens uppgifter låg att bevaka att det bara var fattiga och sjuka från Stockholm som togs in. De som kom utifrån landet skulle skickas hem; varje församling skulle föda sina egna sjuka. Det skulle också finnas en "leckiare" för dem som behövde läkarvård. Den bestämmelsen kunde inte efterlevas eftersom det

knappt fanns någon läkare i hela landet. Sådana föreskrifter fanns säkert vid alla hospital.

Trots understöd från kungen och de allmosor som gavs var tillvaron för de intagna svår. I en skrivelse till Karl IX den 10 juni 1602 anmäldes att ”uthi Upsala Hospital äre siu personer af hunger döde wordne och döo alle dagar flere”. Hospitalsvården var i viss mån reglerad i vad som nu skulle kunna betecknas som fattigvårdslagstiftning, men den var inte tillräcklig för att komma till rätta med de missförhållanden som rådde. Till riksdagen 1624 hade Gustav II Adolf låtit utarbeta en ”Constitution emot tiggare och tidsstiwffver” som i den kungliga förordningen sedan kallades ”Spetalsordningen”.

1624 års hospitalsförordning är landets första fattigvårdsförordning; de som inte var arbetsföra kunde tas in på hospital, utom barn som skulle till barnhus. Enligt 1626 års kansliordning skulle det kungliga kansliet, som 1635 blev det centrala ämbetsverket kanslikollegium, ha överinseendet över hospital, tukthus och barnhus. Enligt 1642 års fattigvårdsförordning skulle i hospitalen tas in sådana fattiga och sjuka som saknade släktingar som kunde försörja dem och dessutom sinnessjuka och personer med smittosamma sjukdomar.

Enligt Spetalsordningen från 1624 skulle fattiga och föräldralösa barn tas in på barnhus, men sådana inrättades först bara i Stockholm. I Uppsala fanns det på 1700-talet inget barnhus, men däremot inrättades en särskild fond för fattiga barn enligt ett kungligt brev från 9 januari 1760. Den var knuten till hospitalet. Akademien skänkte 6 000 daler kopparmynt och ärkebiskopen Henrik Benzelius ett lika stort belopp.

För 6 000 daler kopparmynt år 1760 kunde man köpa lika mycket varor och tjänster som 193 845 SEK år 2011 mätt med konsumentprisindex. Enligt en alternativ beräkning: 6 000 daler kopparmynt år 1760 motsvarade betalning för lika lång arbetstid som 4 146 619 SEK år 2011 mätt med löneindex för manlig industriarbetare. Vid följande penningomräkningar i denna uppsats anges de två beräkningssätten inom parentes. Det är mycket svårt att jämföra anslag, löner med mera över långa

perioder. De stora skillnaderna mellan penningvärdet beroende på om man använder konsumentprisindex eller löneindex illustrerar att Sverige har gått från att vara ett mycket fattigt land till att bli rikt ¹³].

Mot beslutet reserverade sig Carl von Linné och bröderna Carl och Samuel Aurivillius. Carl var språkforskare och gifte sig med Eva Ulrika Ekerman och ärvde därmed Ekermanska huset. Samuel var livmedicus och professor i medicin. Reservanterna ansåg ”att de härtill inte kunna samtycka, innan Nosocomium kommit uti thet stånd, som thet efter nu warande omständigheter bör vara”.¹⁴ Enligt 1768 års räkenskaper uppgick fonden då till 5 733 daler silvermynt (168 359 resp. 3 421 809 SEK), av vilka hospitalsrådet beslöt att dela ut 480 daler silvermynt (14 096 resp. 286 494) till 19 fattiga barn som uppfostrades hos enskilda personer i och omkring Uppsala. 1763 års hospitalsordning förespråkade just att barn skulle utackorderas och inte tas in på barnhem.

Det kan synas märkligt att Uppsala saknade hospital för patienter med spetälska. I Uppsala hospitals arkiv finns emellertid en ”Spijs-ordning för sextio personer vthi Vpsala Hospital och på löten gjord den 3 augusti A:o 1666”. Löt betyder gammal betesmark, det uppgavs att det fanns åtta patienter på löten. Platsen är utmärkt på en karta från 1699 och låg då inom Gamla Uppsala församling, nära nuvarande Lötenkyrkan. När denna sjukstuga för personer med spetälska inrättades eller när den upphörde är inte känt, men den verkar ha varit en filial till hospitalet vid Fyristorg, eftersom dess räkenskaper är gemensamma med hospitalets.¹⁵

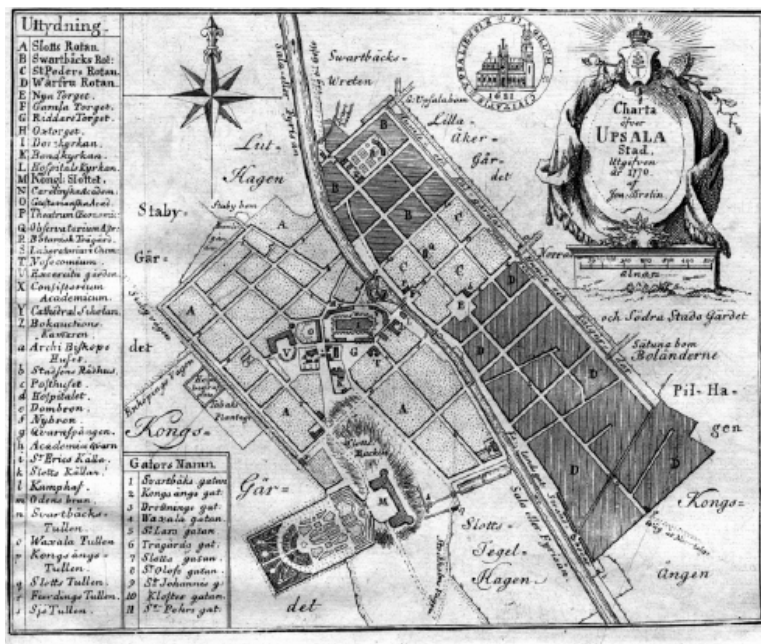
Vid den stora branden i Uppsala 1702 lades det gamla helgeands-huset i aska, men byggdes upp igen redan 1705 sedan Karl XII anslagit 4 000 daler kopparmynt till huset (284 357 resp. 5 252 384). Det byggdes emellertid inte på samma tomt utan i hörnet av Fyristorg och Valvgatan (nuvarande Gamla Gillet) som inköptes för 1 275 daler kopparmynt (90 639 resp. 1 674 197).

Universitetets behov av lokaler för klinisk undervisning gjorde att professor Lars Roberg 1708 inrättade Nosocomium, föregångaren till

Akademiska sjukhuset. Det Oxenstiernska huset vid Riddartorget inköptes för ändamålet. I det så kallade Lilla Nosocomium bedrevs huvuddelen av sjukvården. Trots Robergs ansträngningar blev verksamheten mycket blygsam.

Figur 10. Charta öfver Upsala stad, utgifven år 1770 af Jon: Brolin.¹⁶

UUB ID 15371.



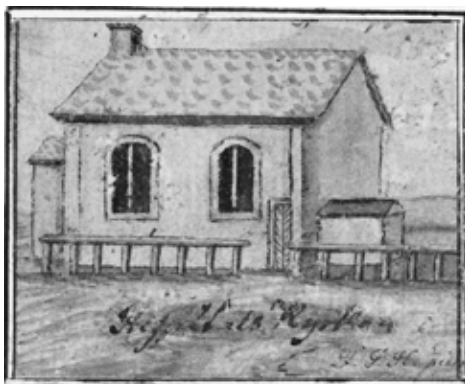
Vid (L) ligger Hospitalskyrkan, (d) utmärker Hospitalet, (T) är Nosocomium vid Riddartorget i hörnet mot Trädgårdsgatan, vid (6) låg Lilla Nosocomium.

Det fanns på 1700-talet ingen samlad myndighet för hälso- och sjukvårdsfrågor i Sverige. Likartade ärenden behandlades än vid ett ämbetsverk, än vid ett annat. Under frihetstiden, då ständerna hade makten, tillsattes därför särskilda kollegier som stod i det härskande partiets tjänst. Eftersom man hade pesten 1710–1711 i färskt minne och bland annat mässlingsepidemier hotade tillsattes *Sundhetskom-*

missionen 1737 (den blev inte långlivad utan avskaffades 1766), som bland annat föreslog att ett sjukhus skulle inrättas i Stockholm, som skulle betjäna hela landet. Det skulle finansieras med frivilliga gåvor, lotterimedel och skatt på två öre silvermynt för varje kortlek (11,43 resp. 205). Som en följd av kommissionens betänkande grundades Serafimerlasarettet 1752. Man insåg dock snart att det inte kunde betjäna hela landet utan vid riksdagen 1765 beslöts att lasarett skulle inrättas ute i landet med stöd av de insamlade lasarettssmedlen. Samtidigt beslöts att endast sinnessjuka och sådana som var behäftade med obotliga sjukdomar skulle få tas in på hospitalen. Husvilla och orkeslösa fattiga skulle varje socken ansvara för.

Hospitalet i Uppsala hade ända sedan det grundats saknat läkare. I mitten av 1700-talet inrättades emellertid provinsialläkartjänster i Sverige, till en början i blygsam skala. 1738 fanns endast 12 tjänster i hela landet och 1773 fanns 32, vilket motsvarar en provinsialläkare per 57 000 innevånare. Uppsala läns förste provinsialläkare, Jonas Hallenius (1727–1810) utnämndes 1759. Han fick då också ansvar för läkarvården vid hospitalen i länet. Av hans ämbetsberättelse 1765 framgår att det fanns 46 fattiga på hospitalet i Uppsala fast det endast var avsett för 20. I Enköping fanns 24 fattiga och en dräng och en piga. I Veckholms socken fanns ett hospital med 12 fattiga och en kokerska.

Figur 11. Hospitalskyrkan enligt en teckning av Johan Gustaf Härstedt (1756–1829) från slutet av 1700-talet.
UUB ID 2962.



Hospitalet ägde tidigare en egen kyrka som låg vid Dombron. Den förstördes inte helt vid branden 1702 utan kunde repareras. I samband med att hospitalet flyttade ut till det gamla kronobränneriet på nuvarande Ulleråkersområdet såldes den gamla hospitalskyrkan till överdirektören Fredrik Magnus Ridderbjelke (1772–1841) 1806 på villkor att denne senast 1 juni 1812 hade rivit kyrkan och ”rengjort och jämnat marken”.

Sedan tillstånd hade erhållits att inrätta ett lasarett och medel beviljats enades universitetet och länet 1767 om att inrätta ett kombinerat Nosocomium och lasarett i Oxenstiernska huset. Redan 1778 tog emellertid samarbetet slut eftersom konsistoriet ansåg att den vård akademien åtagit sig för länets befolkning blivit allt för kostsam. Till följd av detta inrättades ett särskilt länslasarett i hospitalets hus vid Fyrstorg. Sjukvården bedrevs av *medicinae practicae* professorn Johan Gustaf Acrel (1741–1801), som tillika var prefekt. Till sin hjälp hade han akademins barberare, eller den så kallade Akademikirurgen, en befattning som funnits i Uppsala sedan 1689. Denna befattnings första graderade innehavare var Per von Afzelius (1760–1843), senare professor i medicin i Uppsala, överdirektör och arkiater.

En omständighet som påskyndade utvecklingen av sjukvården i landet var den ökande förekomsten av veneriska sjukdomar, framför allt syfilis, efter de många krigen. De befintliga hospitalen och lasaretten räckte inte för att vårda de sjuka. Enligt regeringsbeslut 1793 skulle därför kurhus inrättas i flera län. 1818 beslöts att varje mantalsskriven person årligen skulle erlägga tre shilling banco (7 resp. 223) i kurhusavgift.

När patienter från länslasarett, kurhus och hospital samlades i samma hus visade det sig snart att lokalerna var alldeles för trånga och oändamålsenliga. Hospitalshjonen från Enköping hade ju också flyttats till Uppsala 1781. Vid en inspektion av Serafimerordensgillet fastslogs att lokalerna kunde rymma högst åtta sjuka och trettiofem hospitalshjon. År 1806 förvärvades därför det gamla kronobränneriet strax söder om staden där en byggnad uppläts till länslasarett och

Figur 12. Kronobränneriet från väster. Teckning av Johan Gustaf Härstedt omkring år 1800. UUB ID 8741.



Till vänster det gamla mälthuset från 1777, som fick inhysa hospitalet. Till höger ett bostadshus från 1776, som blev ombyggt till lasarett.

kurhus och en annan till en avdelning för sinnessjuka. Den fick behålla det gamla namnet hospital.¹⁵

Den förste läkaren vid det kombinerade länslasarettet, kurhuset och hospitalet var Daniel Malmberg (1792–1854) som var överläkare 1819–1831. Han var också prästvigd och slutade sitt liv som prost i Knutby. Uppsala hospital omvandlades 1837 till ett centralhospital för de fem angränsande länen Stockholms, Uppsala, Västmanlands, Kopparbergs och Gävleborgs län. En ny huvudbyggnad uppfördes för att hysa alla nya patienter.

Det visade sig emellertid mycket otillfredsställande att ha Nosocomium och länslasarett så långt ifrån varandra. När sedan en stor eldsvåda utbröt 12 oktober 1850 i en av cellavdelningarna och förstörde stora delar av hospitalet blev situationen akut. Tjugofyra patienter innebrändes och de 35 som räddats måste beredas plats i lasarettet. Det Aurivilliska eller som det senare brukar kallas Ekermanska huset vid sidan av Gustavianum inköptes samma år och inreddes till länslasarett. Lasarettets verksamhet flyttades 1867 till det nya Akademiska sjukhuset när detta var färdigt. Ända till 1924 fanns emellertid viss poliklinisk verksamhet kvar i det gamla länslasarettet.

Hospitalet på Ulleråkersområdet hade nu blivit en anstalt endast för sinnessjuka. Överläkare sedan 1856 var Nils Gustaf Kjellberg (1827–1893), som 1863 blev den förste professorn i psykiatri i Uppsala. Under senare delen av 1800-talet byggdes hospitalet successivt ut.

I slutet av 1800-talet började ”asylar” inrättas runt om i landet för att bereda plats för kroniskt psykiskt sjuka. De skulle där sysselsättas med de arbeten de förmådde, Riksdagen beviljade 1895 1 480 000 kronor (96 109 654 resp. 1 107 008 696) till byggande av en asylbyggnad vid Uppsala hospital. Asylen hade en manlig och en kvinnlig avdelning med plats för 400 intagna på varje. Genom ombyggnader blev 1911 alla platser på Uppsala hospital och asyl likvärdiga. Tiden därifrån fram till 1900-talets psykiatrireformer var hospitalets storhetsperiod. 1931 fanns vid Ulleråkers sjukhus 1246 vårdplatser.¹⁷ När det avvecklades 1988 hade Ulleråkers sinnessjukhus rötter tillbaka till medeltidens välgörenhetsinrättning på Fyrstorg.

Bo S. Lindberg

Referenser

1. Holmqvist, Wilhelm (1947): Den stora döden. Svenska Turistföreningens årsskrift, ss. 106–121.
2. Hedqvist, Vilhelm (1893): Den kristna kärleksverksamheten i Sverige under medeltiden. Strengnäs, Vesterlundska boktryckeriet.
3. Danielssen, Daniel Cornelis & Boeck, Wilhelm (1848): Traité de la spédalskhed. Chez J.-B. Bailliére.
4. Roffey, Simon & Tucker, Katie (2012): A contextual study of the medieval hospital and cemetery of St. Mary Magdalen, Winchester, England. *International Journal of Paleopathology*, ss. 170–180.
5. Monot, Marc (2009): Comparative genomic and phylogeographic analysis of *Mycobacterium leprae*. *Nature Genetics* 41, ss.1282–1289.
6. Ehlers, Edvard (1898): Danske St. Jørgensgaarde i Middelalderen, Köpenhamn, ss. 16–24.
7. Svenskt Diplomatariums huvudkartotek över medeltidsbreven, SDHK-nr: 1136, 1043 och 6682 (Magnus Ladulås) samt 1037 (domprost Björn). Breven 1043 och 1037 finns att läsa i original på <https://sok.riksarkivet.se/sdhk>.

8. Ilmoni, Immanuel (1846): Bidrag till Nordens Sjukdomshistoria. Helsingfors, J. Simelii arfvingar.
9. Ljung, Sven (1963): Enköpings stads historia I. Kommunfullmäktige i Enköping.
10. Berg, Fredrik (1969): Veckholms hospital och skola. En donation av Magnus Gabriel de la Gardie.
11. Bergman, Carl Johan (1842): Upsala och dess nejder. Jönköping, J. E. Lundström.
12. Peringskiöld, Johan (1719): Monumenta Ullerakerensia eller Ulleråkers Häradz minningsmerken, med Nya Upsala, Joh. L. Hornn, Kongl. antiquitets archivi boktryckare.
13. Edvinsson, Rodney & Söderberg, Johan (2011): A Consumer Price Index for Sweden 1290–2008. Review of Income and Wealth, vol. 57 (2), ss. 270–292.
14. Uppsala universitet. Konsistoriets protokoll 17 juni 1758.
15. Quensel, Ulrik: Några anteckningar om sjukvårdsanstalternas i Uppsala historia. Uppsala universitets årsskrift 1926.
16. Busser, Johan Benedict (1769): Utkast till beskrifning om Upsala. D. 2.
17. Österberg, Eric (red) (1999): Historien om och kring Ulleråkers sjukhus – en bildkavalkad. Psykiatrihistoriska museet i Uppsala.
18. Andersen, Johannes G. (1969): Studies in the medieval diagnosis of leprosy in Denmark. Diss. Köpenhamn.

Under andra hälften av 1600-talet började man inse att sjukvården i Sverige behövde regleras på något sätt. Det fanns mycket få utbildade läkare i landet, men däremot många andra som med varierande kompetens erbjöd sina tjänster till allmänheten, som till exempel badare, bardskärare och kvacksalvare.

Collegium medicorum bildades 16 maj 1663 med Grégoire François Du Rietz i spetsen tillsammans med läkarna Bernhard Below, Zacharias Wattring och Peter Gripenflycht från Stockholm.¹ Kollegiet kan närmast betraktas som ett skråämbete för huvudstadens lärda medicinare som fick vissa myndighetsbefogenheter. Kollegiet skulle sammanträda vid uppträdande av svåra sjukdomar och farsoter, under närvaro av en magistratsrepresentant pröva och examinera läkare, kirurger och apotekare i Stockholm samt hålla uppsikt över kvacksalvare. Kollegiet fick även i uppgift att utarbeta en farmakopé. 1680 inträdde överståthållaren i magistratens ställe som en kollegiet överordnad myndighet. Det ombildades 1688 till Collegium Medicum, som då bestod av Zacharias Wattring, som 1682 efterträtt Du Rietz som preses, Bernhard Below, Gustaf Lohreman, Antonius Friderici, Urban Hjärne, Olof Bromelius och Johan Martin Ziervogel.²

Förutom kirurger och farmaceuter underställdes nu även barnmorskorna kollegiet och det fick rätt att utöva visst inflytande på tillsättningen av stads- och provinsialläkare. Det är första gången provinsialläkare nämns i några officiella handlingar. Kollegiet benämndes i dessa privilegier *Collegium regium medicum*, men det hade endast en halvofficiell ställning. Löner betalades till ledamöterna först år 1756. Till skyldigheterna hörde att utnämna ”wissa doctores Medicos [...] som vid så siucklige tider icke draga sig sitt ämbete undan uthan effter theres nödh och begäran som dem behöfva tillhanda gå och alle giörlige medell använda att smittesamma och farlige siuckdomar måge afstyrde blifva ock hörer att de som den sjuke under sin kuration

hava inte genom umgänge med hälsosamma hus smittan vidare utsprida och utvidga”. Under långa perioder saknades ämbetslokaler och verksamheten låg tidvis nere. Kollegiets ställning markerades av att överståthållaren behandlade det som ett skrå bland andra.

Statsförvaltningen under 1700-talet växte fram på ett tämligen planlöst sätt. Särskilt under frihetstiden tillsattes olika kommissioner för olika ändamål, styrda av det just då regerande partiets intressen. En sådan var Sundhetskommisionen (1737–1767), som inrättades för att bekämpa utifrån hotande farsoter. Pesten 1710–1711 levde ännu i färskt minne och mässlingsepidemier hotade. Sundhetskommisionen föreslog att ett sjukhus skulle inrättas i Stockholm, men med uppgift att betjäna hela Sverige. År 1751 förordnades två serafimerriddare att i praktiken utgöra styrelse för Serafimerlasarettet, som öppnades 1752. Överinseendet över andra vårdinrättningar som tillkom under seklet lades hos Serafimeriddarna, Barnhus- och hospitalsdeputationen (1757–1787) och dess efterträdare och Serafimerordensgillet (1787–1876).

Bland Sundhetskommisionens övriga förslag var det som rörde läkartillgången ute i landet det viktigaste. Den föreslog att provinsialläkare skulle tillsättas i alla län och uppdrog åt Collegium medicum att utfärda den första instruktionen för provinsialläkarna, som fastställdes av kungen 1744.³ När en provinsialmedicus tillträdde skulle han anmäla sig hos Collegium medicum och svära en trohets- och ämbetsed. Läkaren måste bo i residensstaden och om han ville göra en resa utanför provinsen måste han ha landshövdingens medgivande. Han skulle ”med nödig hjelp bispringa de fattige af christelig kärelek utan vedergällning och detta så mycket villigare i anseende till den ständiga lön han af Publico njuter”. Om hospital fanns i staden skulle han utan extra ersättning vårda dess patienter. Vid utbrott av farsoter skulle han efter uppmaning av landshövdingen resa till den drabbade orten och utfärda råd och anvisningar för att hindra smittan att spridas. Han skulle då också dela ut lämpliga medikamenter. Vidare skulle han på order från landshövdingen utföra liköppningar och utfärda rättsintyg vid skador orsakade av våld.

Kungl. Maj:t anbefallde 1750 konsistorierna, att när lektorstjänster blev lediga i de län som saknade provinsialläkare, skulle tjänsten besättas med en läkare. Vid 1751 års riksdag beklagade sig präteståndet över detta och beslutet upphävdes redan 1752. I stället föreslog kammar-, ekonomi- och kommersedputationen i princip samma sak, men med den skillnaden att tjänsterna uteslutande gällde gymnasierna i residensstäderna. Det förslaget bifölls av riksdagen med motiveringen att den läkare som undervisade i naturkunskap och som dessutom var provinsialläkare skulle kunna ge landshövdingen råd vid farsoter. Ursprunget till denna sammankoppling av tjänster kan spåras tillbaka till ett betänkande från medicinska fakulteten i Uppsala 1664. Fakultetens protokoll från den tiden finns inte bevarade, men betänkandet kommenterades av präteståndet vid riksdagen 1668 då förslaget "att lector physices uti gymnasio skulle vara medicus" lades fram i en kunglig proposition. Präteståndet anförde betänkligheter emot förslaget eftersom de flesta medicinare anammat den cartesianska filosofin. Det var omöjligt för en professor som var cartesian att kunna lära ut Aristoteles logik, som var oundgänglig för teologiska studier.⁴ Förslaget hamnade mitt i den strid som under andra delen av 1600-talet rasade vid Uppsala universitet mellan medicinare och teologer om Cartesius lära.⁵ Förslaget ledde därför inte till något beslut.

En sådan kombinerad lärar- och provinsialläkaretjänst hade funnits i Härnösand sedan 1743 och motiverades av läkarbristen i detta stora län, som då omfattade Jämtland, Medelpad och Ångermanland. Det var också den kombinerade lektors- och provinsialläkartjänst som fanns kvar längst. Först 1838 skildes tjänsterna åt.

Collegium medicum tog också emot provinsialläkarnas ämbetsberättelser. I instruktionen 1763 fick kollegiet dessutom till uppgift att ha uppsikt över hälsovården, övervaka hälsobrunnarna samt svara för omarbetning av farmakopé och apotekaretaxa.⁶

Det var landshövningarna som anhöll hos kungen att han skulle utnämna en viss person till provinsialläkare när de själva, städernas styresmän eller ibland stiftens konsistorier ansåg att det fanns behov

av läkare. Ibland saknade den som landshövdingen föreslog behörighet till tjänsten. Rätten att göra upp förslag till provinsialläkartjänster vann Collegium medicum 1774 på ett något egendomligt sätt. Kungen anbefallde kollegium ”att draga skyndesam försorg thet förslag till de efter ofvannämnde stat [medicinalstaten 1773] än obesatta sysslor varda upprättade och till Oss i underdånighet insände”.⁷ Kollegium diskuterade om detta stadgande skulle tolkas så att det gällde alla provinsialläkartjänster eller bara de nu inrättade och att landshövdingarna som tidigare skulle göra upp förslag till de gamla tjänsterna. Kollegium beslöt att inte begära något klarläggande av Kungl. Maj:t utan började tillämpa bestämmelsen på alla tjänster och därmed hade kollegium för alltid tillförsäkrat sig rätten att upprätt förslagen.

1796 fick kollegiet överinseendet över hela medicinalverket, såväl medicinen som kirurgin. Kirurgiska societeten skulle tills vidare lyda under kollegiet. 1810 ställdes även hela militärläkarevården under kollegiet och Krigskollegiets fältläkarekontor överfördes dit. 1813 övergick Collegium medicum i ett nytt ämbetsverk, Sundhetskollegium, som 1877 blev Kungliga Medicinalstyrelsen och 1968 Socialstyrelsen.

Provinsialläkarnas löner

En av de första som utnämndes till provinsialläkare var Josef Constantinus, som 1692 blev provinsialläkare i Jönköpings och Kronobergs län med en lön på 700 daler silvermynt (motsvarande 166 000 kronor 2011 mätt med konsumentprisindex).⁸ Det var en ovanligt hög lön men så var provinsialläkartjänsten också kombinerad med tjänsten som *physices lector* vid gymnasiet i Växjö. En av innehavarna av denna kombinationstjänst var Johan Stensson Rothman (1684–1763), Linnés lärare och farbror till Johan Svensson Rothman, som var den förste som disputerade för medicine doktorsgraden i Sverige.⁵

När Johan Stensson tog avsked 1751 ville konsistoriet i Växjö skilja tjänsterna och utnämna en särskild lektor i logik och fysik, men detta tillstyrktes inte av 1756 års riksdag. Den förenade lektors- och provinsialläkartjänsten avskaffades först 1795.⁹

Efterföljande provinsialläkare fick 300 daler, en lön som var oförändrad fram till löneregleringen 1773. Karl XII drog dessutom helt in lönen 1718 eftersom statens finanser var mycket dåliga efter de långa krigen. Redan året därefter återtog den nu döde kungens beslut, men det var ofta svårt för läkarna att få ut sin lön. Den utökades i allmänhet med tillskott från de städer och socknar som provinsialläkarna var verksamma i. Lönen förstärktes med patientavgifter. För sjukbesök i den stad där provinsialläkaren var bosatt erhöll han första gången en halv daler silvermynt och för följande besök en halv karolin ($1/4$ daler) och ett recept honorerades med $1/4$ karolin. Om liköppning begärdes av den dödes anförvanter skulle den ersättas med två daler silvermynt. Intyg på begäran av domstol skulle utfärdas utan särskild ersättning, men betyg över blodviten och dylikt betalades med en karolin.

Provinsialläkare i Uppsala

Karl XII utfärdade 27 juni 1713 fullmakt för Magnus Bromelius (1679–1731) att inneha adjunkturen vid medicinska fakulteten i Uppsala ”under karaktär af provincialmedikus, beståendes honom den lön, som för adjunkturen i staten är uppgjord”, det vill säga 150 daler silvermynt. Ehuru han knorrade och fann det ”svårare och odrägligare att tjäna två herrar”, mottog han tjänsten. I Uppsala förvärvade han sig snart allas bevågenhet och ett hedrande anseende för hög lärdom, lärartalang, levande intresse och energi. Dissektionerna, som varit i hög grad försummade, började nu bedrivas med fart, man anatomiserade ej blott människokadaver utan även fyrfota djur, fåglar, fiskar och reptiler, ja, till och med vivisektioner företogs av denne *Demokritos redivivus*, enligt Lars Roberg.⁹ Han stannade inte länge i Uppsala utan blev professor i anatomi i Stockholm 1716, assessor i Collegium medicum 1719 och biträde åt Urban Hjärne vid skötseln av bergskollegiets kemiska laboratorium, assessor i bergskollegiet 1720, direktör för de lapska bergverken, arkiater och preses i Collegium medicum 1724 och tillika föreståndare för bergskollegiets

kemiska laboratorium 22 maj samma år. Han adlades von Bromell 1726.¹⁰

Den 19 juni 1717 lämnade medicinæ studiosus Carl Alstrin in en ansökan till landshövdingen i Uppsala Pehr Lennartsson Ribbing om att bli utnämnd till provincialmedicus. Han var född i Leksand 1686 som son till prosten Lars Alstrin och hans hustru Christina Ångerman, dotter till en handelsman i Uppsala. Anknytningen till Uppsala är förmodligen förklaringen till att bröderna Erik, som var född 1683, och Carl, bara fem år gammal, 1691 skickades med en informator till Uppsala akademi. Erik blev senare biskop i Strängnäs. Carl läste medicin och under ledning av Rudbeck d.y. och Lars Roberg gjorde han snabba framsteg. Tjänsten i Uppsala, som inte ens var ledigförklarad, fick han inte, men han blev senare assessor i Collegium medicum och 1741 livmedicus. När han dog 1750 var han berömd för mycken lärdom.¹¹

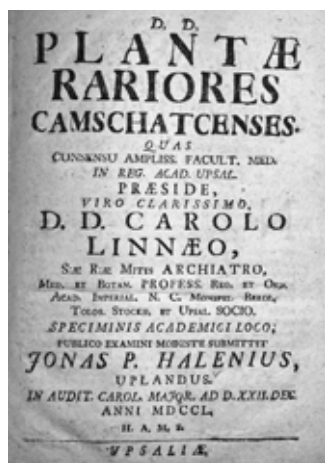
Försök hade gjorts i flera län att få allmogen att gå med på att en viss uttaxering skulle ske för att bekosta läkartjänster. Collegium medicum uttalade i brev till Sundhetskommisionen 27 november 1754 att de penningmedel som fem härader i Uppsala län samlat för att bekosta en provinsialläkartjänst skulle tilldelas medicine adjunkten Jonas Sidrén (1723–1799). Motiveringen var att Sidrén ”för nära belägenhetens skull vore bäst i stånd att fulleligen betjena allmogen vid omträngande tillfällen, så torde hända att övriga allmogen, när the sågo den stora nytta de hade af sitt ringa sammanskott, worde äfven framdeles benägnare dertill”. Allmogen i Uppland var lika lite som på andra håll i landet benägen att betala för något man tyckte sig klara bra utan. Sidrén blev i stället professor i anatomi och medicin vid Uppsala universitet.

Inte förrän 1759 fick Uppsala sin förste provinsialläkare då Jonas Petri Halénius den 11 september 1759 fick fullmakt av kung Adolf Fredrik på tjänsten. Han föddes 1727 i Hedesunda, fadern var komministern Petrus Halénius och modern Brita Lindgren. Den 9 oktober 1736 skrevs han in vid Uppsala universitet och Upplands nation. År 1750 lade Halénius fram avhandlingen *Plantæ rariores Camschatcenses* för Carolus Linnæus. Såsom vanligt på den tiden var avhandlingen

skriven av professorn medan respondenten försvarade den och därigenom visade sina kunskaper i latin och en viss förtrogenhet med ämnet. Den handlade om växter från Kamtjatka. Det är första gången någon påvisade likheter mellan floran i Nordamerika och Asien och den har därför stort botaniskt-historiskt intresse. I kapitel fem finns en lista på tio växter som är gemensamma för östra delen av Nordamerika och norra delen av Asien (egentligen Sibirien). Nummer tio på listan är *Swertia corniculata*, som numera kallas *Halenia corniculata* efter förslag av den franskfödde läkaren och botanisten Édouard Cornaz.¹² Avhandlingen trycktes igen 1751 och 1787 och kommenterades och översattes till engelska 1966.¹³

Växtsläktet *Halenia* som tillhör familjen *Gentianaceae* är uppkallat efter Halénius.

Figur 1. Halénius avhandling



Halénius avlade *medicum theoreticum* 1753 och disputerade 1757 över ämnet *De dentitione difficili* med Samuel Auri-villius som preses och promoverades den 10 juni 1758 av arkiatern Carolus Linnaeus. Han praktiserade sedan som läkare i Stockholm tills han utnämnde till provinsialläkare i Uppsala. Som provinsialläkare författade han år 1773 på uppdrag av landshövding Thure Rudbeck en underrättelse för allmogen om bot och förhållningssätt till rödsot.

Han utgav 1798 *Allmänt register, öfver de första tolf banden af Vecko-skriften för läkare och naturforskare*.

Inga journaler finns kvar efter Jonas Halénius som kan belysa hans verksamhet som läkare. Däremot rapporterade han till landshövdingen när han på dennes uppmaning hade varit på förrättningar ute i länet.

Reseräkningar visar att han redan 1760 gjorde sjukbesök ute i länet, men några redogörelser för dessa resor finns inte bevarade. Så var han till exempel den 12 februari 1761 i Älvkarleby för att undersöka den sjukdom som sedan några år förekom där (se nedan)¹⁴.

Komministern i Skuttunge, Johan Gåse, begärde hos landshövdingen att provinsialläkaren skulle undersöka om någon smittosam sjukdom orsakat frälsefogden Petrus Mobergs i Svarvarbo hustru Brittass hastiga hädanfärd den 8 november 1776. Hon hade varit sjuk med huvudvärk och känt sig frusen och trött sedan måndagen den 4 november. Efter att ha hört Moberg, en piga och några grannar konstaterade Halénus att ingen smittsam sjukdom förelåg. Någon liköppning ansåg han inte vara nödvändig. Som dödsorsak i församlingens dödbok är bröst- och huvudvärk antecknad.

Nästa gång som Halénus beordrades resa ut i länet var 18 augusti 1779 då han reste till Tierp och Älvkarleby för att undersöka den bekanta *Elvkarlebysjukan* eller som han också skriver *Elefantiasis*¹⁴. De tre personer som han undersökte i Tierp hade haft sjukdomen i tre till sex år, men det fanns enligt uppgift ytterligare sju personer med sjukdomen i socknen, som inte kom fast de var kallade. Bland dem han undersökte var drängen Mats Persson i Lågbo, som blivit blind av sjukdomen och dog tre år senare, 39 år gammal. En annan var fattighjonet i Skogsbo. Hon var född 1740 och förmodades ha sjukdomen enligt en anteckning i husförhörslängden 1779, vilket Halénus bekräftade och som prästen antecknade vid husförhört 1782.

Figur 2. Utdrag ur husförhörslängden för Tierp AI:2a (1782–1788) s. 267.

Syftige Pigan. <u>Anna Ericssdotter</u>			Älvkarleby Fattighjonet har Älvkarlebysjukan 1. 3 m. 1- 5 m. 1. död 1783.
--	--	--	---

Halénius ansåg att sjukdomen var smittsam, men att den kunde vila i kroppen många år innan den bröt ut. Han uppmanade familjemedlemmarna att inte ligga i samma säng som den sjuke och inte heller använda dennes kläder och att den sjuke bör undvika umgänge med friska. Någon behandling mot sjukdomen fanns inte då. Eftersom Halénius följde med i den medicinska litteraturen läste han säkert en redogörelse *Kungliga vetenskapsakademien: Nya Handlingar Band IV tredje kvartalet 1783 s. 224* där hovmedicus, överläkaren vid Serafimerlasarettet och assessorn i Collegium medicum Johan Lorentz Odhelius (1737–1816) beskrev skvattrings (*Ledum palustre*) goda verkan vid behandling mot lepra. Om Halénius prövade den nya kuren på sina patienter är inte känt.

