SVENSK MEDICINHISTORISK TIDSKRIFT

Vol. 25 Nr 1
2021

Åtsida
Porträtt av Andrea Andreen, målat av konstnären Lennart Gram (1910 – 1996), Läkarsässkapet i Stockholm.

Frånsida
Résignation, c`est la dernière religion. Olja på duk 81 x 60. Sign. Carl Larsson, Paris 1881.

SVENSK MEDICINHISTORISK TIDSKRIFT

Vol. 25 Nr. 1. 2021

Swedish Journal of History of Medicine
Short Summaries in English

Föreningen för utgivandet av Svensk Medicinhistorisk Tidskrift

Manuskript till Svensk Medicinhistorisk Tidskrift insändes till

Med dr Carl Lindgren
Hornsgatan 106, 6 tr
117 26 Stockholm
epost: carl.lindgren.jr@gmail.com

OBS! Innan artikeln insändes, rekvirera författaranvisningar från redaktören och följ dem!

Utgives av
Föreningen för utgivande av Svensk Medicinhistorisk Tidskrift

Redaktör:
Carl Lindgren

Redaktionssekreterare:
Anna Maria Bernstein

ISSN 1402-9871
November 2021

INNEHÅLL

CARL LINDGREN
Redaktörens förord 9

BO S LINDBERG
William Harvey som obstetriker 15

DAVID CHRISTIANSSON, ULF JAKOBSSON, PETER M NILSSON
Provinsialläkarens roll i ett framväxande industrisamhälle
Gustaf Hjalmar Pripp som den första permanenta provinsialläkaren
på Limhamn 1897–1914 23

STIG ANDERSSON
De fysikaliska undersökningsmetodernas utveckling. En viktig del
i 1800-talets medicinhistoria 41

KERSTIN HULTER ÅSBERG
”Haralds Minne” i Göteborg – Sveriges första sanatorium 53

ALEXANDRA NICOLAIDIS OCH PETER M NILSSON
Läkaren Andrea Andreen – En kontroversiell fredskämpe
och Sovjetvän 65

ERIK J. ANDERSSON OCH PETER NILSSON
Fride Hylander, en läkare i missionens tjänst (1926–1932) 87

JAN HALLDIN
Koleraepidemin i Stockholm 113

JAN HALLDIN
Några avtryck i svensk text- och bildkonst på 1834- och
1866 års kolerautbrott 121

BO S LINDBERG
Skengraviditet 127

BAKVAGNEN

S GUNNAR EDLUND
Åter till smittkoppsutbrottet 1963 135
BO S LINDBERG
Graviditet och dödsstraff – en rättsmedicin- historisk översikt 139

RECENSIONER

Lars Sjöstrand — Nils Bejerot - en polariserande förgrundsgestalt i den svenska narkotikadebatten
Björn Johnson: Nils Bejerot och den svenska narkotikapolitiken. Arkiv förlag, Lund, 2021. ISBN: 978 91 7924 361 6 143

Rolf Ahlzén — Nils Uddenberg: Den motsägelsefulle skallmätaren
Gustaf Retzius – hyllad och hatad. Fri tanke förlag, Stockholm, mars 2019, Kartonnage, 495 sidor. ISBN:9789187935848 147

Torsten Rönnerstrand — Lidelsefull plädering för sanning och kunskap
Timothy Snyder: Frihet och Solidaritet. Om hälsa som en Mänsklig rättighet. (Our Malady: Lessons in Liberty from a Hospital Diary). I översättning av Vågen, Ö, Inbunden, 190 sidor. Mondial Förlag, Stockholm, nov 2020. ISBN 9789180020312 149

Josef Milerad — Faktaspäckad bok om KS – men svårt att hitta något om ”KS andan” som genomsyrade sjukhuset
*Ek Helena: Vetenskap och v*ård; Karolinska sjukhuset 1940 – *2018. Inbunden, 178 sidor, Anahit AB april 2021. ISBN 978-91-639-7388-8* 154

Stig Andersson — En stor insats för svensk vård- och medicinhistoria
Åke Norström: Vården och staten Källor till hälso- och sjukvårdens historia från medeltiden till 1967, del 1 och 2. Riksarkivet, Stockholm, 2020. Flexband, 268 respektive 289 sidor. ISBN: 978 91 87491 32 0 respektive 978 91 87491 34 4. 157

FÖRFATTARANVISNINGAR 161

Den volym du nu håller i handen är den 25:e i ordningen av Svensk Medicinhistorisk Tidskrift. Det har varit både hedersamt och en glädje att få sammanställa alla texter till den. Jag vill framföra ett varmt tack till alla skribenter som bidragit med intressanta och välskrivna artiklar. I år har vi också glädjen att publicera två supplement. Supplement 1;2021 med titeln *Jean Samuel Pozzi och fransk gynekologi under La Belle Époque* distribuerades till medlemmarna under hösten. Supplement 2;2021 med titeln *Runar Schildt - Ett författarliv i skuggan av depression och inbördeskrig,* utsänds tillsammans med årets volym. Författare till supplement bekostar personligen alla utgifter som ersättning till redaktionssekreteraren, tryckkostnader och porto för utskick. Jag välkomnar var och en att inkomma med längre texter som lämpar sig för att publiceras som supplement framöver. Se även författaravisningarna längst bak i Tidskriften.

Under arbetet med artiklarna har jag fått en fråga angående vårt granskningssystem. Därför vill jag klargöra att alla insända artiklar genomgår vetenskaplig och språklig granskning. Som regel ber jag två externa peer-reviewers med särskild kompetens inom det aktuella området att bedöma en text. Enstaka arbeten bedömer jag själv. Om det gäller artiklar som avses ingå i en akademisk avhandling vägs tre reviewers bedömningar in. Detta medför att det ursprungliga manuskriptet som regel genomgår flera revideringar innan det i förekommande fall antas för publicering. I årets volym ingår just ett sådant arbete. Att vara peer-reviewer är både ansvarsfullt och tidskrävande. Jag vill därför även tacka de många reviewers som med sin kunskap och generositet bidragit till kvalitén på årets artiklar.
Så till en kortare presentations av årets artiklar

1. William Harvey är mest känd som den som år 1628 definierade blodomloppet i skriften *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus.* Detta har medfört att hans insats som obstetriker kommit litet i skuggan av detta. På Harveys tid och ännu hundra år senare befattade sig de flesta läkare inte med förlossningar. Det var något som nästan uteslutande handlades av barnmorskor. Alla barnmorskor var självlärda eller hade i bästa fall gått i lära hos en äldre barnmorska. Harveys egna texter om förlossningar ingår i *Exercitationes de generatione animalium* från 1651. Den engelska utgåvan 1653 är den första boken om förlossningskonsten på engelska och Harvey har därför kallats *The Father of British midwifery.* Harvey anklagade barnmorskorna för att vara för otåliga och ingripa i onödan med mediciner eller instrument. Läs mer om Harvey som obstetriker och hans syn på sin samtids förlossningskonst i **Bo S Lindbergs** text *William Harvey som obstetriker*

2. Provinsialläkarens historia i Sverige tog sin början i slutet av 1600-talet. Då var Sverige fortfarande en stormakt med landområden i norra Europa och dagens Baltikum. Dock var det ett land med omfattande ekonomiska problem och dessutom präglat av ohälsa. En av provinsialläkarens uppgifter vara att insända årsrapporter till Medicinalstyrelsen. Dessa utgjorde standardiserade rapporter om hälsoläget i det distrikt där läkaren verkade. Författarna **David Christiansson, Ulf Jakobsson, Peter M Nilsson** belyser provinsialläkarens uppgifter vid förra sekelskiftet genom läkaren Gustaf Hjalmar Pripp. Han var den förste permanente provinsialläkaren i Limhamn, en ort som vid tiden präglades av snabb utveckling, urbanisering och industrialisering.

3. Pulstagningen och blodtrycksmätning har varit centrala delar i den traditionella kliniska undersökningen. Metoderna för dessa utvecklades under 1700- och 1800-talen till en subtil och rituell konst som krävde långvarig övning. Tolkningen tog fasta på pulsens egenskaper. Man kunde beteckna pulsen som hög, bred och uttänjd eller liten och smal. Hög puls talade för starkt hjärta medan låg puls betydde svag hjärtverksamhet. Intrycket av pulsen kombinerades med andra tecken och utifrån dessas karaktär kunde läkaren inte bara tolka sjukdomen utan även sinnesrörelser och personlighet. Frekvensen och rytmen förefaller ha varit mindre viktiga. Läs mer om denna utveckling i **Stig Anderssons** artikel med titeln *De fysikaliska undersökningsmetodernas utveckling.*

4. De flesta historieskrivningar om sanatorier i Sverige brukar framhålla att sanatoriet i Mörsil i Jämtland som invigdes 1891 var det första svenska sanatoriet. Men då glömmer man att det allra första, *Privatsanatoriet Haralds Minne,* invigdes redan år 1887. Sanatoriet fick sitt namn efter Harald Quensel en ensamstående handlare bosatt på Västra Hamngatan 19 i Göteborg, som avled i tuberkulos vid 32 års ålder. Under åren efter invigningen av Haralds Minne växte Göteborgs stad. Ökande bebyggelse och ökande trafik medförde att platsen för sanatoriet i Annedal inte längre var lämplig. År 1902 monterades *Privatsanatoriet Haralds Minne* ner och flyttades på järnväg till Alingsås. Om såväl Harald själv som sanatoriets historia berättar **Kerstin Hulter Åsberg.** Vid en jämförelse mellan olika vårdinrättningar för tuberkulossjuka blir det tydligt hur svensk sanatorieverksamhet initierades och utvecklades på olika sätt.

5. *Läkaren Andrea Andreen, en kontroversiell fredskämpe och Sovjetvän* presenteras för läsarna av **Alexandra Nicolaidis** och **Peter M Nilsson.** Andreen drevs av en obändig tanke på en världsfred. Hon var följaktligen aktiv i olika fredsorganisationer. Flera av dessa hade kopplingar till Sovjetunionen. Hon imponerades av de framsteg som gjorts inom socialmedicinen inom östblocket. Svenska medier inklusive den svenska hemliga underrättelsetjänsten var emellertid övertygade om att Andreen användes som ett verktyg för att sprida kommunistisk propaganda. Andreen deltog i en internationell kommission som undersökte påståendena huruvida USA hade använt bakteriologisk krigföring i Koreakriget. År 1953 tilldelades hon Stalins fredspris. Detta styrkte den svenska pressens uppfattning om hennes politiska agenda. Andreen var inte ansluten kommunist, men hon stod fast i sin övertygelse om värdet av samarbetet med dem för att uppnå sitt mål om en världsfred. Porträttet av Andrea Andreen, målad av konstnären Lennart Gram (1910 – 1996), pryder tidskriftens baksida.

6. Fride Hylander utbildade sig till läkare och ville följa i sina föräldrars fotspår och arbeta som missionsläkare. Under åren 1926–1932 tjänstgjorde han som läkare i Etiopien. I sitt kliniska arbete behandlade Hylander många patienter och särskilt de med infektionssjukdomar. Han byggde också ett sjukhus i staden Harrar. Sjukhuset bekostades av den etiopiska regenten Tafari Makonnen, senare känd som Haile Selassie I. År 1947 utsågs Hylander till chefsrådgivare för det nybildade etiopiska hälsoministeriet. **Erik J. Andersson och Peter M. Nilsson beskriver** Hylanders arbete i Etiopien med utgångspunkt från arkivmaterial som brev och

rapporter samt källor i uppdragspublikationer och Hylanders bidrag i olika böcker.