Elvkarlebysjukan uppträdde endemiskt i trakten kring Älvkarleby. Den var detsamma som spetälska eller elephantiasis, som det kallades i det gamla Grekland. Det hade ingenting med det som nu kallas elephantiasis att göra, utan berodde på en infektion med *Mycobacterium lepræ*, men det skulle dröja nästan 100 år innan norrmannen Armauer Hansen identifierade smittämnet. Hans svärfar, en av de främsta kännarna av spetälska, läkaren Daniel Cornelius Danielssen ansåg 1848 att sjukdomen var ärftlig och inte, i motsats till Halénius åsikt, smittsam.

1779 besökte Halénius åter Tierp på order av landshövdingen efter att det kommit rapporter om att en svår hetsig sjukdom grasserade bland allmogen i de tre byarna Yfre, Yttre och Gryttiom. Han fann att sjukdomen i allmänhet varade tre veckor och att över 30 personer insjuknat och några dött. Halénius delade ut mediciner till de sjuka och lämnade också kvar ett lager hos prästen tillsammans med skriftliga instruktioner om hur de skulle användas. Han avrådde från onödiga besök hos de sjuka, men som han skrev: "Men sådant med flera nyttiga och nödiga omständigheters iakttagande vid förekommande sjukdomar, vil allmogen i almenhet ej fästa någon tro till."

Ämbetsrapporterna till Collegium medicum innehöll redogörelser för de sjukdomar, som grasserade bland allmogen: rödsot, hetsig feber, koppor, mässling och andra infektionssjukdomar. Redogörelsen

för 1785 är ovanligt omfattande, men så härjade också en omfattande epidemi av rötfeber i Tegelsmora och Vendels socknar. I Tegelsmora hade 96 personer insjuknat det första halvåret och 20 dött. Halénius hade skickat ut medikamenter, som kyrkoherden delade ut tillsammans med förmaningar att noga följa ordinationerna. Enligt kyrkoherdens utsago hade emellertid ”de sjuka varit trögare än vanligt att bruka Medicamenter, utan ock at nyttja dem rätteligen efter föreskrift, så at de, under nyttjandet av de meddelade ordinaire Medicamenter äfven tillika och häldre bruka alt hva hvarje rännkäring pratat om”.

I december 1785 fick Halénius rapport om att en ovanligt svår rötfeber härjade i Tierp. Söndagen den 27 november hade åtta personer, som dött i rödsot begravts, fyra var från samma familj. Samtidigt härjade mässlingen svårt. Under årets sista sex veckor dog 13 barn av mässling. Den 16 december reste provinsialläkaren dit för att bilda sig en närmare uppfattning om tillståndet och för att dela ut medikamenter. På söndagen efter gudstjänsten förmanande han församlingen att på allt sätt försöka förekomma och hindra sjukdomen. Särskilt framhöll han nödvändigheten att söka läkarhjälp och att använda de föreskrivna läkemedlen. Han var dock medveten om de svårigheter allmogen hade att skydda sig mot smittan. Det var ganska sällsynt att finna ett hushåll som hade mera än ett rum att bo i. Där vistades husbondfolk, barn, drängar, pigor och även orkeslösa äldre släktingar. Där skulle maten lagas, kläder tvättas och smådjur slaktas. Flera sov i samma säng, sjuka som friska. Till detta skulle läggas den stora okunnigheten om hur de sjuka skulle vårdas och ett allmänt miss-
troende mot läkares råd och mot medikamenter.

Tjänsten var säkerligen mycket betungade och 1793 var Halénius beredd att med bibehållande av den ordinarie lönen på 100 Riksdaler species årligen avstå provinsialläkarsysslan till medicine doktorn, expeditions- och fältmedicus Lars Magnus Holmer (1764–1800). Holmer anhöll hos landshövdingen om att få tjänsten, men att få ha sin bostad i Enköping. Holmers motivering till detta belyser provinsialläkarens klientel och arbetsförhållanden:

1. Emedan de fleste Possessionater och öfrige, såväl af Ridder skapet och Adeln som StåndsPersoner, hvilka allmännast behöfva Läkarebiträde, bo i denna trakten av Provincent.
2. At Apotekaren uti Enköping, af öfverhopande Läkare-görö-mål, är utom ståndsatt, sjelf kunna vårda, eller se sitt Apotek till godo.
3. At här uti Upsala, finnes så anseeligt antal Läkare, hvilka ej allenast se staden till godo, utan äfven fullkommeligen bestrida de görömål som på Landet häromkring kunna förefalla.
4. At en Provincial-Medicus boende härstädes, omöjligen med Hushåld kan hafva anständig utkomst, och änteligen,
5. At ingen ting genom denna flyttning försummas hälst en ung och vigilant Medicus fullkommeligen kan bestrida alla uti denna mindre vidsträckta Province förefallande Publica görömål.

Holmer bekräftade Halénus åsikt från 1779 att allmogen inte ännu vant sig vid att anlita läkare och att tro på deras ordinationer. Patienterna tillhörde tydligen huvudsakligen de övre skikten i samhället. Man noterar också att apotekarna fortfarande ägnade sig åt läkare-sysslor. Den uppdelning av arbetsuppgifterna mellan de två professionerna som kom senare hade ännu inte börjat.

Holmer fick kunglig fullmakt som provinsialläkare i Uppsala län den 21 november 1797 med tillstånd att bo i Enköping, Han dog emellertid redan 26 februari 1800, enligt Sackléns läkarmatrikel i en illaartad rödfeber,¹¹ enligt dödboken för Sankt Ilians församling i Enköping i "oos" det vill säga kolmonoxidförgiftning.

Jonas Petri Halénus anhöll 30 maj 1797 om avsked med bibehållen lön, vilket beviljades. Han hade då tjänstgjort i Uppsala 38 år och kände sig nu orkeslös. Han var ogift och dog i Uppsala 3 maj 1810 av håll och stygn. Han uppges ha varit en stilla och vältänkande man.

Figur 3. Dödsnotis för Jonas Petri Halénus i Uppsala domkyrkoförsamlings dödbok 1810 (F:3, 1790–1819, bild 129).

Lede och Begravne År 1810.		
April 5	Den 28 ^{de} Wargens Ryskare Lars Petri af Sankta genens kallning afstod sig i Guds Råd 26 år.	
6	Den 26 ^{de} Pigan Sophia Carolina Rensvold i Guds Råd. Alder 25 år.	
Maj 7	Den 5 ^{de} Provincial Medicus Medicus Doct. Jonas Petri Halénus. i Guds Råd. Alder 25 år.	

Ett varmt tack till Christina Berggren, som fäste min uppmärksamhet på det register hennes moster, bibliotekarien vid Socialstyrelsen, Märtha Elvers-Hulth skapade över vad som skrivits om svensk sjukvård från inrättandet av *Collegium medicorum* 1663 fram till sammanslagningen av Socialstyrelsen och Medicinalstyrelsen 1968. Registret, som heter *Medorg* omfattar över 50 000 referenser och är sökbart både på namn, ämne, årtal och fritext. Det har varit mig till stor hjälp vid författandet av denna artikel.

Bo S. Lindberg

Referenser

1. Kungl. Maj:ts resolution rörande *Collegium medicorum* 16/5 1663.
2. *Loca nonnulla legis Collegii regii medici. Auctoritate regia anno MDCLXXXVIII.*
3. Kongl. Maj:ts nådige instruction hwarefter the provincialdoctorer, som af cronan eller på städernes stater niute någon wiss och ständig lön, hafwa sig at rätta. Gifwen Stockholm i Råd-cammaren then 12 april 1744.
4. Kunglig proposition 1668. Prästeståndets riksdagsprotokoll, bilaga 14.
5. Lindberg, Bo S.: *Den första doktorsdisputationen i medicin i Uppsala – och Sverige*. Uppsala medicinhistoriska förenings års skrift 2016, ss. 123–134.
6. Instruction för Kongl. Maj:ts collegium medicum, såsom nödig tilläggning uti 1688 års medicinalordning, i anledning af the sidst ledne riksdag hos Kungl. Maj:t gjorde underdåniga erhindringar til medicinal-wärkets upphjelpande i riket. Gifwen Stockholm i Råd-cammaren then 22 junii 1763.

7. Kongl. Maj:ts Nådiga Reglemente, wharefter then af Kongl. Maj:t then 21 Juli 1773 och then 15 Martii 1774 i Nåder faststälte Medicinal-Stat af Collegium Medicum kommer at förwaltas.
8. Edvinsson, Rodney och Söderberg, Johan: *A Consumer Price Index for Sweden 1290–2008, Review of Income and Wealth*, vol. 57 (2) 2011, ss. 270–292.
9. Hjelt, Otto: *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812*. Helsingfors centraltryckeri, 1891–1893.
10. Magnus Bromell, von, urn:sbl:17015, *Svenskt biografiskt lexikon* (art av O. T. Hult med bidrag av A. GK Högbom.), hämtad 2016–1129.
11. Sacklén, Johan Fredrik: *Svensk Läkarehistoria I*, Stockholm, 1853.
12. Cornaz, Édouard: *Un genre nouveau pour la flore l'Europe (Halenia)*. Bulletin de la Société Neuchâteloise des Sciences Naturelles, XXV, s. 155, 1897.
13. Graham, Alan: *Plantae rariores camtschatcenses: A translation of the dissertation of Jonas P. Halenius 1750*. Brittonia 1966, 18 ss. 132–139.
14. Landsarkivet. Uppsala länsstyrelse: Landskansliet DIII:2.

Några okända dokument från 1880-talets vivisektionsdebatt

Den 3 mars 1888 skrev Hjalmar Harke, medicine kandidat och extra läkare i Vingåkers distrikt, ett brev till sin tidigare lärare professor Frithiof Holmgren. I brevet uttrycker han sin glädje över "att kunna få i min mån möjligen bidra att omintetgöra sträfvandet för den agitation mot vivisektionen, som nu bedrifves på grund af sjuklig djurvänlighet och som vittnar om fullständig obekantskap med de faktiska förhållandena vid vivisektionens utöfvande". Till brevet hör ett intyg där Harke försäkrar att han under sin tid som först student och sedan amanuens vid Fysiologiska institutionen i Uppsala inte sett några exempel på djurplågeri. Avslutningsvis uttalar han till och med som sin övertygelse "att få djur dö ute i naturen så lätt och plågfritt som de, som dö på fysiologiska institutionens i Upsala vivisektionsbord".

Harkes brev och intyg finns i dag i Medicinhistoriska museets samlingar där de förvaras tillsammans med ytterligare tolv liknande intyg från personer som studerat för eller tjänstgjort under Frithiof Holmgren. Det framgår av flera intyg att de skrivits på direkt uppmaning av Holmgren själv. Hur kom det sig att Holmgren 1888 ville ha intyg om djurförsöken som ägt rum vid fysiologiska institutionen? Faktum är att det vid denna tid pågick en livlig debatt om djurförsök i Sverige och Holmgren stod i centrum av striden. Han var både kritikernas främsta måltavla och den mest framträdande försvararen av djurförsöken.

Denna debatt var den första riktiga djurrättsdebatten i Sverige. Flera idéhistoriker har skrivit om den utifrån olika infallsvinklar, men den är fortfarande förhållandevis okänd utanför specialisternas krets. Av den anledningen och eftersom intygen som finns på museet inte har varit kända av dem som forskat om debatten är det motiverat att här i korthet uppmärksamma vivisektionsdebatten med utgångspunkt från dessa intyg.

Djurförsök förekom tidigt i medicinhistorien, framför allt inom anatomins område. Eftersom det i flertalet kulturer ansetts som ett vanhelgande att dissekera mänskliga kroppar har djur använts i stället och därvid har även vivisektioner utförts. Antalet djurexperiment ökade dock i och med fysiologins etablering som en egen vetenskap under 1800-talet. Även om kritiska röster mot djurförsök förekommit tidigare så var det inte frågan om några allmänna debatter, men i flera länder startade sådana under andra hälften av 1800-talet.

I England framträdde enstaka kritiker redan på 1820-talet och med tiden blev de allt fler. År 1876 antog det engelska parlamentet slutligen en lag om grymhet mot djur. Det var den första lagen i världen som var avsedd att reglera användningen av djurförsök. Lagen föreskrev att experiment som medförde smärta enbart fick utföras om de var absolut nödvändiga för att ge möjlighet att rädda eller förlänga människoliv. Dessutom måste djuren sövas under försöken och avlivas så snart de var avslutade. Den nya lagen utsattes redan från början för kritik från motsatta håll. Antivivisektionisterna ansåg att den inte var tillräckligt långtgående och fysiologerna att den medförde för stora begränsningar. Trots kritiken kom lagen att äga kraft ända fram till 1986.

Antivivisektionsrörelser uppstod även i bland annat Tyskland och Danmark. I Sverige vann de insteg med Adolf Leonard Nordvall, lektor i filosofi i Strängnäs. I tidningsartiklar och småskrifter gick han till angrepp mot vivisektionen, med vilket han och hans samtida avsåg i princip alla typer av experiment på levande djur. Anledningen till att han opponerade sig var inte enbart att han ansåg vivisektionen som ett brott mot försvarslösa djur, utan även för att han menade att den fick moraliska konsekvenser genom att personerna som utförde experimenten förhärdades och förråades. Nordvall blev den förste ordföranden i det 1882 stiftade *Nordiska samfundet till bekämpande af det vetenskapliga djurplågeriet* – organisationen existerar ännu i dag under namnet *Djurens rätt*. Flertalet av Nordvalls antivivisektionistiska texter tillkom under 1880-talet, men hans strid inleddes långt dessförinnan och redan på ett tidigt stadium kom Frithiof Holmgren

att bli huvudmotståndaren.

Frithiof Holmgren introducerade den experimentella fysiologin i Uppsala och Sverige. Han inrättade 1862 det första fysiologiska laboratoriet, han blev 1864 den förste professorn i fysiologi och han lyckades 1867 skapa den första institutionen för fysiologi. Kort innan den nya institutionen skulle invigas publicerade Nordvall en artikel i *Aftonbladet* där han går till angrepp mot djurplågeri i allmänhet och även tar upp djurförsöken inom fysiologin. Holmgren gick i svaromål och framhöll bland annat försökens stora betydelse för medicinens utveckling och hur de räddar människoliv.

Emellertid lät den mer omfattande vivisektionsdebatten vänta på sig till 1880-talet. Det var åter Nordvall som lyfte frågan, vilket skedde genom skriften *Nyare aktstycken i vivisektionsfrågan* (1880) som innehåller bidrag av Nordvall själv samt två texter i översättning. Den ena översatta texten var Ernst von Webers mycket spridda *Die Folterkammern der Wissenschaft* – Vetenskapens tortyrkammare – som hade publicerats 1879 och snabbt trycktes i många upplagor. Under 1880-talet utkom en rad stridsskrifter för och mot vivisektioner, men debatten kom även att föras i riksdagen. Vid tre tillfällen diskuterades införandet av ett förbud mot vivisektioner – 1881, 1884 och 1888. Riksdagsdebatterna resulterade inte i något förbud mot eller inskränkningar i utförandet av vivisektioner, men det var svårt att förutse utgången så länge debatterna pågick.

Holmgren tog aktiv del i vivisektionsdebatterna. För honom var det inte bara en fråga om att bemöta den föga smickrande bild av fysiologerna och deras verksamhet som målades upp i de antivivisektionistiska skrifterna, utan det handlade i slutändan om den experimentella fysiologins fortsatta utvecklingsmöjligheter. Ett förbud mot vivisektioner skulle ha fått genomgripande konsekvenser för möjligheterna att bedriva fysiologisk forskning och undervisning enligt de principer som hade utvecklats av tidens ledande europeiska fysiologer.

För att kunna bemöta kritikerna studerade Holmgren de olika stridsskrifterna ingående. I Medicinhistoriska museets samlingar finns ett tjugotal småskrifter för och mot vivisektion som kommer

från Fysiologiska institutionen vid Uppsala universitet och möjligen är det exemplar som har använts av Holmgren. Hans mest samlade svar till antivivisektionisterna kom i form av *Medicinska fakultetens i Upsala utlåtande om vivisektionen*, publicerad både i *Upsala Läkareförenings Förhandlingar XVII* och som särtryck 1882. Holmgren hävdar där att antivivisektionisterna gör sig mycket överdrivna föreställningar om antalet av de djurexperiment som utförs vid Fysiologiska institutionen och även om smärtan som djuren tillfogas, eftersom de med få undantag är sövda när experimenten utförs och avlivas före uppvaknandet.

Holmgren använde sig även av andra metoder för opinionsbildning, bland annat tog han hjälp av en av tidens mest välkända forskare. Nordvall hade i en av sina stridsskrifter hänvisat till att Charles Darwin stött förslaget på en lagstiftning för att inskränka bruket av vivisektioner i England. Holmgren skrev genast ett brev till Darwin och erhöll ett svar som i svensk översättning publicerades i *Aftonbladet* och *Stockholms Dagblad* 1881. Darwin skriver att han visserligen stött ett lagförslag om vivisektioner, men att det var ett betydligt försiktigare förslag än det som sedan blev antaget. Han tar avstånd från grymhet mot djur, men hävdar att anklagelserna som hade riktats mot de engelska fysiologerna för djurplågeri visat sig grundlösa. Därefter går han över till att beskriva de medicinska framsteg som den fysiologiska forskningen resulterat i och avslutar med att omtala fysiologerna som mänsklighetens välgörare. Det är lätt att föreställa sig med vilken tillfredsställelse Holmgren måste ha läst Darwins brev.

Ett annat sätt att bilda opinion tog Holmgren till inför debatterna i riksdagen 1888. I Lennart Bromanders historik över vivisektionsdebatten nämns i förbigående uppgiften att ”med intyg på att inga grymheter försiggår vid institutionen i Uppsala” cirkulerat i lagutskottet. Det är alltså original till dessa intyg som finns på Medicinhistoriska museet.

En punkt som Holmgren flera gånger återkommer till i sina bemötanden av antivivisektionisterna är att deras kritik grundas på okunskap om hur vivisektioner faktiskt utförs i Sverige – detta är

också en synpunkt som kommer till uttryck i det inledningsvis citerade brevet från Hjalmar Harke. Det stämmer också att nästan alla beskrivningarna av plågsamma djurexperiment i stridsskrifterna mot vivisektioner är hämtade från andra länder. Avsikten med att be tidigare studenter och anställda att skriva intyg om vad som försiggick vid institutionen var med all sannolikhet att få fram så många vittnesmål som möjligt från personer som i en eller annan egenskap själva hade varit närvarande vid experimenten. Givetvis är dessa intyg partsinlagor från personer som själva hade ett intresse av att liknande experiment skulle kunna utföras även i framtiden, men i fall som dessa är det väldigt svårt att finna helt oberoende röster som samtidigt har full inblick i verksamheten.

Möjligen skulle ett av intygen kunna sägas vara skrivet av en oberoende person, närmare bestämt kakelugnsfabrikör Carl Boivie, som hade tjänstgjort som vaktmästare vid institutionen 1872 till 1880. Vid tidpunkten för intygets författande 1888 hade han av allt att döma inte några kopplingar till vare sig institutionen eller fysiologin. När det gäller frågan om djur behandlats med grymhet vid institutionen skiljer sig inte Boivies intyg i sak på något väsentligt sätt från de övriga, men det har en ändå en helt annan ton. Boivie skriver bland annat:

Hvad som angår min befattning på Fysiologiska Institutionen, så fann jag nog i början, att åtskilligt icke var så särdeles behagligt, men det var min ovana som verkade detta särdeles vid operationer på lefvande djur, och som jag af många personer förut blifvit mycket bearbetad angående det förfärliga [sic] djurplågeri som skulle utöfvas der, så var det just inga glada dagar att börja med, men så snart jag något hunnit sätta mig in i saken, fann jag, att det ej var så förfärligt, som det blifvit mig förespegladt, utan fann jag, att Professor Holmgren äfven mot djuren visade all ömhet, som efter omständigheterna var möjlig, och är jag öfvertygad, att inga onödiga experimenter på djur företogs, hvilket jag kunde förstå af de förklaringar, som

Professor Holmgren gaf öfver hvad som med operationerna visades, och jag hade såsom biträdande tillfälle att närvara vid alla operationer på lefvande djur.

Det är intressant att Boivie uppenbarligen hade fått höra historier om att det förekom djurplågeri vid institutionen innan han tillträdde vaktmästartjänsten. Måhända var det sådana historier som till att börja med fick honom att uppfatta Holmgren som "en stref och hård människa". Vid närmare bekantskap ändrade han uppfattning och fann Holmgren vara "en verkligt god och välvillig människa". Boivies intyg är också värt att uppmärksamma som ett exempel på lekmannen som till att börja med instinktivt känner tveksamhet inför experimenten han medverkar i, men som ödmjukt erkänner sin okunnighet och accepterar förklaringarna han får av professorn som talar med tyngden av den vetenskapliga auktoriteten.

Att människor utanför institutionen talade om djurexperimenten framgår även av intyget från Johan Vilhelm Hultkrantz, medicine studerande av Östgöta nation. Hultkrantz som deltagit i laborationer och även tjänstgjort som amanuens berättar att han av en djurvän hade uppmanats "att i djurskyddets intresse, iakttaga, i hvad mon och på hvad sätt grymhet föröfvades mot de djur som å institutionen användes." Av den anledningen säger han sig ha varit mycket uppmärksam på djurens lidande, men uppger att han trots det inte haft någonting att anmärka på hur djuren behandlats. Med undantag för ett experiment på grodor, syftande till att visa nervrötternas funktioner, har alla försöksdjur varit sövda och han kan bara erinra sig två undantag från att försöksdjuren avlivats innan uppvaknandet ur narkosen.

Att vivisektionerna med få undantag utfördes på sövda djur och att de likaledes med få undantag avlivades innan uppvaknandet inskräps i nästan alla intygen. Sannolikt framstod det som extra viktigt att framhålla detta, eftersom det var någonting som ofta utelämnades ur de skrämmande redogörelserna för djurförsök som återfanns i de antivivisektionistiska skrifterna.

Framhållandet av narkosen och avlivningen var samtidigt ett sätt att visa att man i Sverige redan följde principerna som angavs i den engelska lagen om grymhet mot djur, trots att det inte fanns någon motsvarande svensk lagstiftning. Förhoppningen var säkerligen att det därför skulle uppfattas som onödigt att införa en reglering av vivisektionerna.

Det mest originella intyget svarade Magnus Blix för. När intyget skrevs var han sedan tre år professor i fysiologi och embryologi vid Lunds universitet. Intyget är ett av de längre och Blix lämnar en förhållandevis lång redogörelse för hur djurförsöken bedrivits i Uppsala, hur mån Holmgren alltid varit om djurens väl och hur framstående han är som fysiologisk forskare. Avslutningen på intyget är emellertid något udda och värt att citera i sin helhet. De sju första orden är överstrukna – de återfinns längst ned på en sida och troligtvis har Holmgren på detta sätt markerat att han inte vill ha fortsättningen avskriven för vidare befordran till lagutskottet.

Vad Blix skriver är följande:

Jag är viss om att om man (de första sju orden överstrukna) kunde till en summa sammanföra alla de lidanden, hvilka Professor Holmgren i vetenskapens tjänst tillfogat våra vänner bland djuren, skulle denna summa befinnas nästan försvinnande liten emot den smärta, som man, om ock i välmening mot dessa djur, nu tillfogar samme Professor Holmgren, då man mot honom framkastat beskyllningen för grymhet mot djuren. Mycket kommer dervid an på, huru känsligt sinne Professor Holmgren har. Och här måste jag med den grundliga kännedom om hans inre människa, som jag förvärfvat under ett mer än 15-årigt intimt umgänge, intyga, att han i hög grad besitter skaldens och barnets veka sinne – utan att dock ega det senares oresonerade grymhet mot djur och likar.

Hur väl denna karakteristik svarar mot Holmgrens person låter jag vara osagt. Om antagandet att Holmgren valt att utelämna karakteristiken är korrekt, visar det i alla fall att han hade visst omdöme i fråga

om vad som kunde tänkas fungera i opinionsbildningen. Det är lätt att tänka sig att Blix utläggning om Holmgrens inre människa kunde ha blivit föremål för förlöjligande.

Det har sitt givna intresse att uppmärksamma 1880-talets vivisektionsdebatt, eftersom dessa frågor har fortsatt att debatteras in i vår egen tid. För historiker från olika specialiteter återstår fortfarande många frågor att behandla kring vivisektionerna under det sena 1800-talet och när det sker kan intygen som Holmgren samlade in hjälpa till att fylla ut bilden.

Urban Josefsson

Litteratur

Bromander, Lennart, "Vivisektionsdebatten i Sverige under 1880-talet" i Lychnos: *Lärdomshistoriska samfundets årsbok 1969–1970* (Stockholm, 1971), 249–291.

Dirke, Karin, *De värnlösa vänner: Den svenska djurskyddsrörelsen 1875–1920*, Acta Universitatis Stockholmiensis, Stockholm Studies in the History of Ideas 4 (Stockholm, 2000).

Guerrini, Anita, *Experimenting with Humans and Animals:*

From Galen to Animal Rights, John Hopkins Introductory Studies in the History of Science (Baltimore, 2003).

Olsén, Jan Eric, *Liksom ett par nya ögon: Frithiof Holmgren och synsinnets problematik* (Malmö, 2004), 63–78.

Liksom är fallet med de flesta områden inom medicinen har också utvecklingen inom ämnet farmakologi gått framåt med tämligen ryckiga steg. Ett för västerländsk medicin viktigt steg var Klaudios Galenos (lat. Galenus) sammanfattning och utvidgning av den Hippokratiska medicinen under det andra århundradet efter Kristus. Galenos var, med hänsyn till att han var hänvisad till dissektion av apor och hundar, mycket modern i sina utförliga anatomiska skrifter med en beskrivning av människans anatomi, som bara på enstaka punkter i väsentlig grad skiljer sig från Vesalius anatomi i dennes berömda *De humani corporis fabrica* från 1543. Däremot, beträffande fysiologi och farmakologi, befäste och utvidgade han den grekisk-romerska antikens ofta bisarra föreställningar. Särskilt i fråga om läkemedel var också Pedanius Dioscorides en betydelsefull person inom antikens medicin. Dioscorides levde århundradet före Galenos, dvs. under det första århundradet efter Kristus och är känd för sitt verk *De Materia Medica*, som kan sägas vara den västerländska medicinens första läkemedelsförteckning – en föregångare till senare tiders farmakopéer.

Som en följd av Galenos och Dioscorides ryktbarhet och omfattande verksamhet som skriftställare kom deras uppfattningar i många frågor inom medicinen, kanske i de flesta, att fungera som rättesnöre för Västerlandets läkare fram till 1500-talet och i många avseenden ända fram till 1800-talet. Starkt bidragande till detta var att deras läror, efter att ha överlevt i det Ottomanska imperiet och därefter övertagits av den arabiska medicinen, kom att accepteras av den kristna medeltida kyrkan med dess auktoritetstro och skolastik. För den medicinska verksamheten innebar detta att humoralpatologin, dvs. uppfattningen att obalans mellan de fyra kroppsvätskorna, blod, slem, gul och svart galla, kom att lägga grunden för allehanda kurer för att återställa balansen mellan dessa, främst genom åderlåtning och behandlingar som framkallade kräkning, svettning eller laxering. Antikens läkemedel hade, förutom att vid sjukdom normalisera

kroppsvätskornas proportioner, ofta utvecklats för att verka som motmedel (antidoter) mot förgiftningar av olika slag. Redan ett par århundraden före Kristus beskrevs den besynnerliga drogblandningen teriak (grek. Theriacos, tjänlig mot djurgift) som ett medel vid förgiftningar, framför allt som en följd av ormbett.

Teriak fanns i flera olika varianter och innehöll oftast runt 60 ingredienser, varav flera av dessa i sin tur var sammansatta av många komponenter. Eftersom många av ingredienserna var sällsynta och dyra var den kompletta teriaken förbehållen de styrande i samhället. De dyrbara och mystiska ingredienserna bidrog förmodligen till att teriak med tiden kom att betraktas som ett panacé (grek. Panakeia), dvs. ett undermedel mot alla sjukdomar.

En början till kritik av antikens uppfattningar inom läkemedelsområdet var revoltören Paracelsus införande av metaller och mineraler till läkemedelsarsenalen i början av 1500-talet samt också ett återuppväckande av den gamla signaturläran, dvs. att läkemedel i naturen kan identifieras genom former, färger eller lukter som kan associeras till sjukdomen. Ett välkänt citat av Paracelsus lyder sålunda: ”... ni från Paris, ni från Montpellier, ni från Schwaben... mina skosnören är mer lärda än er Galenus och Avicenna” och tio år efter att Luther kastat påvens bannbulla på midsommarbrasan kastade Paracelsus, år 1527, Galenos och Avicennas böcker på brasan.

Mot slutet av 1500-talet upptäcktes, av jesuiterna i Peru, Västerlandets första specifikt botande medel (mot malaria) för invärtes bruk. Medlet utgjordes av barken från ett träd tillhörande det släkte, som Linné kom att benämna Cinchona och som på 1800-talet visades innehålla substansen kinin. Febertillstånd innefattade på Linnés tid en relativt osorterad grupp sjukdomar och, med förfalskningar, felaktiga doseringar och fast rotade föreställningar om andra medels förträfflighet, kunde Linné ha skäl att inte vara överdrivet entusiastisk över kinabarkens nytta vid febertillstånd. Dock skriver han i *Den svenska almanackan* för 1742 att kinabark från ett träd i Peru är välkänt i hela världen som ett effektivt medel vid frossa. I sin bok *Materia Medica* från 1749 anger Linné 48 olika växtdroger för 9 olika

typer av febrar, men China endast under rubriken kritisk (*criticae*) feber. Det torde ha varit Linnés bäste vän under professorstiden, Abraham Bäck, som definitivt öppnade Linnés ögon för kinabarkens förträfflighet i samband med att Linné själv råkade ut för Uppsala-febern. I ett brev till Bäck från september 1751 skriver Linné: "Gud välsigne M. K. Br. för sine senaste så mogne som ömme och trogne råd. Jag såg at M. K. Brs. påminnelse om China war richtig, hwarföre jag och tog af henne wäldeligen . . . nog skall jag taga modigt kina." I mitten av 1750-talet härjade åter den s.k. *Uppsalafebern*, dvs. troligen malaria, och då skriver Linné: "Jag har återställt otaliga från denna sjukdom. Första dagen ger jag Ipecacuanha till kräkning, derefter *Infusu Chinae vinosum* (ty barken i substans hjälper icke) och till hvarje natt *laudanum liquidum*." *Laudanum liquidum* är samma sak som opiumtinktur. Men Linné kanske ändå inte hade insett kinabarkens unika botande effekt. I Johan Christian Petersens avhandling *Cortex peruvianus*, år 1758, skriver Linné att kinabark, förutom mot feber, också hjälper mot så olika sjukdomstillstånd som gangrän, epilepsi, vattusot, tuberkulos och skörbjugg.

Den 14:e maj 1760 är nedanstående recept expedierat till Jungfru Nietzel (tecknen för mängder är här ej medtagna):

cort. Chinae

Rob. Sambuci (flädersirap från mogna bär)

f. Electuarium (gör mos)

sr. Febersaft

Ännu så sent som under 1870-talet tycktes utsikterna mörka för farmakologin. Den berömde kirurgen i Wien, Theodor Billroth, skrev 1878 i ett brev till Rudolf Buchheim, professor i farmakologi i Tartu/Dorpat, att ämnet var ganska onödigt eftersom Buchheim och andra, vid en kritisk genomgång av tidens läkemedel, funnit att de allra flesta medel var overksamma mot de sjukdomar de var avsedda att lindra/bota. De medel för invärtes bruk, som fanns på Linnés tid, och med några få undantag även efter ytterligare ett sekel, och som tålde en modern utvärdering, var egentligen bara opium för smärtlindring

och kinaträdets bark vid malaria. Fingerborgsörtens blad (*digitalis*) vid ödem beskrevs av William Withering först strax efter Linnés tid, cirka 1780, och nästa stora framsteg inom läkemedelsområdet, användningen av eter och kloroform för anestesi, dröjde till 1846. Buchheim svarade Billroth, att det nya ämnet, experimentell farmakologi, skulle komma att revolutionera läkemedelsområdet – och där blev Buchheim, den moderna farmakologins fader, sannspådd – men mer än 100 år efter Linnés tid.

För läkarna och apoteken var det under Linnés tid fortfarande den gamla farmakopén från 1686 (*Pharmacopoeja Holmiensis Galeno-Chymica*) som gällde som rättesnöre. De däri förtecknade läkemedlen utgjordes framför allt av sammansatta beredningar (*Composita*) enligt föreställningen ju fler komponenter desto bättre effekt. Som redan antytts hade de flesta av dessa läkemedel rötter från den antika medicinen med auktorer som Galenos och Dioscorides. Vanligtvis ingick märkliga ingredienser som olika sorters animaliska fetter, mumier, bitar av torkat människokött, enhörningshorn, ben, skallben, gärna av avrättade, ädelstenar, pärlor och, framför allt, en mängd olika sorters avföring och urin. Ett med dagens ögon sett bisartt exempel utgörs av *Aqua Hirundinum* (svalvatten) som tillreddes på så sätt att 24 svalungar skulle läggas levande i kokande vatten och destilleras tillsammans med ett antal kryddor. Om just detta exempel skriver dock Linné i en avhandling, som försvarades av Jonas Sidrén år 1750, att effekten är tveksam och att medlet borde utgå.