7. Tre år före kolerautbrottet i Stockholm 1834 gjordes omfattande förberedelser för att möta epidemin om den skulle nå landet. Ett kungligt tillkännagivande utfärdades och flera akademiska avhandlingar i ämnet publicerades. Svenska Läkaresällskapet publicerade skriften *En kort information om sättet att försvara sig mot kolera*. I Stockholm inrättades Allmänna hälsokommittén som såg till att det skulle finnas tillräckligt med sjukvårdspersonal, tillfälliga kolerasjukhus, speciella kolerakyrkogårdar och läkemedelsförsörjning inför ett utbrott. Kungliga karantänkommissionen utfärdade karantän för båtar och fartyg från Göteborg och Bohuslän. En särskild huvudvägskarantän för resenärer till Stockholm, från till exempel Göteborg, meddelades också. **Jan Halldin** reflekterar i artikeln över denna framsynthet i relation till åtgärderna inför Covidpandemin i Sverige 2020-2021.

8. I anslutning till ovanstående artikel beskriver **Jan Halldin** koleraepidemin, som trots ovanstående preventiva åtgärder, ändå drabbade Sverige år 1834 och hur den reflekterades i konstnärliga verk. Skalden, biskopen och ledamoten av svenska akademien Esaias Tegnér, psalmförfattaren Johan Olof Wallin och bildkonstnären Carl Larsson var några kulturpersonligheter som exemplifierar detta. Den senare har också berättat om sina egna erfarenheter från det svåra kolerautbrottet 1866 i sin självbiografiska bok *Jag* från 1931. Larsson illustrerade även Johan Olof Wallins dikt *Dödens Engel*. Han gjorde också oljemålningen *Résignation, c`est la dernière religion,* som återges på tidskriftens omslag.

9. Innan graviditetstester och ultraljudsundersökningar fanns att tillgå var diagnosen graviditet inte alltid så lätt. Falsk-, imaginär-, simulerad- eller sken-graviditet är ett sällsynt tillstånd men med karakteristiska somatiska uttryck. Skengraviditet är förknippad med objektiva tecken graviditetssymptom, som kan innefatta ökat bukomfång, amenorré, subjektiv känsla av fosterrörelse, illamående, spända bröst, flytningar och värkar vid förväntat förlossning. Den mest kända personen i historien med skengraviditet torde vara drottning Mary I av England. Två gånger uppgavs officiellt att hon var gravid med sin gemål Filip II av Spanien. I hennes fall var orsaken till tillståndet troligen en prolaktinproducerande tumör i hypofysen skriver **Bo S Lindberg** i sin artikel.

I den del av Tidskriften som vi kallar **Bakvagnen** publicerar vi kortare inlägg, genmälen eller essäer. I år har vi två bidrag till denna avdelning.

1 I *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift Vol. 24 Nr 1, 2020* skrev Åke Spross högst intressant om det sista smittkoppsutbrottet i Sverige våren 1963. Med sin presentation av den berömde men dock tämligen anonyme sjömannen, epidemins upphovsman, kompletterade han tidigare berättelser, som till exempel den i *Nordisk Medicinhistorisk Årsbok* 1982. **S Gunnar Edlund** som vid tillfället var klinikens yngste underläkare, med placering som avdelningsläkare vid intagningsavdelningen där sjömannen togs emot, ger nu ytterligare information om händelseförloppet.

2 I *Graviditet och dödsstraff* ger **Bo S Lindberg** oss en historisk rättsmedicinsk översikt om ämnet i fråga. När en gravid kvinna av olika skäl var dömd till döden hade hon, enligt gammal romersk lag, rätten att få avrättningen uppskjuten till efter förlossningen. Denna lag ingick sedan i engelsk och amerikansk rättspraxis. Domaren var tvungen att sammankalla en jury bestående av tolv kvinnor för att se om den åtalade kvinnan var gravid eller inte. Det finns vissa tecken på att den romerska lagen tillämpades även i Sverige i detta avseende.

Vi kan också presentera fem recensioner av aktuella böcker av medicinhistoriskt intresse. För en närmare beskrivning av dessa hänvisas till innehållsförteckningen.

Ett tack för givande samarbete vill jag också rikta till Nils O Sjöstrand, tidigare redaktör och ordförande för föreningen för tidskriftens utgivande, samt till redaktionssekreterare Anna Maria Bernstein.

Stockholm och Stora Skålviksholmen, augusti 2021.

Carl Lindgren

Bo S. Lindberg

William Harvey som obstetriker

William Harveys berömmelse som brittisk obstetriks fader överskuggas av hans revolutionerande upptäckt av blodomloppet. Han föddes 1578 i Folkstone i England. När han var nio år gammal sändes han till King´s Grammer School i Cambridge och 1593 till Gonville och Caius College. Inspirerad av John Caius, en av grundarna och livläkare åt Elisabeth I, bestämde han sig för att bli läkare. Efter att ha avlagt Bachelor of Arts 1597 begav han sig till Padua, en av dåtidens absolut förnämsta medicinska lärosäten. Där studerade han anatomi och kirurgi för den berömde Hieronymus Fabricius och erövrade doktorsgraden 1602.

När Harvey återkom till England blev han medicine doktor vid universitetet i Cambridge och 1607 antogs han som Fellow of the College of Physicians. Under de följande åren undervisade han i anatomi men praktiserade också som läkare. Han var så framgångsrik att han 1618 utsågs till läkare åt kung James I och senare åt Charles I. Redan 1616 hade han föreläst om blodomloppet men han väntade med att publicera sin stora upptäckt till 1628 då hans *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus* gavs ut.

Denna lilla bok på 72 sidor gjorde Harvey berömd över hela den lärda världen. Han har emellertid också gjort epokgörande insatser som embryolog och obstetriker.

Harvey som embryolog

Att vara kungens läkare medförde många förmåner. Det prestigefyllda uppdraget ledde till att han fick många andra förnäma patienter, vilket gjorde att han med tiden blev mycket rik. Kanske viktigare för forskaren Harvey var emellertid att kungen ställde hjortar från parken i Windsor till hans förfogande. Han studerade och jämförde deras och många andra arters könsorgan och fosterutveckning. Hans anteckningar från många års studier finns samlade i hans sista stora publikation. Tillkomsten av den har en särskild historia.

På vintern 1648 fick Harvey besök av sin vän George Ent. Under samtal med honom kom det fram att Harvey hade ett omfattande material i manuskriptform, men att han var tveksam till att låta publicera det, perfektionist som han var (det hade ju dröjt 12 år innan *De motu cordis* givits ut). Ent fick emellertid förtroendet att färdigställa och ge ut det. År 1651 kom *Exercitationes de generatione animalium. Quibus accedunt quaedam de partu; de membranis ac humoribus uteri; & de conceptione* (Studier över djurens utveckling jämte några anmärkningar om förlossningen, livmoderns hinnor och vätskor). Boken omfattade 301 sidor i kvartoformat. Den kom 1653 ut i engelsk översättning under titeln *Anatomical exercitations concerning the generation of living creatures to which are added particular discourses of births and of conceptions* och finns nu tillgänglig digitalt.[1]

Bild 1. *William Harvey demonstrerar sin teori om blodcirkulationen för Charles 1. Oljemålning av Ernest Board (1877-1934).*

Hur värdefulla Harveys studier över reproduktionsorganen hos olika djurarter än är ligger det största värdet av boken i hans systematiska undersökningar över fosterutvecklingen hos kycklingar. De gjorde att han kunde formulera den berömda satsen *Omne vivium ex ore – allt levande uppkommer från ett ägg.* Han hade undersökt hönsägg dag för dag under ruvningen och sett hur fostret utvecklades. Han beskrev som den förste engelsman *epigenes* – i motsats till preformationism eller abiogenesis – den process genom vilken växter, djur och svampar utvecklas från ett frö, spor eller ägg genom en följd av steg där celler delar och diffrentierar sig och organ bildas.

Harvey skriver:

> *There is a white and very small circle apparent in the investing membrane of the vitellus, which looks like an inbranded cicatrice, which Fabricius therefore calls cicatricula; but he makes little of this spot.*[2]

Harvey visade att det var från denna lilla punkt som utvecklingen startade. Han insåg också likheterna i alla varelsers utveckling under fosterlivet, inklusive människans. Därmed tog han också avstånd från den urgamla uppfattningen att spontan alstring kunde förekomma, att djur till synes kunde växa fram från ingenting. Aristoteles var den förste som i slutet av 400-talet f v t formulerade argumenten för detta i skriften *De Generatione Animalium.*

Harvey förstod emellertid inte hur befruktningen gick till, vilket inte är så konstigt. Han hade bara en enkel lins till sitt förfogande och det dröjde 20 efter hans död innan de Graafska folliklarna i äggstockarna beskrevs och innan Anthony van Leewenhoek publicerade sina iakttagelser av spermier. Harvey kallade för övrigt ovarierna för testiklar. Han tänkte sig befruktningen som en ”idé” utlöst av samlaget, i analogi med hur en idé uppkommer i hjärnan.

Harveys klarläggande av fosterutveckningen accepterades inte av forskarvärlden. Många trodde, även sedan dubbelmikroskop kommit forskningen till hjälp, att människan redan från början var fullt utvecklad med alla organ, bara som en liten

miniatyr av en vuxen. Nicolaas Hartsoeker var professor i matematik och filosofi och tillverkade mikroskop samtidigt som Antonie van Leeuwenhoek. Hans teckning av den homonunculus han tyckte sig se i mikroskopet kan ses som ett exempel på att man ser det man vill se.[3] Det var först den tyske embryologen Caspar Friedrich Wolff som 1759 bekräftade Harveys åsikter, dock utan att nämna hans namn.[4]

Bild 2. *Homonunculus enligt Nicolaas Hartsoeker 1694.*

William Harvey och förlossningskonsten

På Harveys tid och ännu hundra år senare befattade sig de flesta läkare inte med förlossningar. Det var något som nästan uteslutande handlades av barnmorskor. I mycket komplicade fall kunde en kirurg, det vill säga fältskär, tillkallas. I England kallades de för man-midwives. Alla barnmorskor var självlärda eller hade i bästa fall gått i lära hos en äldre barnmorska. För att få utge sig för att vara barnmorska skulle hon ansöka om licens hos biskopen. Det krävdes att den sökande var gudfruktig och känd för ett rättfärdigt och nyktert levene. Redan 1546 skrev Andrew Boorde i den första upplagan av sin bok *The brewarie of health*:

> *[…] the Byshoppe, with the counsel of a doctor of Physick, ought to examine her, and to instructe her in the thynge that she is ignorant […] the Byshoppe ought to loke on this matter.*[5]

Utbildningen hade inte förbättrats när bröderna Chamberlen, Peter d.ä. och Peter d.y. 1616 skickade en petition till The Privy Council och till kungen med ett förslag till förbättrad barnmorskeundervisning med dem som lärare. Kungen remitterade frågan

till The Royal College of Physicians, som påpekade det stora behovet av bättre utbildning av barnmorskorna men avstyrkte bröderna Chamberlens petition med orden:

> *Nevertheless they think yt neither necessary nor convenient that they should be made a Corporation to govern within themselves a thing not exampled in any Commonwealth.*

Chamberlens var man-midwives och hade konstruerat en förlossningstång, vilket dock inte var känt utanför familjen vid den tiden. Däremot var det känt att de var mycket giriga och skrivelsen uppfattades som ett försök att få monopol på barnmorskeutbildningen. The College tillade också att seniora läkare gärna skulle instruera barnmorskorna i förlossningskonsten och de skulle också kunna råda biskopen i frågan vilka barnmorskor som skulle få licens att praktisera. Peter den yngres son Doctor Peter Chamberlen återkom i frågan 1634 men fick samma svar. William Harvey var då medlem i The Royal College of Physicians, men om han deltog i beslutet är inte känt.