Linné var som bekant framför allt intresserad av att systematisera och klassificera naturen. Men han behöll också ett stort intresse för många aspekter av medicinen. Under sin vistelse i Holland 1735–38 tog hans berömmelse som vetenskapsman sin början med utgivandet av *Systema naturae* 1735, vari han systematiserade allt han kände till från naturens tre riken, växter, djur och mineraler. Men samma år disputerade han också i Harderwijk på en rent medicinsk avhandling om betydelsen av lerpartiklar i blodet för febrarnas uppkomst. Året därefter, 1736, publicerade Linné sitt andra synnerligen välkända arbete, *Fundamenta botanica* och lade grunden till epitetet ”Blomster-

furste”, vilket även Linné använde om sig själv. Efter hemkomsten till Sverige kom Linné att under 3–4 år verka som läkare i Stockholm (sept. 1738–okt. 1741). Han var då redan internationellt känd och hade ett omfattande kontaktnät, vari ingick Europas främsta läkare, som Herman Boerhaave i Leyden och Boissier de la Croix de Sauvages i Montpellier. Boerhaave avled samma år som Linné började sin medicinska praktik, 1738, varför, av utländska läkarkollegor, Sauvages kom att bli Linnés närmaste förebild och diskussionspartner. Trots den livliga korrespondensen dem emellan kom de emellertid aldrig att mötas. Linné var 1738 alls inte lika känd i Sverige som i utlandet och hade till en början svårt att få sin praktik att bli lönsam. Men, han lyckades redan under sitt första år att göra succé som läkare i Stockholm. Framgången hade sannolikt sin grund i två olika men samverkande orsaker. Dels genom en övertygande personlighet, dels genom att få rykte att kunna bota könssjukdomar. Förekomsten av gonorré och syfilis var synnerligen vanlig vid denna tid och detta rykte uppmärksammades av de högsta samhällskretsarna. På Linnés tid trodde man att gonorré var en lindrigare form av syfilis och behandlingen inriktades främst på vilka symptom som var mest framträdande och hur allvarliga dessa var. Linné kunde naturligtvis varken bota gonorré eller syfilis och exakt hur han gick tillväga kan man bara spekulera om. I sina långt senare skrivna ”Egenhändiga anteckningar af Carl Linnaeus om sig sjelf” skriver han: ” ... hvarest han så de unge Cavaillerer, som blifvit blesserade in castris Veneris, ... då han tillstyrker dem att vara vid godt mod och att dricka ett kvarter rhenskt vin med försäkran att ville dem curera inom 14 dagar ...”. Enligt den fortsatta beskrivningen lyckades han kurera två patienter och fick därefter inom en månad ”den mästa ungdomen”. Frågan är om Linné enbart rekommenderade dessa dryga tre deciliter rhenskt vin istället för den gängse plågsamma behandlingen, eller om citatet endast skall tolkas som en uppmaning om att fortsätta att dricka vin och att lita på honom och hans ordinationer. Linné skriver själv att ”de unge Cavallierer under föregivande av bröstlidanden, sutto där nedslagna, utan att våga dricka ett enda glas vin”. Kavaljererna hade

innan de drabbades av "fransosen" haft för vana att "spisa kl. 1, alltid med 1 à 2 kvarter win". Att någon av dem skulle kunnat tro att enbart rhenvin skulle kunna bota "fransosen" förefaller därför osannolikt. Det framgår klart av ett brev till Sauvages i januari 1740, alltså mot slutet av Stockholmstiden, att Linné själv var medveten om att han inte kunde bota ens den lättare formen av "fransosen", gonorré. I brevet frågar han om råd, eftersom han hört ett rykte att man hade en metod i Montpellier. "... beder jag Eder, att ni måtten lära mig bota densamma. ... Om Ni gören det, så skänken Ni mig ettusen dukater (numos aureos) i året." Mot bakgrund av den stora betydelse Linnés lyckosamma behandling av de två syfilispatienterna fick för hans fortsatta verksamhet vore det intressant att veta vari hans kur bestod. Under flera århundraden före Linné hade läkarna varit uppdelade i två grupper: "merkurialister" och "antimerkurialister". De förra förespråkade behandling med kvicksilver och de senare föredrog behandling med starkt svettframkallande exotiska växt-droger (Guajakträ, Sarsaparilla, Kinarot eller Sassafras). Kvicksilverbehandling framkallar starkt salivflöde (upp till 2 liter/dygn) och rekommenderades av den store auktoriteten Sydenham. Linnés lärare Boerhaave hade avmagring som behandlingsprincip, vilken kunde åstadkommas på fyra olika sätt, svält, laxermedel, svettning, eller salivflöde. Gemensamt för såväl merkurialister som antimerkurialister var således att kraftig sekretion av en kroppsvätska skulle åstadkommas. Från en handskrift av Linné, hans s.k. *Vademecum* nedskrivet 1738–39 som en egen handledning och receptbok, kan citeras

1* igenom decocter sker curen på följande sätt: Rec. Inf. Lignum Guajaci respatum (dos), hvilket kokas i VI kvarter Kiäll-vatten helt saktat på saktat eld til dess halfpartern deraf är inkokadt ... skal pat. hålla sig inne i en varm Kammare, då man först gifver honom en god purgation, samt öppna ådern, hvilket rensar blodet; derpå gifver man honom morg. ock afton I quart hvar gång af det starkare decoctet, ... svettas så hett och så länge han någonsin kan tola ..., men detta går intet gierna an i våra kalla länder, hilst om giftet är långt inrotat i kroppen, då måste han gå på salivation som skier

med kvicksilfver.

2* igenom Salivation sker det på 2 sätt, antingen med stricat el. piller, det förra är svårast och kostar mäst på i synnerhet om sjukdomen avancerat ... han sätter sig framför spisen ... och låter honom sielf smörja sig vid fotlederna eller vristen och vid knäveckan ... och låter smörjan väl pressas in för elden. ... til dess tandkiöttet begynner svulna, tänderna lossna, han blir het i munnen ... samt vasa saliva värka och sedan rinna ... spotta 3 à 4 kvarter om dygnet ...”

Senare kom Linné, under olika tidsperioder, att vara entusiastisk över olika droger från växtriket för behandling av syfilis. Som exempel var han under en period mycket entusiastisk över besksöta (*Solanum dulcamara*), och därefter av lobelia (*Lobelia syphilitica*) – naturligtvis utan verklig effekt. Märkligt nog upptog Linné under en period i mitten av 1760-talet också torkad och pulvriserad huggorm som medel mot syfilis. Men samtidigt framgår av flera brev från Linné att han under hela sin verksamma tid, i likhet med de flesta av sina kollegor, hade den uppfattningen att behandling med kvicksilverinnehållande medel var mest effektivt. Hur han ”botade” de två kavaljererna under sitt första år i Stockholm lär vi aldrig få veta.

Förutom framgången med behandling av könssjukdomar fick Linné under tiden i Stockholm också rykte om sig att vara en ”utmärkt skicklig bröstläkare”. Ryktet hade sin grund i att Linné som en följd av sina bekantskaper bland de unga adelsmännen som patient fick en riksrådinna med en envis hosta. Han forskrev till henne dragantpiller, som hon skulle använda så fort besvären gjorde sig gällande. Damen spelade en gång kort med drottning Ulrika Eleonora, som undrade vad för sorts piller hon hade mot hostan. Linnés namn nämndes och även den hostande drottningen fick dragantpiller med god verkan. Kontakt med kungahuset blev på så sätt etablerad. Dragantpiller nämns inte i någon svensk farmakopé, men dragant torde ha funnits på apoteken eftersom det ofta användes som ett överksamt slemliknande

bindemedel vid framställning av olika sorters läkemedelsbredningar. I 1775 års farmakopé finns ett *Pulvis diatragacanthæ* med dragant, socker och ett annat lenande medel, altearot, att användas vid halskatarr. Men det finns också bevarade recept av Linné från Stockholmtiden med ett pulver mot lungbesvär, som innehöll ben från gäddkäkar (*Ossa Lucii mandibularum*), svintänder, harsprång, (champignonliknande svamp på barrträdsrötter) och andra märkligheter. I "Lindhs Huss-Apoteek och Läkie-book" från 1675, som Linné uppenbarligen kände till, rekommenderas just sönderstötta gäddkäftar med tänder som hjälp mot håll och styng, varvid det betonas att medlet verkar desto bättre ju vassare tänderna är, alltså en magisk, "sympatetisk" kur. Av sin blivande svärfar Johannes Moraeus hade Linné fått några recept mot hosta, som han också använde under Stockholmtiden. *Massa pilularum de cynoglosso* innehöll opium, styrax, hundtungerot, bolmörtsfrö, myrra, virak, nejlikor, kanel, extrakter av ålandsrot och lakritsrot samt saffran. Det har av vissa författare antytts att recept av detta slag, innehållande bland annat opium, kunde ha bidragit till Linnés rykte som bröstläkare. Beträffande ordinationen av dragant till drottning Ulrika Eleonora förefaller emellertid Th. M. Fries vara säker i sin biografi över Linné, dock utan att ange källa.

En pålitlig vägvisare för vilka läkemedel som skulle finnas på apoteken är de s.k. farmakopéerna. I Europa kom den första farmakopén på 1200-talet med en receptsamling från Salernoskolan. Den mest betydande medeltida farmakopén kom att bli Valerius Cordus *Dispensatorium Valerii Cordi*, tryckt i Nürnberg 1546. Ännu på 1640-talet föreläste professorn i medicin i Uppsala, Johannes Franck, över denna. De droger som förtecknades av Cordus och i övriga farmakopéer hade ofta anvisats redan under antiken av läkare som Dioscorides och Galenos. Under 1600-talet hade emellertid också tillkommit ett antal nya *simplicia* från växtriket och särskilt i form av metaller och salter som ett resultat av paracelsismen. Den arabiska medicinen hade också tillfört nya beredningsformer, exempelvis sirap. I många av de tidiga farmakopéerna fanns också anvisningar om drogernas

medicinska användning och de kunde därigenom få en funktion som handböcker för läkarna om vilka läkemedel som ansågs vara användbara för specifika sjukdomar eller symptom.

Linné avled 1778 men redan från 1775 hade hans verksamhet som vetenskapsman upphört. Detta innebär att under hela Linnés aktiva tid gällde i Sverige den gamla "Stockholmsfarmakopén" *Pharmacopoeja Holmiensis* från 1686. Stockholmsfarmakopén beskrev, i likhet med flertalet farmakopéer från 1600-talet, huvudsakligen sammansatta och oftast mycket komplicerade läkemedel (*composita*) utan att ange vid vilka sjukdomar de skulle användas. Stockholmsfarmakopén hade huvudsakligen utarbetats under ledning av den i Stockholm verksamme läkaren Johannes Martius Ziervogel. Collegium Medicum står som utgivare och i kollegiet fanns vid denna tid även Urban Hjärne och Lars Roberg som ledamöter och det är rimligt att anta att också synpunkter från dessa ligger bakom den slutgiltiga texten. Enligt en handling i Riksarkivet skall professorn i medicin i Uppsala, Lars Roberg, så sent som läsåret 1734/35 ha föreläst över *Pharmacopoeja Holmiensis* och särskilt med tanke på Linnés intresse för läkemedel torde man kunna förutsätta att Linné under sin tid som student i Uppsala 1728-35 blivit väl insatt i innehållet i denna.

Mellan Roberg och Linné rådde ett nära personligt förhållande. Linné berömmar Roberg för dennes inspirerande undervisning och originella metoder, och Roberg fick av Linné långa rapporter under Lapplandsresan 1731. Välkänt är också det porträtt av Linné som Roberg tecknat av sin begåvade lärlunge, troligen år 1733. Efter några år tillkom en *Catalogus et valor medicamentorum*, en katalog över de enskilda komponenterna i Stockholmsfarmakopén, samt priserna för dessa. Denna katalog och prislista förnyades 1739. Det var redan vid den tiden en allmän uppfattning att den gamla Stockholmsfarmakopén var i kraftigt behov av en revidering. Både som ett tidigt uttryck för Linnés intresse för att bringa ordning i den ålderdomliga flora av läkemedel och hans, sannolikt genom Robergs försorg, ingående kännedom om *Pharmacopoeia Holmiensis* kan man se Linnés

handskrift med titeln *Caroli Linnaei Pharmacopaea Holmensis*. Denna skrevs troligen 1739, redan ett år innan Linné fick professuren i Uppsala och originalet förvaras av Linnean Society i London. I denna skrift ordnade Linné alla de olika komponenterna i föregångaren, dvs. i *Catalogus et valor medicamentorum* enligt sitt eget system med klasserna mineraler, vegetabilier och djur och därefter med ordningar och släkten inom dessa. I några få fall angav han också olika beredningsformer och i vilka läkemedelskompositioner de ingick samt indikationer för dessa.

Linnés allt överskuggande intresse var otvetydigt att systematisera och klassificera allt som förekom i naturen. Detta gällde även sjukdomarna, som klassificerades i fyra nivåer, motsvarande ordningar, klasser, släkten och arter i verket *Genera morborum* utgivet 1763. Beträffande läkemedel kom Linné att skriva ett fåtal fristående verk. Det mesta inom området publicerade han istället i form av avhandlingar. Av Linnés 186 avhandlingar kan mellan 20 och 30 bidra till förståelsen av Linnés förhållande till läkemedel.

Efter sin egen version av *Pharmacopaea Holmensis* från 1739 skrev Linné, år 1747, med Fredric Hasselquist som respondent, avhandlingen *Vires plantarum* (Växternas krafter). I denna får man en klar uppfattning om hans dåvarande syn på sjukdomar och läkemedlens förhållande till dessa: "Kemister tillhörande den kungl. Parisiska vetenskapsakademien har analyserat närmare 2000 växter och ur alla kunnat extrahera sur vätska, essentiell eller stinkande olja, salt, smaklöst slem ... hos alla i samma mängd och proportion ... onyttigt och fåfängt arbete ..." Beträffande sjukdomar skriver Linné 1747 i Hasselquists avhandling: " ... då en sjukdom uppstår i vår kropp måste antingen dess fasta eller flytande delar bli lidande... Om det är uppenbart att en sjukdom förorsakats av alltför tunna vätskor böra dessa förtjockas och om en läkare kan göra detta kommer han säkert att häva sjukdomen ... Därför botas sjukdomar av motsatta sjukdomar... Vi beklaga att läkekonsten ännu inte har upptäckt hur intermittenta febrar uppstår. Om någon dödlig vore i stånd att framkalla tredagarsfrossa skulle han kunna betvinga många kroniska sjukdomar, till

exempel vansinnigheten (*mania*) ...”. Därefter följer som en huvuddel av avhandlingen en genomgång av växter ingående i de olika läkemedelsberedningarna i Stockholmsfarmakopén, men med tillägg av, förutom av Linnés egna klasser, ordningar och släkten, också av lukt, smak och färg.

Två år senare, 1749, utgavs Linnés viktigaste verk om läkemedel. *Materia Medica, liber I. De plantis*, enbart behandlande alla de växter eller växtdelar som uppräknats i *Caroli Linnaei Pharmacopaea Holmensis*.



Linnés Materia Medica från 1749.

Foto: Lars Orelund med tillstånd från Uppsala universitetsbibliotek.

Drogerna beskrivs där enligt följande schema:

1. botaniskt system (vanligen hans eget),
2. växtplats (*Loc.*),
3. farmaceutisk beteckning (*Pharm.*),
4. egenskaper (*Qual.*),
5. inneboende kraft (*Vis*)

6. användning (*Usu*)

7. förekomst i läkemedelskomposition (*Comp.*).

Ett exempel kan vara upplysande:

CLASSIS III. TRIANDRIA. MONOGYNIA

21. (Linné numrerar drogerna i ordningsföljd)

VALERIANA floribus triandris, foliis omnibus pinnatis. Fl.suec 30.

VALERIANA sylvestris major. Bauh. Pin. 164.

LOC: Europae prae paludosa. Perennis vulgaris.

PHARM: VALERIANÆ MINORIS Radix dragma ij (2 drachmer av roten = 2,5 gram)

*QUAL: Suaveolenti *graveolens, amara* (Söt, starkt lukande, bitter)

VIS: narcotica, sudorifera, diuretica, purgans (sömngivande, svettframkallande, urindrivande, laxerande)

USU: Epileptica, Hysteria, Hæmoptysis (Epilepsi, Hysteri, Blodspottning)

COMP: - (denna drog förekommer ej i någon läkemedelskomposition.)

Vanlig Valerianarot, *Valerianæ minoris Radix*, som kommer från växten *Valeriana sylvestris major* (se ovan) ingår tydligen inte i någon sammansatt komposition (COMP), vilket däremot roten från Kattvänderot (*Valeriana hortensis*) gör. Kattvänderoten får vid alla rubriker beteckningen *Antecedentis*, vilket får tolkas så att den har "varit länge i bruk", och att den under rubriken COMP anges ingå i den Andromachiska varianten av teriak.

Linnés *Materia Medica* är på ett effektivare sätt än de flesta andra samtida böcker i ämnet både en farmakopé och en lärobok i sjukdomarnas behandling och den kom därför att ges ut i många upplagor i många länder. Det kan vara på sin plats att tillägga att kompletterande delar av Linnés *Materia Medica* utgavs i form av avhandlingar om djur- och mineralriken åren 1750, respektive 1752. Ingen av dessa

tre drogförteckningar innehåller sammansatta läkemedel (*composita*), och man får ett bestämt intryck av att Linné föredrar användning av *simplicita*, vilket många biografer har framhållit. Men, det skulle också kunna vara så att *composita* tett sig mindre intressanta för Linné eftersom de inte låter sig systematiseras i enlighet med hans vanliga formel. Att Linné själv använde sig av sammansatta läkemedel i sin läkarverksamhet framgår tydligt både av brev och av det fåtal recept av hans hand som är bevarade. Ovedersägligt är dock att Linné starkt förespråkade en reduktion av antalet komponenter i sammansatta läkemedel.

Bidragande till värdet av Linnés *Materia Medica. Liber I De plantis* är ett antal mycket användbara register. Förutom förteckningar över växt-drogernas officiella namn och namnen på dessa som farmaceutiska produkter uppdelade i grupper som rötter, blad, frukter o.s.v., finns ett register där de officiella farmaceutiska namnen står i en kolumn medan deras botaniska namn återfinns i en parallell kolumn. Det finns också särskilda register över de medicinalväxter som växer vilda i Sverige, över de som finns i den botaniska trädgården och över de som betecknas som exotiska, dvs. ej över huvud taget växer i Sverige. Mycket användbart för den tidens läkare, torde ha varit ett mycket omfattande *Index Morborum*, där sjukdomarna/diagnoserna listas i bokstavsordning och där vid varje sjukdom eller diagnos de droger, som kan användas vid respektive tillstånd, uppräknas. Sammanlagt nämns hela 202 sjukdomar/diagnoser av vilka inte oväntat några ter sig främmande i dagens ljus. Anmärkningsvärt är ett oproportionerligt stort antal droger som förtecknas under diagnoser som *hypokondri* och *hysteri*. Mot *debilitas* finns bland andra ginseng och kanel. Ovan har nämnts att under rubriken FEBRES finns nio underavdelningar varav *China* endast återfinns under *Criticae*, men ej under *Intermittens*. Totalt finns 37 medicinalväxter angivna för användning vid feber. Endast en förekommer vid två olika typer av feber, *Norrlandicae baccae*, vid feber med utslag (*Exanthematicae*) samt vid feber med varbildning (*Putridae*). *Norrlandicae baccae* var det officiella farmaceutiska namnet för åkerbär.

I *Materia Medica* har Linnés systematiseringsiver tagit ytterligare ett steg i ett märkligt system, presenterat under rubriken *Vires*. Detta har sin bakgrund i att Linné tänkte sig att läkemedlen har olika "krafter" (*vires*). I detta system finns sex klasser: *evacuatoria*, *alterantia*, *nervina*, *muscularia*, *visceralia* och *topica*. Varje klass delas sedan in i ordningar, som i sin tur består av olika släkten med ett antal arter i varje. Som ett exempel finns fem ordningar under klass tre, *nervina*, varav den första är *orgastica* (extasframkallande). *Orgastica* innehåller i sin tur fem släkten: *alexiteria* (väldoftande, ev. mot dålig andedräkt. En utredning om ordets betydelse finns i Alsjö), *stimulantia* (hos Linné betydande sekretionsökande), *calefacientia* (värmmande), *nutrientia* (näingsrika födoämnen) och *analeptica* (upplivande, stimulerande). De sex klasserna i Linnés *Systema Virium* innehåller totalt 22 ordningar och 72 släkten, varav några släkten (*vires*) förefaller vara uppfunna av Linné. De enskilda drogerna representerar sedan arter enligt Linnés vanliga system.

I det synnerligen omfattande registret *Index Virium* som avslutar *Materia Medica* utgör istället krafterna "vires" huvudrubriker, och under dessa placeras de olika drogerna, där en och samma drog kan ha flera olika krafter, dvs. förekomma under flera "vires". Något ologiskt anges i detta register 103 "vires" istället för de förväntade 72. Som exempel kan *Virium* (kraften) no 53, *Inebriantia* (berusningsframkallande), tjäna. Under denna rubrik förtecknas således medlen: *Lolium*, *Hyoscyamus*, *Datura*, *Cannabis*, *Rosmarinus sylv.*, *Myrtus brabant*, *Storax liqui.*, *Botrys*, *Millefolium*, *Fagus*, *Agalochum* och *Castanea*. Till alla dessa droger ges sidhänvisning till beskrivningen av respektive drog i *Materia Medica*.

I den av Jonas Sidrén försvarade avhandlingen *Materia Medica In Regno Animali* från 1750 fortsatte Linné sin granskning av läkemedlen i den gamla Stockholmsfarmakopén. Förarbetet var redan gjort i form av ett brev till Abraham Bäck den 23/10 1749, där Linné använder sig av den förteckning över alla *animalia* från den gamla farmakopén som Linné ordnat enligt sitt eget system i *Caroli Linnaei Pharmacopaea Holmensis* och stryker i brevet till Bäck under de *animalia* han tycker

borde stå kvar i en ny farmakopé. Av ursprungligen 104 droger blev 33 understrukna, dvs. Linné vill rensa ut ungefär två tredjedelar. Bland de understrukna fanns *Urina hominis* (människourin). En beskrivning av de medel som utgick, ett drygt 70-tal, har lämnats av Drake.

I Sidréns avhandling med droger från 67 djurarter, indelas dessa i fem grupper beroende på ursprunget: fyrfotadjur, fåglar, amfibier, fiskar och insekter. Så gott som alla dessa *animalia* har antika eller medeltida ursprung och kan 250 år senare betraktas som bisarra. Som exempel förtecknas där:

exkrementer från hundar, oxar, hästar och påfågel samt urin, gäddkäkar, ormkött och hundsvans. För många av medlen finns kommentarer som överflödiga, vidskepliga, vanliga, brukliga, eller allt som ofta använd.

I den nya farmakopén, som skulle komma att tryckas 1775, är emellertid de flesta av dessa *animalia* borttagna. Nedan förtecknas de 17 *animalia*, av totalt 59 som beskrivits i avhandlingen, för vilka kommentarerna kan tolkas som positiva:

Björn: framstående verkan av björnens galla eller ister mot anorexi.

Sibetkatt: sibelolja, heroiskt (kraftigt verkande) alt. vanligt vid impotens, koppor, smärre febrar, skabb, kolik.

Bäver: bävergäll, heroiskt vid hysteri, kolik, yrsel, epilepsi, slaganfall, letargi.

Elefant: elfenben vanligt som absorberande, adstringerande medel.

Kronhjort: horn, hjorthjärtben, penis, blod, märm, talg, vanliga vid diarré, dysenteri, urinstämning, skörbjugg, hudlöshet.

Get: blod, talg, vanligt vid pleurit, kontusion, hosta.

Oxe: penis, galla, märm, ost vassla (av mjölken) vid skörbjugg, reumatism, febrar, diarré, dysenteri, tinnitus, anorexi, inälvsmask.

Gås: spillning och ister vanligt vid gulsot.

Påfågel: träck, utmärkt vid yrsel, epilepsi.

Snok: ryggraden, skinnet, fettet ofta använt vid komplicerad barnsbörd, vattusot? Sår?

Huggorm: torkad, pulver, kakor, ben, fett, brukligt vid syfilis, lepra, djurskabb, elakartade sår, förgiftning.

Kaskelottval: sperma, utomordentlig verkan vid hosta, diarré och dysenteri.

Spansk fluga: pulver, heroisk vid urineringsproblem, vattuskräck, vattusot, malign gonorré.

Koschenill: utomordentlig verkan vid vattusot eller urineringsproblem.

Färgsköldlus: framstående verkan som lätt adstringerande, stärkande, uppiggande, afrodisiakum.

Blodigel: bruklig för blodflöde.

Valfiskfjäll: vanligt vid gonorré, intermittent feber.

I Johannes Lindhults avhandling från 1752 *Materia Medica in Regno Lapideo* behandlas mineralerna. Linné tar där upp alla *simplicita* tillhörande "mineralriket" som förekommer i de komplicerade läkemedelsberedningarna i Stockholmsfarmakopén. De indelas enligt Linnés system motsvarande det i *Systema Naturae* från 1735 och av totalt 72 anges 29 medel ha tänkbara medicinska användningsområden "USUS". Alla halvådelstenarna som fanns i den gamla Stockholmsfarmakopén (topas, zirkon, smaragd) anges nu sakna medicinsk användning. *Alumen schisti* (alunskiffer) anges vara verksamt vid prolaps, hypersarkoidos, ulcus, blödning och vid ögonbesvär.

Vitriolum plumbi album (blyulfat) användes vid erysipelas, gonorré och för att behandla sår. *Ambra grisea/nigra* (grå eller svart ambra) dvs. kaskelottvalens uppstötning, kunde användas mot skabb, debilitet och hypokondri, men ansågs också vara ett afrodisiakum, samt kunna förlänga livet. *Hydrargyrum nativum* (kvikksilver) kom under lång tid framåt att användas vid syfilis, men också mot skabb och andra infektioner. *Zincum. Flores* (zinkoxid) användes vid ulcus,

ögonsjukdomar och hudinfektioner. Linné skriver på ett annat ställe "Flores zinki är bra för wätskor, Rosen och sura ben, ty de torka förträffeligen". Beträffande zink, liksom för många andra metaller, skriver Linné att den finns i "Raettwik Dalekarliae". Järn anges i form av *chalybs limatura* (pulvriserat järnslag) och användes vid kachexi, hypokondri, diarré och amenorré. Intressant nog anges både för *Argentum* och *Aurum* (silver resp guld) att de inte längre har plats inom medicinen. *Lapis pumex* (pimpsten) användes i pulvriserad form som den tidens tandkräm. *Lapis bezoar* (bezoarsten, ett konkrement som kan finnas i våmmen hos vissa idisslare) var ett mångtusenårigt läkemedel som haft skiftande användningsområden, framför allt som antidot mot exempelvis skorpionbett. I Lindhults avhandling har bezoarsten fått användningsområdet begränsat till att gälla febertillstånd med utslag. Leror av olika slag har också använts inom medicinen i årtusenden och i Lindhults avhandling skriver Linné att samtliga leror (*Bolus alba*, *Terra sigillata citrina*, *Bolus armenia*, *Terra Lemnia*) används vid *exoletus*, dvs. ålderdomssvaghet.

År 1752 skrev Linné en avhandling *Obstacula medicinae* "Hinder för läkekonsten" (respondent Johannes Georg Beyersten) där några exempel av de 20 "hinder" som Linné beskriver är:



Linnés *Obstacula Medicinae* från 1752: "Hinder för läkekonsten", där han bland annat framhåller att "försummande att studera botaniska skrifter" kan utgöra ett hinder för klinisk framgång.

Foto: Lars Orelund med tillstånd från Uppsala universitetsbibliotek.

no 8: Apotekarnas okunnighet i botanik, så att de ofta sälja falska växter istället för äkta,

no 9: Läkarnas okunnighet i botanik,

no 10: Bruket av *composita*. ”Då *simplicia* ytterst sällan används, få vi aldrig med erfarenhetens hjälp någon kännedom om växternas läkekraft. Var och en som studerar de gamles skrifter måste förvånas över de formler, eller snarare kataloger, där allt möjligt sammanhopas”.

no 12: okunnighet om de naturliga klasserna,

no 16: försummelse att studera de botaniska författarnas skrifter ...

En intressant avhandling är från 1754 *Methodus investigandi vires medicamentorum chemica* (Om den kemiska metoden att undersöka läkemedlens krafter).

Avhandlingen är förhållandevis omfångsrik och märklig även på det sättet att man tror att respondenten själv, Lars Hiortzberg, kan ha skrivit den. Tankarna är i stort sett Linnés, men med något annorlunda språk. Fakultetskollegiet ville underkänna honom, men Linné räddade Hiortzberg då detta ”sensibelt skulle röra honom och bryta den ohåga han hafwer för chemien”. Vad var det för kemi Linné avsåg?

Avhandlingen är en utläggning om läkemedlens lukt, smak och affinitet, där affinitet betyder att lukt och smak kan utvinnas med destillation antingen i vatten eller i vinsprit, dvs. är vatten- eller fettlösliga.

Drivande för revisionen av 1686 års farmakopé kom Linnés närmaste vän, Abraham Bäck, att bli. Resultatet blev klart i och med att *Pharmacopoea Svecica* utgavs 1775. I oktober 1749 skrev Linné till Bäck, som då var preses i Collegium Medicum, att han, ”som är den endaste i Collegio medico som något kan göra, borde raffinera pharmacopaeam”. Redan en månad efter detta brev skickade Linné den redan nämnda djurdelen av sin bearbetning av Stockholmsfarmakopén till Bäck där han markerat de *animalia* han tycker borde stå kvar i en ny farmakopé. Året därefter återkommer Linné om *animalia* i form av Sidréns avhandling

Materia Medica In Regno Animali, där han rensat så att endast 17 av de 59 beskrivna medlen från djurriket får omdömen som kan betraktas som positiva (se ovan). År 1752 får sedan Bäck Lindhults avhandling om mineralriket.

Ungefär tio år senare, 1761, sände sedan Linné till Bäck ett snabbt nedtecknat "Utkast till Materia medica 1761" innehållande ett mer fullständigt urval av de droger han tyckte borde ingå i den nya farmakopén. I brevet till Bäck skriver Linné: "2ne nätter anwände jag på papperet, ty jag hade ej tid om dagen, därföre blef det hastigt skrifwit". Beträffande *vegetabilia* (växtriket) innehåller Linnés "Utkast till Materia" drygt 400 arter och det kan antas att dessa i stort sett motsvarar dem, som av 534 arter i *Materia medica, liber I. De plantis* från 1749, bedömdes ha medicinskt berättigande.

Förteckningen av medel från Mineralriket (*Lapidea*) innehåller i stort sett de som diskuterats i Lindhults avhandling 1752 (se ovan). En märklighet är dock att Linné under ordningen salter har medtagit "*gemmae*" (ädelstenar) utan närmare specifikation. Den enklaste tolkningen är att Linné i detta fall överlätit åt Collegium Medicum's kommitté att avgöra om några ädelstenar skulle tas med i den nya farmakopén och i så fall vilka.

Urvalet av *animalia* (djurriket) i "Utkastet" från 1761 upptar, märkligt nog, betydligt fler medel än de 17, som bedömdes vara intressanta ur medicinsk synpunkt i Sidréns avhandling *Materia Medica In Regno Animali* från 1750. Bland de 34 som förtecknas i "utkastet" återfinns, tämligen oväntat, flera i våra ögon obsoleta medel, som dessutom föreföll ha blivit utmönstrade i Sidréns avhandling 11 år tidigare. Bland *animalia* finns *Axung canis, anseris, suis, viperae, scorpion* (ister från hund, gås, vildsvin, huggorm, skorpion). Att ister överhuvudtaget togs med i listan är inte så märkligt. I *Pharmacopoeia Wirtenbergica* från 1750 fanns 25 olika sorters ister och i Sverige användes ister från hund i folkmedicin ännu in på 1900-talet. I den färdiga *Pharmacopoea Svecica* från 1775 har emellertid endast ister från svin och orm medtagits. Mer överraskande är att Linné i sitt "utkast" fört upp tre olika sorters träck *Stercus Canis, Porci, och Pavonis* (avföring från hund, gris och påfågel).

Inget av dessa återfinns i farmakopén från 1775. *Sperm. Ranarum* (grodsperma) återfinns ej heller i den färdiga farmakopén, vilket däremot *Fel Ursi inspissatum* (torkad björngalla) gör. *Cornu Cervi* (hjorthorn) och *Os Sepiae* (bläckfiskens ryggsköld) hör också till de ålderdomliga läkemedlen på Linnés lista som också togs med i farmakopén 1775. Däremot återfinns inte *Cornu Ebur* (elefantbete) i den färdiga farmakopén, ej heller *Oculi Cancræ* (kräftsten). En intressant jämförelse erbjuder sig mellan medlen i ”utkastet” och den tidigare nämnda listan i ett brev till Bäck från 1749. I ”utkastet” återfinns 24 av totalt drygt 110 animalia i Stockholmsfarmakopén och av dessa 24 medel hade 17 blivit understrukna 1749, dvs. blivit rekommenderade att ingå i en ny farmakopé.

År 1772 meddelar Linné kompletterande uppgifter till sin *Materia Medica* från 1749 i den tunna avhandlingen *Observationes in Materiam Medicam* (Observationer i *Materia Medica*) med Johannes Lindwall som respondent. Avhandlingen är huvudsakligen en uppdatering med avseende på både äldre och nytillkomna växtdrogers plats i den botaniska systematiken. Emellertid finns också kommentarer om eventuell medicinsk användbarhet. ”Våra officinalier äro nära nog desamma som brukades på DIOSCORIDES tid. ... Ja, på allra senaste tid ha varjehanda medel införts, om vilka erfarna botanister iakttagit, att de gjort märkvärdigt stor nytta i Indien, men som nyare läkare med överlägsenhet försmå. Många medel ha också nu efter nya rön tagits i bruk, sedan den medicinska vetenskapen övervunnit den vanliga missuppfattningen, att giftiga saker böra undvikas av läkarna, då man dock från sådana kan erhålla högst förträffliga läkemedel.” Avhandlingen är indelad i två avdelningar, där den första innehåller äldre medicinalväxter för vilka den botaniska klassificeringen har klarlagts och där nya växter har tillförts. Som exempel beskrivs *Lobelia siphylitica* med texten: ”Mjölksaftig, skarp, äcklande, varför den i större dos är ett avförings- eller kräkmedel. Enligt uppgift av Högv. Theol. Dr. KALM användes den av nordamerikanerna vid syfilis. *Lobelia longiflora* är starkare, men med den måste man vara försiktig, ty det behövs ej många blad därav för att döda en häst.” Petrus Kalm var visserligen redan professor i ekonomi i Åbo men reste

genom Linnés försorg till Nordamerika för att undersöka om där fanns träd och buskar lämpliga för det svenska klimatet. Av indianerna fick han efter många turer reda på att dessa använde lobeliaarter för att behandla syfilis. När Linné fick kännedom om detta ställde han sig först avvaktande men efter en tid, hösten 1750, hade han blivit entusiastisk och korresponderade med såväl Bäck som sina utländska vänner (de Jussieu i Paris och Sauvages i Montpellier) om den intressanta nyheten. Avhandlingens andra avdelning "okända och ovissa" förtecknar de växter och träd i Linnés *Materia Medica* där det botaniska ursprunget fortfarande var oklart: "*Nux Moschata*. Vålb. Hr Praeses har en gång sett honblommor, men aldrig hanblommor; alltså har släktkaraktären ännu ej kunnat konstateras".

Till slut återstår frågan vilken betydelse Linné kan ha haft inom läkemedelsområdet. Linné uttrycker en önskan att förenkla läkemedelskompositionerna: "just stora formulae äro de som skämt hela medicinen", och att även reducera antalet enkla läkemedel "simplicia". Vi vet inte om det var Bäck, Linné eller någon annan som reducerade det 2000-åriga universalmedlet teriak från över 60 beståndsdelar till endast 7 och utan ormkött (italiensk huggorm) i den nya farmakopén. Grodplåster med kvicksilver för lokalbehandling vid syfilis kunde ersättas med ett enkelt kvicksilverplåster där dekokten med kokta grodor hade uteslutits och antalet "simplicia" reducerades från cirka 800 till mindre än hälften i den nya farmakopén. Men, som redan nämnts, ville Linné så sent som 1761 behålla en rad medel, som svindynga och påfågelspillning, vilka tagits bort i den färdiga farmakopén – av vem? Likaså återstår frågan, vem tog bort alla olika ädelstenar och pärlor, eller var det rentav självklart för läkarkåren vid mitten av 1700-talet, att detta var rester från en svunnen tid inom medicinen.

Beträffande olika personers insatser vid skapandet av *Pharmacopoea Svecica* har detta grundligt utretts av Anders Grape. "Den undervärdering av Bäck's insats, som på flera håll kommit till synes och jämväl understundom, efter vad det förefaller, blivit godtagen, går tillbaka på ett uttalande förmodligen från december år 1817, gjort av den då åldrige David Schulz von Schulzenheim ... von Schulzenheim skriver i detta uttalande att han själv hade gjort det mesta av arbetet, med

någon hjälp av sin broder P.C. Schulzen, sin systerson Henrik Gahn, samt C.W. Scheele och ... har den vördnadsvärde Collegii Medici Praeses, Archiatern Bäck blott därvid gjort några anmärkningar.” Grape visar, med hjälp av utväxlade brev, att Bäck var den som först tog initiativet till en ny farmakopé, hösten 1749 och att Linné omedelbart stödde tanken och i november detta år sände Bäck den ovan nämnda förteckningen över de *animalia* som borde behållas från den gamla Stockholmsfarmakopén.