En viktig bok på engelska under Harveys läroår som behandlade förlossningar var en översättning 1552 från tyskan av Eucharius Rösslins *De Partu Hominum.* Harvey behärskade naturligtvis latin men det gjorde inte flertalet av man-midwives och nog inga barnmorskor. En annan var en översättning 1612 från franskan av Jacques Guillemeaus *De l'heureux accouchement des femmes.* En god uppfattning om förlossningskonsten på Harveys tid får man av ett manuskript som skrevs av hans 20 år yngre vän Pervical Willughby. Det gavs ut i tryck först 1863.[6]

Willughby citerar Harvey 16 gånger och ger många exempel på dennes stora kunskaper i förlossningskonsten. Han skriver uppskattande

> *I know none but Dr. Harvey´s directions and method, the which I wish all midwives [...] to read over and over again, and in so doing they will better observe and understand the sayings and doing of that most worthy, good and learned Dr. whose memory ought to bee had for ever in great esteem with midwives and child-bearing women.*

Både Willughby och Harvey var mycket kritiska till framförallt unga barnmorskors otålighet och benägenhet att ingripa med våldsamma och livsfarliga ingrepp, med knivar och krokar att dela barnet med om det inte föddes spontant. Johann Boër, som kallats den tyska obstetrikens fader och som 150 år senare studerat förlossningskonsten utomlands sa ”i Frankrike lärde jag mig vad Förlossningskonsten kan göra, i England vad Naturen kan göra”.

Både Willughby och Harvey beskriver många förlossningar där fostret låg i tvärläge och måste hämtas ut genom extraktion på fot. Uppenbarligen var bäckenträngsel på grund av rakitis vanligt. Denna sjukdom beskrevs omkring 1650 av de engelska läkarna Francis Glisson och Daniel Whistler, var för sig, även om nog Glissons insats bör ses som viktigast. Whistler höll för övrigt *The Harveian Oration*

1659, som den tredje sedan starten 1656, året före Harveys död.

Harveys egna texter om förlossningar ingår i *Exercitationes de generatione animalium* från 1651. Den engelska utgåvan 1653 är den första boken om förlossningskonsten på engelska och Harvey har därför kallats *The Father of British midwifery.* På några ställen hänvisar han till ett manuskript; *Medical observations*. Willughby hade troligen tillgång till det eftersom han hänvisar till många patientfall, som Harvey redogjort för. Det har sedermera förkommit, i bästa fall har det sammanbundits med andra manus i någon bok och ligger nu och väntar på att återupptäckas på något bibliotek.

Harvey delar Hippokrates åsikt att det är fostret som med egna krafter tar sig ut ur livmodern.

> *It is the foetus itself, which, with its head downwards, attacks the portals of the womb, opens them by its own energies, and thus struggles into day.*

Harvey hade ju ägnat sig åt studier i jämförande anatomi och fysiologi under många år. Det är därför naturligt och lite roande att han jämför fostrets ansträngningar för att ta sig ut ur livmodern med fågelungar som själva pickar hål på skalet när de kläcks. När fostret är dött är det dock livmodern som driver ut det, det sönderfallande fostret ger upphov till giftiga ämnen i fostervattnet som gör att värkarna startar. Harvey beskriver också ett fall som han själv har upplevt. Det gällde en kvinna som avlidit under förlossningen men där trots det ett levande barn låg mellan hennes ben på morgonen därefter (sid 492). Han uppgav också att Gregorius Nymmanus beskrivit ett flertal sådana fall.[7] Nymman, som var professor i Wittenberg, hävdade att fostret levde ett tämligen självständigt liv i livmodern och att det därför också var berättigat att göra kejsarsnitt ganska långt efter moderns död. Boken kom ut i ett flertal upplagor men Nymmans uppfattning delades inte av så många av hans samtida kolleger. Även om man måste ställa sig mycket tveksam till Harveys uppgift i det här fallet visar exemplet ändå att han följde med den dåtida internationella litteraturen inom obstetriken.

I flera avsnitt av *Anatomical exercitations* skymtar Harveys bakgrund som jämförande anatom och fysiolog fram. Han skriver att vanligtvis brister hinnorna och vattnet går innan barnet föds. Hos många djurarter föds fostret i hela hinnor och i sällsynta fall förekommer det också hos människan. Harvey anser det vara mest naturligt, något som nutida barnmorskor och läkare knappast instämmer i. Det kallas på svenska att födas med segerhuva och ansågs förr förebåda en lycklig framtid. Drottning Kristina och Karl XII sägs ha fötts med segerhuva. Den torkades och spardes som en lyckobringande amulett. Karl XII:s segerhuva finns i dag i Livrustkammaren.

Harvey anklagar barnmorskorna för att vara för otåliga och ingripa i onödan med mediciner eller instrument. Om värkarna var för svaga gav de den födande kvinnan ”medicinal potions”. Det var sannolikt mjöldryga som innehåller livmodersammandrande alkakloider såsom ergotamin. Mjöldrygans effekt var

känd redan under medeltiden och beskrevs första gången av Lonitzer 1582.[8] Det är emellertid mycket svårdoserat och kan framkalla mycket allvarliga biverkningar, så det var klokt av Harvey att vara kritisk. Han var en varm anhängare av att låta naturen ha sin gång och skriver ”[…] for the longer the birth is retarded, the more safely and easily is the process completed”. Det fanns ju på den tiden inte några enkla och säkra sätt att skynda på förloppet.

Bland de fall Harvey beskrev är ett där kvinnan drabbades av kramper och koma. Av allt att döma rörde det sig om ett fall av eklampsi, men det skulle dröja flera hundra år innan den sjukdomen blev beskriven i litteraturen.

Ett annat fall som Harvey tar upp handlar om skengraviditet eller pseudograviditet. Det är ett även idag välkänt fenomen där en kvinna så innerligt önskar sig vara gravid att bukomfånget växer och hon uppvisar alla tecken på att vänta barn. Både barnmorskor och läkare intygade att hon var med barn. Ett världshistoriskt känt exempel är drottning Maria I av England – blodiga Maria – som på 1550-talet två gånger uppvisade tydliga tecken på att vänta barn och också lät kungöra det, men allt upplöstes i intet. Ett annat uppmärksammat fall inträffade i det engelska kungahuset 1679 då William III:s drottning Mary lät hovet kungöra att hon väntade en tronarvinge som aldrig kom. Drottningen led av flatulens och fetma i förening med en innerlig önskan att uppfylla sin uppgift att föda en tronarvinge. Skendräktighet förekommer också i djurvärlden, bland annat bland vargar, hundar och katter.

Om praktisk handläggning av förlossningen skriver Harvey mycket lite, det har kanske stått i det försvunna manuskriptet *Medical observations* som Willughby hade tillgång till och citerar ur. Det han skriver är emellertid väl avvägt, speciellt hans betonande av tålamod och varsamhet med traumatiska ingrepp.

Harveys sista tid

Harvey behöll sin vitalitet in i det sista. Efter sina epokgörande upptäckter var han en mycket berömd man men han var också mycket förmögen. Han saknade egna barn och han lät därför 1652 uppföra en stor byggnad i romersk stil för The Royal College of Physicians. I bottenvåningen fanns en föreläsningssal och ett samlingsrum för ledamöterna. En våning upp fanns ett stort bibliotek som Harvey utökade med sin egen boksamling. Av tacksamhet för hans givmildhet lät kamraterna i den stora salen ställa upp en byst i marmor. På dess sockel stod att läsa följande inskrift:

GULIELMO HARVEIO
VIRO MONUMENTIS SUIS IMMORTALI
HOC INSURPUS COLLEGIUM MEDICORUM
LONDINENSE POSTUIT
QUI ENIM SANGUINI MOTUM
UT ET
AMIMALIBUS ORTUM DEDIT
MERUTI ESSE
STATOR PERPETUUS

Det betyder: ”Åt William Harvey, den genom sina arbeten odödlige mannen, har College of Physicians i London uppställt denna byst. Ty den, som åt blodet gav rörelse och åt djuren upphov, förtjänade att vara dess ständige upprätthållare.” Allt förstördes vid den stora branden i London 2–5 september 1666.

För att ytterligare hedra Harvey valdes han till president för året 1655 och år 1656 instiftades ett föredrag som har hållits årligen sedan dess. Uppdraget att hålla ”The Harvey oration” är mycket hedrande.

Summary

The fame of William Harvey, the father of British obstetrics, has been overshadowed by the much greater fame of being the discoverer of the circulation of the blood. He was the first Englishman who wrote on obstetrics in his own language. *Anatomical exercitations concerning the generation of living creatures to which are added particular discourses of births and of conceptions* (London, 1653) is not only the first book about obstetrics, but also a pioneering work on embryology and comparative reproductive physiologi. Harvey also formulated the famous concept *Omne vivium ex ore,* i.e. all animals have their origin in an egg, as a contrast to the previous theory of spontaneous generation.

Bo S. Lindberg
Bo.sven.lindberg@gmail.com
Malma Ringväg 41 A
756 45 UPPSALA

Referenser

1. Harvey W.: *Anatomical exercitations concerning the generation of living creatures to which are added particular discourses of births and of conceptions*. London 1653. (http://name.umdl.umich.edu/A43030.0001.001).
2. Willis, R.: The *Works of William Harvey*. Sydenham Society, London 1847 s 215.
3. Hartsoeker. N.: *Essay de Dioptrique*. Anisson Paris 1694.
4. Wolff, C.F.: *Theoria generationis*. Halae ad Salam, Hendeliani, 1759.
5. Boorde, A.: *The brewarie of health*. The East, London 1575.
6. Willughby, P.: *Observations in Midwifery, as also the country midwive´s Opusculum or Vade Mecum*. Warwick. H.T. Cook and son 1863. https://dlcs.io/pdf/wellcome/pdf-item/b21084397/0
7. Nymman, G.: *Dissertatio de vita foetus in utero*. Verlag Paul Helwig Wittenberg 1628.
8. Lonitzer, A.: *Kreuterbuch, Künstliche Conterfeyung der Bäume, Stauden, Kräuter ...* Egenolff, Frankfurt 1582, s. CCLXXXVr (digitalisad). I 1578 års edition nämns inte ergotamin.

David Christiansson, Ulf Jakobsson, Peter M Nilsson

Provinsialläkarens roll i ett framväxande industrisamhälle. Gustaf Hjalmar Pripp som den första permanenta provinsialläkaren på Limhamn 1897–1914

Den nuvarande stadsdelen Limhamn i Malmö genomgick i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet en snabb tillväxt och omvandling från ett samhälle präglat av liten befolkningsmängd med framförallt sysselsättning inom fiske och jordbruk till ett snabbväxande industrisamhälle med stor inflyttning av en relativt ung och arbetsför befolkning. På bara cirka 25 år växte Limhamn, som till en början utgjorde en mindre del av Hyllie kommun, till den grad att köpingen till slut inkorporerades och blev en del av Malmö stad. I en miljö som var under så snabb förändring och utveckling är det rimligt att anta att det även uppstod en hel del utmaningar, inte minst för hälso- och sjukvården. Fram till 1897 fanns det ingen permanent läkare som arbetade på Limhamn, men en sådan tjänst inrättades och tillträdes detta år av läkaren Gustaf Hjalmar Pripp.

Vårt *syfte* har varit att närmare beskriva denne läkare, hans livsväg och gärning i en tid av såväl snabb samhällsförändring som nya utmaningar för provinsialläkare i en växande befolkning.

Bakgrund

Provinsialläkarämbetet

Provinsialläkarens historia i Sverige tar sin början i slutet av 1600-talet. Då var Sverige fortfarande en stormakt med landområden i norra Europa och dagens Baltikum. Dock var det ett land med omfattande ekonomiska problem, mycket till följd av de kostsamma krig som fördes.[1] Vad gällde den tidens sjukvård fanns det få akademiskt utbildade läkare och de som fanns verkade främst i huvudstaden eller i någon av de större städerna. För de allra flesta människor i Sverige var läkare något man inte kom i kontakt med, utan vid sjukdom vände man sig ofta till präster eller kloka gummor och gubbar i lokalsamhället. För eventuell kirurgiska åkommor sökte patienter sig till yrkesmän såsom barberare och badmästare. År 1663 bildade en grupp läkare, med livmedikus GF du Rietz i spetsen, *Collegium Medicorum*. Syftet vara att stärka den vetenskapliga grunden för läkekonstens utövande samt att motverka kvacksalveri. *Collegium Medicorum* erhöll ett privilegiebrev från Karl XI:s förmyndarregering med tillstånd för kollegiets läkare att inneha ett monopol för den medicinska vården i Stockholm, samt att övervaka andra yrkesutövare som var verksamma inom sjukvård och apoteksväsende i Stockholm. Kollegiet utvecklades senare till ett ämbetsverk med befogenhet att samordna och kontrollera sjukvården i hela riket. År 1688 bestämdes att det skulle finnas provinsialläkare och att dessa skulle utses av Konungen med förslag från ovan nämnda *Collegium Medicorum*. För att kunna föreslås som provinsialläkare krävdes att den tilltänkte var promoverad medicine doktor.[2] Inte

förrän 1744 kom en särskild instruktion för provinsialläkarämbetet signerad av kung Fredrik I. I denna instruktion står bl.a. att läsa följande föreskrift för läkaren.