Emellertid var det svårt för Bäck att få igång det tunga arbetet med en ny farmakopé och tiden fram till 1761 synes ha varit fylld av problem – om vilka som skulle medverka, om apotekarnas roll och om formalia. Under tiden har Linné och Bäck diskuterat sakfrågor om innehållet i farmakopén och Linné hade till och med fått en formell förfrågan från Collegium medicum om att medverka, dock utan att han förefaller ha givit något svar. I november 1761 skriver Linné till Bäck: ”Wisst blifwer MKBr’s Materia medica redigare än både Parisina och Londinensis ...” Längre fram i detta brev ber Linné vännen Bäck, som han gjort flera gånger tidigare, att verka för att det av kungen utlovade adelskapet skall bli av. Som motprestation lovar Linné: ”Jag skall där emot göra att Materia medica skall blifwa till M. Brs heder.”

Att det manuskript till *Materia medica* som Linné sände till Bäck 1761, skulle utgöra grunden för ”simplicia” i farmakopén, torde ha varit självklart, men det kom att genomgå många ändringar, framför allt av den unge magister Anders Jahan Retzius, som då var assistent till Bäck. A.J. Retzius blev med tiden professor i naturalhistoria i Lund och grundare av Fysiografiska Sällskapet i Lund. Även assesorn i Collegium medicum, professor P.J. Bergius och den framstående kirurgen, professor Olof Acrel, hade 1771 i brev till Bäck inkommit med förslag på tillägg till farmakopén. Linné hade svårt att tåla kritik och gick sällan i svaromål, men Grape anar en viss animositet från Linnés sida gentemot Retzius och Bergius som en följd av deras ändringar i Linnés *Materia medica*. Retzius kom däremot senare att på flera sätt uttrycka sin stora beundran för Linné. Till Linnés försvar

bör betänkas att både Bergius, född 1730, och Retzius, född 1742, tillhörde en yngre generation än Linné, född 1707 och att i mitten av 1700-talet började en omvälvande period i medicinens historia med allt större insikt om det bisarra i att inte med större kraft ifrågasätta uråldriga uppfattningar inom medicinen. Retzius var synnerligen väl skickad att modernisera farmakopén genom att 1769 ha utgivit "Korrt begrepp af grunderna till Pharmacia".

Som en sammanfattning av Linnés insats beträffande skapandet av *Pharmacopoea Svecica* 1775 citeras här Grape: "Vad då först angår Linné så får det väl snarast anses, att hans andel i detta verk är mindre betydande än man tidigare på sina håll antagit – att beteckna honom såsom Bäck's förnämste medhjälpare torde sålunda få sägas innebära en betydlig överdrift. Det är ju nämligen att märka, att Linnés direkta medverkan nära nog uteslutande inskränkt sig till partiet *Materia medica*, enkannerligen dess avsnitt Vegetabilia, som tydligen här liksom i hans egen publikation av 1749 främst låg Princeps botanicorum om hjärtat. --- Som arbetsprestation betraktat torde det ej ha kostat Linné alltför stor möda – på själva utskrivningen offrade han enligt egen utsago tvenne nätter. Däremot vore det helt visst oriktigt att underskatta den betydelse Linné haft för arbetet genom den diskussion han genom åren brevlades och muntligen – förde med Bäck i hithörande ämnen."

Samma år som den nya farmakopén, *Pharmacopoea Svecica*, gavs ut, 1775, trycktes två av Linnés sista avhandlingar. Dels *Medicamenta purgantia*, (Purgerande, laxerande läkemedel) med Johannes Rotheram som respondent. Denna avhandling är en uppräkningslista av hela den 2000-åriga arsenalen av laxermedel med åtföljande föreställningar om olika mekanismer och användningsområden – den kunde ha skrivits under vilket som helst av de tidigare seklen. Den andra avhandlingen är *Canones Medicae* (Grundläggande regler för läkare) med Sven Anders Hedin som respondent. Paragraf två i avhandlingen lyder: "Naturen är den bästa läkaren" och om Linné sammanfattningsvis tveklöst kan sägas vara synnerligen påläst och i takt med tidsandan när det gäller läkemedel var han knappast nyskapande.

Däremot låg han långt före sin samtid i sin betoning av de Hippokratiska idealen med förebyggande hygien, diet och sunt levnadssätt som de främsta medlen för hälsa.

Lars Orelund

Källor

Ahnfelt, Arvid. Carl von Linnés Lefnadsminnen tecknade af honom sjelf. Oscar Lamm. Stockholm, 1877.

Almkvist, Johan. Studier över Carl von Linnés verksamhet som läkare, ett bidrag till syfilidologiens historia. Svenska Linné-Sällsk. Årsskr. 1923, 61-119.

Alsiö, Johan. Vires Medicamentorum – En studie av index virium i Linnés Materia Medica. D-uppsats i Latin. HT 2004, Uppsala universitet.

Backman, E. Louis. Om den äldsta svenska farmakopén, dess medicinskt-historiska bakgrund och dess ställning till folkmedicinen. Uppsala Läkareförenings Förhandl. 1924, 64-98.

Berggren, Lennart. Alleslag-Blomsterwatn, kryddnejlikedroppar och andra kuriösa Linné-recept. Läkartidningen. 2006, nr 26.

Berggren, Lennart. Urin och ädelstenar som medicin rensades bort av Carl von Linné. Läkartidningen. 2007, nr 22, 1719-1721.

Berggren, Lennart. Linnés okända intresse för ögonens åkommor. Läkartidningen. 2009, nr 10, 699-701.

Drake, Gustaf. Linné och Pharmacopoea Svecia Ed. I. Sv. Linné-Sällsk. Årsskr. 1921, 1-15.

Drake, Gustaf. Några Linné-recept. Svenska Linné-Sällsk. Årsskr. 1926, 26-44.

Fries, Th. M. Linné Lefnadsteckning. Fahlkrantz. Stockholm, 1903.

- Grape, Anders. Linné, Abraham bäck och Pharmacopoea Svecia av år 1775. Sv. Linné-Sällsk. Årsskr. 1946. 1-34.
- Gullander, Bertil. Linné och Uppsala. Almqvist & Wiksell, Uppsala 1978.
- Hedbom, Karl. Linnés inhemska medicinalväxter. Svenska Linné-Sällsk. Årsskr. 1919, 65-101.
- Hjelt, Otto E.A. Carl von Linné som läkare. Finska litteratursällskapets Tryckeri. Helsingfors, 1877.
- Hjelt, Otto EA, Carl von Linnes betydelse som naturforskare och läkare, KVA. Stockholm, 1907.
- Juel, H.O. & Drake, G. Linnés redogörelse för de på apoteken förvarade och i Sverige växande medicinalväxterna. Svenska Linné-Sällsk. Årsskr. 1927, 99-130.
- Landell, Nils-Erik. Läkaren Linné. Carlssons. Stockholm, 2004.
- Lindgren, J & Gentz, L: Läkemedelsnamn. Vol. I Gleerup. Lund. 1918. Vol. II Berlingska. Lund. 1927 (sammanbundna)
- Lindroth, Sten. Pharmacopoeia Holmiensis 1686. Lychnos. 1943. 67-96.
- Lindskog, Bengt. På Linnés tid fick sjukdomarna härja fullkomligt fritt. Rudbeckjournalen. 1, vol 5, 2003.
- Linnaeus, Carolus, Materia Medica, 1749.
- Linnaeus, Carolus, Caroli Linnaei Pharmacopaea Holmensis, 1739, Bihang: Utkast till Materia medica 1761. Valda avhandlingar av Carl von Linné i översättning utgivna av Svenska Linné-Sällskapet. No 18, 1954.
- Linnaeus, Carolus. Observationes in materiam medicam. 1772. Valda avhandlingar av Carl von Linné i översättning utgivna av Svenska Linné-Sällskapet. No 6, 1949.
- Linnaeus, Carolus. Materia medica in Regno animalium. 1766. Valda avhandlingar av Carl von Linné i översättning utgivna av Svenska Linné-Sällskapet. No 81, 2011.
- Linnaeus, Carolus. Obstacula Medicinae. 1752. Valda avhandlingar av Carl von Linné i översättning utgivna av Svenska Linné-Sällskapet. No 5, 1948.
- Linnaeus, Carolus. Vires Plantarum. 1747. Valda avhandlingar av Carl von Linné i översättning utgivna av Svenska Linné-Sällskapet. No 57, 1970.

Linnaeus, Carolus. De Methodo Investigandi vires Medicamentorum Chemica. 1754. Valda avhandlingar av Carl von Linné i översättning utgivna av Svenska Linné- Sällskapet. No 56, 1969.

Linnaeus, Carolus. Medicamenta Purgantia. 1775. Valda avhandlingar av Carl von Linné i översättning utgivna av Svenska Linné-Sällskapet. No 76, 2010.

Linnaeo, Carolo. Materia Medica in Regno Lapideo. 1752. Malmeström, E. & Ugglä A.H.J. Vita Caroli Linnaei. Carl von Vita Caroli Linnaei. Carl von Linnés självbiografier. Almqvist & Wiksell. Stockholm, 1957.

Nye, Edwin R. Uppsalafebern kan ha varit malaria. Läkartidningen 35, 2007, 2455

Nynäs, Carina & Bergquist, Lars. A Linnaean kaleidoscope. Linnaeus and his 186 dissertations. The Hagströmer Library. Fri tanke. Stockholm 2016.

Pharmacopoeja Holmiensis Galeno-Chymica 1686.

Pharmacopoea Svecica 1775. Apotekarsocieteten, faksimil. Rediviva faksimil. 1979.

Pharmacopoea Svecica 1775. Apotekarsocieteten, faksimil. 1997.

Schrebero, Ch. D. Caroli a Linné Amoenitates Academicae seu dissertationes Variæ Physicae, Medicae, botanicae. Erlangae, 1787.

The New Dispensatory: I The Elements of Pharmacy. II The Materia Medica. III The New London and Edinburgh Pharmacopoeias. London. 1765.

Neonatalvård i Syrien

Som barnsjuksköterska på neonatala intensivvårdsavdelningen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala sedan nästan 30 år fick jag privilegiet vid fem tillfällen före krigets dagar att undervisa kolleger i Syrien i neonatalvård. Uppdraget fick jag av min makes kollega barnläkaren Najah Khalifa. Jag skulle i samband med konferensresor som Svensk-Syriska Medicinska Föreningen (SSMF) anordnade till Syrien 1-2 gånger/år undervisa personalen vid syriska statliga sjukhus då många av de neurologiskt sjuka barnen felbehandlats i anslutning till förlösningen.

SSMF är en ideell, opolitisk samt etniskt och religiöst obunden sammanslutning av sjukvårdspersonal med akademisk utbildning, bosatt i Sverige. Najah är sedan starten 1996 dess ordförande. Föreningen verkar för ett medicinskt kunskapsutbyte mellan Sverige och Syrien. Dess styrelse bestod länge i huvudsak av läkare och tandläkare, de flesta med syriskt ursprung. Efter min första resa valdes jag in som sekreterare i SSMF:s styrelse. Tyvärr medför kriget idag att SSMF endast i viss mån kan bidra med att stötta behövande praktiskt.

Vid sidan av min tjänst hade jag tagit en fil. kand. med Antikens kultur och samhällsliv som huvudämne och en fil.mag. med Arkeologi som huvudämne. Att som arkeolog få möjlighet att komma till Syrien, där kulturens och civilisationens vagga stått, kändes fantastiskt. Till konferenserna var kopplat några dagars turistresa inom landet med mål som Palmyra och Aleppo. I Syrien fanns jordbrukarsamhällen redan 8000 år f.Kr. och här skapades världens första skriftspråk för mer än 3000 år sedan. På grund av åtråvärda naturtillgångar har Syrien genom historien varit ett mål för andra makters intressen som till exempel Egypten och Rom. Namnet Syrien är egentligen en förkortning av Syriska arabrepubliken. Den "folkvalde" presidenten vid tiden för mina resor (han sitter ännu kvar trots inbördeskriget) är son till den förre vars äldre son var tilltänkt som president men omkom i en olycka. Både inom- och utomhus kunde

bilder ses på far och son, ibland kompletterade med bild på den döde sonen/brodern. Landets officiella språk är arabiska men minoritetsspråk som kurdiska och arameiska finns.

Landets yta är 185 180 km² (inklusive Golanhöjden) med omväxlande natur både av havsstränder, berg, dalar, slätter, stäpp och öken. De viktigaste naturtillgångarna är olja, fosfat, naturgas, marmor, salt och asfalt. Längsta flod (675 km) är Eufrat. Export skedde av råolja och andra oljeprodukter, frukt, grönsaker, bomull, textilier och vete.

Vid tiden för mina här två sammanfattade besök hade 2004 huvudstaden Damaskus 2,2 miljoner invånare och 2005 bodde i hela landet 19,04 miljoner människor att jämföras med Sveriges yta på 450 000 km med 9,04 miljoner invånare. Befolkningstätheten uppgick till 103 inv./km² i Syrien men i Sverige bara 20 inv./km². Syriens befolkning bestod av 89 % araber, 8 % kurder och 3 % av andra ursprung. Siffrorna för spädbarnsdödlighet är intressanta att jämföra då syftet med mina resor var att undervisa i neonatalvård. De var 2003 i Syrien 23 ‰ mot bara 3 ‰ i Sverige. Officiell religion var islam vilken anses stå för fred, rättvisa och jämlikhet (hälsningsordet "salam" betyder fred, frid). 74 % av befolkningen var sunnimuslimer. Övriga religiösa grupper 2004-2005 var 12 % alawiter, 10 % kristna, 3 % druser och övriga 1 %. Man levde i fred sida vid sida och umgicks över religiösa gränser vilket vi som resenärer upplevde. Idag kan vi fråga oss om detta gällde överlag.

Resans huvudmål 2004 var Damaskus. Vi som reste var sjukgymnaster, lärare, läkare, tandläkare, ortopedtekniker, psykologer och jag sjuksköterska. Alla hade vi undervisningsuppdrag utom lärarna som skulle besöka skolor för att förstå den kultur som invandrarbarn i Sverige kommit ifrån. Vi hade med oss specialinköpta rutiga, billiga plastväsor med dragkedja innehållande leksaker till syriska sjuka barn, bland annat 1000 apor skänkta av BRIO som anmälts för att apornas jackor ej hade barnsäkra knappar. Några av resenärerna hade före avresan klätt av apornas jackor, som sedan returnerats till BRIO. Vissa väsor hade redan gått sönder och lagats med stark tejp. Flygresan (inklusive mellanlandning i Aleppo) tog sex timmar med

SyrianAir till Damaskus.

Symposiet inleddes på ett av Damaskus statliga sjukhus, Al Mujtahed, i närvaro av TV och hälsovårdsministern. (Detta blev ministrarnas sista uppdrag då president Bashar al Assad nästa dag ombildade regeringen). Själv skulle jag föreläsa påföljande dag men alla föreläsare presenterades för hälsovårdsministern och media. Denna dag föreläste bland annat Eva Kristina Salameh från Malmö, logoped som disputerat på språksvårigheter hos svensk-arabiska barn i Rosengård.

Eftersom jag skulle undervisa på sjuksköterskeskolan långt ifrån sjukhuset, erbjöds jag att se det senares barnavdelning inklusive neonatalsalen som låg i slutet av en korridor. På vägen dit tittade vi in i rum där större barn var placerade tillsammans med små. Hos alla satt en förälder. I det starkt upplysta neonatalrummet fanns på en liten yta längs väggen ett antal kuvöser av senaste modell och ett par äldre babysängar. Totalt låg där ett tiotal barn. Två personer, båda doktorer, skötte barnen för tillfället. Den tekniska apparaturen var modern men golvet var vått och kladdigt och läkarrockarna var definitivt inte rena. Några av barnen såg väldigt sjuka ut. Varje barn låg utslaget på sitt underlakan utan något stöd för kroppen. Ett barn hade en skalpvensnål som gått fel med ful blånad som följd. Man ansåg sig inte behöva sätta om den då "barnet var döende". Föräldrar saknades helt. Läkarna var oerhört vänliga och mycket stolta över sin tekniska utrustning.

Jag var tacksam för att jag fått se deras verklighet före min undervisning nästa dag. Nu kunde jag bättre förstå deras förhållanden och vad jag behövde understryka i mina föreläsningar. Jag tänkte på hur utvecklingen vid Akademiska barnsjukhuset förlöpt. Vi förlitade oss länge till teknisk utveckling och insåg först på senare år att föräldrar är en tillgång och ej ett hinder samt att barnen behöver en lugn miljö. Jag tänkte försöka övertyga personalen om vilka resurser de hade i föräldrarna, som ju vill sina barns bästa och därför är väldigt mottagliga för information. Dessutom behöver inte sjukhuset avlöna dem. En annan viktig punkt blev att informera om hygien. Det glädde mig att jag, det sista jag gjort, packat ner en bild på hur man tvättar

sina händer för att få rent även mellan fingrarna. Den skulle jag visa någon av undervisningsdagarna och även förklara vikten av barnets miljö.

Mina föreläsningar skulle hållas på svenska och tolkas till arabiska. Jag hade med mig overheadbilder och för demonstration även en del hemgjort material: mössor för att hålla ansiktsmasken för CPAP-behandling på plats (Continuous Positive Airway Pressure=kontinuerlig övertrycksbehandling) och tubtejp (för användande vid andningshjälp). Jag och min tolk, Chams Nayif, tandläkare från Stockholm, anvisades en taxi för resan tvärsigenom Damaskus till sjuksköterskeskolan. Spännande – inte kunde jag språket, inte visste jag var jag var i sta'n eller vart jag skulle och inte kände jag chaufför, ej heller tolk! Jag frågade Chams var vi var. ”Ingen aning”, sa han. ”Jag kommer från Idleb”. Sedan hoppade han av vid en tobaksaffär där han köpte ett telefonkort till sin mobil medan jag snällt väntade i taxin med den rökande chauffören. Resan tog drygt 20 minuter i en Volkswagenbuss, modell äldre.

Sjuksköterskeskolan i Damaskus utkanter var uppförd med bistånd från Italien och väl på skolan bjöds Chams och jag in till rektorsexpeditionen på sötat arabiskt kaffe kryddat med kardemumma. Alla tåg och bussar hade inte hunnit anlända varför vi fick vänta i 45 minuter med att påbörja undervisningen. Det tycktes som den mest naturliga sak i världen för rektorn och jag slogs av ett av landets talesätt: ”I morgon med Allahs vilja” men bekymrade mig för mitt föreläsningsprogram som jag utformat för fem timmar och nu hade vi förlorat nästan en timme. Dessutom skulle jag inte göra rätt för mig då jag ju utlovat fem timmars undervisning. Chams skrattade hjärtligt åt mitt plikttrogna sätt. ”Det var ju inte mitt fel”, som han sa. Det visade sig att många rest långt och skolledningen då ansåg dem vara trötta. Vi var nu nere i drygt halva tiden.

Åhörarna var både sjuksköterskeelever och färdigutbildade sjuksköterskor, med lång eller kort erfarenhet av intensivvård, med små resurser vid statligt sjukhus eller med större vid privatsjukhus. Jag hade därför funderat mycket på hur jag skulle lägga upp undervis-

ningen. Slutsatsen blev att låtsas att alla var nyanställda vid min avdelning i Uppsala och skulle lära sig vårt patientklientel och våra rutiner. Förmodligen skulle det bli för basalt för några och på för hög nivå för andra men så här kunde jag bäst föra fram mitt budskap. Chams och jag hade under kaffestunden fått höra att vidareutbildning i barnsjukvård saknades för sjuksköterskor i Syrien. Man lärde sig av erfarenhet men vissa sjuksköterskor skickades till utlandet, bland annat till Italien, för vidareutbildning.

Med erfarenhet från sjukhusbesöket betonade jag vikten av föräldramedverkan men åhörarna ansåg att föräldrar ej var intresserade. Frågan är vad detta stod för. Vågade man som förälder inte ta till sig barnen – dödligheten var ju klart högre här än i Sverige – eller förmedlade man som sjukvårdspersonal att de ej behövdes? Jag kunde tänka mig en kombination. Att föräldrarna inte skulle ha möjlighet att komma ville jag inte tro eftersom de fanns hos de äldre barnen. Detta skulle ha varit intressant att diskutera. Här kände jag också bristen av att inte kunna kommunicera direkt med åhörarna. Kunde min tolk förmedla mina eller åhörarnas nyanser? Även kulturen spelade in. Då jag förklarade att det gick att avläsa mognadsgrad på den gravt underburna flickans blygdläppar vägrade Chams att säga det. Efter en ordväxling oss emellan på svenska kunde han förmå sig till att säga att ”könsdelarna på gravt underburna flickor ser annorlunda ut”. Han var ju man och åhörarna kvinnor ... Jag lyssnade hela tiden aktivt på arabiskan, som jag lärt mig att tycka om. Ett ord sa Chams så många gånger att jag blev tvungen att fråga och fick reda på att ”toffel” betyder ”barn”.

Nästa dag skulle många av åhörarna lämna Damaskus och hade tider att passa. Mina fem timmar blev 2 ½ men ”nu var jag syrier” och tog seden dit jag kommit med all dess charm. Denna dag fick jag flera frågor. De slöjburna kom upp på podiet efter föreläsningarna medande västerländskt klädda ställde frågor direkt från åhörarpåls. Jag visades sjuksköterskeskolans avdelning för praktiska övningar. I stora byråar låg i separata lådor instrument och material för olika vårdåtgärder. Tyvärr kunde jag inte se allt då den som hade nyckeln

inte var på skolan denna dag.

Nästa år var målet Deirezzor i östra Syrien, med rika oljefält i närområdet och med Eufrat som flyter igenom staden. Vi kändes denna gång igen på vår litet udda packning av ståskal och rollatorer som skulle skänkas till barnhabiliteringen där. Jag var gruppens enda sjuksköterska och vi visste i stora drag vad vi skulle göra men det hände alltid saker "på vägen" vilket var en del av charmen med resorna. Vi anlände på morgonsidan till Deirezzor, några timmars resa med minibuss från Aleppo. Resan komplicerades av svårigheten att få tag på diesel till bussen. Först vid tredje bensin-



Gåvor från Sverige – ståskal.

stationen, efter att busschauffören väckt personal, som sov vid sina pumpar, fick vi diesel. Tydligt hämtade USA diesel i Syrien för att använda till fordonen i Irak där diesel var bristvara. Vägen korsades av fårhjordar med vallande herdar, hundar och åsnor och gick genom både ökenlandskap och jordbruksmarker. Vi såg hus med platta tak, som på Jesu tid. Mitt i öknen stannade chauffören för att be på sin bönematta. Efter ett minimum av sömn började arbetsveckan på olika håll – jag på sjukhuset och de övriga på rehabiliteringen.

Jag och Ghassan, min tolk, född och uppvuxen, liksom Najah, i Deirezzor men boende i Malmö och gift sedan många år med logopeden Eva-Kristina, kördes till ett av stadens sjukhus. Utanför den låsta ytterdörren väntade anhöriga och patienter på sin tur medan vi fick gå förbi kön och släpptes in direkt. Busschauffören ledde oss till sjukhusdirektören där vi fick arabiskt kaffe och information inför dagens arbete. Många kvinnor av sjukvårdspersonalen hade skor med höga, smala klackar. Själv kände jag mig som kusinen från landet med mina grova sandaler och brist på smycken. Alla var *mycket* vänliga

mot oss. Överläkaren hade förhör med sina underläkare i vår närvaro. Han gick hårt åt dem. Efter en stunds samvaro visades vi till föreläsningssalen, ett rum med ett skrivbord i ena ändan, ett stort bord i mitten och fåtöljer längs väggarna, ett vanligt sätt att möblera i Syrien. Efter att ha presenterat mig och neonatalavdelningen i Uppsala talade jag om hygien, föräldramedverkan och hur vi tar emot ett för tidigt fött barn. Jag utgick i min undervisning från vad jag sett av vården i Damaskus året före. Åhörare var inte bara sjuksköterskor utan även läkare. De flesta var intresserade och ställde många frågor.

Efter föreläsningen bjöds vi in till kuvösrummet. Sex barn låg helt stilla i varsin kuvös med ena långsidan ställd mot väggen. Några låg under lampor för behandling av gulsot. De hade större delen av huvudet invirat i förband för att skydda ögonen för lampan. Vid min fråga varför man inte bara täckte ögonen sa man att det inte gick att göra på annat vis. Jag beskrev hur vi gör i Uppsala och genast hämtade en sköterska material för att tillverka ett förband efter mina instruktioner.

Nästa dag gick vi direkt till förlossningsavdelningen efter samling i läkarrummet. Man ville ha hjälp med att undersöka ett nyfött barn. Samtidigt kom en gravid kvinna in för att föda. Barnmorskan satte på sig ett par osterila plasthandskar. Kvinnan las upp i sin fotsida privata klänning på ett förlossningsbord i rostfritt stål. Värkarna var starka och hon fick ingen bedövning. Hon trevade efter något att hålla i och jag gick fram och gav henne min hand.

Inom loppet av några minuter hade hon fött fram en flicka. Jag fick visa hur man kan torka ur munnen, frottera barnet, vid vilken längd man kan klippa navelsträngen och lägga på en navelkompress. Man hade stora problem med infekterade navlar på sjukhuset, eventuellt beroende på att man klippte navelsträngarna så att det blev en mycket lång navelstump, som las in i blöjan. Efter förlossningen gick vi till kuvösrummet för vidare undervisning. Barnmorskan sprang ifatt oss och frågade vad jag hette eftersom den nyförlösta mamman ville döpa sin flicka efter mig. Jag blev både stolt, rörd och glad. Jag undrar så idag hur det gått för flickan och hennes mor, om de över-

huvudtaget lever.

I kuvösrummet var det svalt och skönt. Man hade nyligen fått en fläkt som användes flitigt. Barnen låg i sina kuvöser varför man ansåg att man kunde kyla salen. Vad man inte tänkte på var att en kuvöslucka/barn var öppen för att ej överdosera syrgasen som gavs fritt i kuvöserna. Eftersom det fanns respiratorer men inga fungerande syrabasapparater för att kontrollera blodvärden behandlades i blindo vilket kan få förödande följder eftersom man ej vet vad man behandlar. Jag informerade om detta och betydelsen av en varm miljö för barnet för att spara på dess kalorier som behövs för tillväxten, om inte annat. Därefter diskuterade vi matrutiner, sonsättning och TEJP att fästa sonden med. Jag hade med mig hudvänliga häftningar och visade hur vi tillverkar dem i Uppsala och hur liten yta av huden de upptar. Jag frågade om deras tejp var hudvänlig. De berättade då att det ofta försvann hud när de tog bort tejpens i ansiktet.

Barnen var, som igår, tysta och stilla och jag frågade om de fick någon medicin för att hålla sig lugna men fick ett nekande svar. Bara ett barn var ledset men ingen tog någon notis om det. Jag frågade och tilläts att bädda ett bo runt barnet eftersom det verkade oroligt. Det visade sig sedermera att barn med gulsot får fenytoin (krampförebyggande, lugnande) utöver lampbehandling. Detta förklarar varför barnen var så stillsamma!

Nästa morgon ombads vi att gå in i kuvösrummet då det hade fötts underburna tvillingar under natten. Läkaren ville att jag skulle visa honom de kriterier vi i Sverige tittar på för att bedöma ett för tidigt fött barn. Jag visade på bland annat naglar, bröstkörtelparenkym, hud, fotsulor, lanugohår (mjuk behåring på huden), öronbrosk, ögonspringor, könskaraktärer och kroppsstorlek. Läkaren hade satt artärkatetrar i förebyggande syfte men inte kopplat till ett dropp. Katetrarna gömde han i barnets blöja. Jag visade hur vi i Uppsala fäster katetrarna på huden – aldrig i blöjan – och att man alltid bör ha dropp gående i dem. Ett barn hade dött under natten troligen beroende på en infektion. Att få en infektion på sjukhuset i Deirezzor betydde dödlig utgång. 80 % av barn födda efter 28 veckors gravidi-

tet dog, de flesta på grund av en infektion. I Uppsala överlevde vid samma tid 95 %. Det gjordes i mina ögon väldigt lite för att förebygga en infektion – ingen handtvätt före kontakt med barnen, tvål och handsprit saknades helt på salen, plasthandskar och tvättsprit var inlåsta tillsammans med personalens handväskor. Personalen hade samma arbetskläder dag efter dag, flera hade långa målade naglar och allehanda smycken bars i arbetet. Någon hade satt ett halsband utanpå rocken för att muntra upp den lite. Min teori kring den obefintliga handtvätten är att man på grund av sin religion tvättar sig flera gånger om dagen och då antagligen tror sig vara tillräckligt ren.

Sjuksköterskorna ville intervjua mig och vi visades till deras uppehållsrum, vägg i vägg med kuvösrummet. Där fanns även, knappt årgamla barn. Sjuksköterskorna hade lön efter erfarenhet, en låg lön. En som arbetat i fyra år tjänade cirka 800 svenska kronor i månaden. De som inte hade äldre släktingar i närheten hade ej råd att vara hemma utan tog med barnen till arbetet som passades av den som för tillfället hade tid. Samma sköterskerock användes i uppehållsrummet som inne på salen. Barnet las till bröstet sedan mamman knäppt upp arbetsrocken. Sjuksköterskorna var missnöjda med läkarna som de ansåg krävande. Personligen tror jag att läkarna hade stora bekymmer för att sjuksköterskorna inte följde ordinationer. En sjuksköterska berättade att hon utbildats 12 år tidigare men vägrade sticka barn av hänsyn till barnet. Plötsligt kom en kvinna in med en liten flaska bröstmjolk. Hon gick till ett kylskåp som stod på golvet, öppnade kylskåpsdörren, tog ut en 1 ½ liters plastflaska som tidigare innehållit mineralvatten men nu var halvfull med mjölk, satte ned den stora flaskan på golvet, fyllde på den med sin medhavda mjölk och ställde tillbaka den stora flaskan i kylskåpet, stängde kylskåpsdörren och gick därifrån, ett förfarelsesätt fjärran från vårt näst intill sterila mjölkök i Sverige.

Nästa morgon fick vi närvara då läkarna förhördes av den stränge sektionschefen. En av läkarna fick kritik för att han inte hänvisat en patient till sektionschefens privata mottagning istället för att låta patienten vara kvar på det statliga sjukhuset. Därefter ställdes frågor

till mig om vård i allmänhet och i synnerhet kring infektioner och mat.

Vi blev uppbyggda till avdelningsföreståndaren för lunch. Hon frågade mig om jag var fattig som inte hade smycken. Jag förklarade att smycken inte tillåts på min neonatalavdelning på grund av infektionsrisken. Därför använde jag inte några här heller. Hon tog då av sig en av sina ringar och gav mig den. Sista dagen på sjukhuset hade en av doktorerna som gillade svensk fotboll sett att vi fanns på bild i dagens tidning. Han försvann och kom tillbaka en timme senare med sin egen tidning som han gav mig. I gengäld gav jag honom en penna som det stod "Bostad Uppsala" på. Han blev överlycklig. Därefter tillverkades ett diplom till mig som överläkaren lämnade över och läste upp. Jag välkomnades tillbaka och jag bedyrade att det var min högsta önskan. Jag tyckte mycket om landets folk och vi hade mycket att lära av varandra.

För Damaskus del närde jag en förhoppning att man i en snar framtid skulle ta emot föräldrar på neonatalavdelningen. Med utgångspunkt från erfarenheter därifrån såg jag som mitt främsta mål inför resan till Deirezzor att föräldrarna skulle närvara hos sina nyfödda barn på sjukhuset men väl i Deirezzor såg jag det viktigare att få till stånd en bättre hygien. Visst var föräldrar lika viktiga här men skulle det bli en högre överlevnad måste synen på hygien förändras och i andra hand propageras för föräldrar. I Deirezzor var man tacksam för bistånd med hjälpmedel och här kunde jag också visa på hjälpmedel att tillverka själv till en mycket lägre kostnad än att köpa färdiga. Själv lärde jag mig att jag inte ska ta allt för givet. Utgångsläget skilde sig mellan länderna gällande både föräldraförsäkringar, utbildningsmöjligheter, löner, religion och mycket annat. Det gäller att vara lyhörd, se behovet på platsen och inte komma med en plan, grundad på svenska förhållanden, som färdigställts redan före avresan från Sverige. Det viktiga som jag såg det 2005 var att arbeta vidare utifrån sjukvårdens behov på respektive plats i Syrien.

Idag är situationen tyvärr en annan. Många sjukhus har bombats där både patienter och sjukvårdspersonal dödats. Möjlighet till såväl

konferenser som hjälp utifrån är närmast obefintlig. Det fina samarbete och förtroende för varandra som vi byggt upp har raserats. Välutbildade har flytt landet då de tolkats, kanske med fog, som statstrojna och känt sig hotade av rebeller. Idag är allt en enda röra av rebeller, statstrojna och IS. Det är svårt att förstå hur landet ska bli fungerande igen när så mycket är raserat. Jag lider med det syriska folket som tog emot oss svenskar med öppna armar.

Eva Ahlsten

I en sal på lasarettet

Jag visste inte att en gammaldags febertermometer kan vara poetisk. Eller att en rondskaål kan vara så full av humor. Men det är heller inte vilken poesi och humor som helst. Det är vardagen som plötsligt stannar upp och blir synlig från ett oväntat håll.

Att Tor-Göran Henriksson är läkare behöver knappast sägas. Hans målningar och skulpturer hämtar sina motiv från en enda motivkrets – sjukhussalar med sängar på rad, sköterskor i gamla tiders blåvita dräkter, korridorernas linoleumprickiga golv, nattygsbord med pilleraskar, lunchtallrikar och ett och annat vykort som önskar god bättring.



ACO-mint och Albyl, 2007

Det är visserligen en värld som lika gärna kunde vara skildrad ur patientens perspektiv. Framför allt i Tor-Göran Henrikssons tidiga verk drabbas betraktaren av de sjukas ängsliga blickar medan läkare och personal tornar upp sig som sagans jättar runt deras sängar. Målningen "Feber" från 1980 är en av flera som får mig att minnas en återkommande förnimmelse jag hade strax före insomnandet i de tidiga tonåren.

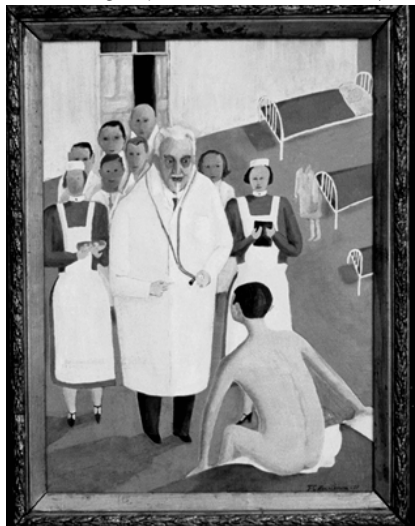
Föremål i min omedelbara närhet försköts och krympte till miniatyrer medan andra ryckte närmare, proportionerna kastades om och fick mig att uppleva ett slags skilsmässa mellan kropp och själ. De minsta figurerna i Tor-Göran Henrikssons sjukhusfantasi kunde vara hämtade ur min "vakendröm".

Freud, lärde jag mig senare, har ett ord för det kusliga – *unheimlich* – som jag tycker mig möta överallt i Tor-Göran Henrikssons målningar.

Det kusliga är att inte känna sig hemma. Tor-Görans naivism bottnar inte i någon idyll.

Mina föräldrar tog mig till skolläkaren, som inte hade någon förklaring till fenomenet med mina nattliga perspektivförskjutningar och trodde att det berodde på tendens till närsynthet, en diagnos som snart skulle visa sig vara gripen ur luften.