”När han/läkaren/tillika af flere, högre eller lägre, fattigare eller rikare Patienter tillitad warder, eller ock flere att sköta hafwer, bör han utan anseende till person, först med nödig hjälp bispringa them, som han i sit samwete wara stadde i största nöd och fara, the förmögnare för skälig betalning, the fattige af Christelig kärlek utan wedergällning och thetta så mycket villigare, i anseende till then ständige lön han af publico åtnjuter”[2]

Under 1700- och 1800-talet omorganiserades sjukvården och provinsialläkartjänsterna i olika omgångar. År 1773 övertogs avlöningen helt och hållet av statsverket och antalet provinsialläkare fastställdes till 32 för hela landet. Efter att ansvaret för landets sjukvård delats mellan *Collegium Medicum* och *Sundhetskomissionen* under ett antal år bildades *Medicinalstyrelsen* 1878 vilken kom att ha det övergripande ansvaret för svensk sjukvård till dess *Medicinalstyrelsen* blev en del av nuvarande *Socialstyrelsen* 1968. [2]

En av provinsialläkarens uppgifter vara att insända årsrapporter till Medicinalstyrelsen, dessa utgjorde standardiserade rapporter om hälsoläget i det distrikt där läkaren verkade.[1] Årsrapporterna skulle innehålla information om bland annat endemiska smittsamma sjukdomar såsom mässling och smittkoppor, samt information om hälsoläget i distriktet och de sanitära förhållandena. Provinsialläkaren skulle även rapportera om vilken övrig hälso- och sjukvårdspersonal som var verksam inom distriktet såsom t ex badmästare, barnmorskor och eventuella kvacksalvare.[2] Arbetet som provinsialläkare var ofta ensamt och slitsamt. Läkaren var ensam ansvarig för stora geografiska områden, något som var mer påtagligt i de norra delarna av Sverige, men även i de södra delarna var det ibland stora distrikt som skulle betjänas. Denna situation förbättrades något under 1800-talet då antalet tjänster utökades genom tillsättandet av s. k extra provinsialläkartjänster.[3]

År 1840 fanns det 124 verksamma provinsialläkare vilket innebar att varje läkare hade ett teoretiskt patientunderlag på 26 000 invånare och år 1890 hade antalet tjänster ökat till 369.[2] En av de möjliga yrkesriskerna för provinsialläkaren var resorna till patienter, som företogs med häst och vagn eller släde på vintern, eftersom olyckor kunde ske. När läkaren väl kom fram så fanns det oftast inte så mycket som han kunde hjälpa till med förutom att lindra. Behandlingsmöjligheterna på 1800-talet var fortsatt begränsade. Ett stort problem för folkhälsan var också den bristande hygienen som var utbredd i befolkningen. Det fanns en misstro mot att tvätta sig och vädra ville man helst inte göra, trångboddheten var även utbredd. På grund av detta bestod provinsialläkarens arbete till stor del av hälsoförebyggande åtgärder, som t ex att vara verksam i lokala Hälsovårdsnämnder. Provinsialläkaren liv var också till stor del präglat av yrket. Det förväntades att läkaren alltid var tillgänglig, dygnet runt, året runt. Var läkaren på patientbesök så var någon annan, oftast hustrun, tvungen att kunna meddela var läkaren befann sig. Ville läkaren åka utanför sitt distrikts gränser fick han

ansöka om tillstånd för detta hos landshövdingen.[3]

Limhamns historia i korthet

Limhamns historia och utveckling har till stor del präglats av det lokala kalkbrottet och de företag som kalkbrottet gett upphov till. På 1600-talet finns det första omnämnandet av en kalkugn och kalkbrott på Limhamn. Området Limhamn tillhörde på denna tid Hyllie socken och det var i Hyllie by som folk levde, byn var inte stor utan den bestod av mellan 10-20 hushåll. Kalkbrytningen var en nationell angelägenhet för både Danmark och Sverige, då detta behövdes för att tillverka cement. Under de skånska krigen och även under 1700-talet blev kalkugnen på Limhamn vid flera tillfällen plundrad och nedbränd. Även Sveriges sista pestepidemi, som drabbade Hyllie och Limhamn i början av 1700-talet, påverkade utvecklingen negativt. Under 1700- och 1800-talen kom kalkbrottet och cementfabriken att hamna i släkten Suell-Kockums ägo och det var under dess ledarskap som industrin utvecklades och människor bosatte sig i ökad utsträckning där Limhamn idag är beläget. År 1870 var ungefär 600 personer mantalsskrivna i Hyllie by och ungefär 700 i området Strandmarken och Kalkbrottet, det som nu är Limhamn. Från och med detta decennium var det alltså Limhamn som ledde utvecklingen i socknen.[4] Den som kan sägas ha betytt mest för Limhamns senare utveckling är Skånska Cementaktiebolagets intendent Rudolf Fredrik Berg. Han tillträdde sin tjänst på 1870-talet och var drivande i utvecklingen av cementbolaget samt Limhamn som samhälle. Berg hade ett stort engagemang för samhället, bland annat var han ledande inom nykterhetsrörelsen och även drivande i bildandet av en Sjukvårdsförening, något som skulle ha stor betydelse för sjukvårdens utveckling på Limhamn. Sjukvårdsföreningen var ansvarig för anställandet av en provinsialläkare samt uppförandet av en läkarmottagning.[4] Under de sista åren på 1800-talet och de första på 1900-talet växte Limhamn snabbt, 1884 var folkmängden 2529 och 20 år senare hade antalet invånare nästan fyrdubblats till 8 052 personer (1905). Denna tillväxt innebar att Limhamn blev ett municipalsamhälle (1886) och senare en köping (1906). Bebyggelsen i Limhamn bestod under denna tid mest av en så kallad trädgårdsstad, något som ansågs mycket gynnsamt för hälsan och de sanitära förhållandena. Det finns rapporterat att Hälsovårdsnämnden på Limhamn gjorde ett gott arbete under början av 1900-talet. En av de bidragande orsakerna till de goda sanitära förhållandena var att det t ex var förbjudet att hålla grisar förutom i de mesta avlägset belägna delarna av byn.[5]

Syftet med föreliggande studie var att belysa provinsialläkarens roll vid förra sekelskiftet i en ort som präglades av snabb utveckling, urbanisering och industrialisering. Eftersom detta stämmer in på Limhamn vid förra sekelskiftet, samt att det där inrättades en ny extra provinsialläkartjänst, innebär att en analys av GH Pripps läkargärning bör kunna ge ett belysande exempel. Det bör även kunna dras mer generella slutsatser om vad det innebar att arbeta som provinsialläkare i ett framväxande industrisamhälle vid denna tid.

Metoder

I denna studie har tryckta källor såsom böcker och artiklar använts angående provinsialläkare Pripp och sjukvården på Limhamn. Merparten av det material som ligger till grund för denna studie utgörs dock av arkivmaterial och då framför allt årsberättelser samt protokoll från Hälsovårdsnämnden och Sjukvårdföreningen på Limhamn

På Riksarkivet i Stockholm finns GH Pripps provinsialläkarrapporter även kallade årsberättelser, d.v.s. de årliga rapporter som varje provinsialläkare och extra provinsialläkare var ålagd att sammanställa och skicka in till Medicinalstyrelsen. Hjalmar Pripps första årsberättelse till Medicinalstyrelsen skrevs för år 1898. Denna är bevarad på Riksarkivet i Stockholm tillsammans med årsberättelser för åren 1900–1904 samt åren 1906-1914. Vad som skett med de saknade rapporterna för åren 1899 och 1905 har inte gått att fastställa. Årsberättelsen för 1898 finns också digitaliserad i Linköpings Universitets medicinhistoriska databas. Årsberättelserna skrevs av Pripp själv och innehåller ett antal rubriker som var ålagda läkaren att rapportera om, dessa punkter berörde bland annat smittsamma sjukdomar, folkhälsa, sanitära förhållande, förekomst av annan hälsopersonal, dryckenskap och befolkningsdata.

Från årsberättelserna hämtas information om ovanstående samt i de fall det finns mer utförligt beskrivet, information över behandlingar och handläggning av vissa sjukdomar. Det är framförallt för de smittsamma sjukdomarna sådana fakta redovisas av Pripp och redovisningens omfattning skiljer sig något från år till år.

Protokoll från Hälsovårdsnämnden i Limhamn för perioden 1897-1914 finns bevarade på Malmö Stadsarkiv. Från detta material inhämtades information om läkarens arbete som ordförande i Hälsovårdsnämnden samt ett urval av belysande ärende som nämnden hade att lösa. I detta arkivmaterial finns även bevarat Hälsovårdsstadgan för Limhamn samt stadgan för Sundhetspolisen.

Stadsarkivet i Malmö har även bevarat mötesprotokoll, brev och räkenskaper för Sjukvårdsföreningen på Limhamn. Från detta material kommer information om Sjukvårdsföreningens skapande samt avveckling, korrespondens mellan GH Pripp och RF Berg och även information om tillsättandet av extra provinsialläkartjänsten.

Resultat

Gustav H Pripps biografi

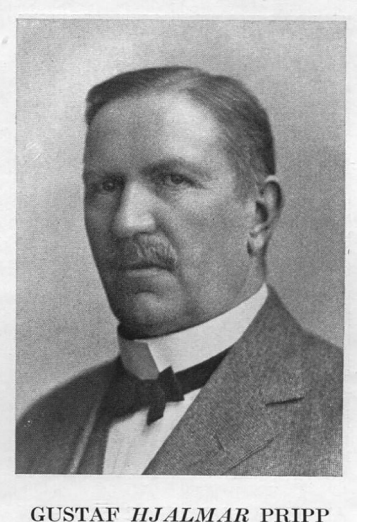
Den 15e juni 1865 föddes Johan Wilhelm Pripp och Sofia Pripps andra son. Han fick namnet Gustaf Hjalmar. Hans far var apotekare med eget apotek i Stockholm och hans farfars bror var den kände bryggaren Johan Albrecht Pripp, grundare till Pripps Bryggeri. [6,7] Vad gäller Pripps uppväxt känner vi inte till mycket men vi vet att han tog studenten i Uppsala 1884 och därefter sökte sig till Karolinska institutet för att läsa medicin. Han avlade medicine kandidatexamen 1889 och medicine licentiatexamen 1894. [8]

Att Pripp var intresserad av en karriär som provinsialläkare ter sig troligt då hans första tjänstgöring var som enskild läkare i Örsundsbro. Kommunerna i området hade som plan att ansöka om bildandet av ett provinsialläkardistrikt och tjänsten var tänkt för honom, dock realiserades aldrig detta och Pripp lämnade sin tjänst i Örsundsbro i

april 1895.[9] Året därefter innehade han ett antal vikariat på olika platser, dels som extra provinsialläkare samt lasarettsläkare. 1 mars 1896 tillträdde han som tillförordnad underläkare på Lunds Asyl (mentalsjukhus) och hade denna tjänst fram till att han erhöll tjänsten som extra provinsialläkare på Limhamn 1897.[9,10] Förutom tjänsten som extra provinsialläkare var Pripp även bl.a. skolläkare vid Limhamns folkskolor 1915–1929, ordförande i Hälsovårdsnämnden, samt ledamot och kommunfullmäktige och kommunalnämnden i Limhamn 1900–1913. Han arbetade på Limhamn fram till sin död 26 april 1935, han var då 69 år. [6,11]