Andra målningar från denna tidiga period förmedlar samma känsla av utsatthet och oro. I "Barnsal" (1978) sitter de små patienterna i sina bäddar med blicken riktad rakt ut ur bilden, allvarliga som hos fotografen. Även sköterskorna ser ut som patienter, upptryckta mot väggen. Det är det intryck man ofta får av Tor-Göran Henrikssons sjukhusmålningar de här åren: att konstnären är någon som passerar i korridoren, öppnar en dörr och ser de bleka och förskrämda patienterna stirra tillbaka. Scenen avbildas med osentimental skärpa: salar-
nas ödsliga symmetri, det flacka ljuset, järnsängarnas parad av



Storrond, 1977

inhysingar som snarare leder tankarna till forna tiders asylor än dagens supereffektiva, landstingsstyrda sjukhusfabriker.

Tor-Göran Henrikssons första sjukhusmålning heter "Storrond" och är daterad 1977.

Det är ett porträtt av den milt uttryckt legendariske Uppsala-professorn Erik Ask-Upmark. Även här är perspektivet förskjutet – vid en av sängarna i bildens övre hörn står en miniatyrmänniska och i en annan sticker ett nästan utsuddat

ansikte upp ovanför lakanet. Men det är professorsn fylliga och porträttlika gestalt som dominerar bilden. De lydiga medhjälparna bildar en klunga bakom hans rygg. Patienten sitter naken på sin säng,

föremål för professorns granskande blick.

Den som följt Tor-Göran Henrikssons målningar genom åren anar en konflikt i porträttet av Erik Ask-Upmark. Professorn har huvudrollen, det är sant – men dras inte våra blickar snarare till patientens nakna, alldeles släta rygg? Är det inte honom inlevelsen gäller? Till skillnad från den porträttlike Ask-Upmark, vänligt bligade, långt ifrån den skrämmande person det fortfarande berättas anekdoter om, är patienten helt och hållet anonym, en ung man utan kläder, ansiktslös, närmast en gosse, helt utlämnad åt professorns, de fem kandidaternas och de bäge systrar-
nas närgångna intresse; patientens egna känslor kan på sin höjd avläsas i kroppshållningen, de särade benen, händerna som kramar hårt om sängkanten.



Rökpaus, 1985

Erik Ask-Upmark är en av få kända personer i Tor-Görans konst, där anonymiteten snarare underlättar än hindrar inlevelsen. Man anar att doktorn och konstnären ofta bytte plats med patienten. När psykiatern och radiomannen Moltas Ericsson gör entré i "Råtttrond" från 1982 är patienterna förvandlade till gnagare med elaka blickar som stirrar tillbaka på den handlingsförlamade Moltas. Steget från komik till ångest är kort.

Tor-Göran Henriksson började måla i tonåren och hann pröva olika motiv under studietiden i Uppsala. Men det var under en tjänstgöring i Paris i mitten av nittonhundrasjuttioalet som han fann sin bildvärld och sitt eget sätt att måla. Kanske var det miljöbytet som bidrog till perspektivskiftet. Det finns en tydlighet i dessa sjukhusbilder som av allt att döma drar nytta av plastikkirurgens handlag. Vi ser detaljerna frilagda, liksom förevisade på livets anatomiska teater efter det schema som kan studeras i målningar som "Storrond", "Feber" och den besläktade "Poliklinik" (1979), där patienten ligger på en hård brits i förgrunden, medan det smutsbruna golvet breder ut sig över bildytan

och fyller även betraktaren av denna kyliga studie med en känsla av att närvara vid ett kusligt experiment.

Så ser spelreglerna ut mellan 1977 och 1985, då "Luciamorgon" tillkommer och där stjärngossarna verkar lika främmande för patienternas värld som läkaren i "Poliklinik". Men det kommer att ske en glidning mot en mer komplex hållning, både mer humoristisk, känslösam och mångtydig, och jag tror man kan se "Strumpan" (1981) som ett förebud. Här sitter två personer på var sin stol. Den ene – patienten – stickar på en strumpa som nu nått en längd av åtskilliga meter; den andre – läkaren i sin vita rock, tittar stillsamt på, som om han väntade sig att denna bisarra terapi skulle leda någonstans. Den klassiska frågan inställer sig – vem är galnast? Doktorn eller dären?

Vad som nu händer i Tor-Göran Henrikssons måleri är att den i viss mån kyliga och registrerande blicken lämnar plats för en varmare kolorit. Det är inte bara patienterna som får ansikten, som när en kvinna med fläta långtansfullt betraktar ett nattygsbord med några spretiga blommor i en mugg. Perspektivet flyttar in i människorna. Det är framför allt sjuksystrarna i sina blåvita dräkter som blir bärare



Rökpaus, 2000

av detta inre landskap. De flyger genom salarna, och inte enbart i patienternas drömmar – det blir allt svårare att se var gränsen går mellan de sjuka och den vårdande och personalen.

Ungefär vid den här tiden börjar Tor-Göran Henriksson göra skulpturer, en konstutövning som först är på lek och snart övergår i ett originellt skapande där sjuk-sköterskan blir det helt dominerande motivet. Materialet är



Syster i vårdträdet, 1996

i regel trä, knotiga enar och annat som inte sällan får ge form åt de sköterskor som liksom stiger fram ur materien, ett slags motsvarigheter till de medeltida kyrkornas madonnor. Även om Tor-Göran Henriksson alltid uppmärksammat sjukvårdens brister och tillkortakommanden, innebär dessa trämadonnor att hans bildvärld når en ny komplexitet och känslkraft. Det är som om han kom närmare sitt motiv, målningarnas underfundiga lek med perspektiv och förskjutningar övergår i ett formspråk som upptäcker kropparnas volym och – inte minst gesternas mänskliga innehåll. Han har alltid varit uppmärksam på gestens betydelse, men det är i skulpturer som "Syster med liten patient" (1994) och "Det blir säkert bra" (2003) som inlevelsen slår an ett nytt ackord. Den lilla patienten som vill att den högresta system ska lyfta upp henne talar direkt till känslan. Vi upplever väl alla i vår egen kropp hur den lilla flickan längtar efter sina föräldrar? Titeln på den andra skulpturen är en replik som sjuksystrar ofta har anledning att uttala – här säger hon det till en medsyster som behöver tröstas, vilket är ofta fallet i Tor-Göran Henrikssons sena skulpturer, ibland med komisk accent som när en syster har krupit ihop en rondskaål och en annan somnat på en landstingskudde.

Något nytt händer när läkarna träder i bakgrunden och systrarna i stället intar scenen. I jämförelse med "Nattkaffe" från 2004 är

målningen "Kaffepaus" från 1984 både ljusare och kyligare – en bild som verkar befriad från känslor. I den senare målningen är de tomma blickarna snarare trötta än likgiltiga, och i en pendang, "Nattkaffe" (2002), har en ensam syster fallit i sömn bredvid en kaffekopp och ett fat med en skorpa.

Förtvivlade, utbrända och själva i behov av hjälp rycker de ut för att hjälpa andra. En målning heter just "Syster rycker ut" (2003) och föreställer en roddbåt med en syster vid årorna som spejar över axeln mot en avlägsen horisont. Humor saknas inte i dessa moderna



Syster i rondskål, 2004

Mariabilder – men den färgas av en medkänsla som inte fastnar i en kritik av "vården" eller något annat abstrakt begrepp.

Alla som intresserar sig för Tor-Göran Henriksons konst slås av att den avbildar en svunnen värld. Även några målningar av sjukhusparker leder tankarna till tiden före den högteknologiska sjukhusapparat som vi vant oss vid. Patienterna tycks ofta vara inspärrade i dessa ålderdomliga miljöer, som dårar före psykiatrireformen.

Det händer att Tor-Göran får heta "naivist", en grov förenkling som Torsten Ekbom avfärdar. Bror Hjort, en valfrändskap, är heller ingen naivist. Det finns inte ett uns av nostalgi i dessa avbildningar av en tid som flytt. Jag ser snarare en givande konflikt – eller dialog – mellan känslan av förlust och insikten om att det inte var bättre förr.

Tor-Göran Henrikssons målningar är en fantasi som rör sig i gränslandet mellan minne, dröm och verklighet. En favorit, "På isen", föreställer en syster som skrinna fram på isen med en flicka som leder tankarna till den unga patienten med missbildat huvud i den tidiga Parismålningen "I korridoren". Tor-Göran har själv kommenterat motivet: "En scen möjlig i drömmen för den som en

vacker vinterdag genom sjuksalsfönstret tittar ut på isen nedanför och kommer ihåg hur lätt man glider fram med skridskor på fötterna och hur tungt det kan vara för den som är sjuk att stiga upp ur sjuksängen”.

Tor-Göran Henriksson tyckte om att åka långfärdsskridskor.



På isen, 1994

Leif Zern

Texten är en reviderad och något utvidgad version av förordet till Tor-Göran Henrikssons bok "Mina systrar" (2011).
Bilderna presenteras i svartvit version av tryckeritekniska skäl.

Medicinstudent på 1940- och 1950-talet i Uppsala

Uppsala den sista veckan i augusti 1947. Upprop på amfiox-kursen på Anatomikum. Institutionen låg vid Fyris västra sida omedelbart ovan Islandsfallet. Det var inte självklart för många av oss att vi hamnat där. Läkarförbundet hade skickat ut en folder våren 1945 där man avrådde oss från att läsa medicin. Det var svårt att försörja sig som läkare. Arbetslösheten var hög. Efter läkarexamen fick man gå som assistentläkare på sjukhus i tre år utan lön men med mat och eventuellt husrum. Men maka/e fick varken mat eller husrum. Det var det s.k. assistentläkarsystemet. Nu två år senare talade man inte så mycket om det. Men det krävdes högre betygspoäng att komma in på Käftis, så en viss tveksamhet inför läkaryrket fanns det nog.

Vi var tjugofyra på uppropet, åtta flickor och sexton gossar. Amfiox-kursen, jämförande anatomi och osteologi, fungerade som åsnebrygga. Klarade man inte tentan efter sexveckorskursen fick man inte fortsätta utan vänta till nästa termin och gå om kursen, vilket drabbade en av oss. Vi pluggade intensivt och hade inte tid för något annat. Nationslivet fick anstå. Vid tentamen i osteologi satt tentator och tentand på varsin sida om bordet. Benen räcktes fram under bordet och man skulle identifiera och namnge dem utan att titta på dem!

Efter amfioxen började human-anatomikursen med dissektioner av människolik. Vi arbetade då i grupper om fyra. En grupp som gav en livslång vänskap och det närmaste syskonkänsla man kan komma. Under hela anatomiåret läste vi intensivt tillsammans, dels för att hjälpa varandra, dels för att det inte fanns läroböcker att köpa. Kurslitteraturen var enbart tysk och nytryckta tyska böcker hade ännu två år efter krigsslutet inte börjat komma. Engelskspråkiga kursböcker hade aldrig använts förr, vilket var fullgott skäl att inte använda dem nu heller. Man fick försöka låna anatomiböcker av äldrekursare, vilket inte var så lätt eftersom anatomitentamen inte skedde förrän sjätte terminen. Men vi kämpade på med våra lånade och bitvis sönderlästa böcker.

Det var ett pennalistiskt regemente på Asis. Dagarna började kl. 08 med föreläsning två timmar. Föreläsningarna var obligatoriska med närvarokontroll genom upprop. När föreläsaren kom in i salen prick 08.15 låste han dörren efter sig. Den som kom för sent släpptes inte in utan fick efteråt föreläsningen uppläst för sig av en amanuens mot en avgift på 15 kr. Det var en tredjedels månadshyra och alltså en kännbar utgift. Effekten var att ingen kom för sent, inte ens de som var notoriskt dåliga att passa tider. Men tyvärr visade det sig att effekten på dem var övergående och inte livslång. Efter föreläsningen kom dissektionsgenomgång av anbefallda partier. Kl. 16 dissektionsrond då man fick demonstrera sina resultat och därefter fortsatt arbete för att sona bristerna. Lördagarna var vanliga arbetsdagar. Vi dissekerade människolik som redan då började bli bristvara, därav ordningen med grupper om fyra. Liken förvarades i stora kar med formalin i källaren. Antingen hämtades de upp av vaktmästaren eller fick vi själva gå ner och fiska upp dem. Vi använde aldrig handskar när vi dissekerade. Första gången kändes det obehagligt, men känslan försvann så gott som genast. Vi vande oss också snabbt vid formalinlukten och formalinallergi hörde vi aldrig talas om. Fast allergier var över huvud taget ett ganska okänt begrepp. Men man kände ju igen förstaårsmedicinerna på lukten.

Var och varannan vecka hade man deltentamen, s.k. duggning för någon av amanuenserna, på det parti man hade dissekerat. Amanuenserna var medicine kandidater, som oftast i maktfullkomlighet var besjälade av föresatsen att offren, dvs. vi, inte skulle slippa lindrigare undan än vad de själva gjort. Systemet var sanktionerat uppifrån och bottenade nog i den uttalade uppfattningen att anatomi var det viktigaste av alla ämnen och det som skilde läkaren från kvacksalvaren. Underkändes man, måste duggan göras om vilket innebar att man blev efter inför nästa, som man förstås fick svårt att klara tills man var inne i en ond cirkel. Även detta var nog en medveten policy från institutionsledningen, som inte hade accepterat den då nya ordningen med fem terminer till medicine kandidatexamen. David Holmdahl, vår professor i anatomi, förklarade för oss att det inte var

möjligt att klara tentamen i anatomi förrän sjätte terminen ”då först hade man den anatomiska mognaden”. Han förlängde alltså helt egenmäktigt vår utbildningstid med en termin.

Vi gossar, som levde under ständigt hot om inkallelse till militärtjänst eller, som redan hade sinkat några av oss två år, insisterade på att få tentera anatomi efter två terminer, i synnerhet som vi hade tre månaders sommarlov att använda till tentamensläsning. Två modiga flickor som ju inte hade militärtjänst hängande över sig hakade på och Holmdahl konstaterade med beklagande att han inte hade formellt rätt att vägra oss, men att vi givetvis efter så kort inläsningstid inte kunde få mer än högst godkänt i betyg! Vi råpluggade hela sommaren och tenderade omedelbart i början av tredje terminen och hastade vidare på vår medicinska bana med mediokert anatomibetyg, trots gedigna kunskaper. Men ändå nöjda för genom vår insats blev det sedan ganska vanligt att man tenderade anatomi efter två terminer enligt studiehandboken.

De flesta gossarna hade dock bara gjort tre månaders värnplikt under sommaren efter studenten, men eftersom värnplikten var två år för medicinstudenter var de nästa tre sommarloven också inbokade och omöjliggjorde tentamensläsning. Alltså fick anatomitentamen anstå för de flesta trots att vi hade bråttom. För vi hade bråttom. Trots läkarförbundets avrådan från att läsa medicin på grund av läkaröverskottet och läkararbetslösheten anade vi att den ljusnande framtid var vår, och att vi skulle få arbeta som läkare när väl utbildningen var klar. Ja, redan när anatomiåret var över skulle livet leka. Holmdahl skulle inte få sinka oss.

Men åter till början.

Problemen för en recentior då var desamma som nu. Studentrum var svåra att få tag i. Studentstaden var ännu inte byggd och det som fanns var alltså inackorderingsrum med en hyrestant (vanligen var det en ”tant”, dvs. en ensamstående kvinna) som drygade ut inkomsterna genom att hyra ut ett eller flera rum i lägenheten till studenter. Jag var lyckligare lottad och hade fått kontakt med studentkollektivet på

Fig 1. Järnbrogatan 2, Uppsala. Foto Gunnar Sundgren, Upplandsmuseet



Edlingska vinden, Järnbrogatan 2, och lyckats få ett rum där från och med höstterminsstarten. Huset Järnbrogatan 2, numera S:t Olofsgatan, är det gula 1800-talsträhuset i korsningen Kyrkogårdsgatan och S:t Olofsgatan. På vinden fanns fyra enkla rum i varje ände, grupperade runt ett ganska stort men fönsterlöst gemensamt rum. I varje enhet om fyra rum fanns toalett av ungefär samma storlek som i våra dagars segelbåtar. Den rymde alltså wc och ett litet, litet tvättfat med enbart kallt vatten och tillät knappast att man vände sig om. Mer omfattande hygien fick skötas på Svettis där det fanns bastu och bassäng. Huset ägdes av pensionerade häradshövdingen Edling. Han hade utstrålningen av att redan för 50 år sen ha glömt hur det var att bli motsagd.

Studentvinden var anrik. Där hade bott studenter som blivit namn i den akademiska och litterära världen. Namnen fanns skrivna på kakelugnarna i rummen. Att vinden var anrik utnyttjade givetvis häradshövdingen. Hyran var 50 kr per månad vilket var mycket, men då ingick städning dagligen av Fru Hansson. När någon flyttade från vinden utsågs en efterträdare enhälligt av de kvarvarande. Man måste alltså ha en fadder för att få komma in på vinden. Systemet fungerade utmärkt och var en förutsättning för ett problemfritt liv i de trånga primitiva utrymmena. Alla de konflikter som är vanliga i senare tids studentkorridorer var helt okända.

När man flyttade in började man med att gå på visit hos häradshövdingen. Man blev mottagen i salongen, bjöds på ett glas sherry och ett välkomsttal vari alla namnkunniga företrädare omtalades och där häradshövdingen slutligen framhöll att man borde följa företrädarna i spåren. Vindens anor bjöd, och han förväntade sig, sa han, att kandidaten skulle trivas på vinden och fortsätta en akademisk bana till doktorsavhandling. Men, framhöll han, under tiden var det angeläget och viktigt att släcka ljuset efter sig på yttervinden för att spara på elektrisk ström.

Den akademiska världen var en liten värld. Antalet professorer i medicinska fakulteten var bara cirka 14. På sjukhuset fanns ett fåtal docenter och på de prekliniska institutionerna fanns en prosektor på Asis, en laborator på fysiologen och med-kemikum. Jag var medlem av Kalmar Nation som omväxlande med Gotlands var stans minsta. Seniorerna inräknade var vi cirka ett hundra medlemmar. Nationstillhörigheten grundades på att man tagit studenten vid Kalmar Läroverk. Inspektör var E. Louis Backman, professor i farmakologi, kalmarit och enäggstvillingbror till Gaston Backman, professor i anatomi i Lund. Bröderna var till förvillelse lika även som gamla och E. Louis berättade gärna att han hade en bror som var professor i anatomi men att denne aldrig hade tenderat i ämnet. De lär ha haft för vana att bara tentera vartannat ämne, men om Gaston hade skött tentamen i farmakologi nämnde inte E. Louis.

Nationerna, särskilt de små, hade faktiskt en betydande social funktion. När man kom till stan blev nationen mycket av ett hem. Där fanns ju skolkamrater som man antingen kände väl, eller i alla fall till namnet och utseendet. På nationen träffade man äldre medicinare som kunde ge hjälp att skaffa de svåråtkomliga tyska läroböckerna. På nationen fanns den gemenskap som var deras ursprungliga ändamål.

Kalmar Nation i hörnet Johannesgatan – Rundelsgränd nedanför Olympen var ett gammalt träruckel "Bortom Bullret". Det var charmigt trångt och obekvämt. Stora salen rymde 30 sittande och det räckte för det mesta. Vid större fester abonnerade vi Rosendals

matsalar som låg på Rundelsgränd snett emot nationen. Nationerna hade då som nu utskänkningsrättighet dvs. man fick servera sprit på festerna.

Men motbokssystemet gjorde att man måste inkomma med ansökan till systembolaget vid varje fest och ansöka om sprittilldelning grundad på beräknat antal deltagare. I sig var detta inte något större problem. Värre var att man måste betala restaurangpris för de beviljade flaskorna. Alltså gällde det att köpa så mycket som möjligt som privatperson med hjälp av lånade motböcker. En klubbmästares viktigaste tillgång var därför en lista på nyktra nationsmedlemmar, som inte för egen del förbrukade månadsransonen på en liter starksprit och vars motböcker man fick disponera. Självklart kunde inte klubbmästaren komma till systemet med en bunt motböcker. Det kunde däremot stadsbuden som var flitigt anlitade inför nationsfesterna.

På flera sätt var det en bra tid att leva i. Kriget var slut. Nazismen var krossad och dess illgärningar så synliggjorda att den ideologin var utrotad och död och aldrig skulle kunna återuppstå. Atombomben hade, trodde jag, definitivt satt stopp för alla krig och det kalla kriget hade inte blivit verklighet för de flesta av oss. Att Ryssland var ett onskans imperium visste vi ju sen flera hundra år, men nu var det så sysselsatt med sina egna problem att vi äntligen inte behövde vara rädda, trodde vi. Att vi skulle ha fel på alla punkter kunde vi inte ana.

Efter Asis

Första året som med.stud. var omtumlande. Allt var ju nytt, kurskamraterna, studieteknik, prestationskraven allt drabbade oss som redan kände oss främmande och yngst i den akademiska hierarkin. Dock skall jag genast säga att någon nollning eller livning inte förekom, varken från äldrekursare på Asis eller på nationen. Den recentiorsgask som hölls på nationen var bara ett namn på terminens första gask, möjligen fick recentiorerna framföra ett spex där man kunde skända sina äldre kamrater om man fann på något lämpligt. Möjligen var detta typiskt för den lilla nationen, om det var annorlunda på

större vet jag inte. Kanske var det en vänligare anda överhuvudtaget beroende på att det akademiska systemet var mycket mera oppressivt än nu för tiden. Studenterna var mycket mera rättslösa, som ju upplevelserna på Asis visade. Inför detta överhetsförtryck svetsades studentkollektivet samman, vilket nog förklarar sammanhållningen och hjälpsamheten bland studenterna.

Kurserna efter anatomiåret formades helt annorlunda. Kanske förklaringen var att vi nu var varma i kläderna och hade fått bättre studieteknik. Men som jag nu minns det var stämningen på de olika institutionerna mycket mera avslappad. Martin Wrete på histologen var en mot oss torr och korrekt professor som dock hade ett förflutet som uppskattad juvenilbroder. Det märkte vi inte så mycket av men hans allmänna vänlighet var desto mera påfallande.

Efter tentamen i histologi blev jag erbjuden att bli amanuens på histologen. Det var förstås smickrande och jag tackade ja. En konsekvens som jag inte förutsåg var dock att när jag sedan blev erbjuden amanuensjänst på medkemikum och ännu senare fysiologen måste jag tacka nej. Man kunde ju inte vara amanuens på två ställen. I viss mån avgjordes min inriktning mot kliniktjänstgöring redan då. Tjänsten på histologen som resulterade i ett obetydligt forskningsarbete var egentligen tråkig och efter medicine kandidatexamen slutade jag.

Den fortsatta studiegången lunkade på med automatik. Man gick vidare från kurs till kurs utan att behövt tentera efter varje kurs. Det kunde förstås innebära att man samlade på sig resttentamina om man inte hade tillräcklig studiedisciplin. Medicine kandidatexamen och fortsatta studier krävde givetvis att alla kurser var tenderade.

Vägen till med. lic.

Efter medicine kandidatexamen fick man söka inträde till alla kurserna. Antagningen grundades på tidigare examensdatum, inte på betyg. Vid lika data var det studentdatum som avgjorde. Därigenom fick vi företräde som gjort militärtjänsten innan amfioxen, dvs. vi gossar gick före flickorna. Den ursprungliga kursen splittrades.

Under grundläggande året, det första året efter med.kand., fick vi för första gången patientkontakter. Vår tro att efter med.stud.-tiden skulle allt bli så mycket enklare och lättare var förstås en total felbedömning. Vi hade föreläsningar varje morgon, även lördagar, följt av avdelningsarbete, som fyllde hela dagen. Året delades i en termin medicin och en i kirurgi.

Föreläsningarna i kirurgi hölls av professor Olle Hulthén. En lördagsmorgon inträdde han i föreläsningssalen och meddelade att Ekoln låg med perfekt blankis varför kursen beviljades ledigt och rekommenderades att ta en skridskotur. Vi var fyra som åkte på rörskridskor till Skokloster. Hulthén glömde bort att påpeka vikten av rätt utrustning. Vi hade inte ens isdubbar. Det var oerhört långt, men vi tog oss tillbaka. Hur vi tog oss över råkarna och genom Vassundet minns jag inte. Men vi klarade oss torra. Men detta var ett unikt avbrott i tjänstgöringen där ledigheter inte var något vi förväntades att ha.

På medicinkliniken svarade Ask-Upmark för merparten av föreläsningarna.

Fig 2. Erik Ask-Upmark 1901–1985.

Erik Ask-Upmark var professor i praktisk medicin 1948–1968. Han var lundensare och kände sig alltid förvisad till Uppsala, som han hade tänkt sig som ett mellanspel till professuren i Lund efter sin lärare Sven Ingvar. Men det blev inte så, vilket han aldrig kom över.

Ask-Upmark var en särling och blev snabbt ryktbar och efter sin död legendarisk. Fortfarande berättas historier om Asken



och för varje år blir de allt mer utbroderade och överdrivna. Som föreläsare var han oöverträffad, den bäste som jag upplevt. Han var en god kliniker av gamla stammen. Men han hade ingen förståelse för de moderna framstegen inom laboratorieteknik. Det var bedsidemedicin han lärde ut och poängterade. Han hade heller ingen förståelse för den kommande subspecialiseringen av invärtesmedicinen, som för honom var allomfattande. Vi itutades att patienten hade rätt till allt vårt engagemang och alltid kom i första hand. För underläkarna gällde: Patienterna först, undervisningen och handledningen av kandidaterna i andra hand, forskningen i tredje. Han förväntade sig att vi kandidater alltid skulle vara på sjukhuset och han dök ofta upp på sena kvällar. Kandidaterna kände sig förföljda medan han trodde att de uppskattade hans omsorg om undervisningen. Hans självbild var att han var en uppskattad och älskad lärare och när kandidaterna revolterade på 1960-talet blev det en stor besvikelse för honom. Avståndet mellan professor och kandidater var enormt. Hans skämt uppfattades som trakasseri och gav honom ett rykte som gjorde att många Uppsalastudenter inte vågade tentera för honom utan drog i väg till Stockholm, som ansågs lättare.

Det *var* en omtumlande upplevelse att börja på klinik. Under grundläggande tjänstgöring placerades man en termin på medicinkliniken och en på kirurgkliniken. Under hela året deltog man dock i föreläsningarna både i medicin och kirurgi. Systemet förutsatte att kandidaterna alltid var på sjukhuset. Man började kl. 08 med föreläsning och slutade ibland redan kl. 18 om man inte hade intagning på avdelningen, ibland efter midnatt om man hade intagningsjournal att skriva. Vi förväntades dock vara på avdelningen *bara* varannan söndag, nämligen intagningsdagarna. Men det var inte arbetstiderna som var det omtumlande. De var ju inte särskilt exceptionella. Vi var vana vid ungefär samma förhållanden. Det var kontakten med kliniken, mötet med sjuka människor och den kulturella skillnaden mellan medicinklinik och kirurgiklinik. Det var också svårigheten i början att förstå invärtesmedicin som var så komplex medan kirurgin i förstone var så lätt att begripa. Fast kirurgerna var inte heller så

lätta att förstå, insåg vi snart.

Efter grundläggande året bestod utbildningen av kurser i olika kliniska specialiteter, kurser som man fick söka till en i taget. Det var inte alls säkert att man kom med på någon kurs alls. Under sådana kursfria månader kunde man dock gå på vissa föreläsningsserier i ämnen som inte hade någon praktisk tjänstgöring till exempel hygien eller man kunde tentamensläsa de ämnen där man klarat kursen. Det förekom nästan aldrig att det fanns tid för tentamensläsning under själva kursen.

Sett i ljuset av den utveckling som skett under mina decennier inom sjukvården präglades medicinen av brist på effektiva behandlingsmetoder, kirurgin av metoder med en dödlighet som idag aldrig skulle accepteras. På medicinkliniken dog patienter med högt blodtryck, maligniteter, infektioner, magblödningar och så vidare som vi i dag har goda möjligheter att behandla och bota. På kirurgen dog patienterna i operativa komplikationer som inte förekommer idag. Alla döda på medicinkliniken och flertalet på kirurgen obducerades och det var självklart närvaroplikt på alla obduktioner, inte bara på de egna patienternas. Trots denna presentation av facit och våra tillkortakommanden tyckte vi ändå att vi kunde göra mycket och tänkte med medlidande på tidigare generationer som inte hade haft något att erbjuda. Jag minns tydligt ett samtal vi hade med en äldre pensionerad läkare som besökte oss på sin ungdoms sjukhus. Vi frågade hur det var att verka i en tid som inte hade någonting av våra moderna medicamenter. Han log vänligt och sa att det inte var så stor skillnad för "precis som ni tror, trodde vi att vi botade våra patienter". Jag har allt sen dess försökt se kritiskt på våra insatser och frågar mig vad i vår verksamhet som kommande generationers läkare kommer att le överlägset åt. Men inom psykiatrin tyckte även vi att våra resurser var små. Några psykofarmaka fanns ju inte.

Efter grundläggande tjänstgöring fortsatte vi träget med olika kurser. Under påtvingade kursuppehåll kunde vi vikariera som provinsialläkare. Dock krävdes genomgången kurs i BB-gyn eftersom man då måste räkna med att få sköta förlossning i hemmet. Vanligast

var att vikariera på sjukhus där man fick arbeta under handledning. Läkaröverskottet hade nämligen bytts i underskott. Sanningen var att läkaröverskottet berodde på läkartjänstunderskott! Nu tillkom flera läkartjänster, men fortfarande hade en ensam provinsialläkare 12–15 000 innevånare i distriktet. Det innebar långa arbetsdagar, ständig jour, ofta nattliga hembesök, men prestationsersättningen innebar goda inkomster så man kunde klara studierna utan att behöva låna pengar.

Under flera år efter krigsslutet fortsatte man att kalla in oss som bataljonsläkare i tid och otid. Dels gjorde ju kalla kriget att vi hade ett omfattande försvar med ideliga stora militärövningar, dels var det ett billigt sätt att skaffa läkarvikarier när ordinarie militärläkare skulle ha ledigt. Inkallelserna kom med kort varsel, ofta mitt i en kurs som sedan måste gås om från början eller, när vi var färdiga läkare, med några dagars varsel, mitt i sommaren så att alla semesterscheman spräcktes. Det var ett skäl att de flesta inte klarade utbildningen på studiehandbokstiden.

Dock blev vi färdiga. Efter sista tentamen blev man med.lic. och fick läkarexamen genom att skicka in sina papper till medicinalstyrelsen. Iförda frack respektive långklänning besökte vi fakultetssammanträdet för att gå runt och tacka våra professorer för vår utbildning. De var inte flera än att vi kände alla och vi var inte flera än att de kände oss.

Anders Parrow

Medicinens historia till nutid – en utveckling värd att begrunda

Den primitiva medicinen går tillbaka 20 000–30 000 år. Den tidiga medicinen hade nära samband med religionen. Magi och läkekonst har varit intimt kopplade till varandra och i den primitiva medicinen spelade tabun en stor roll. Fetischer och amuletter sågs som skyddande och förebyggande mot sjukdom. Kroppsföremål från levande och döda hade en läkande effekt.

Läkekonstens gud var Asklepios. Han betraktades som en gud med helande kraft. Asklepios införde den så kallade inkubationen (tempelsömnen). Patienten helades genom terapi och gudomlig vägledning, som skedde under sömnen och ägde rum i särskilda tempel. Den sjuke fick i drömmen veta hur sjukdomen skulle botas.

Antikens medicin

Under antiken (800 f. Kr.–500 e. Kr.) dominerade den grekiska och romerska medicinen. De visade stora likheter och de teorier som skapades under den här tiden levde kvar i mer än två tusen år. Den grekiska medicinens storhetstid är knuten till Hippokrates (460–355 f. Kr.), läkekonstens fader. Han föddes på ön Kos och dog gammal i den antika staden Larissa – möjligen var han vid sin död över hundra år. Hans humoralpatologi, dvs. läran om de fyra kroppsvätskorna (blodet, slemmet, den gula och svarta gallan) segrade över den magiskt religiösa konsten. Uppsalapatologen Robin Fåhræus, sänkans upptäckare, har i sin bok ”Läkekonstens historia” på ett intressant sätt försökt förklara humoralpatologins uppkomst. Han ansåg att humoralpatologins grundidé, dvs. balansen mellan de fyra kroppsvätskorna, bygger på att vid sjukliga tillstånd sjunker de röda blodkropparna hastigare – en iakttagelse som utgjorde grunden för hans egen ”sänka”.

Läkekonsten omfattade enligt Hippokrates: sjukdomen, den sjuke och läkaren. I sina skrifter ägnade Hippokrates sig mycket åt etiska frågor och han menade att läkaren ska alltid använda sina kunskaper

för att göra det som är bäst för patienten. Många av hans etiska råd kan alltså sägas gälla.

Antikens store läkare var Galenos (130–200 e. Kr.), som vid sidan av Hippokrates får betecknas som historiens största läkare. Galenos var född grek men verkade i Rom som kejsarens livläkare och gladiatorernas kirurg och skaffade sig därmed erfarenhet av hur traumatiska skador skulle skötas. Hans skrifter (cirka 20 band) blev vägledande för medicinen i mer än tusen år. I hans skrifter framhölls kirurgin som en viktig gren av medicinen.

Fysiologiskt menade Galenos att blodet fördes runt i venerna och mättades i lungorna med en "livsande". Han var en varm anhängare av "fyrstaftsläran" och knöt den till olika personlighetskaraktärer: sangviniker (blodet), flegmatiker (slemmet), koleriker (gula gallan), melankoliker (svarta gallan). Obalans i vätskorna (dyskrasi) låg bakom sjukdom. Galenos beskrev kännetecknen för inflammation (rubor, tumor, calor, dolor, functio laesa) och ansåg att sår läker med varbildning. Läkemedlen hämtades från naturen, växt-, djur- och mineralriket, bland annat utvecklade han universaldrogen teriak där den verksamma substansen var opium.

Från Galenos har vi ännu i farmakologin begreppet "galenisk". Dieten ägnades stort intresse och åderlåtning ingick i behandlingsarsenalen – Galenos hämtade mycket från Hippokrates.

Medeltida medicin

Under medeltiden kan man urskilja olika former av medicin, nämligen den arabiska och bysantiska, klostermedicinen liksom den skolastiska. Kanske var det främst araberna som förde den antika medicinen vidare. Den arabiska medicinen hörde starkt samman med islam. Avicenna (Ali ibn Sina, 980–1037) var den arabiske läkare som fick störst inflytande på den medicinska eftervärlden. Hans stora lärobok, "Canon", blev ett rättesnöre för den tidens medicin och citerades lång tid framöver. Diagnostiskt betonade Avicenna urin-skådandet (uroskopin).

Den bysantiska medicinen lutade sig mot "fyrstaftsläran" men

framhöll vikten av diagnostik. Termen kräfta beskrevs för första gången. Klostermedicinens viktigaste uppgift låg i omhändertagandet av nästan och i Sverige ombesörjdes den medeltida vården i första hand av klostren. Kirurgin kom på undantag. Kyrkan avskydde blod. I Salernoskolan (1000-talet) fick ordet doktor sin moderna innebörd och Salernoskolan kan ses som Europas första medicinska högskola. I spåren av Salernoskolan tillkom en rad universitet. De kom till under 1100- och 1200-talen (Paris 1110, Montpellier 1181, Bologna 1113). Uppsala universitet räknar sina anor från 1477. Till skillnad från Salernoskolan stod dessa universitet under kyrkans inflytande.

I Uppsala organiserades speciella helgeandshus för fattiga och kroniskt sjuka och 1302 tillkom genom domprosten Andreas Ands försorg Domus Dei, ett guds hus. Helgeandshusen benämndes från 1500-talet hospital, i Uppsala låg det första hospitalet vid Fyristorg.

Pestepidemier

Pestepidemier har spelat en stor roll i historien. Redan under antiken uppträdde förhärjande epidemier och under medeltiden kan två far-soter urskiljas, den justinianska pesten (500-talet e. Kr.) och digerdöden (1340-talet). Digerdöden började på Sicilien i oktober 1347. För Skandinavien del infördes sjukdomen via ett engelskt fartyg. Döden var nära medeltidens människor. Sjukdomen sågs som ett Guds straff. Dödligheten var på sina håll över 50 procent. I Europa dog omkring 25 miljoner människor. Sjukdomen, som yttrade sig som böld- eller lungpest, orsakades av pestbakterier, *Yersinia pestis*. Den spreds av loppor, som huserade på gnagare, i första hand råttor. Pesten slog senare till vid flera tillfällen och först på 1800-talet var den i stort sett utrotad i Europa.

Under medeltiden spreds lepran (spetälskan), som är en bakterie-sjukdom (*Mycobacterium leprae*), över hela Europa. I början av 1200-talet fanns omkring 19 000 hospital för denna sjukdom i vår världs-del. Till Sverige kom sjukdomen på 1100-talet och ett av de första hospitalen som isolerade leprasjuka i vårt land upprättades i Enkö-ping. Sjukdomen var mest utbredd vid Dalälvens mynning.

Lepran angriper lymfkärl och nerver (neuropati) och ofta blir huden i ansiktet säte för sjukdomen med vanställande förändringar som följd. Smittsamheten är låg och ur den synpunkten fanns egentligen inga skäl att isolera de sjuka som gjordes så strikt på den tiden.

Man ansåg att sjukdomen var Guds straff och att de sjuka hade fört ett otuktigt liv – de stöttes bort av samhället. Lepran gick successivt tillbaka men den sista leprasjuka i vårt land dog först 1976.

Under 1500-talets första hälft kom syfilis (lues) att etablera sig i Europa. Dess bakgrund har diskuterats men den vanliga uppfattningen är att den kom till oss genom de sjömän som var med på Columbus skepp till Karibiska öarna 1492. När sjukdomen kom till Europa väckte den stor uppmärksamhet – läkarna kände inte till sjukdomen. Tidigt stod det dock klart att den spreds via sexuella kontakter. Kvicksilverbehandling i olika former blev den gängse terapin.

Medicinen under renässansens 1500-tal

Under renässansen ”letade” man fram medicinska skrifter på originalspråken grekiska och latin och arbetena spreds genom boktryckarkonsten. Den första skrift som togs fram var *De Medicino* (1478), som skrevs av den antike läkaren Celsus, och senare kom Galenos’ arbeten (1490).

En stor personlighet trädde fram under den här tiden, nämligen Paracelsus (1493–1541), vars egentliga namn var Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim. Han var schweizare, född och uppvuxen i Einsiedeln. Han ville reformera medicinen från grunden och gick på kollisionkurs mot humoralpatologin. Teologin och medicinen hörde, enligt Paracelsus, ihop. De var förbundna med varandra. Han skapade sin signaturlära, där tanken var att växter, som i något avseende påminner om ett karakteristiskt drag hos sjukdomen eller dess orsak, innehåller ett medel mot sjukdomen. Principen ”lika botar lika” föddes. Blåsippans (*Hepatica nobilis*, tidigare *Anemone hepatica*) blad är formade som leverlobor och var därmed lämpliga i behandlingen av leversjukdomar. Han använde kemiska läkemedel

(kvicksilver, koppar, svavel), som bereddes till pulver eller salvor. Hans läkemedel hämtades även från växtriket och förädlades genom olika processer.

Medicinens utveckling under denna tid var nära knuten till konstens utformning (bland annat Albrecht Dürer och Leonardo da Vinci).

År 1543 utkom Andreas Vesalius med sitt stora anatomiska verk *De humani corporis fabrica*. Vesalius, som var flamländare, blev professor i anatomi och kirurgi i Padua. Hans anatomiska verk är det största som skapats i anatomin genom tiderna. Vesalius räknas som den moderna anatomin grundare. Under 2015 uppmärksammade Carolina Rediviva och Medicinhistoriska museet i Uppsala med flera 500-årsjubileet av hans födelse.

Under 1500-talet tillkom fältskärer. Fransmannen Ambroise Paré (1510–1590) var den tidens mest betydande fältskär med stor erfarenhet av krigssjukvård. Han var även en stor kirurg under fredstid; bland annat behandlade han gom- och läppspalter och inklämda bräck. Paré är dock mest ihågkommen för att han införde kärlliga- turen för att få en exakt blodstillning vid skottskador. Han hade en ödmjuk inställning till sin verksamhet, vilket kom till uttryck i hans bevingade ord ”Jag förband honom, Gud helade honom”.

1600-talets medicin

Århundradets främste experimentator var engelsmannen William Harvey (1578–1657), som klargjorde blodcirkulationen. I unga år studerade han anatomi i Padua och fascinerades av venklaffarnas funktion och det ledde in honom på studier över blodcirkulation och ett decennium senare kunde han framlägga sitt arbete *De motu cordis* (1628). Där presenterade han en modern syn på blodomloppets funktion och visade att blodet återcirkulerade; det var samma blod som fördes genom artär- och vensystemet och hjärtat var pumpen i detta system. Hans publikation på 72 sidor väckte stor kritik, bland annat bröt han helt med Galenos' idéer, men så småningom accepterades hans teori. Harvey lyckades dock inte visa hur blodet fördes över från artär- till vensidan, det så kallade kapillärsystemet.

Det klargjordes några årtionden senare av italienaren Marcello Malpighi (1628–1694). Ett viktigt redskap för Malpighi i dessa studier var mikroskopet och den italienske forskaren får ses som den mikroskopiska anatominns upphovsman.

Under 1600-talet utvecklades den kliniska medicinen. En drivande kraft var engelsmannen Thomas Sydenham (1624–1689), som brukar kallas för Englands Hippokrates. Han gjorde utmärkta fallbeskrivningar och framhöll betydelsen av läkarens kliniska iakttagelser. Erfarenheter från sjuksängen var grundläggande för all medicinsk praktik. Han menade att sjukdomar varierar mellan olika orter – medicinsk topografi. Sydenham beskrev ett antal sjukdomar; mest känd är han för sin beskrivning av Sydenhams chorea (en form av danssjuka). Han redogjorde också ingående för den kliniska bilden av gikt.

Under det här seklet uppträdde Uppsalaprofessorn och forskaren Olof Rudbeck d.ä. (1630–1702) som en portaltfigur i många avseenden. Han upptäckte 1650 lymfkärilssystemet, som var den första vetenskapliga upptäckt som gjorts av någon svensk. Han råkade i häftig polemik med dansken Thomas Bartholin, som i stort sett gjort samma rön.

För Rudbeck var botaniken en viktig del av medicinen och i Uppsala skapade han en botanisk trädgård med drygt tusen växtarter – trädgården fick senare namnet Linnéträdgården. Efter en vistelse i Leiden tillkom den anatomiska teatern i Uppsala. Han gjorde astronomiska observationer och tillskrev sitt land en ärorik fornhistoria (Atlantis). Rudbeck menade att den ö som Platon beskrev, Atlantis, utgjordes av den skandinaviska halvön och Sverige. Många har kallat Rudbeck för ett universalgeni. Ur ett lokalt perspektiv kan nämnas att landets första medicinprofessur tillsattes i Uppsala 1613 med Johannes Chesnecopherus som innehavare.

1700-talet – upplysningens tid

Kulturhistoria, tidsanda och medicin har ofta varit sammanflätade. Detta gäller inte minst under 1700-talet. En internationell auktori-

tet under detta sekel var Herman Boerhaave (1668–1738), som var holländsk prästson och verksam som läkare i Leiden. Hans motto var ”Simplex sigillum”, dvs. *det enkla är det sannas kännetecken*. Hans patofysiologiska uppfattning grundades på samspelet mellan vätskor och vävnader. Lärjungeskaran till Boerhaave blev stor och ur den kom de personer, som bildade den så kallade Wienerskolan med Leiden som förebild. En företrädare för den blev Joseph Auenbrugger, som införde perkussionen i den kliniska diagnostiken.

Under detta århundrade träder även Carl Wilhelm Scheele in i historien. Det var sannolikt i Uppsala (1770–1775) som Scheele upptäckte att luften innehåller syre. Något senare kunde den franske vetenskapsmannen Antoine Laurent de Lavoisier visa att andningen går ut på att syre tas upp och kolsyra avlämnas.

De svenska professorerna i medicin Nils Rosén von Rosenstein och Carl von Linné framträdde som stora namn i 1700-talets medicin, både nationellt och internationellt. De utnämndes på sina professurer i medicin i Uppsala 1740, respektive 1741. Rosén har kallats ”Pediatrikens fader” och hans insatser i barnmedicinen var betydande och han blev landets mest aktade läkare. Hans skrift ”Underrättelse om barns sjukdomar och deras botemedel”, som utkom 1764 och översattes till flera språk, fick ett stort inflytande över den tidens medicin. Hans klara och pedagogiska stil visade på en imponerande framställningskonst. Han var en god informatör till allmänheten och han skrev varje år i den svenska almanackan om olika barnsjukdomar och deras behandling.

Carl von Linné skapade en klassifikation om sjukdomar (*Genera morborum*) med förebild från botaniken. Han var under några år verksam som läkare i Stockholm och hade stort anseende som sådan i sin samtid. Hans avhandling handlade om frossa (malaria), som han menade följde jordens lerhalt. Han hade klara åsikter om dieten och han framhöll vattnet och poängterade spritens fördärv. Honung ansåg han vara ett botemedel och han åt själv mängder med smultron för att bota sin gikt. Hans största insatser, även som professor i Uppsala, gjordes dock på botanikens område.

Under seklets senare del var de omfattande epidemierna ett stort hot mot den enskilda människan. Smittkopporna grasserade och skördade många liv. I Europa dog omkring 60 miljoner människor. I Sverige svarade smittkopporna för 8 procent av den totala dödligheten.

Edward Jenners upptäckt att variolisationen ("ympning"), som Rosén var en anhängare av, kunde ersättas med vaccinationen (vacca=ko) blev en stor medicinsk händelse. Hans iakttagelse väckte till en början motstånd, inte minst från Royal Society of Medicine i London. Den kom senare att få en enorm betydelse i kampen mot smittkoppor. I vårt land blev vaccinationen mot smittkoppor obligatorisk 1816. Sjukdomen är nu utrotad.

Kliniskt gjordes betydande framsteg under 1700-talet. Diagnostiken förbättrades, bland annat beskrevs den tuberkulösa meningiten och aneurysmen (utvidgningar av kärlen). En viss specialisering skönjdes, särskilt kom kardiologin att träda fram som en enhet (aorta-insufficiens, mitralisstenos, angina pectoris). Århundradets viktigaste tillskott i behandlingen blev digitalis. Förståelsen för psykiska sjukdomar ökade.

Kirurgin utvecklades och här spelade engelsmannen John Hunter en stor roll. Han upphöjde kirurgin från ett hantverk till en vetenskap. Ordet ortopedi (att göra barn raka) infördes av fransmannen Nicolas Andry. Ögonkirurgin gjorde framsteg, vid grå starr började man avlägsna linsen i stället för att som tidigare endast pressa ned den i ögat. I obstetrikén infördes förlossningstången. Olof af Acrel, den svenske kirurgins fader, blev en företrädare för en vetenskaplig kirurgi och han var en drivande kraft bakom tillkomsten av Serafimerlasarettet i Stockholm, som invigdes 1752. Han var en skicklig kirurg och hade skaffat sig erfarenheter av krigskirurgi som fältkirurg i den franska armén. Hans skrift *Chirurgiske händelser* blev en uppskattad lärobok i kirurgi och översattes både till tyska och nederländska.

1800-talet – en utvecklande period i medicinen

1800-talet var en omvälvande period i läkekonsten. Dess utveckling kom också att bli en del av en social omvandling. Sjukvården blev

en samhällsangelägenhet och sjukhusen utvecklades till inrättningar inte bara för vård utan även för bot.

Under tidigt 1800-tal hade naturfilosofin, som Israel Hwasser i vårt land var en ivrig anhängare av, ett stort utrymme. Åderlåtningen hade alltjämt sin givna plats i behandlingen men senare kom fysiologin och kemin att träda fram. I Sverige hämtade fysiologerna inspiration från Tyskland och professor Frithiof Holmgren (1831–1897) i Uppsala blev internationellt känd genom sin uppträckt av elektroretinogrammet. Holmgren påvisade experimentellt att synintryck till hjärnan transporteras genom elektriska impulser. Elektriska fenomen uppstod i synnerven då näthinnan (retina) utsattes för belysning och då ljusretningen upphörde. Hans instrument som användes för att påvisa den så kallade retinaströmmen utgjordes av en spegelgalvanometer och en ”solfångare” för reflexion av solljus. Instrumenten finns bevarade på det medicinhistoriska museet i Uppsala. Senare blev studier av färgblindhet Holmgrens stora intresse.

På kemins område blev Jöns Jacob Berzelius (1779–1848) ett världsnamn. Han var prästson från Östergötland och studerade medicin i Uppsala. År 1802 blev han medicine doktor. Han kom alltmer att intressera sig för kemin och utnämndes 1810 till professor i kemi i Stockholm. Inom kemin var han en disciplinbyggare och han utmanade naturfilosofin. Han undersökte systematiskt kemiska processer som äger rum i kroppen och dess olika organ och det öppnade möjligheter för att analysera blod och urin vid olika sjukdomstillstånd. Han studerade även enskilda organiska ämnen, bland annat blodfärgämnet (hemoglobin). Vetenskapsakademien har hedrat hans minne med en staty, som placerats i den park som idag kallas Berzelii park.

Parallellt med fysiologin och kemin växte större kunskap fram inom den fysikaliska diagnostiken, perkussionen och framför allt auskultationen fick större genombrott och år 1819 beskrev fransmannen René Laënnec auskultationstekniken och det stetoskop som konstruerades av honom. Under senare delen av 1800-talet etablerades den medicinska vetenskapen. Sjukhusväsendet expanderade och de stora sjukhusen kom till. I USA bildades John Hopkins sjukhus i Baltimore, i

Uppsala sammanslogs läns- och universitetssvården i en och samma byggnad genom tillkomsten av Akademiska sjukhuset 1867. De första kvinnliga läkarna kom in på scenen. Elizabeth Blackwell (1821–1910) anses vara världens första kvinnliga läkare; hon fick sin examen 1849 i New York och arbetade som kvinno- och barnläkare. Sverige fick sin första kvinnliga läkare i Karolina Widerström, som avlade sin examen 1888. Hon specialiserade sig på gynekologi och engagerade sig i frågor som rörde sexualupplysning och könssjukdomar. Sjuksköterskorna kom in i vården och den första sjuksköterskan var Florence Nightingale (1820–1910), som blev känd genom sina insatser i Skutari vid Istanbul under Krimkriget (1853–1856). Hon var ett föredöme i att förbättra sjukhushygienen och startade Nightingale School och härifrån kom den första svenska sjuksköterskan, Emmy Rappe. Hon blev verksam vid Akademiska sjukhuset och tillträdde sin tjänst när sjukhuset öppnade sin verksamhet (1867).

På det vetenskapliga området fick cellularpatologin allt större inflytande och här blev Rudolf Virchow (1821–1902) den store gestalten. Han beskrev leukemi och hans cellpatologi kom att bli en viktig utgångspunkt för den moderna cancerforskningen. För Virchow var sjukdomar ett uttryck för lokala förändringar i kroppen – en sjuk cell gav upphov till flera sjuka celler. Andra forskare (Wilhelm Waldeyer, 1836–1921) hävdade att cancerceller bildades ur vanliga celler som okontrollerat delade sig och spreds via blod- och lymfbanor. Man kunde också visa att kromosomerna, som hade upptäckts 1879, hade ett förändrat mönster i cancercellerna och idag vet vi att avvikelser i kromosomer är av etiologisk betydelse för uppkomst av cancer. Senare påvisade olika forskare att cancer kunde uppstå genom påverkan av olika faktorer, såsom virus, strålning och kemikalier, som hade en inverkan på arvsmassan (kromosomerna). Numera vet vi att rökning är den enskilt farligaste faktorn för lungcancer och att många cancersjukdomar kan knytas till kromosomrubbingar och att kromosomavvikelser ligger bakom många kända syndrom (Downs syndrom och Turners syndrom).

Mikrobiologin fick sitt genombrott på slutet av 1800-talet. Dess stora pionjärer var Louis Pasteur och Robert Koch, som för sin tuberkulosforskning fick 1905 års Nobelpris. Ungernaren Ignaz Semmelweis visade att barnsängsfebern minskade med en strikt handhygien. Hans iakttagelse var viktig men samtida forskare menade att en bristande handhygien inte var enda förklaringen till barnsängsfebern, vilket Semmelweis hävdade. Etiologin var mångfacetterad och orsaken till att sjukdomen gick i skov var svårförklarlig. Semmelweis ansåg sig missförstådd och motarbetad – han kunde inte förlika sig med att dåtidens medicinska auktoriteter inte fullt ut accepterade hans teorier. Han dog under mystiska omständigheter på sinnessjukhus.

1800-talets andra hälft

Under 1800-talets andra hälft träder industrialismen och urbaniseringen fram. I och med det ändrades sjukdomspanoramat. Kirurgin byggde alltjämt på snabbhet och först på 1880-talet kom den moderna kirurgin till. Narkos, som infördes på 1840-talet, liksom antiseptiken och senare aseptiken skapade förutsättningar för kirurgins framfart i slutet av århundradet. Inom antiseptiken var Joseph Listers arbeten om karbolsprayen banbrytande – han visade att om man ”rengjorde” operationssalen med karbolsyra som sprayades ut sänkte man dödligheten vid traumatiska skador dramatiskt. I Sverige infördes antiseptiken av stockholmsläkaren Peter Alrik Törnblom. På kirurgins område utvecklades i första hand bukkirurgin; Theodor Billroth gjorde de första stora magsäcksoperationerna och begreppet appendicit (blindtarmsinflammation) infördes av den amerikanske patologen Reginald Heber Fitz och londonkirurgen Robert Lawson Tait blev först med en lyckad appendektomi 1880. I Sverige utförde Uppsala-professorn Karl Gustaf Lennander den första blindtarmsoperationen en decemberdag 1889. Redan under slutet av 1800-talet fick kirurgin en viss specialisering. Gynekologin och ögonkirurgin fick sina nischer. I Uppsala utnämndes Axel Otto Lindfors till professor i gynekologi och obstetrik 1893 och året därpå blev Allvar Gullstrand professor i ögonsjukdomar.

Inom invärtesmedicinen skedde en utveckling under slutet av 1800-talet. Betydelsen av att studera feberkurvas utseende klargjordes. Utöver digitalis, som redan fanns mot hjärtsjukdomar tillkom järn mot blodbrist och jod mot struma. I lungmedicinen var tuberkulosen det stora problemet. På endokrinologins område fick man större klarhet i bukspottkörtelns roll sedan Paul Langerhans 1869 beskrivet sina "öar". Han visade för första gången att det fanns grupper av celler i bukspottkörteln som inte hade någon utförsång till tarmen. Langerhans förstod inte cellernas roll. Först ett par decennier senare insåg man att de hade med diabetes att göra. På neurologins område var Jean Martin Charcot (1825–1893) det stora namnet. Han var verksam i Paris (La Salpêtrière) och beskrev flera neurologiska sjukdomar, bland annat amyotrofisk lateral skleros. Det är osäkert om svensken Axel Munthe var elev till Charcot, men hans favoritelev blev Joseph Babinski – mannen bakom den kända fotsulereflexen.

Till de stora upptäckterna på 1800-talets slut hör röntgen (1895). Upptäckten gjordes av fysikern Wilhelm Conrad Röntgen. I Uppsala utvecklades röntgentekniken tidigt av fysiker och fysiologer och bara tre veckor efter Röntgen presenterat sin upptäckt togs de första bilderna i Uppsala. I Sverige blev Tor Stenbeck, verksam i Stockholm, den store pionjären och den ledande praktiske röntgenologen. Benämningen radioaktivitet infördes av polskan Marie Curie, som tillsammans med sin man Pierre var verksam i Paris och belönades med 1903 års Nobelpris. De delade priset med Henri Becquerel som ingående hade studerat den nya strålningen.

1900-talet – de stora upptäckternas sekel

Under 1900-talets första hälft växte endokrinologin fram. Termen hormon infördes i början av århundradet (1906). Kanadensarna Frederick Banting och Charles Best renframställde med hjälp av biokemisten James B. Collip insulinet och 1922 kunde den första insulininjektionen ges i kliniskt bruk. Binjurebarkens substanser klargjordes och forskningen kring kortison utfördes väsentligen på Mayokliniken i USA. Den ledande forskaren var Edward Kendall, som under

1930-talets mitt beskrev substansen Compound E, som fick namnet kortison. Först långt senare (1948) fick Kendall tillräckligt med substans för att pröva den kliniskt. Den första patienten var en kvinna med invalidiserande reumatoid artrit. Resultatet blev dramatiskt och kortisonets effekter vid reumatiska sjukdomar beskrevs – det var uppenbart att en ny universalmedicin hade skapats. Kendall var också mannen bakom renframställningen av hormonet tyroxin (sköldkörtelhormonet). Detta skedde redan 1919 men hypofysens överordnande organ för kontroll av hormonregleringen påvisades först ett decennium senare (1930).

Redan på slutet av 1800-talet kände man till att hjärtat producerar elektriska impulser vid varje kontraktion men först i början av 1900-talet kom elektrokardiogrammet (EKG) att bli en del av kliniken. Det var den holländske läkaren Willem Einthoven som med hjälp av en trådgalvanometer lyckades registrera hjärtats elektriska aktivitet. EKG kom senare att användas i diagnostiken av olika rytmrubbningar och hjärtinfarkt. Idag har EKG-tekniken förfinats och i diagnostiken av hjärtinfarkt är bestämning av biomarkörer (bland annat troponin) ett viktigt komplement.

Under 1940-talet utvecklades den konstgjorda njuren och dialysen. I vårt land var Lundaläkaren Nils Alwall (1904–1986) en pionjär. Ett decennium senare var dialysbehandlingen etablerad och utnyttjades inte minst vid akut njursvikt, vilket sker även idag.

Kemoterapin kom till och dess första stora namn var tysken Paul Ehrlich, som i början av 1900-talet lanserade substansen Salvarsan mot syfilis. Senare (1932) upptäcktes sulfan (prontosil) av tysken Gerhard Domagk och de antibakteriella egenskaperna hos penicillin av Alexander Fleming (1928).

En ytterligare specialisering av kirurgin kom till under 1900-talets första decennier. Thorax- och neurokirurgin utvecklades och kärlkirurgin banade väg för den kommande transplantationskirurgin. På 1940-talet fick ortopedin ett genombrott i och med att ledproteskirurgin kom till och idag har proteskirurgin en stor omfattning; omkring 14 000 människor får årligen ”nya” höfter. Onkologins

framgångar i kombination med kirurgi och strålbehandling medförde att så kallade cancersjukhus skapades och den första kliniken för strålbehandling var Radiumhemmet (1910). Cancerdiagnostiken förbättrades genom cytologin, som blev ett viktigt komplement till vävnadspatologin.

Medicinen under 1900-talets andra hälft

Under denna tid fick forskningen större utrymme i medicinen. Gränsdragningen mellan de olika disciplinerna blev mer diffusa, bland annat gällde det de som sysslade med mag-tarmkanalens sjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, endokrina sjukdomar. Många landvinningar gjordes. Pacemakern kom till 1958 (Åke Senning, Rune Elmquist) och hjärtultraljudet utarbetades genom svenska insatser (Inge Edler, Helmuth Hertz). Hjärtlungmaskinen togs i bruk och 1954 gjorde svenska thoraxkirurger den andra lyckade operationen i världen med sådan apparat. Under 1960-talet påbörjades by-pass-operationerna mot kranskärlssjukdomen. Idag har den operationen ersatts av "ballongvidgning" med så kallad stentinläggning, som är en akut åtgärd vid hjärtinfarkter sedan förträngningen i kranskärlen lokaliserats med kontraströntgen. Den här åtgärden tillhör numera rutinen och har avsevärt förbättrat prognosen vid hjärtinfarkter. Det höga blodtrycket (hypertoni) fick stort utrymme i den medicinska forskningen och sedan hypertoni visat sig ligga bakom en rad komplikationer inom hjärt-kärlområdet väcktes intresset alltmer att finna blodtryckssänkande mediciner.

Endoskopiska metoder utvecklades, i första hand för diagnostiska ändamål inom gynekologin men senare kom tekniken att utnyttjas operativt, men det dröjde till 1985 innan den första laparoskopiska galloperationen gjordes (av tysken E. Mühe). Transplantationstanken var gammal men kirurgin på det här området fick sin framfart först i början av 1960-talet sedan man löst de immunologiska problemen (avstöttningsproblemen). Idag ingår transplantation av olika organ i den kliniska rutinen.

Implantationskirurgin har varit banbrytande på många områden. Omkring 100 000 människor i vårt land får årligen en ny lins mot grå starr. Personer med medfödd eller förvärvad dövhet kan få hörseln tillbaka med olika implantat, endera placerade i hörselsnäckan (kocklean) eller på hjärnstammen. Käkkirurgin har utvecklats genom insatser av svensken Per-Ingvar Brånemark – tandkronor och broar kan implanteras med titan som på ett effektivt sätt integreras i benvävnaden.

Det har skett en enorm utveckling av medicinen under de senaste decennierna och det gäller de flesta områden. I perinatalvården medförde förbättrade kuvöser större möjligheter för respiratorvård vid behandling av nyfödda. Idag uppvisar svensk perinatalvård en hög överlevnad bland barn som är extremt tidigt födda. Magsårssjukdomen är ett exempel på hur en sjukdom kan vandra mellan olika discipliner. Vid sekelskiftet 1900 var dietbehandling gängse, därefter var kirurgi dominerande och numera har moderna magsårsmediciner tagit över och dessutom känner vi till infektionsteorin sedan australiensiska forskare påvisat *Helicobacter pylori* och dess betydelse för uppkomst av sår i magsäcken (Barry J Marshall, J Robin Warren; Nobelpris 2005).

Arterioskleros är den dominerande orsaken till sjukliga tillstånd i blodkärlen, stenoser, ocklusioner, embolier, aneurysm. De arteriosklerotiska sjukdomarna drabbar olika kärl- och organsystem och i behandlingen blir många specialiteter involverade. Vid perifera kärlsjukdomar och aortaaneurysm (bråck på stora kroppspulsådern) har öppna kärlrekonstruktioner varit vanliga men numera har de i stor utsträckning ersatts av den endovaskulära tekniken. Metoden innebär att ingreppet görs inuti kärlet och stentet eller graften (det nya kärlet) läggs på plats med hjälp av kateter (ledare), som förs in i kärlet. Stroke är den sjukdom som ger störst andel patienter bestående funktionsnedsättningar. Tidigare stod man närmast maktlös mot denna kärllkatastrof men idag kan, om stroke är orsakad av en emboli, en tidigt insatt (inom 4,5 timmar) propplösande behandling (trombolys) minska komplikationerna. Efter detta tidsfönster kan

även här behandling med endovaskulär teknik bli aktuell, dvs. man avlägsnar blodproppen mekaniskt.

På neurologins område har behandling mot Parkinsons sjukdom nått framgångar sedan den svenske farmakologen Arvid Carlsson (Nobelpris 2000) visat att sjukdomen har sin orsak i sänkta halter av dopamin. Psykiatrin kom närmast att revolutioneras när klorpromazin (Hibernal) infördes i psykofarmakologin (1950). Oroliga avdelningar kunde stängas när patienterna lugnades av medicineringen och deras hallucinationer minskade.

Demenssjukdomarna tillhör idag folksjukdomarna – det finns i Sverige omkring 140 000 personer med demenssjukdom. Tidig diagnos är viktigt för att erbjuda behandling och stödåtgärder för patienterna. Trots intensiv forskning på läkemedelsområdet finns ingen bot för sjukdomen men vid Alzheimer's sjukdom, som är den vanligaste demenssjukdomen, har man specifika mediciner (acetylkolinesterashämmare) som kan minska symtomen och kompensera för olika nedsättningar i funktionsförmågan.

Slutligen några ord om cancerbehandlingen. Närmare fyra personer av tio kommer förr eller senare att få cancer i livet. Allmänt kan sägas att dagens cancerbehandling är mer aggressiv och mer individuellt anpassad än tidigare. De vanligaste formerna för behandling är kirurgi, strålbehandling, kemoterapi (cellgiftsbehandling) och hormonbehandling. Vid många cancrar är kirurgi den huvudsakliga behandlingen. Det gäller att ta bort tumören och på det sättet bota patienten. Cellgiftsbehandlingens syfte är att vara toxisk för cancer-cellerna så att de går under. Många cellgifter angriper cellens arvs-massa och förhindrar därmed fortsatt celledelning. Eftersom cell-gifterna även slår på friska celler medför behandlingen biverkningar, sänkta blodvärden, illamående, håravfall. I likhet med kemoterapi kan joniserande strålning skada cancercellens arvs-massa. Hormon-behandling är lämplig vid vissa cancrar såsom bröst- och prostata-cancer. Vid behandlingen hindrar man hormonets effekt på cancer-cellerna. Utöver de här formerna har på senare tid allogen stamcells-transplantation (stamceller från donator) på ett dramatiskt sätt

förbättrat överlevnaden för personer som drabbas av elakartade blodsjukdomar, inte minst gäller det för patienter med akut myeloisk och lymfatisk leukemi. Den här formen av transplantation har även möjliggjort att patienter med olika typer av cancer kan överleva efter att de fått en intensiv antitumörbehandling, som samtidigt slår ut benmärgen – en ny benmärg skapas genom transplantationen.

Henry Johansson

Källor i urval

Bo S Lindberg:

Barnsängsfeber – en ändlös följd av tragedier. Manuskript.

Nils Uddenberg:

Lidande & läkekonst I. Medicinens historia fram till 1800. 2015.

Förlag: Fri tanke.

Nils Uddenberg: Lidande och läkekonst II. Medicinens historia från 1800 till 1950. 2015. Förlag: Fri tanke.

Artikeln grundas på ett föredrag som hölls i Medicinhistoriska museet den 4 september 2016.

Vägen till professionalisering – om arbetsterapins introduktion i Sverige, teori och praktik i tidskriften Arbetsteraeputen och på Ulleråkers sjukhus

Under 1940-talet introducerades den moderna arbetsterapin i Sverige. Influenserna kom från Väst där USA och Storbritannien sågs som de största förebilderna. Arbetsterapin var präglad av det första och det andra världskriget där många soldater skadades, både fysiskt och psykiskt, och var i behov av rehabilitering. För Sverige, som inte drabbades av världskrigen på samma sätt, var det inte lika angeläget att applicera dessa teorier och följaktligen anlände denna form av arbetsterapi till Sverige senare. Arbetsterapins introduktion kan dessutom ses i ljuset av det kulturella skifte Sverige genomgick under perioden. Tyskland hade tidigare utgjort den huvudsakliga influensen för vetenskap och kultur men efter kriget förändrades detta och fokus skiftade mot USA¹. Arbetsterapins utveckling följde detta mönster, dess svenska pionjärer hade starka kopplingar till USA och de många studieresor som gjordes hade nästan uteslutande anglosaxiska länder som mål². I detta intellektuella klimat inleddes alltså den moderna arbetsterapins etablering i Sverige. Under följande årtionden kämpade man hårt för att möjliggöra utbildning, legitimation och status i Sverige. Denna kamp för professionalisering har fortgått in på 2000-talet. År 2000 inrättades den första professuren i arbetsterapi vid Karolinska Institutet och så sent som 2007 infördes en tvåårig masterutbildning i ämnet³.

I denna artikel diskuteras arbetsterapins tidiga historia i Sverige. Här avses den del av arbetsterapin som etablerades och professionaliserades inom ramen för den svenska sinnessjukvården kring åren 1940–1960. Arbetsterapin gjorde även större anspråk än bara på sinnessjukvården. Först kommer den mer allmänna debatten om arbetsterapins införande i den svenska sjukvården att lyftas fram, genom en studie av hur arbetsterapin diskuteras i facktidskriften *Arbetsteraeputen*. Därefter kommer ett lokalt perspektiv att beaktas där årsberättelser från Ulleråkers sjukhus i Uppsala används för att

skildra hur arbetsterapin utvecklades i praktiken.

Metod, material och forskningsläge

Begreppet professionalisering är centralt för undersökningen och den förändringsprocess genom vilken arbetsterapin inträder i Sverige, etableras och sedan gradvis höjer sin status, går att tolka som en professionaliseringsprocess. Begreppet beskriver hur en yrkesgrupp tillägnar sig de kännetecken och den kompetens som är utmärkande för en profession. Historikern Christina Florin formulerar två fundamentala faktorer för att en professionalisering ska kunna genomföras; dels ska yrkesgruppen ha en exklusiv kunskapsbas och kontrollera kunskapsproduktionen, dels måste gruppen kunna stänga ute utövare som inte är behöriga att verka inom ramarna för professionen eftersom de inte har rätt examen eller kunskaper⁴. Arbetsterapins professionalisering har flera motsvarigheter inom medicinen och flera studier som liknar denna har gjorts på exempelvis barnmorske- respektive sjukgymnastyrket⁵. Till denna uppsats har historikern Anders Björnssons *Organisationen som skapade en profession* använts⁶. Detta är ett föreningshistoriskt verk som beskriver terapins utveckling i Sverige och är den enda studien av detta slag på området.

Tidskriften *Arbetsterapeuten* läses som ett dokument med ett institutionellt perspektiv på arbetsterapins introduktion och etablering i Sverige. Jag har använt årgångarna 1949–1959. Analysen fokuserar på de artiklar som berör arbetsterapi på sinnessjukhusen samt de ledare som inleder varje nytt nummer, där redaktören uppdaterar läsarna om aktuella händelser och uttalar sig om utvecklingen av arbetsterapin. Årsberättelserna från Ulleråker beskriver en praktik och utgör därmed en intressant komplettering av det som beskrivs i *Arbetsterapeuten*. Här undersöks årsberättelser från år 1930–1959. I årsberättelserna ligger fokus på rubriken ”Sysselsättning och förströelser”, där sjukhuschefen gör en kort summering av årets verksamhet. Den statistik som förs över andelen i arbetsterapin engagerade patienter är det material jag använt mest ur årsberättelserna. Mot slutet av perioden utökas årssummeringen av arbetsterapin i

och med att sjukhuset har anställda arbetsterapeuter som beskriver verksamheten och 1959 bifogas två separata bilagor med årsberättelsen.

Arbetsterapi i Sverige – kort översikt

Redan på 1800-talet förekom arbetsterapi, eller som det då kallades, sysselsättningsterapi, på svenska sinnessjukhus. Patienterna kunde få syssla med exempelvis slöjd eller vedhuggning ("trädgårdsterapi").

Terapiformen var dock inte etablerad och runt sekelskiftet 1900 var snarare sänglägesbehandling den mest erkända och använda behandlingsformen. Mellan 1904 och 1926 var Frey Svenson överläkare på Uppsala hospital och asyl (idag Ulleråkers sjukhus). Enligt Svensons syn "avlänkar och uppfostrar" arbetet, och det kunde motiveras som behandlingsform av sitt terapeutiska syfte. Han ansåg tidsenligt att arbetet bör bedömas utifrån sin nytta och häri låg även en moralisk och social dimension av arbetet. Den tyska sinnessjukvård som vid denna tid utgjorde modellen för Sverige tog nyttan än längre.

Gütersloh-systemet, en del av den tyska *aktiverende Therapie*, sysselsatte patienterna i militärisk ordning. Den strikta disciplinen skulle anpassa dem till en vanlig industrimiljö. Antalet utskrivna patienter var mycket högt⁷.