När Pripp erhållit en fast tjänst 1897 och kunde sörja för en familj gifte han sig den 2 april 1898 med sin sex år yngre kusin Signe. De fick tillsammans 3 söner, Harald (f. 1899), Gustaf Ragnar (f. 1902) och Sven (f. 1904). Harald och Sven kom båda att följa i sin fars fotspår och bli läkare, varav Harald kom att ta över sin fars praktik på Limhamn. [6,11]

Bild 1. *Gustaf Hjalmar Pripp (1865-1935)*



Limhamns Sjukvårdsförening

Limhamns sjukvårdsförening bildades den 7 juli 1892 av de stora företagen på orten samt av ett antal av sjukkassorna på Limhamn.[12, 13] De första fem åren bestod verksamheten av en anställd sjuksköterska samt att föreningen åtog sig hyra ett mottagningsrum åt Skånska Cementaktiebolagets läkare Dr A Lindberg för att kunna ta emot sjukvårdsföreningens medlemmar vid behov av läkarvård.[13]

Den 7 april 1897 lades det fram ett formellt förslag till sjukvårdsföreningen om att utvidga verksamheten, dock hade planeringen pågått sedan åtminstone föregående år. Den formella planen var att anställa en läkare och en eller två sjuksköterskor på heltid samt uppföra en läkarbostad och i förlängningen ett sjukhus på Limhamn.[13] R F Berg får antas ha varit en av de drivande krafterna i detta arbete baserat på brev och engagemang. Pripp, som då arbetade på Asylen i Lund, hade kommit i kontakt med R

F Berg. Om detta var genom gemensamma bekanta eller på annat sätt har inte kunnat beläggas, men klart är att han hade fått vetskap om planerna på att inrätta en permanent läkartjänst på Limhamn och hade kontakt med R F Berg i förhoppning om att få tjänsten samt engagerade han sig även för att planerna skulle bli verklighet, detta framgår genom korrespondens under hösten och vintern 1896-97 mellan honom och RF Berg. I brevväxlingen dem emellan framkommer att Pripp inhämtat information om upprättande av ett provinsial- och s.k. extra provinsialläkardistrikt. Pripp träffade även Dr H Sörman som var både Provinsialläkare och Förste Provinsialläkare i Malmö. Han ansträngde sig för att övertyga Dr Sörman om att bifalla planen. Kanske kände Pripp då att han gjort mer än befogat då han avslutade brevet till RF Berg med följande rader:

”Under förhoppning att ej Ingenjör Berg misstycker, att jag talat vid dr. Sörman i denna sak, (han hade för öfvrigt äfven reda på förut, att jag var spekulant på platsen) tecknar vördnadsfullt Hj. Pripp”[14]

I april 1897 kom sjukvårdsföreningen överens med de stora arbetsgivarna på Limhamn om att dessa skulle bidra med pengar för en läkartjänst, sjuksköterska samt fria mediciner till sina anställda. Företagen förband sig att bidra under 5 års tid.[15] Under sommaren 1897 accepterade även Hyllie Kommun att bidra till läkares lön samt att ansöka till Medicinalstyrelsen om inrättandet av en extra provinsialläkartjänst, vilket kom att godkännas. Kommunen bidrog med 800 kronor om året till läkarlön samt uppvärmd bostad i sitt epidemisjukhus åt en eller två sjuksköterskor som anställdes av sjukvårdsföreningen. Sjukvårdsföreningen å sin sida åtog sig att tillhandahålla sjuksköterskor till kommunens epidemisjukhus v b, dock mot betalning, och läkaren skulle utan ersättning erbjuda sjukvård till kommunens understödstagare.[16]

Sjukvårdsföreningen bad Malmös provinsialläkare Dr Sörman samt Dr Lindberg om hjälp med att tillsätta läkartjänsten. Fem kandidater ansökte och skickade in handlingar. En av de sökande, Dr Hartvig, lämnade tillsammans med sin ansökan in ca 500 namnunderskrifter från allmänheten på Limhamn där de undertecknade ställde sig bakom att Dr Hartvig skulle erhålla tjänsten som extra provinsialläkare, något som borde innebära att han var känd i samhället. Dessa underskrifter var dock inte tillräckligt utan tjänsten gick till Dr Hjalmar Pripp med motiveringen att han var den mest passande. Till underlag för detta beslut hänvisade Sörman och Lindberg till en referens från Pripps tid i Örsundsbro som beskrev att han med sin *”ådagalagda stora duglighet och samvetsgrannhet i sitt yrke, samt genom sitt humana och tilltalande sätt vunnit allas odelade förtroende”*.[9,17–19]

När läkare och finansiering samt ett extra provinsialläkardistrikt nu var ordnat fortsatte sjukvårdsföreningen med att anlägga en läkarbostad med en park, framöver planerades det också för ett sjukhus på tomten. Verksamheten pågick fram till 1903 då föreningen drabbades av ekonomiska svårigheter. Samma år kom en ny lag som ålade för arbetsgivare att ansvara för skadade arbetares pensionering, detta innebar att de företag som betalat till Sjukvårdsföreningen inte förnyade sina åtaganden. Kostnaderna

för sjukvårdsföreningens arbete hade också blivit högre än beräknat, beroende på att föreningen förlorat rabatt på mediciner samt att priset på mediciner hade ökat. Pripp skrev även i ett brev till RF Berg för att förklara situationen att arbetarna hade varit mer sjuka än vad som förutsetts.

Dessa omständigheter ledde till att Sjukvårdsföreningen på Limhamn upplöstes efter nästan 11 år och från och med den 1a mars 1903 var det Limhamns Municipalsamhälle som övertog ägandet av läkarbostad och tomt samt ansvaret för fortsatt läkar-och sjuksköterske-befattningar.[13,20,21]

Årsberättelser

Pripps årsberättelser som extra provinsialläkare innehåller den statistisk och information som han var ålagd att rapportera, detta innefattar bl. a sammanställning av smittsamma sjukdomar, allmän hälsa, sanitära förhållande m.m. Nedan följer ett urval från årsrapporterna för att belysa Pripps gärning.

Smittsamma sjukdomar

Difteri var en av de sjukdomar som i störst utsträckning drabbade Limhamns befolkning under det första decenniet på 1900-talet[22,23]. I årsberättelsen från 1901 beskriver Pripp följande om difterin som drabbat samhället, *”Den 9 augusti påträffades en 5 årig flicka lidandes av svårartad difteri i svalg och strupe, hon afsändes redan samma dag till Malmö epidemisjukhus och den öfriga familjen bestående af man och hustru samt 5 barn internerades sedan följande dag på kommunens epidemisjukhus för närmare observation”*. Tre av de andra syskonen var också smittade av difteri. Tydligen hade familjen haft besök av några barn från Malmö som hade haft ont i halsen och Pripp var övertygad om att smittan kom från dessa barn. Efter detta spred sig sjukdomen hos befolkningen. Epidemisjukhuset tog emot patienter för isolering och utökades till 13 platser, senare öppnades ytterligare ett utrymme med 10 platser. Trots detta kunde inte alla smittade behandlas på epidemisjukhusen och en del barn behandlades i hemmet. De som fick stanna hemma hade fått klara förhållningsregler och hemmen desinficerades. Av 69 insjuknade avled endast fyra patienter vilket gjorde att Pripp bedömde epidemin vara *“af ganska godartad natur*”. Isoleringen på epidemisjukhuset hade dock ingen större effekt på smittspridning samtidigt som det var kostsamt. Pripp beslutade därför om den drastiska åtgärden att stänga epidemisjukhuset tillfälligt och istället satsade kommunen på att immunisera skolbarn med difteriserum, en my metod för att bota och begränsa difteri. Cirka 500 barn blev immuniserade vilket utgjorde ungefär tre fjärdedelar av alla skolbarnen på Limhamn, immuniseringen bekostades av kommunen. För de barn som inte immuniserades var förklaringen att föräldrarna motsatte sig detta. I slutet av 1901 började epidemin komma under någorlunda kontroll och de nya fall som uppstod gjorde det i familjer som inte blivit immuniserade, något Pripp benämnde som anmärkningsvärt samtidigt som han i årsberättelsen från 1902 anger att immunisering, där man använt sig av Behrings metod, var den åtgärd som haft störst effekt på difteriepidemin .[23]

Många fall av difteri sågs även 1904, 1906 och 1907. Pripp använde sig inte av

immunisering något mer utan försökte sig framförallt på att isolera de smittade och desinficera deras hem. Det hade inte fullgod effekt så istället tog han prov för difteri på alla barn som varit hemma från skolan på grund av t.ex. huvudvärk eller andra lättare symtom. Pripp noterade att han ofta fann difterismitta hos dessa barn trots att de varit hemma i endast en eller två dagar. Då denna kontroll visade sig innebära en begränsande faktor på spridningen av difteri beslutade Pripp att skolorna helt skulle stängas från och med den 1 december 1906 och två av skolsalarna uppläts istället som isoleringsenheter. Enligt Pripp var det bara de barn som bodde i hem som *"befunnes opålitliga med afseende afgivna föreskrifter"* som var aktuella för isoleringen. Totalt rapporterades 100 fall av difteri under 1906 med 7 dödsfall och 108 fall av difteri med 7 dödsfall 1907. Pripp bedömde att förklaringen till dessa dödsfall var att familjerna alltför sent kontaktat läkare och därmed hade desinficeringen blivit gjord för sent.[23]

År 1907 omnämndes barnförlamning (polio) första gången i Pripps årsberättelser. Detta år insjuknade 6 patienter och en avled. Pripp påpekade att han inte kunde finna något samband mellan fallen. Nästa gång polio nämns i årsberättelserna är 1911, Pripp rapporterade om fem fall. I fyra fall fann han ingen klar smittväg, men han beskrev ett fall där patienten, en 5-årig flicka, besökt sin syster i Lund. Systerns barn var drabbade av barnförlamning och den 5-åriga flickan insjuknade 14 dagar efter hemkomsten från besöket. Av de fem insjuknade drabbades fyra patienter med kvarstående förlamning.[23]

Tyfoidfeber uppträdde sporadiskt de flesta år men 1910 drabbas Limhamn av en tyfoidfeberepidemi i maj och juni. I mitten av maj söktes Pripp av två patienter med tecken på tyfoidfeber. Det visade sig att dessa patienter kom från ett och samma bostadshus. Pripp for genast dit. I huset bodde 48 familjer bestående av 49 personer. Pripp undersökte de sanitära förhållandena och upptäckte att en av kloakledningarna var undermålig och rann över. Det hade även grävts en brunn för dricksvatten alldeles i närheten av kloakledningen och Pripp drog slutsatsen att det var detta som var smittokällan. De boende ålades genast att upphöra med att dricka vattnet från brunnen och på kommunens bekostnad transporterades dricksvatten till huset. Kloakledningen grävdes även om och på så vis förhindrades ytterligare smittspridning utanför det aktuella bostadshuset, förutom för två familjer som varit på besök i huset men i sin tur inte spred smittan vidare. Alla de boende tvingades också till epidemisjukhuset för isolering, varvid såväl uppehälle som transport dit bekostades av kommunen. Två patienter fick föras vidare till Lunds lasarett. Det rapporterades inte om några dödsfall på grund av epidemin.[23]

Sjukvård i lokalsamhället

Det fanns ett epidemisjukhus på Limhamn med fyra sängar som år 1900 utökades till åtta sängar, vid behov bemannas det av sjuksköterskan som var anställd av Sjukvårdsföreningen. I årsberättelsen för år 1904 påtalade Pripp att epidemisjukhuset inte var ändamålsenligt, det saknades möjlighet till uppvärmning vilket gjorde att det inte gick att använda under de kalla månaderna. Pripp föreslog att det skulle uppföras ett nytt epidemisjukhus. Detta kom dock aldrig till stånd. Pripp angav att orsaken därtill var brist på pengar och oklarheter i vem som skulle betala. Diskussioner fördes om