På 1940-talet tog arbetsterapi i Sverige en annan riktning. 1944 grundades *Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter* (FAST senare FSA, idag Sveriges Arbetsterapeuter) och genom denna yrkesförening kunde arbetsterapeuterna definiera sig som yrkesgrupp. En pionjär för utvecklingen var grevinnan Estelle Bernadotte af Wisborg som med sin amerikanska bakgrund inspirerats av *occupational therapy* och dess praktik i USA. FAST organiserade kurser, skrev tidningsartiklar och upplysningsbroschyrer samt höll föredrag. Arbetsterapi sattes på kartan i en svensk kontext⁸. Målet var att skapa möjligheter för utbildning. 1948 finansierade Stockholms stad en 9 månaders snabbutbildning. 1949 grundades tidskriften *Arbetsterapeuter – organ för Föreningen Arbets- och sysselsättningsterapi*. Genom tidskriften skapas en allt mer enhetlig bild av vad syftet med arbete som terapi är. Betoningen på lust var viktig och här syns de amerikanska influen-

serna tydligt. Lottie Blanton, en amerikansk löjtnant och chefsterapeut för ockupationstruppernas sjukhus i Tyskland omnämndes ofta i tidskriften och enligt henne krävs ”en psykologisk inlevelse i patientens situation: förståelse för hans förmåga att le – inte bara med munnen utan med hjärtat – och att finna hans hobby, vilken verksamhet som lockar honom”⁹. Den militäriska disciplinen får stå tillbaka för patienternas individuella behov. Slutprodukten av arbetet är alltså inte det centrala utan det är själva processen med alla de utmaningar denna innebär för patienterna. Arbetet ses som en rent terapeutisk metod. Under en internationell konferens 1952 skapade Sverige tillsammans med några andra länder WFOT (World Federation of Occupational Therapists). Därefter följde ett decennium av gradvisa framsteg men även bakslag. 1965 fattade riksdagen beslut om en treårig arbetsterapeututbildning¹⁰. Sammanfattningsvis går det att se en förändring i attityder under den tidsperiod som redogjorts för. Till en början avgörs villkoren för arbetsterapin av samhälleliga behov och normer, men förskjuts gradvis till att sätta patientens individuella behov först. Denna förändring undersöks närmare i det följande.

Diskussioner i Arbetsterapeuten – FSA

Tidskriften *Arbetsterapeuten* skulle fungera som en plattform för diskussion mellan svenska arbetsterapeuter. I tidskriften skrev läkare, arbetsterapeuter och andra med praktiken förknippade. Artiklarna berörde bland annat studieresor till England och USA, generella tips kring praktik och redogörelser för arbetsterapins status, nationellt och lokalt. Tidskriften används för att skildra just denna diskussion, hur arbetsterapeuterna definierade sin verksamhet, vilka problem de upplevde och de ambitioner som uttrycktes.

”Det gångna året har varit betydelsefullt, enär myndigheterna äntligen accepterat arbetsterapin som en naturlig och oumbärlig del av sjukhusterapin och därigenom blivit intresserade av terapeututbildningen”¹¹. Så uttryckte redaktör Elsa Lundborg det under rubriken ”Aktuellt” i det första numret av *Arbetsterapeuten*, och citatet säger

en del om arbetsterapins dåtid, nutid och framtid. Myndigheterna hade "äntligen" accepterat arbetsterapin, vilket antyder att åren innan tidskriftens grundande har bestått av en kamp för ett erkännande som medicinsk praktik. 1949 hade man nått denna status av erkännande och var numera även i statens ögon "en naturlig och oumbärlig" del av sjukvården, precis som man själva ansåg sig vara. Citatet rymmer också de visioner som målades upp inom FAST. Nästa mål var terapeututbildningen. När yrket nu var erkänt gällde det att fylla yrkesgruppen med utövare. I numret därpå diskuterades en proposition som förelåg i tryck och som bland annat föreslog en statligt finansierad kurs för arbets- och sysselsättningsterapeuter. I november samma år rapporterades i *Arbetsterapeuten* att en kurs påbörjats i Göteborg. Intresset var stort och 250 ansökte till den fyra terminer långa utbildningen¹³.

1950 påbörjade Hakon Sjögren, överläkare vid Lillhagens sjukhus i Göteborg, en artikelserie där han reflekterade över arbetsterapins utveckling och utformning i samtiden. En första observation var att det inom sinnessjukvården fanns ett "överflöd av nya terapiformer", vilket kunde få effekten att arbetsterapin, som i en form eller annan praktiserats inom sinnessjukvården, förbisågs. Sjögren motsatte sig detta eftersom han ansåg att arbetsterapin var en av de behandlingsformer som lättast kunde nå flest patienter utan att samtidigt dramatiskt öka läkarnas arbetsbörda. Vidare betonade överläkaren några grundläggande förutsättningar för en "god sysselsättningsterapi". Det krävs stora och välplanerade utrymmen, den ska vara en del av den övriga terapin och inte erhålla någon särställning, terapiavdelningen bör ligga centralt inom sjukhuskomplexet så att läkarna kan bibehålla en intim kontakt med arbetsterapeuter och patienter. Ytterligare en upplevd effekt av att placera avdelningen centralt var för läkarna på Lillhagen att man lättare kunnat visa upp avdelningen för de sjukas anhöriga och andra intresserade och på så vis närma sig allmänheten och lossa på fördomar. Sjögren fortsatte i det fjärde numret 1950 och framhöll vikten av att betrakta sysselsättningsterapin som en medicinsk angelägenhet. Han var förargad över att läkemedels-

kostnader tillåts uppgå till digra summor samtidigt som det påstods att ”sysselsättningsterapien går med förlust”¹⁴. Synen på arbetsterapi är i Sjögrens fall i första hand alltid terapeutisk. Produktionsresultat och kostnader spelar mindre roll, det viktiga var istället att patienten hade tillgång till lämplig terapiform och möjlighet att utöva den.

1951 publicerades ett brevutbyte mellan Kvinnliga Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (KLSR) och FAST. Sjukgymnasterna föreslog ett utökat samarbete för att komplettera varandra bättre i behandlingen av patienten. FAST var positiv till detta. Enligt överläkare Erik Severin borde sysselsättningsterapi ses som en del av helhetsbilden, en behandlingsmetod bland flera. Därför ansåg han att en läkare skulle ordinera sysselsättningsterapi på liknande sätt som det gjordes för sjukgymnastik¹⁵. Att arbetsterapeuterna ingick samarbete med en annan yrkespraktik är intressant. Samtidigt minskar det självständigheten, som man är angelägen om att bevara. Å andra sidan bidrar det till vidare etablering av arbetsterapi inom den medicinska terapifloran. Oavsett orsak dröjde det nästan ett halvår innan FAST svarade KLSR, vilket tyder på att frågan var omdebatterad i de egna leden. Ytterligare en dimension av korrespondensen tillfördes av att båda yrkeskåren var kvinnodominerade¹⁶. Detta medför att förutsättningarna för professionalisering såg något annorlunda ut till följd av de maktstrukturer som rådde i samhället. Även om det inte nämndes explicit kan detta ha varit en aspekt av FAST:s resonemang i frågan. 1951 avslutades även den kurs som påbörjats två år tidigare som en följd av riksdagsmotionen 1948. Detta uppmärksammas med en artikel i *Göteborgs Handels- och Sjöfarts-Tidning*. I artikeln diskuteras värdet av utbildningen och hur viktigt det är att FAST nu genomdriver de utexaminerade terapeuternas legitimation och ser till att inte ”inkompetenta och olämpliga” individer får agera på detta ”betydelsefulla” område. Dessutom sägs att ”en estetisk och riktig utformning måste ge större tillfredsställelse även för den sjuke och därigenom vara en starkt bidragande faktor vid sjukdomsbehandlingens förlopp”. Således framhålls den konstnärliga aspekten som en viktig aspekt av arbetet¹⁷.

En viktig distinktion för denna undersökning är den *specifika* grenen av arbetsterapi inom sinnessjukvården. Det är en praktik som inte alltid är synonym med generell arbetsterapi (som finns till exempel inom äldre- och akutvård med flera). Exempelvis inriktades det utbildningsprojekt som initierades på 1940-talet främst mot arbetsterapeuter utanför sinnessjukvården. Detta berördes av Hjalmar Bengtsson i artikeln "Arbetsterapien vid sinnessjukhusen". Han underströk att sysselsättning av patienter vid de svenska sinnessjukhusen hade en lång historia men att den nu ställdes inför nya problem. Sysselsättningen hade hittills fokuserats på "utearbete", jordbruk och liknande, vilket hade passat väl i och med att patienterna ofta var uppvuxna på landsbygden. Till följd av urbanisering och industrialisering förändrades dock villkoren och utearbete var inte lika självklart för patienterna. Istället tog verkstäder och arbetssalar deras plats och aktiviteter som borstbindning, korgflätning, vävning och träslöjd dominerade. Bengtsson noterar en ekonomisk dimension av produktionen. På vissa sjukhus hade den fått en sådan omfattning att sjukhusens drift "förbilligas" och "en del alster kunnat försälgas till befattningshavare eller genom mässor till en större kundkrets". Han menar att detta bereder patienterna glädje men samtidigt visar att terapins fokus delvis förändrats och blivit en ekonomisk resurs för sjukhuset¹⁸. Detta ger ett intressant perspektiv i frågan om hur arbetet värderades. Ett problem för terapin inom sinnessjukvården var att de utbildade arbetsterapeuterna hellre tog anställning vid andra vårdanstalter och sjukhus på grund av att sinnessjukvårdens arbetsförhållanden var mer mödosamma. Vid sinnessjukhusen kompenserade man för detta genom att de skötare som hade tidigare yrkesutbildning tog ansvar som föreståndare för sysselsättning av patienterna. För att tillmötesgå denna grupp anordnade Medicinalstyrelsen tillsammans med Kursnämnden för utbildning av arbetsterapeuter en fyra månader lång kompletteringskurs vilken blev en stor framgång¹⁹.

I första numret från 1956 diskuterade arbetsterapeuten Sven Dalheden terapeuternas roll. Är den bra eller dålig? För att närma sig frågan tar han hjälp av patienternas återkoppling. Vad finner patienterna vik-

tigt i terapin och vad saknar de? Dalheden kom fram till att behoven varierar kraftigt men att en gemensam företeelse på alla sjukhus där den förekommer kan betraktas som "farsot". Det var försäljningen av "halvfabrikatsalster". I dessa fall blev det expediering på löpande band och det individuella fokuset försvann²⁰. Denna tendens att låta den ekonomiska aspekten av arbetsterapins resultat bli huvudfokus var återkommande. Dalheden påpekade dessutom vikten av att inte forcera patienten för mycket i sitt arbete. En patient förtydligar: "Visst är det roligt med ett vackert förfärdigat handarbete, men var-till gagnar det min sjukdom om jag blir tvingad av arbetsledaren att göra om och om tills det äntligen behagar denna att godkänna²¹". Patienten måste känna uppskattning och det estetiska slutresultatet behövde inte alltid vara det primära målet. Istället betonades det lustfyllda i arbetet. 1958 publicerades artikeln "Bättre utbildning signaleras" som diskuterade det fokus och brister som arbetsterapeututbildningen i Sverige dittills haft. Det har funnits en "konsthantverksdominans" som behövde förändras för att ge mer utrymme åt till exempel fysiologi och anatomi. Detta skulle innebära att arbetsterapeuten blev mindre beroende av sjukgymnasten i sitt arbete och etablera en tydligare gräns mellan de två professionerna.

Sammanfattningsvis ger artiklarna i *Arbetsterapeuten* en bild av en yrkesgrupp med fast beslutenhet att etablera sig som en ny profession. Utbildningen var i ständigt fokus och sågs som nyckeln till en vidare etablering i Sverige. Samtidigt visades också det värde artikelförfattarna ansåg att arbetsterapin hade. Enligt dem skulle den betraktas som "en medicinsk angelägenhet" och hade en plats att fylla. Man ville komma ifrån den äldre sortens arbetsterapi, som var sysselsättning snarare än en medicinskt motiverad praktik. I detta ligger också de metoder som propageras. De ska vara hobbybetonade snarare än de jordbruks- och nyttoorienterade sysselsättningar som tidigare dominerade sinnessjukhusen.

Parallellt med etableringen av arbetsterapeuter som yrkeskår existerade den även i praktiken på sinnessjukhus runt om i Sverige. Ett sådant var Ulleråkers sjukhus, där redan på mitten av 1800-talet stora delar av patienterna var "sysselsatta" på olika sätt. I praktiken bidrog patienterna efter förmåga till sjukhusets verksamhet. Bland sysslorna var utearbete i störst fokus och i vissa avseenden var sjukhuset i princip självförsörjande²³. I denna anda fortsatte behandlingen på Ulleråker och i de äldre årsberättelserna ingick alltid en rubrik där det redogjordes för "dagsverk" och hur många patienter som var engagerade i detta. Begreppet "arbetsterapi" förekom för första gången år 1933 och utgjorde då rubriken till den del av årsberättelsen där dagsverken diskuteras. Sjukhuschefen Bernhard Jacobowsky berättade också att man infört nya grenar av arbetsterapin: korgmakeri och tillverkning av läder- och jutemattor²⁵. Förändringen i terminologi markerar inte nödvändigtvis något större skifte i praktik, men visar att begreppet arbetsterapi har gjort entré på sjukhusen ute i landet. Att man dessutom utökade verksamheten betyder att arbetsterapin tilläts större plats vid sjukhuset. De skötare som handledde patienterna i sina dagsverken var dock desamma som hjälpte dem i övrigt och var utan någon speciell utbildning.

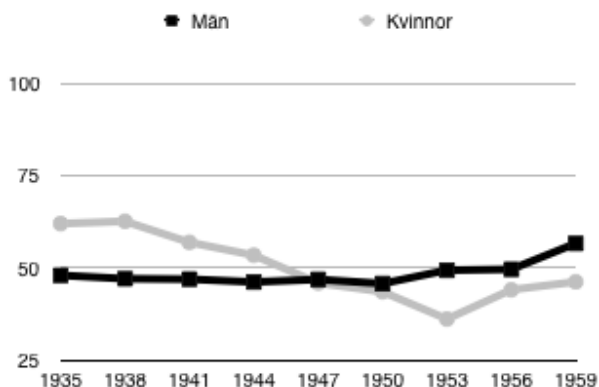
Under åren minskade antalet engagerade patienter och 1936 var 60 procent av kvinnorna samt 50 procent av männen sysselsatta, 1939 var siffran 56 för kvinnor och 48 för män²⁶. I årsberättelsen från 1939 berör Jacobowsky problematiken med det sjunkande antalet arbetande patienter; han beskriver hur andra behandlingsformer och omplaceringar av patienter har decimerat arbetsterapin och man blivit tvungen att anställa personal för att utföra de arbeten som annars kunde utförts av patienter. Detta medförde "en avsevärd fördyring"²⁷. Jacobowsky ger uttryck för en syn på patienternas arbete som är ekonomisk. Deras arbetsinsats betraktas mera som en resurs till sjukhuset än som endast terapeutisk verksamhet. Sjukhuschefen diskuterade även en av de utmaningar arbetsterapin stod inför i Sverige:

hur man skulle markera sina positioner och ta plats bland de alternativa behandlingsformer som fanns. Jacobowskys syn på arbete tyder på att attitydskiftet, som arbetsterapeuterna i mycket stod för, inte skett ännu. Produkten av arbetet är alltså dess syfte, inte arbetet självt. Nedan illustrerar ett diagram andelen sysselsatta:

Diagram 1.

Andelen sysselsatta i arbetsterapi vid Ulleråkers sjukhus, 1935–1959

Källa: Årsberättelser, Ulleråkers sjukhus, 1935–1959.



De första åren på 1940-talet, illustrerade av diagrammet, stabiliserade sig andelen i arbetsterapin involverade patienter runt 45 procent män och 55 procent kvinnor. Som referens vårdades totalt 2321 patienter vid Ulleråker år 1944 – att sysselsätta ungefär hälften av dessa omfattar alltså fler än 1000 individer. 1946 rapporterade sjukhuschefen Ragnar Hjertstedt om att personalbrist gjort det svårt att uppehålla arbetsterapin. Denna utveckling höll i sig de följande åren. Arbetsterapin förbisågs och kunde inte uppehållas i önskad utsträckning, dels på grund av personalbrist, dels på grund av utökning av familjevård och tidiga försöksutskrivningar²⁸. Arbetsterapin hade ännu svårt att etablera sig och ta plats på sinnessjukhuset. Sjukhuschefens beklagande ton visar dock att viljan att vidare etablera praktiken finns.

1951 nådde sysselsättningen en ny lägstanivå och endast 43 procent av männen och 41 procent av kvinnorna var sysselsatta. Återigen utgjorde resursbrist en viktig faktor i detta men att sjukhuset, tillsammans med fyra andra statliga sjukhus, anställde en gemensam arbetsterapeut nämndes i optimistiska ordalag. Året därpå registrerades alltför låga sysselsättningssiffror. Platsbristen medförde tidiga försöksutskrivningar men den nyanställda arbetsterapeutens verksamhet väckte patienternas intresse. 1953 ökade andelen sysselsatta bland männen och de "av arbetsterapeuten igångsatta arbetena ha omfattats med stort intresse bland patienterna". Däremot sjönk andelen sysselsatta kvinnor till 39 procent eftersom de inte hade tillgång till vävsal. Nästkommande år fortsatte utökningen av arbetsterapin, sjukhuschefen talade väl om patienternas hantverk och meddelade att en "tilltalande och smakfullt arrangerad utställning", där press och allmänhet varit välkomna, även ägt rum. Hopsättning och emballering av klädnypor är en "lämplig sysselsättning" som fått stor omfattning under året. Dessutom har en studiecirkel, som komplettering till arbetsterapin, införts. Denna benämndes i årsberättelsen som "bildningsterapi" och bestod av studenter som regelbundet besökte sjukhuset, där man med patienterna bland annat diskuterade skönlitteratur²⁹. Både utställningen och studiecirkeln var goda representanter för den status arbetsterapin nu uppnått på sjukhuset. Genom att öppna för allmänheten minskas det mentala avståndet och stigmat runt sinnessjukvården och dess patienter, samtidigt är det kontakt med "det vanliga livet" för patienterna själva, och arbetsterapin är ett medel för detta. Studiecirkeln visar att terapins syfte i första hand gällde patienternas individuella behov och skulle anpassas därefter. De patienter som upplevde störst nöje av att läsa och diskutera böcker fick således göra det.

1955 inrättades ännu fler provisoriska lokaler för terapin och årsberättelsen vittnar om att terapins framgång ytterligare manifesteras, vilket går i linje med den utveckling som syns i diagrammet. Patienterna visar "livligt" intresse och deras alster är "även ur konstnärlig synpunkt beaktningssvärda"³⁰. Det fanns särskilda terapisalrar men

terapin utövades även på avdelningarna. Vissa salar för män fokuserade på olika typer av slöjd samtidigt som mer primitiva aktiviteter som borstbinderi, påsklistring och paketering av klädnypor bedrevs i andra salar. I kvinnornas salar utövades bland annat sömnad, broderi och tygtryck. Verken såldes till patienter och personal. 1956 uppgick det totala värdet av produktionen till 10 000 kr (i 2016 års penningvärde motsvarande 129 550 kr). Inkluderandet av det totala värdet visar på att slutprodukten och det ekonomiska utgjorde en viktig del av hur man diskuterade arbetsterapin. Ännu kunde den inte motiveras enbart på grunden att arbetet fungerade terapeutiskt. 1957 vidgades och intensifierades terapin ytterligare då sjukhuset tillsatte en "överskötarejänst" i arbets- och sysselsättningsterapi. Männen i terapi delades upp i akut och kroniskt sjuka, den förra gruppen sysslade med de mer "konstnärliga" sysslorna medan den andra fick borstbinda, paketera klädnypor etcetera. Det totala värdet på patienternas verk uppgår detta år till 17 150 kr. 1958 vittnas om att terapisalarna varit föremål för stort utomstående intresse, ett antal studiebesök har gjorts. Under det sista året som årsberättelser finns tillgängliga, 1959, hade sysselsättningsgraden uppnått cirka 56 procent bland män och 47 bland kvinnor och trenden var uppåtgående. Arbetsterapeut Karl-Erik Gustavsson rapporterar att ändamålsenliga och större lokaler samt ytterligare tillkomna sköterske- och instruktörstjänster varit en bidragande faktor till terapins expansion på sjukhuset. Det totala värdet uppgick till ungefär 20 000 kronor vilket är en fördubbling på tre år. Överskötaren för arbetsterapi, Hugo Hägne, redovisade de positiva siffrorna för sysselsättning och adderade att vissa industriella monteringsarbeten även anskaffats. Motiveringen till detta var att patienterna fick en arbetstränande uppgift och att den innebar en aktivitetsstegring för många av de långvarigt sjuka³³.

Arbetsterapin på Ulleråker genomgick under min studieperiod en förändring – både i sin utformning och den status praktiken erhöll. Från att sysselsätta patienterna med "dagsverken" som gynnade sjukhusverksamheten till att fokuseras på patienternas egna behov och hur de kan utvecklas av terapin. Vid diagrammets början 1935 och

slut 1959 är den totala andelen sysselsatta ungefär lika hög men vad patienterna sysselsätts med har i stor utsträckning förändrats och gått mot det lustfyllda: från att ordinarie skötare ansvarat för sysselsättningen till att särskilda arbetsterapeuter anställts och engagerat ännu fler patienter i terapin.

Avslutning

Artiklarna i *Arbetsterapeuten* ger en bild av en yrkeskår som med stor beslutsamhet verkade för ett gemensamt mål. Man inser tidigt vikten av organisation och information. I yrkets tidiga fas fungerade tidningen *Arbetsterapeuten* som ett nätverk där olika utövare runtom i Sverige kunde mötas, utbyta kunskap och samtidigt homogenisera teori och praktik – något som är en grundläggande faktor i skapandet av en gemensam identitet och gränsdragandet mot närliggande yrkeskårer. Frågor kring utbildning identifierades även tidigt som en viktig uppgift. I kombination med årsberättelserna från Ulleråkers sjukhus går det att urskilja ett skifte i attityd och hur arbetet värderas.

Arbetsterapin genomgick under 1900-talet både generellt och på Ulleråkers sjukhus en övergång. I början av århundradet dominerade den ekonomiska synen på arbetet. Patienter sattes i arbete för att de skulle gynna och "förbilliga" sjukhusets verksamhet. Den terapeutiska aspekten är inte särskilt synlig, men motiveringen att patienterna arbetar "för att sysselsättas" innebär ändå att de aktiveras på bekostnad av andra behandlingsmetoder som till exempel sängliggande. Även om det inte finns någon uttryckt terapeutisk motivering konkurrerar den ändå som terapiform. Ytterligare en dimension inom denna praktik var ett uppfostrings- och disciplineringsperspektiv. Den huvudsakliga vetenskapliga och kulturella inspirationen under tidigt 1900-tal var Tyskland och för sinnessjukvården var Gütersloh-systemet av särskilt intresse. Här användes arbetet helt enkelt för att få patienterna på andra tankar. Sysselsättningen minskade deras så kallade "osnygghet" och skadegörelser vilket ledde till minskade vårdkostnader för sjukhuset. Arbetet syftade till att anpassa dem socialt och att simulera en vardaglig miljö inne på sjukhuset skulle underlätta

omställningen till ett riktigt arbete. Fokuset på individens behov åsidosattes för att gagna helheten. Enligt Frey Svenson var inte den reella vinsten i arbetet prioriterat utan det var i första hand terapeutiskt, men under hans verksamma år, 1904–1926, präglade fortfarande det ekonomiska synsättet arbetsterapin.

På 1940-talet introduceras den moderna arbetsterapin som tydligare betonar det lustfyllda och terapeutiska i arbetet. Arbetet sker fortfarande under bestämda timmar och är organiserat på ett sådant sätt att patienten utvecklas disciplinärt men aktiviteterna är mer hobby- och lustbetonade, mer anpassade efter individuella behov. I artiklar från *Arbetsterapeuten* ges uttryck för ett synsätt där själva arbetsprocessen är kärnan i det terapeutiska, medan man på Ulleråker finner att resultaten av terapin kan vara minst lika viktiga för en patients välmående och allmäntillstånd. Denna utveckling från en ekonomisk till en terapeutisk syn på arbetsterapin skedde parallellt med professionaliseringen och kan ses som ett direkt resultat av denna. Medikalisering och teoretiserande kring praktiken var viktigt för gränsdragandet mellan arbetsterapin och andra terapiformer samtidigt som det gav identitet åt arbetsterapeuterna som yrkesgrupp.

Under den tidsperiod som denna studie avser görs det tydligt att arbetsterapin både skapar en grund för kunskapsproduktion, genom att driva igenom utbildningsprojekt, och inleder vägen mot att kunna stänga ute utövare som inte har de rätta kvalifikationerna (även om legitimation införs senare). Detta är de två krav som Christina Florin ställer upp för professionalisering och i denna uppsats beskrivs hur arbetsterapeuterna inleder sin väg mot den. I likhet med Lena Miltons resultat i sin studie om barnmorskornas professionalisering är förbundsverksamheten betydande för den vidare etableringen och utvecklingen av professionen, här exemplifierat av FSA och dess tidskrift. Andra aspekter av arbetsterapins framväxt som är värda att nämna är den militära, hur världskrig, militära behov och resurser bidrog till att ge arbetsterapin en plattform och den vändning mot

USA som skedde efter andra världskriget, hur denna påverkade synen på arbetsterapi och utformningen av praktiken.

Anton Blanck

Uppsatsens underlag utgörs av en B-uppsats i Idé- och lärdoms historia vid Uppsala universitet.

Referenslista

1. Blanck, Dag, "Svenska uppfattningar om USA under två århundraden" i Erik Åsard, red., *Det blågula stjärnbaneret: USA:s närvaro och inflytande i Sverige* (Stockholm: Carlssons, 2016), 52.
2. <http://www.dn.se/kultur-noje/kulturdebatt/estelle-ar-skyddshelgon-for-alla-arbetsterapeuter/> (12/5-2016)
3. <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Yrket/Nagra-viktiga-historiska-data-for-arbetsterapeutprofessionen/> (12/5-2016)
4. Mattson, Monica, "Professionell utveckling – att möta framtidens utmaningar" i Biguet, Gabriele, Keskinen-Rosenqvist, Riitta och Levy Adrienne, red., *Att förstå kroppens budskap: sjukgymnastiska perspektiv* (Lund, 2012), 386–389.
5. Milton, Lena, *Folkhemmets barnmorskor: Den svenska barnmorskåkårens professionalisering under mellan- och efterkrigstid* (Uppsala, 2001); Öberg, Lisa, *Barnmorskan och läkaren: Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920* (Stockholm, 1996); Ottosson, Anders, *Sjukgymnasten – vart tog han vägen? En undersökning av sjukgymnastyrkets maskulinisering och avmaskulinisering 1813–1934* (Göteborg, 2005).
6. Björnsson, Anders, *Organisationen som skapade en profession* (Nacka, 2012).
7. Björnsson, Anders, *Organisationen som skapade en profession* (Nacka, 2012), 8–15.
8. Ibid., 20–21.
9. Ibid., 22.
10. <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Yrket/Nagra-viktiga-historiska-data-for-arbetsterapeutprofessionen/> (2/5-2016)

11. *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 1 - 1949 (Stockholm, 1949), 1.
12. Lundborg, Elsa, "Aktuellt", *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 2-1949 (Stockholm, 1949).
13. Beckman, Anne-Marie, "Göteborg har ordet", *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 6 - 1949 (Stockholm, 1949).
14. Sjögren, Hakon, "Sysselsättningsterapi – några reflexioner kring dess teori och praktiska utformning", *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 1 - 1950 och nr 4 - 1950 (Stockholm, 1950).
15. Elliot, Rut; Severin, Erik; Sjögren, Hakon; Beckman, Anne-Marie, "Ökat samarbete sjukgymnaster – arbetssterapeuter", *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 2 - 1951 (Stockholm, 1951).
16. Se Björnsson, kap 5.
17. Ekholm, Kurt, "Sjuka i skapande arbete", *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 3 - 1951 (Stockholm, 1949).
18. Bengtsson, Hjalmar, "Arbetsterapien vid sinnessjukhusen", *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 1 - 1955 (Stockholm, 1955).
19. Ibid., 7.
20. Idestrom, Birgitta, övers., "Arbetsproblemet i terapin" föredrag hållet vid WFOT:s kongress 1954, *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 2 - 1956 (Stockholm, 1955).
21. Ibid., 8.
22. Östlund, Erik, "Bättre utbildning signaleras", *Arbetssterapeuten – organ för Föreningen Arbets-och sysselsättningsterapi*, nr 5 - 1958 (Stockholm, 1955).
23. Åberg, Leif, *Plats för brutna själar* (Uppsala, 2011), s. 19 och Nordlander, Nils Brage "Ulleråkers sjukhus", *Medicinhistorisk tidskrift* (Stockholm, 2008), 55.

24. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1900–1929, B2:7 - B2:11.
25. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1933, B2:12.
26. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1936, B2:12 och Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1939, B2:12.
27. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1932–1940, B2:12, år 1939.
28. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1942–1949, B2:13.
29. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1953, B2:14.
30. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1950–1955, B2:14.
31. Beräknat med Statistiska Centralbyråns ”Prisomräknaren” för 1956 mot april 2016).
32. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1956, B2:14.
33. Ulleråkers sjukhus, Sjukhuschefens arkiv, Årsberättelser 1959, B2:14. Bilaga 4 och 5.

Mjölonrisblad - Pulvis foliae arbutus uva ursi

Ett ståndkär, som enligt den eleganta kartuschen innehållit *PULV.F. ARBUT.UV.URSI*, det vill säga mjölonrisblad, är ett bland cirka 25 glaskär i det så kallade Boskapsapoteket på Veterinärhistoriska museet i Skara (Fig. 1). Den påmålade etiketten med läkemedelsnamnet i svarta versaler på gräddvit botten omges av en intensivt röd inramning, som avslutas med en elegant rosett. Sannolikt har beställaren av dessa kär, Peter Hernquist, låtit en lokal Skaramålare dekorera denna serie av kär, som utgör en del av de samlingar som finns kvar i det av honom grundade apoteket. Peter Hernquist startade den första veterinärutbildningen i Sverige (Skara) 1775 efter långa utbildningar i såväl medicin i Uppsala som veterinärmedicin i Lyon och Paris. Han öppnade också ett eget apotek trots ett redan befintligt i Skara. Hernquist ansåg nämligen att veterinärmedicinens behov av läkemedel var alltför specifikt för att fullt ut kunna täckas av det humanmedicinska sortimentet.



Fig 1. Ståndkär från Boskapsapoteket. Etiketten med den karaktäristiska röda rosetten informerar om innehållet: Mjölonrisblad
Foto: Författaren



Fig 2. Mjölonbär. Wikipedia.

Mjölon

Mjölon (*Arbutus uva-ursi*, L., Fig. 2.) med det nutida latinska namnet *Arctostaphylos uva-ursi* förekommer i hela Norden och växer framför allt på torra, magra marker. Det nutida latinska namnet är en märklig tautologi: *Arctostaphylos* av grekiska *arktos* och *stafyle* betyder björn respektive

druva; det latinska *uva ursi* betyder samma sak, nämligen björndruva. Bären kan vid första åsynen lätt förväxlas med lingon, men stoppar man dem i munnen blir det genast klart att de skiljer sig från lingon genom sin smaklöshet och sin mjöliga konsistens. Linné kommenterar detta faktum i sin *Flora Svecica*¹ på detta vis: ”De torra och osmakliga bären med benhårda frön ej ätbara.”

Mjölon är en vintergrön växt (något som antyds av det av Linné använda namnet, *arbutus* = ständigt grönt träd) och bladen är mera långsträckta än bladen på lingon. De har också en nättlik ”nervatur”, som lingonbladen saknar. Mjölonbladen saknar glandler, det vill säga de ”körtelprickar” som kan ses på lingonblad (Fig. 3).

Pulvis foliae arbutus uva ursi

Den latinska rubriken betyder ”pulver av blad från mjölon”. Blad från mjölon (*Arbutus Uva ursi*. L.) fanns upptagna i den första svenska farmakopén, Pharmacopoea svecica² från 1775 och senast i upplaga X (1925) av den Svenska farmakopén.

I den första veterinärfarmakopén³, som utgavs 1809 av Florman i Lund efter Hernquists död, finns inte mjölon medtaget. Men i den andra upplagan av den av Sundhetsstyrelsen år 1864 utgivna Veterinärfarmakopén⁴ finns mjölonblad med. Växten tillhör dem som försetts med en stjärna som ”Utmärker ett ämne, hvaraf fäderneslandet kan lemna en för behöfvet tillräcklig mängd.” Närvaron av

mjölon i Veterinärfarmakopén återspeglas i behandlingsanvisningar i en ungefär samtida lärobok över husdjurens sjukdomar⁵ där följande kan läsas om behandlingen av ”Lamhet i blåsan”: ”De medel som



Fig. 3. Blad från mjölon (t.v.) respektive lingon (t.h.) Lägg märke till det nättlika nervtrådsnätet på mjölonbladet och de karakteristiska glandel-prickarna på lingonbladen (t.h.)!

Foto: Jouko Lehmuskallio©, NatureGate.

erfarenheten härvid wisat werksamma, äro mjölonris ...". I tredje upplagan av Svensk Veterinärfarmakopé⁶ från 1880 är dock mjölonris borttaget och i en handbok om husdjurens sjukdomar⁷ från 1892 nämns det överhuvudtaget inte. Dock levde bruket av mjölonris kvar in på 1930-talet vilket ett Vademecum från 1932⁸ vittnar om: "*Folium uve ursi* X Mjölonrisblad. Adstringerande, desinfekterande, med svag diuretisk verkan (cystit, pyelit) ...".

Inom humanmedicinen förekommer dock mjölonris ganska långt fram i tiden. *Extractum fluidum uvæ ursi*, dvs. mjölonrisextrakt fanns med i MB 1937⁹ men hade strukits i MB 1944¹⁰. Så sent som 1950 omnämns dock mjölonrisblad i Ljungdals klassiska recepthandbok¹¹ – dock med tillägget: "Numera närmast ur bruk." Avsedd användning kommenteras på detta sätt: "Har sen gammalt anseende som diureticum och även som urinvägsantisepticum, sistnämnda egenskap hänförlig till arbutinet, som i organismen spaltas i glykos och hydrokinon."

Mjölon i Hernquists handskrifter

I *Usus medicamentorum domesticorum collectorum* (HS054)¹² står det helt lakoniskt: "Arbutus uva ursi – dess ris i pulver elr the i stenpassion", det vill säga mjölonrisblad kan användas vid njur-, urin- och gallstenslidanden. Handskriften HS054 kan på goda grunder antas vara Hernquists anteckningar från en föreläsningsserie i Uppsala av Carl von Linné på

1750-talet.

I Zoopharmacologia (HS059)¹³ beskriver Hernquist *Arbutus uva ursi* på följande sätt: "låg buske på våta ställen i Europa, Canada med mörkgröna blan

ARBVTVS.

312. ARBVTVS *Vva ursi* caulibus procumbentibus, foliis integerrimis. *Fl. lapp.* 162. *suéc.* 358. *Sp. pl.* 566. *Fl. dan.* t. 33.

Vva ursi. *Clus. bist.* 1. p. 63.

Loc. Sueciæ colles fabulosi. *Frutex, vulgaris.*

PHARM. VVAE VRSI Folia.

QUAL. styptica, inodora. *Rarior, præstans.*

VIS: adstringens, coriaria, obstipans, diuretica.

VSVS: Calculus.

COMP.