Limhamns inkorporering med Malmö och municipalsamhället ville inte bekosta epidemisjukhuset om en inkorporering snart var förestående. Under åren fram till 1915 användes vid många tillfällen istället en tom lärarbostad som epidemisjukhus. Pripp var ensam läkare på Limhamn fram till 1910 då Dr Hartvig öppnade enskild praktik på orten. År 1903 öppnade ett apotek på Limhamn som kom att utökas successivt de följande åren.[23]

Folkhälsa och samhälle

Pripp rapporterade varje år att den allmänna hälsan på Limhamn var god. Bostäderna var bra och för det mesta byggda av sten. Han förundrades över att familjer i stor utsträckning endast nyttjade 2 rum i en bostad även om de ofta hade tillgång till fler. Befolkning nyttjade i stor utsträckning både varma och kalla bad, det gick att bada varmt på vissa arbetsplatser. Kloaksystemet var väl utbyggt. [23]

På orten fanns ett antal industrier. I sin första årsberättelse, nämnde Pripp det stora antalet arbetsplatsolyckor som en negativ faktor för samhället. Det året preciserar han även ett antal för olyckorna, 136 sammanlagt varav ett dödsfall. 1898 var det enda år som ett specifikt antal olyckor nämns, i de övriga årsberättelserna framgår enbart att det var ett antal arbetsplatsolyckor. För de kringboende rapporterades att de lokala industrierna inte utgjorde någon olägenhet, med undantag för år 1907 då Cementfabriken hade ändrat sin tillverkningsmetod och detta ledde till damm-bildning som störde de närboende. Detta avhjälptes dock delvis enligt senare års årsberättelser.[23]

Enligt Pripp var dryckenskapen utbredd bland befolkningen. De första åren fanns ingen ölhall eller annat utskänkningsställe men då nyttjades istället lönnkrogar eller ambulerande biervagnar. År 1909 öppnade den första ölhallen och efter detta noterade Pripp en minskning av dryckenskapen.

Under åren fram till 1910 hade den allmänna polisen även varit ansvarig för att de olika hälsostadgar som fanns efterlevdes. Detta år inrättades dock en särskilt avlönad sundhetspolis med en årslön på 1350 kronor.[23]

I alla sina årsberättelser nämnde Pripp kvacksalverskan Maria Petterson-Alberg. I rapporten från 1898 redogjorde han enligt följande:

”*I Limhamn praktiserar en kvacksalfverska Maria Pettersson-Alberg. Hon har en ganska vidsträckt praktik (sålunda upptaxerad till 4000 kr. årsinkomst för praktik), annonserar vidt och bredt i Skånska tidningar och har bestämda mottagningstider. Hon sökes kanske mest af patienter från andra orter och sysslar med snart sagt alla slags sjukdomar*”.[22]

Från år 1907 redogjorde Pripp för ytterligare två kvacksalvare på orten, Fru Englund och Fru Pålsson Båda dessa behandlade framförallt engelska sjukan.[23]

Hälsovårdsnämnden

Det fanns en hälsovårdsnämnd på Limhamn sedan tidigare men hur effektivt eller mycket denna åstadkom var tveksamt. Förste provinsialläkaren i Malmö, Harald Sör-

man, påpekade vid en inspektionsresa under 1895 det bristfälliga arbetet i Hälsovårdsnämnden, något som Sydsvenska Dagbladet noterade och rapporterade om. Enligt tidningen hade Dr Sörman gjort följande rapport angående hälsovårdsnämndens arbete. *"Helsovårdsnämndens verksamhet karakteriseras här av en ovanlig slapphet. Sedan förste provinsialläkarens inspektion 1895 hade nämnden blott haft ett sammanträde, hvarunder endast några löpande ärenden behandlades. Så godt som inga förbättringar hade vidtagits. Svinhållningen har särdeles illa handhafts."* [24]

När Hjalmar Pripp erhöll tjänsten som extra provinsialläkare samt läkare för sjukvårdsföreningen på Limhamn innebar detta också att han fick en position i den lokala hälsovårdsnämnden. På det första mötet 1898 valdes han till ordförande i hälsovårdsnämnden. Det beslutades även att Pripp skulle vara den som emottog skrivelser ställda till hälsovårdsnämnden. Dessa skulle lämnas på vardagar under lunchtid till Pripp på hans läkarmottagning.[25]

I hälsovårdsnämnden ägnade sig Pripp och de andra ledamöterna mycket åt riktlinjer för praktiska frågor som skulle förbättra hälsan för människorna på Limhamn. Det rörde sig för det mesta om sanitära frågor för att undvika att sjukdomar kunde spridas. Redan på det första mötet beslutades bland annat att kommunen skulle stå för kostnaden av desinficering vid smittsamma sjukdomar. Det beslutades även att den enskilda ägaren till en fastighet skulle bekosta anslutningen till samhällets kloakledning för den egna kloaken samt att den anslutning skulle göras med ett T-rör då det tydligen hade inkommit många klagomål till hälsovårdsnämnden om igenslammade kloakledningar.

Med Pripp som ordförande fortsatte sedan arbetet oförtrutet. Vid nästa möte som hölls två månader senare beslutades att de avträdeshus som inte användes genast skulle bortforslas från de boendes gårdar, alternativt upprustas till de nya standarder som gällde. Det beslutades även om bortforsling av slakteriavfall. Under oktober till april skulle detta ske minst två gånger i veckan och under maj till september minst varannan dag. Avfallet skulle också förvaras i täta kärl tillslutna med lock.

Pripp gjorde även inspektioner för att se att de nya reglerna efterlevs. En viss slaktare, Bernard Nilsson, hade inte följt de nya föreskrifterna för slakteriavfall och därmed såg sig nämnden tvungen att skicka en skrivelse om överträdelsen till kronobetjäningen. Arbetet i hälsovårdsnämnden fortsatte under åren och 1900 hade hälsovårdsnämnden tagit fram en särskild hälsostadga för Limhamn som lämnades till municipalsamhällets fullmäktige för godkännande samt fastställande av Konungens Befallningshavande.[25]

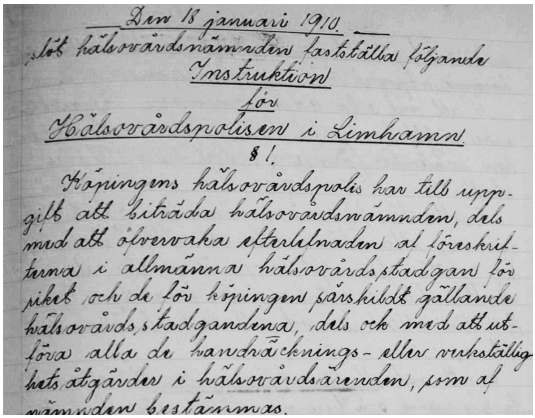
Efter att difteriepidemier under några år drabbat Limhamn och alla de sjuka inte fått plats på det lokala epidemisjukhuset beslutades det att ge ut en informationsbroschyr om difteri och förhållningsregler för att minska smittan som skulle delas ut till de som vårdades eller isolerades i hemmen. Det var dock inte alla invånare på Limhamn som uppskattade hälsovårdsnämndens arbete. En fiskare Billgren hade inkommit med en skrivelse där han motsatte sig de föreskrifter som ålagts honom att följa. Det framgick att Dr Pripp hade kallats till Billgrens hem då hans ett och halvt åriga dotter blivit sjuk. Pripp diagnostiserade det som krupp, det vill säga difteri, och barnet avled redan

samma eftermiddag. Pripp fann även difteri hos Billgrens sjuårige son. För att hindra smittspridning, framförallt till Billgrens andra barn, ålades hushållet desinficering samt isolering. Billgren trodde dock inte på detta och tillkallade efter tre dagar Dr Hartvig från Svedala, samme Hartvig som tidigare hade sökt den tjänst Dr Pripp erhöll. Enligt Billgren instämde Dr Hartvig inte i diagnosen difteri, han hävdade att det var förkylning. Hälsovårdsnämnden gick dock på Pripps linje och Billgren ålades att följa de föreskrifter som han delgetts med vite om 15 kronor ifall han inte fullföljde sina förpliktelser. Hälsovårdsnämnden beslutade även att till förste provinsialläkaren i Malmö anmäla Dr Hartvig för dennes roll i händelsen.[25]

Förhållandet till Dr Hartvig fortsatte att vara ansträngt. 1907 hade Hälsovårdsnämnden åsikter om de dödsbevis som Dr Hartvig skickat in till hälsovårdsnämnden. De uppfyllde inte de krav som var uppställda. Nämnden tillskrev först Dr Hartvig och bad om rättelse, men när ingen sådan inkom såg nämnden sig nödgad att återigen anmäla honom till förste provinsialläkaren i Malmö.

Förste provinsialläkaren i Malmö, Dr Sörman, hade 1909 åsikter om hur det tillsågs att hälsostadgar efterlevdes på Limhamn. Den allmänna polisen hade utfört inspektioner, men det hade inte funnits någon särskild hälsopolis, något som Dr Sörman förordade och hälsovårdsnämnden tog därför beslut om att anställa en sådan.[25] Hälsovårdsnämnden fastställde även en instruktion för hälsopolisen. I denna framgick det att hälsopolisen hade distriktets läkare som förman och att hälsopolisen aktsamt skulle se till att utföra de uppgifter läkaren ålade honom. Han skulle *"flitigt efterspana sanitära olägenheter"* och göra både *"ordnade och tillfälliga besök i köpingens olika delar"*. Hälsopolisen kunde vidta egna åtgärder men om han inte kände sig helt bekväm med dessa skulle han inhämta läkarens order. Till sist skulle han också alltid medföra sin anteckningsbok för att kunna föra noggranna anteckningar.[26] Som hälsopolis anställdes den f d sjukskötaren och poliskonstapeln Oskar Lundblad.[25] Han tog sig an sin uppgift och i oktober 1910 hade han inspekterat en fastighet på Östra Hamngatan tillhörande en Fru Rodin. Där fann han att avträdesspannarna var så överfulla att de rann över. Det bodde 35 människor i fastigheten och det fanns endast ett avträde med tre spannar. Lundblad kände sig mogen uppgiften och meddelade på plats att detta inte gick an, det måste anläggas minst ett och möjligtvis två avträden. Om detta skulle han inhämta läkarens åsikt. Dessa avträden skulle vara på plats 14 dagar senare eller allra senast 3 veckor senare.[27]

För människor som drabbades av polio ansåg hälsovårdsnämnden att den borde ta ett större ansvar. Nämnden skickade en begäran till kommunfullmäktige och bad om mer pengar till eftervården för de drabbade. Det beskrevs att Limhamn hade varit relativt förskonat från den epidemi av polio som drabbat landet, med endast fem eller sex lokalt drabbade individer. Dessa patienter, med kvarstående men i form av förlamning, var i behov av rehabilitering vilket gavs på Lasarettet i Lund. Det bedömdes utgöra en stor kostnad för den enskilde och dennes familj att bekosta transporten dit. Därför föreslogs att kommunen skulle betala för transporten till Lund.[28]



Den 15 januari 1910.
Ansloß hälsovårdsnämnden fastställa följande
Instruktion
för
Hälsovårdspolisen i Limhamn
§ 1.
Köpingens hälsovårdspolis har till uppgift att biträda hälsovårdsnämnden, dels med att övervaka efterlevnaden af föreskrifterna i allmänna hälsovårdsstadgan för riket och de för köpingen särskildt gällande hälsovårds-stadgandena, dels och med att utföra alla de handräcknings- eller verkställighets åtgärder i hälsovårdsärenden, som af nämnden bestämmas.

Bild 2. *Instruktion för Hälsopolisen på Limhamn, paragraf 1.*

Dr Sörman hade 1912 återigen inkommit med ett påpekande till hälsovårdsnämnden. Han påpekade att det enbart hållits två möten sedan början på året, men klargjorde sedan att han fått information om att detta berodde på att ordföranden fått sig tillsända och åtgärdat de flesta ärenden direkt utan att de togs upp på nämndens sammanträden. Han påpekade även att epidemisjukhuset var undermåligt, men att förklaringen härtill var att frågan om Limhamns inkorporering ännu inte var avgjord och att det därför saknades pengar för att uppföra ett nytt epidemisjukhus.[29]

Diskussion

Vi har i denna biografiska översikt velat skildra provinsialläkaren GH Pripp och hans tid och arbete runt sekelskiftet 1800/1900 tal i det lilla skånska samhället Limhamn, baserat på källmaterial från olika arkiv. Fram träder bilden av en ensam läkare i ett lokalsamhälle präglat av den begynnande industrialismen och bristande hygien vilket motiverade anställning av en s.k. hälsopolis för att hjälpa läkaren att tillse hygienen bland invånarna. Att en sådan hälsopolis anställdes för övervakning av hygienfrågor under läkarens ledning har vi inte funnit belägg för inom andra provinsialläkardistrikt vid denna tid, vilket ger ett incitament till vidare forskning.

Under arbetet med att söka källor till denna studie stötte vi på uppgifter om Limhamns sjukvårdsförening och de handlingar som finns bevarade om denna. Det kan antas att detta utgör ett av de tidigaste exempel som finns på privat och offentlig samverkan inom sjukvården i Sverige. Att det var av intresse för arbetsgivare att ha friska och arbetsföra anställda är inte förvånande, men på Limhamn arbetade företagen genom sjukvårdsföreningen aktivt för en bättre folkhälsa. Initialt åtog sig dessa företag också att stå för en förmodligen stor del av kostnaden. RF Berg som hade ett stort samhällsengagemang var troligtvis drivande i denna utveckling, men övriga arbetsgivare måste också varit engagerade.

Industrialiseringen beskrivs ofta som en tid då rovgiriga kapitalister utnyttjade sina arbetare och hade ringa intresse för deras hälsa. I närliggande landsbygdsorten Svedala, som också genomgick en snabb industrialisering och inrättande ett extra provinsialläkardistrikt vid denna tid, har man inte funnit den här beskrivna typen av samarbete mellan sjukvården och de privata arbetsgivarna.[30] Limhamn utmärker sig alltså som ett framväxande industrisamhälle med en god och kanske framförallt relativt billig sjukvård för inflyttande industriarbetare och deras familjer. Det kan ha bidragit till ökad attraktionskraft för orten och samtidigt utgjort en utmaning då fler människor än förväntat sökte sjukvård. När sjukvårdsföreningen upplöses anges att kostnaden varit högre än förväntat, både på grund av att arbetarna sökte sjukvård mer än förväntat samt att kostnaden för mediciner, vilka var gratis för arbetarna, också översteg den förväntade. Relationen mellan Pripp och Berg tycks ha varit god, men vad gäller relationen till de övriga industrialisterna på Limhamn har inte något kunna beläggas. I sin första årsrapport anger Pripp antalet arbetsplatsolyckor, men i senare anges endast att sådana förekommer. Kanske ansågs Pripp vara alltför nitisk och samvetsgrann vilket inte var vad industrialisterna väntat sig? Detta kan möjligen bidragit till upplösningen av sjukvårdsföreningen en relativt kort tid efter Pripps tillträde som extra provinsialläkare. Vi har endast funnit en mindre mängd källmaterial om det löpande arbetet i sjukvårdsförenigen vilket gör att många frågor som de ovan och t.ex. vilka patienter som sökte sjukvård, vilka besvär dessa sökte för, och hur stor del som utgjordes av arbetsplatsrelaterade olycksfall förblir obesvarade för tillfället.

Enligt Pripps årsberättelser är det framförallt infektionssjukdomar som drabbade befolkningen på Limhamn. Difterin är de första åren den mest påtagliga av dessa. Det redovisas inte hur Pripp behandlade de enskilda fallen men verksam behandling fanns heller inte att tillgå, Pripp ägnade sig istället mycket åt att begränsa smittan genom isolering. Ett år använde han serum mot difterin, detta hade god effekt på att begränsa smittan och var en relativt ny metod vilket tyder på att Pripp höll sig a-jour med den tidens nya vetenskapliga rön. Noterbart är att Pripp inte upprepade denna behandling vid senare tillfällen. Möjligtvis berodde detta på kostnaden eller att Pripp inte helt själv trodde på effekten. Han angav i sin årsberättelse att det var anmärkningsvärt att smittan avtog vilket skulle kunna tyda på det senare. I det protokoll från Hälsovårdsnämnden där det redogjordes för fallet med fiskaren Billgren ter sig Pripp ha varit mycket noggrann och företog en seriös diagnostik på sina patienter. Både för difterin och övriga smittsamma sjukdomar använde sig Pripp framförallt av isolering och desinficering av bostäder som ett sätt att hindra smittans utbredning, ett tillvägagångssätt han tycks ha haft en stark tilltro till.

Tuberkulos var en sjukdom som under den aktuella tidsperioden ökade i Sverige. Något anmärkningsvärt ägnas denna sjukdom förhållandevis litet utrymme och intresse i Pripps årsberättelser. Han skriver fåordigt om att smittan drabbar ett tiotal patienter under de första åren och senare att tuberkulosen är spridd på Limhamn. För behandling och åtgärder nämner han att efter avflyttning desinficeras bostäder för de som varit sjuka men inget ytterligare. Orsaken till detta knappa omnämnande har vi inte funnit svar på. Pripp ter sig för övrigt som påläst och uppdaterad med nya rön. En

förklaring kan vara att tuberkulosen trots allt var spridd i liten omfattning och Pripp inte såg sjukdomen som ett prioriterat hälsoproblem i sitt lokalsamhälle.

Redan från starten i sitt arbete i Hälsovårdsnämnden visade Pripp på stor energi, nya beslut togs under de första mötena. Baserat på att Dr Sörman anger, i och för sig i en senare rapport, att ordföranden löste många frågor på egen hand är det troligt att Pripp lade ner mycket tid och energi på sitt arbete i hälsovårdsnämnden. Han beskriver också hur han själv företog inspektioner och det är sannolikt att han var den främst drivande i att upprätta nya stadgar för renhållning och hälsa på Limhamn. När sedan en särskild hälsopolis tillsattes blev denne direkt underställd Pripp. Det är troligt att de två hade ett nära samarbete och hälsopolisen ägnade sig åt sitt arbete med stor nit.

Episoden med Dr Hartvig tyder på att Pripp var mycket samvetsgrann, rapporten ger en bild av honom som noggrann och det är svårt att se varför han skulle fabricera uppgifterna om difterismitta. Dr Hartvigs agerande är svårt att uttala sig om; beror det på inkompetens, en missunnsamhet gentemot Pripp för att han tilldelades tjänsten, eller var det viktigt för Hartvig att hålla sig på god fot med befolkning då han arbetade som enskild läkare? Detta är bara spekulationer som saknar svar. Emellertid ges frågan en ytterligare belysning i den episod några år senare när Dr Hartvig inte fyllde i dödsbevis på rätt sätt, han framstod alltså inte som helt kompetent i sin läkarroll.

Källkritiska anmärkningar

GH Pripp och Limhamns sjukvård kring förra sekelskiftet har inte tidigare varit föremål för någon större studie och därför begränsas källmaterialet till det som är bevarat av originalskrifter. Här utgör provinsialläkarrapporterna en stor mängd data. De är skrivna av GH Pripp själv vilket bör ge ett urval av mer positiv än negativ information. Rapporterna är även handskrivna vilket emellanåt gör dem något svårtydda. Årsrapporterna är över lag sakliga och innehåller inte mycket längre beskrivande texter, fakta presenteras kortfattat och mycket i form av uppräkningar och siffror, detta ger en något mindre levande bild av hans arbete än vad som annars varit fallet.

För protokoll och skrivelser från Hälsovårdsnämnden och Sjukvårdsföreningen är dessa författade av fler än Pripp vilket bärgar för en något mer nyanserad bild. Även dessa är till största del handskrivna vilket gör dem stundtals svårtolkade. I dessa källor finns även brev som ger en mer levande bild än enbart protokoll. Studien använder sig även av ett antal Internetkällor för fakta om årtal och släktskap, dessa bedöms trovärdiga då det inte är några kontroversiella uppgifter.

Sammanfattning

Sjukdomspanoramat under den aktuella tidsperioden utgjordes framförallt av infektionssjukdomar men behandlingsmöjligheterna för dessa var starkt begränsade. Provinsialläkarens främsta uppgift var att begränsa smittan och överse omhändertagandet på epidemisjukhus, om ett sådant fanns tillgängligt, eller i hemmet. En stor del av läkarens tid gick troligen åt till att anskaffa medel för att bedriva folkhälsoarbete och efterse till exempel epidemisjukhus och hjälp åt sjukdomsdrabbade. Som ledamot, och ofta även ordförande i hälsovårdsnämnden, var läkaren en naturlig del av den

beslutande lokala samhällsstrukturen och detta ökade med största sannolikhet hans möjlighet till att kunna skapa ekonomiska förutsättningar att utföra för sitt arbete.

I ett provinsialläkardistrikt som präglas av industrialisering och befolkningstillväxt under tiden kring förra sekelskiftet bör behovet av utökad sjukvård ha varit stort. Arbetet inom industrin innebar också risk för arbetsskador och den snabba utbyggnaden av bostäder krävde stort fokus på sanitet, renhållning och andra smittförebyggande åtgärder. För att lyckas med detta krävdes ett gott samarbete med andra aktörer i samhället som arbetsgivare, kommun och annan sjukvårdspersonal. Det betyder att läkarens arbete inte var så ensamt som det kan tänkas ha varit i ett distrikt på landsbygden eller i norra Sverige. Det kunde också finnas ytterligare enskilda läkare, men som i fallet med Dr Pripp och Dr Hartvig var det inte säkert att det var positivt att det fanns mer än en läkare inom samma distrikt.

Sammanfattningsvis var det en krävande och mångfasetterad uppgift som mötte provinsialläkaren i lokalsamhället kring förra sekelskiftet, med stora krav på bred kunskap inom både medicin och samhällskunskap samt god samarbetsförmåga för att kunna utföra sin läkargärning på bästa vis.

Författare

David Christiansson, ST-läkare i allmänmedicin, Enheten för medicinens historia, Lunds universitet
Ulf Jakobsson, Professor, Enheten för medicinens historia, Lunds universitet
Peter M Nilsson, Professor, chef, Enheten för medicinens historia, Lunds universitet

Summary

The local community of Limhamn, today a part of Malmo city in southern Sweden, was at the end of the 19th century a booming municipality showing rapid growth in industrialization and population. In this setting the role of the GP, a so called provincial physician, is examined.

In 1897 the young physician Gustaf Hjalmar Pripp was appointed the first resident (”extra provincial doctor”) in Limhamn. This came about with the support of the local factory owners as well as the municipality council, which might very well make this one of the first examples of public and private cooperation in Swedish healthcare.

Doctor Pripp treated mostly cases of infectious disease, including diphtheria, among the local population. Treatment options at the time were scarce and Pripp mostly focused on stopping the diseases from spreading in the community through isolation of sick individuals.

Another part of Pripp´s assignment was overseeing the public health. He was appointed Director of the local Health Board. As such he was instrumental in creating a local health ordinance and later appointing a so called “health constable” (health police) to help him uphold the ordinance.

The provincial doctor (GP) in this setting worked many hours and had to be well informed, not only in medical matters but very much so also in public health issues and sanitation. In addition, a keen ability to cooperate with other members of the

local society was necessary to achieve the goal of improved public health in the local community.

Referenser

1. Bitzén PO. Provinsialläkarväsendets framväxt, svensk primärvård från dåtid till nutid. *Sydsv Med Hist Sällsk årsskrift* 2017; 11:13-37.