Fig. 4 Beskrivning av mjölon (Arbvtvs) i Linnés *Materia medica*¹⁵.

nedunder nätformig åder. Blän lukta likt Glycyrriza [=lakrits], smakar snörpande, med angenäm bitterhet, so driver fram spott. De största drifwa urin, brukas i njurans och blåsans åkommor. Mot slem hos hästar uns j; Uns jß uti pulver.” (Sannolikt avser den första doseringsangivelsen, 1 uns [cirka 30 gram] de färskade bladen och den senare högre, 1 ½ uns [cirka 45 gram] pulver sannolikt med någon ”bärsbstans” (constituens) eftersom pulverdosen är högre. I Hernquists *Sjukdomslära*¹⁴ finns inte mjölonris nämnt.

Mjölon i Linnés skrifter

I *Materia medica*¹⁵ (Fig. 4.) omnämns bladen från *Arbutus Vva ursi* som sammandragande medel (adstringens), som förstoppande medel (obstipans), som urindrivande (diuretikum) och vid sten-/konkrementbildning (calculus). Som antytts ovan säger Linné även i sin flora¹ att ”stenplågor” kan lindras av vattenextrakt från växten.

I en avhandling¹⁶ under Linnés presidium från 1753 beskrivs vilka läkemedel från växtriket som bör uteslutas ur den gängse arsenalen på apoteken, men föreslår också nya som borde införas. Därbland ingår *Uvæ ursi folia*, det vill säga mjölonblad. Linné skriver om dem: ”mycket värdefulla såsom stärkande och sammandragande läkemedel.”

I *Clavis medicinae duplex*¹⁷ placerar Linné mjölon under rubriken ”Kärva medel (Stiptica)” med underrubriken ”Garvande (Coriaria)” och kommenteras på följande sätt: *Garvande vid läderberedning, förstoppande.*

Commentatio de Arbuto uva ursi

Läkaren Johan Anders Murray (1740–1792) skrev utförligt om mjölon och deras medicinska användning i skriften *Commentatio de Arbuto uva ursi*, det vill säga *Vetenskaplig avhandling om mjölon*. Den är på 65 sidor och utkom 1765¹⁸. Jag får travestera uttrycket *Graeca sunt, non leguntur*, det vill säga *Det är grekiska, läses inte* och byta ut grekiska mot latin. (Uttrycket användes av bland annat medeltida munkar, som motivering för att hoppa över för dem obegripliga grekiska citat i latinska texter.) Vi får förlita oss på att skriften är förnämlig efter



Fig. 5. Titelsidan till det tryckta inträdestalet som J. A. Murray höll inför vetenskapsakademien 1772¹⁹.

som självaste Preses för Kongl. Vetenskaps Akademien, Nils Rosén v. Rosenstein harangerar Murray efter avslutad inträdesföreläsning i vetenskapsakademien på följande sätt: "... huruledes Min Herre med Rön stadfäst Uve ursi nytta uti Njurarnas och Blåsans sjukdomar ...". Murray höll sin inträdesföreläsning den 4 mars 1772¹⁹ (Fig. 5).

Hantverksmässig användning

Linné beskriver i sin flora¹ mjölon som den mest användbara växten för garvning och att bladen färgar grått. Mjölonris samlades in av torpare och småbrukare och såldes till garverier. Under slutet av 1800-talet konkurrerade dock billig barkråvara från skogsindustrin ut mjölonriset för garvningsändamål²⁰. För färgning användes mjölonris för att ge gula färger och tillsammans med alun kunde ylle färgas grått. Av bladen kunde också bläck framställas²⁰.

Verksamma substanser i mjölonrisblad

Hoppe²¹ anger att mjölonrisblad innehåller 6–12 % arbutin och dess glykosid metylarbutin, hartsämnen och 15–20 % garvämmen. Enligt Europeiska Läkemedelsmyndigheten²² skall mjölonrisbladextrakt innehålla 20–30 % hydrokinonderivat (arbutin).

Arbutin/hydrokinon

Arbutin är en glykosid som i kroppen spaltas till hydrokinon och socker. Det anses att hydrokinon kan tillskrivas den antibakteriella effekt som kopplats till användning av mjölonrisblad vid urinvägsinfektioner.

Garvämmen

De garvämmen som påvisats i mjölonrisblad är framför allt tanniner (gallsyror). Extrakt från mjölonris har ansetts mera effektivt än isolerat arbutin vid behandling av urinvägsinfektioner. Förklaring till detta har antagits bero på att tanninerna i råextraktet hindrar nedbrytningen av arbutin redan i magsäcken varför högre koncentration av från arbutin frigjort hydrokinon kan erhållas i urinen²³.

Nutida användning av komponenter i mjölonris

Urinvägsinfektion

Som nämnts tidigare har den humanmedicinska användningen av mjölon inte ansetts comme il faut efter 1950-talet¹¹. Undantag utgjorde till exempel Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg där ännu i början av 1960-talet ett "urolog-te" innehållande bland annat mjölonris användes flitigt²⁴. Skolmedicinen har nog helt övergett mjölonristerapin, men i dagens Sverige finns mjölonblad i en registrerad naturmedelsprodukt (Uvicur)²⁵. Godkänt användningsområde är som följer: "Uvicur är ett traditionellt växtbaserat läkemedel använt för att lindra symtom vid återkommande lindriga nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor, såsom svidande känsla när man kissar och/eller behov av att kissa oftare än vanligt. Uvicur ska endast användas sedan läkare konstaterat att annan allvarlig sjukdom inte föreligger, till exempel sexuellt överförbar sjukdom. Indikationerna för ett traditionellt växtbaserat läkemedel grundar sig uteslutande på erfarenhet av långvarig användning."

Det senare påståendet är viktigt. Det finns alltså inga kontrollerade kliniska studier, som kan bestyrka att behandling med mjölonblad vid rekommenderad indikation skulle vara bättre än placebo!

Hudblekning

En annan, udda användning av mjölonris (engelska bearberry) är blekning av hud. En Google-sökning avseende "bearberry and skin lightening" ger cirka 100 000 resultat! I dag är det dock oftast den isolerade komponenten arbutin som används för blekning av till exempel födelsemärken eller av hela huden. Behandlingen består i lokal applicering av salvor innehållande bland annat arbutin (eller hydrokinon). Det är i huden frisatt hydrokinon, som anses ha den blekande effekten av mjölon (arbutin). Hydrokinon är numera förbjudet i EU för hudblekning genom sin carcinogena potential.

Typiskt för många av de ovan beskrivna "web-sidorna" om mjölon är uttalanden som: "Hydroquinone, a synthetic skin lightener, works to lighten skin, but it can also cause 'exogenous ochronosis' in some people (a skin disorder that turns skin a black or bluish color), and may damage skin cells over time, creating thick, leathery, and bumpy skin. There is a natural alternative, however, that provides the lightening effects of hydroquinone, without the harmful side effects: uva ursi, also known as bearberry." Denna övertro på naturliga källor är märklig när det är exakt samma förening i mjölon som åstadkommer såväl den önskade som oönskade effekten! Verkningsmekanismen bakom hydrokinons (arbutins/mjölonris) blekande effekt anses vara bland annat att det påverkar tyrosinas, ett enzym som är nödvändigt för melaninbildningen²⁶. Inget melanin – blekare hud! (Numera är det andra komponenter som dominerar i salvor för hudblekning, framför allt kortikosteroider²⁶ – något som kan förorsaka förvirring i diagnostiken. Läkartidningen rapporterade nyligen om ett fall med en gravid kvinna [ursprungligen från Västafrika], som smort in sig dagligen med kortikosteroidhaltig blekande kräm – något som initialt inte kom fram i anamnesen och därigenom gäckade läkarna, som fått patienten remitterad till endokrinkliniken med frågeställningen "central hypotyreos?"²⁷. Patienten uppvisade vid den första kontakten oförklarligt lågt S-kortisol (oförklarligt innan det kom fram att hon smort in sig med stora mängder kortikosteroidhaltig kräm).

Kunde behandling med mjölonrisblad bota?

Kunde Linné och Hernquist ha haft framgång med sina rekommenderade behandlingar med mjölonrisblad? Linné angav ju följande användning: som förstoppande och urindrivande medel och vid sten-/konkrementbildning i urinvägarna. Hernquist har samma indikationer i sina "förmenta" föreläsningsanteckningar och i de veterinärmedicinska kommentarerna, nämligen "drifwa urin, brukas i njurans och blåsans åkommor". Dock tillkommer hos Hernquist: "Mot slem hos hästar."

Förstoppande medel

Sannolikt kunde tanninerna (garvämmen) i mjölonrisblad ha en viss (symtomatisk) stoppande effekt vid diarrétillstånd, något som stöds av de bieffekter som redovisats vid längre tids användning av mjölonris vid behandling av urinvägsinfektioner²⁸. Även i folkmedicinen har mjölon haft rykte om sig att stoppa diarré. Från Jämtland har rapporterats: "Bladen utav Mjölon-Ris kokas med rent watn, en liten stund, tils det blifwer mörkt eller swartaktigt, då drickes det allena, liksom Thé"²⁹.

Den stoppande effekten av tanniner har traditionellt beskrivits så att tanniner skulle fälla ut proteiner i sekret från mukosan och därigenom bilda en skyddande film på mukosans yta. Detta "skydd" skulle kunna minska ingestans påverkan på mukosan och därigenom hämma peristaltiken.

Urindrivande medel

Arbutinet i mjölon har tillskrivits urindrivande effekter, sannolikt på grund av den påverkan som det från arbutin frisatta hydrokinonet har på njurfunktionen. Så här beskriver Hernquist urinstämma i sin sjukdomslära¹⁴: "Hästen wändas liksom i Colic, ser sig på sidan, stampar med bakfötterna, ställer sig att stalla, utan att få något fram. Kastar sig ofta neder och springer straxt upp. Åter skrefwar han och vill stalla men förgäfwes. ... Känner man med en smord hand in genom ändtarmen, märkes blåsan spänd." – en beskrivning som väl fångats i en

senmedeltida teckning (Fig. 6). Hernquist nämner här inte specifikt mjölonrisblad att användas som diuretikum i detta sammanhang utan anger i stället två olika recept, båda innehållande enbär, känt som urindrivande medel genom sitt innehåll av terpinen-4-ol.

Någon effekt på stenbildning *per se* kan man knappast förvänta sig, men den diuretiska effekten av mjölonrisblad kanske kunde bidra till snabbare utsköljning av konkrement?

Den i dag förhärskande alternativmedicinska indikationen för mjölon är urinvägsinfektion och den diagnosen förekommer

ju inte explicit varken hos Linné eller hos Hernquist utan ingår i "njurans och blåsans åkommor". Det är den antibakteriella effekten av arbutin/hydrokinon som anses utnyttjas vid behandling av urinvägsinfektioner med mjölon. Som nämnts ovan finns det inga kontrollerade studier som visar att mjölon vid urinvägsinfektioner verkligen skulle vara bättre än placebo.

Mot slem hos hästar

Det är inte självklart vad Hernquist menar med "Mot slem hos hästar". I sin Sjukdomslära¹⁴ skriver Hernquist följande under rubriken Urinstämma: "Mechanice hjelpes urinstod med Catheder... Äfwen kan insprutas, då man inför i röret längst man kan ett elastiskt rör, som fästes wid sprutan och sprutar sagta in varmt watn, mjölk, som skaffar slemmet bort." Här skriver Hernquist alltså om slem i urinblåsan – kanske är det sådant slem som Hernquist menade kunde fördrivas med mjölon?



Fig 6. Häst som lider av urinstämma: "skrefwar och vill stalla". Illustration "Wann Ein Ross nicht Stallen Kann" från 1583²⁹.

Men var detta slem kanske bara sådant som normalt förekommer i hästurin?

Avslutande kommentar

Det är möjligt att såväl Linné som Hernquist kunde ha haft viss framgång med sina ovan beskrivna behandlingar med mjölonblad eftersom dessa innehåller substanser som vi i dag vet har farmakologiska effekter, som kan tänkas vara relevanta för behandling av åtminstone urinvägslidanden av inflammatorisk art och för symtomatisk behandling av lättare diarréstillstånd. Frågan är dock om dosen av dessa substanser vid de olika sjukdomstillstånden var tillräckig? Det är ju alltid en nackdel att använda hela växtdelar eller extrakt av dem, utan att veta ingående mängd av den substans man vill utnyttja. En olägenhet är ju också att tillföra alla andra i växten ingående substanser – särskilt som vissa av dem kan ha icke önskvärda effekter.

Lars-Erik Appelgren

Referenser

1. Linné, C von. *Flora svecica* 1775/Svensk flora 1986, Forum AB, Stockholm.
2. *Pharmacopea Svecica*, 1775. Övers. G. Göthberg. Apotekar-societeten. Stockholm, 1977.
3. Florman, A. H. *Pharmacopoea Veterinaria eller Handbok för Häst- och Boskaps Läkare hvaruti ...* 1809, Lund.
4. *Veterinär-Farmakopé*, 2:a uppl., Sundhets-Collegium, 1864, Stockholm.
5. Lundberg, Fr. *Beskrifning öfwer Husdjurens Sjukdomar*, 1868, Stockholm.
6. *Svensk Veterinär-Farmakopé*, Kongl. Medicinalstyr. 3:e uppl. 1880, Stockholm.
7. Vennerholm, J & Svensson, J. *Praktisk Handbok i Husdjurens Sjukdomar*. 1892, Stockholm.
8. Svahn, *Kliniskt vademecum för veterinärer*. 1932, Linköping.

9. MB 1937, Samling av benämningar ... Kgl Medicinalstyrelsen 1938, Stockholm.
10. MB 1944, Samling av benämningar ... Kgl Medicinalstyrelsen, 1944, Stockholm.
11. Ljungdahl, M. *Recepthandbok 1953*, Gleerups, Malmö.
12. Hernquist, P. *Usus medicamentorum domesticorum collectorum* HS054, Hernquistbiblioteket, Skara, Sverige. 36 sidor. 1750-talet?
13. Hernquist, P. *Zoopharmacologia*. Manuskript HS059. Hernquistbiblioteket, Skara, Sverige. 210 sidor. 1803-1805?
14. Dyrendahl, I. *Peter Hernquists Sjukdomslära - husdjurens inre sjukdomar*. En handskrift ... 1996, Kgl Skogs- och Lantbruksakademien, Stockholm.
15. Linné, Carl von. *Materia medica* 1749, Lipsiae et Erlange. C. V (<https://books.google.se/books/reader?id=jxsUAAAAQAAJ&hl=sv&printsec=frontcover&output=reader&pg=GBS.PP6>)
16. Linné, Carl von. *Granskning av de enkla läkemedlen ur växt-riket* (*Censura medicamentorum simplicium vegetabilium*). Akad. avh. Under Linnés presidium, 1753, Uppsala. Översatt av A. Hj. Uggla. Valda avh. Av C. v. Linné, Sv. Linnésällskapet, nr 8., Nytryck 1984, Graf. Tryckeriet, Uppsala.
17. Linné Carl von. *Clavis medicinae duplex* 1766/Medicinens tvenne nycklar. 2008, Atlantis, Stockholm.
18. Murray, J.A. *Commentatio de Arbuto uva ursi*. 1765, Göttingen.
19. Murray, J.A. *Tal om de på djur anställda röns och försöks opålitelighet vid tillämpningen på människans kropp*. 1772, Stockholm.
20. Tunon, H., Pettersson, B. och Iwarsson, M., red. *Människan och floran. Etnobiologi i Sverige 2*. Wahlström & Wistrand, Stockholm 2005, 430.
21. Hoppe, H. A. *Drogenkunde*. 1942, De Gruyter & Co, Hamburg.

22. *Community herbal monograph on Arctostaphylos uva-ursi* (L.) Spreng., folium. EMA/HMPC/573460/2009 Rev.1. Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC).
23. Newall, C. A., Anderson, L. A. & Philipson, J. D. *Herbal medicines*. 1996, Pharmaceutical Press, London.
24. Bergmark, M. *Vallört & Vitlök*. 5:e uppl. 1981, Prisma, Stockholm.
25. <https://lakemedelsverket.se/LMF/Lakemedelsinformation/?nplid=20130717000025&type=product> (apr 2016)
26. Desmedt, B. och medarb. *Overview of skin whitening agents with an insight into the illegal cosmetic market in Europe*. J. Eur. Acad. Dermat. Vener. 2016, DOI: 10.1111/jdv.13595.
27. Wallander, M., Löfgren, P. och Rydén, M. *Hudblekningsprodukter en del av vardagen i stora delar av världen. – Kortikosteroider, hydrokinon och kvicksilver vanliga ingredienser*. Läkartidningen. 2015;112:DF6D.
28. Ljungqvist, K. *Nyttans växter*, 2006, Calluna förlag.
29. Lutze, G. *Das Roßarzneibuch*, Nitzschwitz, Walter von, 1583, Berlin. Univ., Veterinärmed. Fak., Diss., 1932, s. 45.

BOKANMÄLNINGAR

ATT SLÄCKA LJUNGELDAR

Medikaliseringen av eklampsi i Sverige 1840–1930.

Författare: Olivia Ekman

Licentiatavhandling, Institutionen för idé- och lärdomshistoria,
Umeå universitet 2016. ISBN: 978-91-7601-417-2. 130 sidor.

Olivia Ekman är en idé- och lärdomshistoriker som valde själv eller tilldelades av sin handledare uppgiften att klarlägga medikaliseringen av eklampsi (krampanfall i samband med förlossning) under tiden 1840–1930.

Vilken svår uppgift hon fått tänkte jag när jag såg boken. Men hon har lyckats beskriva utvecklingen på ett intressant sätt. Eklampsi var 1840 en gåtfull sjukdom, som liksom en ljunfeld drabbade tidigare till synes helt friska gravida kvinnor. Under de 90 år avhandlingen täcker utvecklades eklampsi mer och mer till att bli teoriernas sjukdom och även om vårt vetande om denna har ökat enormt på senare år återstår mycket att förklara och vägen till en effektiv prevention och behandling är nog fortfarande både vindlande och osäker. Ett av problemen som Ekman tar upp är att det under dessa år har rått oklarhet om vad det egentligen är som gör att en del drabbas av så svåra komplikationer.

Ekman har systematiskt gått igenom ett antal svenska medicinska tidskrifter från 1840 till 1930 och analyserat de teorier och behandlingsmetoder som framförts. Så vitt jag förstår har hon ingen medicinsk bakgrund men lyckas ändå med att klart och tydligt beskriva de olika synsätt som dominerade under de 90 år avhandlingen behandlar. För den medicinshistoriskt intresserade är det en nyttig påminnelse om hur famlande våra föregångare var när det gällde att förstå patofysiologin bakom en sjukdom som fortfarande skördar så många kvinnors liv. Endast infektion och blödningar tar flera liv än idag. Vi famlar fortfarande 2016.

Ekman citerar professorn i obstetrik och gynekologi i Lund, Sune Genell, som i en debatt 1940 yttrade på tal om debatterna om eklampsi: ”Nu långt efteråt kan kanske dessa fejder karakteriseras på samma sätt som historien skildrar något fältslag i förgången tid, ’mörkret skilde de stridande åt, båda tillskrev sig segern’.”

Ekman skriver också om det berömda kejsarsnitt som Carl Benedict Mesterton utförde i Uppsala 1862; det första där barnet överlevde. Hon upprepar då den myt som sedan dess haft minst nio liv; att flickan döptes till Carola Benedicta Caecarea för att hedra operatören. Som visas i Uppsala medicinhistoriska förenings årsskrift 2014 hette flickan Anna Caecarina. Hon levde ända till 1938. Myten föddes genom en notis i tidningen Uppsalaposten 25 november 1862. Detta är ett exempel på att vår tidskrift ännu inte fått det stora publika genombrott den förtjänar.

Boken finns på vårt museum. Den är mycket läsvärd.

Bo S. Lindberg

HÄXANS TRÄDGÅRD, LÄKEVÄXTER FÖRR OCH NU

Författare Hella Nathorst-Böös

Bladh by Bladh AB, Stockholm 2016. ISBN 978-91-87371-84-4
191 sidor

Häxans trädgård är en rikt illustrerad inbunden bok med sidor av hög papperskvalitet. *Förord* respektive *Innehållsförteckning* finns i början av boken och i slutet finns hänvisning till *Källor* respektive *Köpställen*. Boken avslutas med *Tack* på vänstersidan och en bild på två små flickor utklädda till påskkäringar på motsstående sida. Dessa två sidor föregås av ett *Register* samt bild på en Alruna.

Brödtexten är indelad i *Läkeväxternas historia* innehållande mycket magi och text om kloka gummor. *Häxprocesserna* tas upp i ett kapitel och i ett annat kan man läsa om *Verkan av läkeväxter*. Råd ges om andra områden som *torkning, beredning, salvor, läkeväxter i maten* och vi förmedlas även kunskap för att *Skapa egen örtagård*. Vi får specifik information om 50 svenska läkeväxter och i ett separat kapitel berättas om *Farliga häxväxter*.

Hella Nathorst-Böös berättar att läkeväxter har funnits från 50 000 år f.Kr. enligt fynd från dåtida neanderthalare i vars tänder man funnit rölleka och kamomill. Då dessa saknar näringsvärde måste kunskapen om läkedom ha funnits, skriver hon. År 2012 hade Läke-medelsverket gjort klart regler för växtbaserade läkemedel (VBL) som enligt regeln ska ha en aktiv beståndsdel från växtriket, som inte får vara alltför bearbetad.

Hon berättar vidare om mycket skrock. Onda makter ansågs ställa till det för människorna och hon berättar vilka åtgärder som användes för att blidka makterna. Man saknade kunskap om olika åkommors uppkomst och tog därför skyddande växter och besvärjelser till hjälp för bot eller lindring. Kloka gummor, med kunskap om läkeväxter, som till exempel Gertrud Ahlgren, född 1782, är kända och berättas om.

Klostren tillkom på 1100-talet och med dessa örtagårdar. År 1522 utgav munken vid Vadstena kloster, Peder Månsson, den första svenska boken, *Bondakunst*, som handlade bland annat om läkeörter. År 1686 kom den första farmakopén med rekommenderade läkemedel, så kallade "*officinalis*", officinella läkemedel.

Häxprocesser med förföljelse av kvinnor startade i Europa på 1400-talet och i Sverige ett par hundra år senare. De kom till för att få en starkare kontroll från statens sida och kyrkan som inte ville ha konkurrens om att bota sjukdomar säger Hella Nathorst-Böös. Vidskepelse och hednatro måste bort. Ungefär 300 personer avrättades för trolldom i Sverige under ett knappt decennium på 1600-talet då förföljelserna var som starkast.

Läkeväxter får oss att stanna upp och betrakta oss själva med en helhetssyn på både vår kropp och natur, skriver hon vidare. Behandling med läkeväxter gör att vi deltar i jordklotets ekosystem utan att göra åverkan på miljön eller oss själva. Vi är delaktiga i vår behandling och den är gratis om vi själva plockar och bereder örterna. Hon ger rådet att pröva oss fram och låta behandlingen ta sin tid vilket den är värd eftersom den, menar hon, ger mindre biverkningar än vad syntetiska läkemedel ger. Hon räknar sedan upp huvudgrupper av aktiva ämnen som till exempel eteriska oljor, bitterämnena och alkaloider. Hon säger dock att "Författaren tar inte ansvar för felbehandling med läkeväxter". Hon skriver också att de inte utgör någon ersättning för receptbelagda mediciner vid allvarliga sjukdomar.

Hella Nathorst-Böös räknar därpå upp växter för olika symptom som till exempel muskelsmärta att behandla med rosmarin och johannesört, dåligt minne och koncentrationssvårigheter att behandla med citronmeliss och rosmarin och illamående att behandla med basilika och lavendel. Därpå följer råd för skörd och torkning av läkeväxter. Man bör till exempel inte plocka dem så nära som 50 meter från en större trafikled eller på en innergård för att undvika partiklar från bildäck, andra föroreningar eller hundkiss vid promenadstigar. Det bör vara daggfritt då örten plockas, rena snitt ska göras och örten ska vara fri från insekter. Den ska sedan förvaras i papper, ej i plast

vilket får växterna att gegga ihop sig och varje sorts växt ska läggas i en separat påse.

Hella Nathorst-Böös beskriver därpå hur man till exempel bereder te, dekokter och oljor. Salvor som är "fria från hokus pokus" som till exempel dekokt på ekbark mot sprickor i hud och naglar eller infusion av nässla, björk, ringblomma till badvatten om man har hudproblem. Det går också att tillverka doftljus med läkeväxter som viol, ros eller lavendel. För hudvården rekommenderar hon till exempel olika former av ansiktsvatten, tvättmedel och deodoranter. Läkeväxter i maten kan vara daggkåpa, tusensköna och björkblad, för att lämna några exempel. Man kan också göra en smoothie med nässla för immunförsvaret, högt blodsocker och irriterad mage.

Råd ges för en egen örtagård som att odla lavendel för att hålla rådjuren borta, växter som blommar vid olika perioder eller att göra en skiss på var man planterat vad för att kunna identifiera örterna då de kommit upp. Därefter följer en beskrivning av 50 olika växter i alfabetisk ordning och med tillagt latinskt namn från alm till älggräs där hon påtalar "använda växtdelar", "verksamma ämnen" och "medicinsk användning invärtes/utvärtes". Varje växt visas på bild på vänstersidan och text om växten på högersidan. Därpå följer på samma sätt häxväxter som ett eget kapitel med de fyra växterna alruna, belladonna, bolmört och spikklubba som har varit extra mytomspunna som läkeväxter och är kända sedan 2000 år tillbaka. De är släkt med potatis och tomat men var använda långt före dessa och innehåller centralstimulantia, men bieffekter är raseri, apati och förlamning. De kan feldoserade leda till en kvalfull död. Giftet kan tas upp i huden. *Här avråder Hella Nathorst-Böös starkt självmedicinering.*

Boken är ambitiöst upplagd och omfattande, från historik och fakta, till myt och allmänna tips. Där finns också en lättöverskådlig tidsaxel och överskådliga listor för andra användningsområden samt recept. Bilderna är stilistiskt vackra men återger tyvärr inte den kompletta växten utan bara delar av den vilket försvårar igenkännandet. Jag håller inte med om alla värderingar i boken men garderingar finns på ett par ställen även från författarens sida. Då det gäller hennes råd

att pröva sig fram har hon nog själv blivit lite orolig eftersom hon avslutar med att säga att hon inte tar ansvar för läsarens självtester av de växter denne/denna hittar.

Ett tack går till professor emeritus Jan G Bruhn, som ska ha granskat fakta, men jag finner ändå en hel del formuleringar i boken kring farmakologiska effekter och substanser som alltför svepande och som jag har svårt att riktigt lita på.

Trots att jag har en del innehållsmässiga invändningar (alltför vittgående påståenden om olika i växterna ingående substanser, uttalanden om effekter, som inte är vetenskapligt belagda) kan jag rekommendera boken i studiesyfte då den är både vacker och därtill trevligt skriven men även fungerande som en uppslagsbok när det gäller läkeväxterna ur ett alternativmedicinskt perspektiv.

Eva Ahlsten

LIVET GÅR VIDARE

Författare Karin Wahlberg

Wahlström & Widstrand, Falun 2015

ISBN 978-91-46-22538-6

458 sidor varav tre sidor personförteckning som inledning och som avslutning två sidor med tack till personer som varit till Karin Wahlbergs hjälp för skrivandet av boken.

Karin Wahlberg är läkare och författare, främst känd som deckarförfattare sedan 2001 då hennes första deckare *Sista jouren* kom ut.

År 2013 kom hennes *Än finns det hopp* där hon skildrade polioepidemins utbrott tidigt 1950-tal i den fiktiva staden Ekstad i södra Sverige. Vi fick följa både patienter och sjukvårdsfolkets känslor och agerande. Boken fick 2015 en uppföljare i *Livet går vidare* som del i en tänkt serie som hon benämner *Lasarettet*.

Karin Wahlbergs deckare har varit förlagda till sjukhusmiljön men i böckerna från 2013 och 2015 har hon på ett ännu mer realistiskt sätt kunnat dra nytta av sin yrkeskunskap som läkare. *Livet går vidare* handlar till stor del om samma personer som i *Än finns det hopp*. Vi får följa sjuksköterskeelever med olika bakgrund i samhället, läkare, både erfarna och nyfärdiga och problem de ställs inför. Vi får lära känna deras fruar eller fästmör i deras värld. Bara enstaka läkarfruar anses moderna som arbetar trots makens ställning. Här finns patienter drabbade av såväl "kräfta", som man kallade cancer på denna tid, som bukoperation efter knivskärning. I boken vävs både hustrumisshandel, kärlekshistorier, barnafödande och rutiner på en avdelning in. Jag kan känna igen karaktärerna hos bestämda avdelningssköterskor, duktiga biträden och ambitiösa elever likaväl som deras motsatser. I hemmen rengörs med Tomteskur, man äter korvkaka med lingonsylt och lyssnar på Lennart Hyland i "Karusellen".

Karin Wahlberg har varit mån om att vara så korrekt som möjligt både vad gäller vård som tidsanda, var för sig samt i dess kombination och det är inte utan att det går att känna igen sig i 1950-talet i såväl vokabulär som miljöer. Hon har lyckats med att inte på ett övertydligt sätt, förklara behandlingsåtgärder så att även den oinvigde kan förstå. Då hon själv är uppvuxen på 1950-talet har hon sökt sig till äldre kolleger, litteratur och även Medicinhistoriska museet för att få tidsenliga data till sina berättelser som ju utspelar sig långt innan hon utbildade sig till läkare. Det enda jag är lite tveksam till är "hjärtinfarkt" som nämns på ett par ställen i boken. Jag vill minnas att man på denna tid, i alla fall bland allmänheten, sa "propp i hjärtat". I övrigt tycker jag att hon har lyckats bra. Boken är mycket lättläst, uppdelad på 72 relativt korta kapitel. Den är ordentligt korrekturläst och det är först i slutet av boken som jag hittat ett par smärre felaktigheter angående "de" och "dem" men då just dessa uttryck nu diskuteras i dagspressen att göras om till ett enhetligt "dom" är det kanske inte så mycket att orda om.

Eva Ahlsten

TACK FÖR GOD VAKT

Sven Fr. Psilander och kampen mot smitta & sjukdom i slutet av 1800-talet

Författare: Annette Robertsdotter Mård

Recito förlag 2014

ISBN 978-91-7517-639-0. 158 sidor.

Titeln på den här boken syftar på de ord som stod på den krans stadsfullmäktige i Falun skickade till Sven Fredrik Psilanders begravning 1911. Psilander hade ägnat hela sin läkargärning åt Falun och dess befolkning, ända sedan han som ung läkare kom dit 1865 tills han gick i pension 1899. Han hade varit stadsläkare och lasarets- och kurhusläkare men också landstingsman, ordförande i stadsfullmäktige och varit aktiv i hälsovårdsnämnd, fattigvårdsnämnd samt haft ett otal andra officiella uppdrag i den lilla staden. När man läser Mårds bok förstår man att staden kände en stor tacksamhet över Psilanders livsgärning.

Författaren har ägnat stor omsorg åt att gräva fram arkivuppgifter från alla tänkbara källor och lyckas måla upp en levande bild av levnadsförhållanden och sjukdomsmönster i en liten landsortsstad under andra halvan av 1800-talet. Hon skildrar de förhärjande epidemierna av rödsot, dysenteri, difteri, smittkoppor och andra farsoter, som en läkare på den tiden mötte i sin verksamhet. Det var en brytningstid i medicinens historia, när åderlåtningar och behandlingar med avföringsmedel och kräkmedel och annat från humoralmedicinen ersattes av antiseptik, vaccinationer och behandling med antiserum. En läkare på den tiden förväntades behärska hela det vida medicinska fältet. Psilander opererade, vaccinerade, förlöste, behandlade barn, gamla och psykiskt sjuka och gjorde rättsmedicinska obduktioner. Allt verkade han ägna sig åt, men han hade ett särskilt stort intresse för det förebyggande arbetet genom att genomdriva hygieniska förbättringar av avloppssystem och vattenförsörjning.

Annette Robertsdotter Mård, som är sekreterare i Medicinhistoriska Museets Vänförening i Falun, visar i boken att hon är en mycket kunnig medicinhistoriker och en driven forskare. Förmodligen fanns det flera läkare i andra svenska städer under samma tid, som liksom Psilander varit närmast faderstyper för befolkningen. Den allestädes och alltid närvarande Doktorn som alla litade på. Det var intressant att läsa boken och få en inblick i den verksamheten. Det vore också värdefullt att få flera sådana här skildringar.

Bo S. Lindberg



*Till dig som är intresserad
av ett historiskt perspektiv
på sjukdomarna, sjukvården
och människorna som bidragit
till medicinhistorien ...*

Välkommen som medlem i Medicinhistoriska föreningen i Uppsala!

Du får inbjudan till tre–fyra intressanta föreläsningar per termin, samt eftersits med ost och vin till självkostnadspris. Mera information om föreningen återfinns under www.medicinhistoriskamuseet.uu.se/foreningen.

För medlemskap, programverksamhet och föreningens årsskrift insättes 200 kr/år på föreningens plusgiro 487 44 20-5.

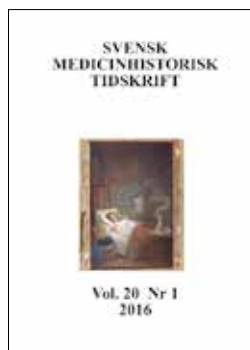
Ange namn, adress och e-post.

Du kan också skicka ett mejl till vår kassör anders.uppfeldt@telia.com.

Önskar du dessutom Svensk Medicinhistorisk Tidskrift (utkommer en gång per år och sänds hem) insättes totalt 400 kr/år.

Innehållsförteckning för senaste upplagan ser du på nästa sida.

*Du som redan är medlem i föreningen:
Sprid gärna denna information till
vänner och bekanta!*



JAN HALLDIN

Redaktörens förord

BO S LINDBERG

Födelse, sjukdom och död under medeltiden i Sverige.

BO S LINDBERG

Som en ostämd luta: Robert Burton och Anatomy of melancholy.

KERSTIN HULTER ÅSBERG

Officersjournaler från Umeå nederlagssjukhus under
Finska kriget 1808–1809.

LINNEA ANDERSSON & PETER M NILSSON

Difterins utbredning och bekämpande i Skåne
från 1850-talet till nutid.

DAG HYDÉN

Robert Louis Stevensons kringflackande liv i jakten på hälsa.

HÅKAN ERIKSSON & JAN LINDSTEN

Karolinska sjukhusets logotyp i historiskt perspektiv.

ANDERS KREUGER, GÖRAN GUSTAFSSON, GUNILLA BERGLUND,

LARS ÅHSTRÖM & STANISLAW GARWICZ

Barnonkologins tidiga utveckling i Sverige.

NILS BÄCKMAN & PER ÅSTRAND

Osseointegrerade tandimplantat – en framgångssaga.

CHRISTINA BERGGREN & BO S LINDBERG

Svensk medicinalhistorisk bibliografi.

Läkaren som litterär gestalt i ett medicinhistoriskt perspektiv

Från ett symposium arrangerat av Sektionen för Medicinens historia
vid Svenska Läkaresällskapets riksstämma den 3 december 2015.

REDAKTIONSRÅD: *Lars-Erik Appelgren, Henry Johansson och Bengt Simonsson*

GRAFISK FORM: *Pia Arrevik*

MONTERING: *Agneta Svensson information*

TRYCK: *Kph Trycksaksbolaget AB, Uppsala, januari 2017*

ISSN: 2000-7124

FOTON:

Privata fotografier om inte annat anges.

VILL DU BIDRA MED EN TEXT TILL ÅRSSKRIFTEN 2018?

Deadline för manus är 1 december 2017.

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