2. Dahlin B och Kuuse J, *Från Provinsialläkare till Primärvård- en historisk exposé*, Bengt Dahlin Samhällsvärv, Lerum, 2010

3. Nilsson P M, Jakobsson U. "Provinsialläkare i Skåne under 1800-talet". *Sydsv Med Hist Sällsk årsskrift* 2017; 11:93-101.

4. Dahlin E och Liliengren E, *Limhamn från stenålder till nutid*, Stiftelsen Gerhard Larssons Minne, Malmö, 2015

5. Stjernström G, *Limhamn: dess industriella och sociala utveckling i kortfattad sammanställning*, Sandbergs bokhandel, 1907

6. Johanssen PA. Gustaf Hjalmar Pripp [Internet]. Lehi (UT): Geni.com; c2020 [uppdaterad 2017-07-11; citerad 2020-01-22]. Hämtad från https://www.geni.com/people/Gustaf-Hjalmar-Pripp/6000000019626562456#/tab/overview

7. Wikipedia [Internet]. St Petersburg (FL): Wikimedia Foundation, Inc; 2006. Johan Albrecht Pripp [uppdaterad 2081-12-19; citerad 2020-01-22] Hämtad från https://sv.wikipedia.org/wiki/Johan_Albrecht_Pripp

8. Project Runeberg. Svenskt porträttgalleri / XIII. Läkarekåren (biografier af A. Levertin) /

354 [Internet]. Linköping: Project Runeberg; 2019 [citerad 2020-01-22] Hämtad från:_http://runeberg.org/spg/13/0366.html

9. Ansökan GH Pripp, Limhamns Sjukvårdsförening, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

10. Riksarkivet. Protokoll 18960103 [Internet]. Stockholm: Riksarkivet; [citerad 2020-01-22]. Hämtad från https://sok.riksarkivet.se/Register/Vardomsorg/397

11. Widstrand A, *Sveriges Läkarehistoria*, Kungl Boktryckeriet F. A. Norstedt & Söner, Stockholm 1934

12. Protokoll Konstituerande möte Limhamns Sjukvårdsförening, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

13. Anhållan till Municipalfullmäktige i Limhamn om övertagande av Sjukvårdsföreningens åtagande, daterat 1903-06-20, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

14. Brev från GH Pripp till R F Berg daterat 1896-12-02,1896-12-13, 1897-02-18, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

15. Avtal till utvalda arbetsgivare på Limhamn daterat 1897-04-30, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

16. Utdrag ur protokoll Hyllie kommunalstämma daterat 1897-05-11 och 1897-05-18, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

17. Anmodan om hjälp till urval från Limhamns Sjukvårdsförening till Dr H Sörman och Dr A Lindberg daterat 1897-06-12, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

18. Utlåtande Dr A Lindberg om tillsättning av läkartjänst, daterad 1897-06-23, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

19. Utlåtande Dr H Sörman om tillsättning av läkartjänst, daterad 1897-06-22, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

20. Förslag på ordnandet av sjukvården inom Hyllie Kommun och Limhamns Municipalsamhälle, daterat 1897-04-07, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

21. Brev från Dr Pripp till RF Berg, daterat 1903-06-10, Malmö Stadsarkiv, Referenskod E/MSA/00504/F

22.G H Pripp. Årsberättelser från provinsialläkare år 1898. [Internet] Medicinhistoriska Databasen Linköpings Universitet [citerad 2020-11-02] Hämtad från http://www.ep.liu.se/databases/medhist_data/arkivdokument/provlak/1898/P89812LI.htm

23. Årsberättelse G H Pripp år 1900-1904, 1906-1914, Medicinalstyrelsen, Riksarkivet, Referenskod SE/RA/420177/04/E 5 A/45

24. Urklipp från Sydsvenska Dagbladet, datum saknas, Malmö Stadsarkiv SE/MSA/00499

25. Protokoll Limhamns Hälsovårdsnämnd, 1898-1910, Malmö Stadsarkiv, Referenskod SE/MSA/00499

26. Instruktion för Hälsovårdspolisen i Limhamn, daterad 1910-01-11, Malmö Stadsarkiv, Referenskod SE/MSA/00499

27. Rapport till Hälsovårdsnämnden från Hälsopolis Lundblad, daterad 1910-10-29, Malmö Stadsarkiv Referenskod SE/MSA/00499

28. Skrivelse om barnförlamning, daterad 1911-11-30, Malmö Stadsarkiv, Referenskod SE/MSA/00499

29. Utdrag ur reseberättelse Dr Sörman till Hälsovårdsnämnden i Limhamn, daterad 1912-11-29, Referenskod SE/MSA/00499

30. Jakobsson U. Folkhälsa och sjukvård på den Skånska landsbygden i slutet av 1800-talet: effekter av industrialiseringen. ALE. 2014;(1):22–31.

Stig Andersson

De fysikaliska undersökningsmetodernas utveckling En viktig del i 1800-talets medicinhistoria

Vid kontakten med sina patienter hade läkarna fram till 1800-talet iakttagit försiktighet. Närgångna undersökningar sågs som ett brott mot den etikett som gällde inom de samhällsklasser som hade råd att konsultera läkare. Patientens berättelse om plågor och förnimmelser var basen. I andra hand kom läkarens observation av den sjuka och hennes sjukdomstecken. Beträffande det yttre var det inte fråga om kroppen som helhet utan ansiktet, ögonen, tungan och andra delar som kunde ses med kläderna på. Avklädning var det inte fråga om. I vissa fall blottade patienten huden på ställen där sjukdom visade sig. Med luktsinnet kunde läkaren konstatera om kroppens dofter var normala eller om lukten röjde tillstånd som bölder, rötfeber, kallbrand eller andra tillstånd med karakteristiska dofter.

Enstaka läkare kunde ibland lägga örat mot patientens bröstkorg och lyssna på andningen (direkt auskultation), men det var en vågad åtgärd, särskilt då patienten var en kvinna.

Pulstagningen var central i den traditionella undersökningen. Den hade utvecklats till en subtil och rituell konst som krävde långvarig övning. Tolkningen gällde pulsens egenskaper som redd, höjd, fyllighet och jämnhet. Man kunde beteckna pulsen som hög, bred och uttänjd, liten och smal, låg. Hög puls talade för starkt hjärta medan låg puls betydde svag hjärtverksamhet. Intrycket av pulsen kombinerades med andra tecken och utifrån dess karaktär kunde läkaren inte bara tolka sjukdomen utan även sinnesrörelser, och personlighet. Frekvensen och rytmen förefaller ha varit mindre viktiga.[1]

Perkussion och auskultation utvecklas

Leopold Auenbrugger (1722–1809) var son till en värdshusägare. Trots sin enkla bakgrund hade kunnat utbilda sig till läkare. När fadern ville veta hur mycket vin han hade, knackade han på tunnorna för att fastställa nivån. Som läkare i Wien hade Auenbrugger ånga patienter med lungsjukdomar. När han försökte bedöma deras lungor slogs han av bröstkorgens likhet med en tunna och erinrade sig faderns metod. En inflammation eller utgjutning i lungan borde ge en dämpning på samma sätt som vinet i tunnan.

När han prövade sin idé kunde han lätt skilja mellan ”ihåliga” och dämpade partier av lungorna. Friska lungor var luftfyllda vilket gav ljudet utspridd och ihålig ton. Om knackningsljudet var dovt talade det för att en utgjutning, inflammation eller fast vävnad dämpade ljudet. Auenbrugger kontrollerade sin hypotes genom obduktion av avlidna patienterna. Den stämde.

År 1761 gav han ut en skrift om perkussion: *En ny metod att genom knackning på den mänskliga bröstkorgen uppdaga tecken till sjukdom i bröstets inre.*[2] Men tiden

var ännu inte mogen. Med några få undantag tyckte sig Auenbruggers kollegor inte ha någon nytta av metoden. En del ansåg till och med att metoden alltför simpel för att anstå en läkare.

Kring sekelskiftet 1800 hade Paris blivit ett centrum för medicin, kirurgi och fysiologi. En av de högst ansedda läkarna var *Jean-Nicolas Corvisart* (1755–1821), professor i klinisk patologi och medicin. Corvisart var en kraftfull företrädare för den nya patologiska anatomin. Sjukdom utgick från något organ och den drabbade individen på ett specifikt sätt. Corvisarts synsätt innebar att kroppsundersökning fick en stor betydelse. För honom och hans likasinnade var den i kroppen aktiva sjukdomen inte detsamma som patientens upplevelse och symtom. Läkarens uppgift var att upptäcka sjukdomen bakom symtomen och det skulle han göra genom sin ”fysikaliska undersökning”.

Corvisart var i sin praktik mest inriktad på hjärtsjukdomar. År 1806 gav han ut boken *Essä om hjärtats och de stora kärlens organiska sjukdomar*.[3] Den gav en bred och ingående beskrivning av hjärtats patologi som i flera avseenden står sig än i dag. Corvisart hade i samband med detta arbete upptäckt Auenbruggers skrift om perkussion. Han insåg snart metodens betydelse inte bara vid lungundersökning utan också vid hjärtundersökning. Förändring av hjärtats storlek och utgjutningar kring hjärtat hörde till hjärtsjukdomarnas yttringar. Han översatte och kommenterade utförligt Auenbruggers text i en skrift som kom ut 1808. Genom Corvisart spreds perkussion som en undersökningsmetod för praktiserande läkare.[4,5]

Stetoskopet

En anhängare av kroppsundersökning var Corvisarts elev *René Théophile Laënnec* (1781–1826). Han hade genom sina forskningsartiklar och sin praktik snabbt skaffat sig ett renommé. Genom Corvisarts bok om Auenbrugger hade han lärt sig perkussion och han hade därtill alltmer börjat lyssna på lungor och hjärta genom ”direkt auskultation”, en procedur han upplevde med obehag. Auskultationen var lika obekväm för läkaren som för patienten. I de dåtida sjukhusens miljö gick den inte att tillämpa.

År 1816 blev han överläkare på Neckersjukhuset i Paris. Samma år gjorde han sin historiska upptäckt:

> *Jag erinrade mig då ett välkänt akustiskt fenomen, nämligen att om man placerar ena änden av en trästav mot örat, så hörs det mycket bra om en nål repas mot den andra änden. Det slog mig att denna fysikaliska princip borde kunna tillämpas just vid denna undersökning. Jag tog ett pappersark, rullade ihop det mycket hårt, placerade rullens ena ände mot patientens hjärttrakt och satte mitt öra till den andra. Jag blev både överraskad och belåten över att höra hjärtslagen mycket kraftigare och tydligare än jag tidigare någonsin gjort då jag lyssna direkt med örat.*
> Ur Laënnecs *Avhandling om indirekt auskultation* 1819.[6,7]

Bild 1. *Prästen Stephen Hales och hans assistent mäter blodtrycket på en häst. En kanyl är införd i halspulsådern och blodet får stiga fritt i ett två meter långt glasrör. Teckning av Elizabeth Cuzzort i Medical Times 1944. I bakgrunden har hon ritat in Hales' hem och kyrka. Källa: Läkartidningen.*

Denna upptäckt ledde till att Laënnec lät tillverka ett rör av trä som i ena änden var format till en tratt. Redskapet fick namnet stetoskop (grekiska: *Stetos* bröst/bröstkorg och *skopein* beskåda). Därmed blev lyssnandet lätt och mindre närgånget. Den "indirekta auskultationen" hade uppfunnits. Laënnec gick vidare med en minutiös noggrannhet. Han karakteriserade de olika ljud han hörde i stetoskopet och förde ett resonemang om vad som var deras upphov. Underlaget för detta skapade han genom att följa nära 3000 patienter med dagliga undersökningar och detaljerade anteckningar. Vid deras död obducerade han dem. Han kunde dokumentera att hans tolkningar av ljuden inifrån bröstkorgen stämde överens med fynden vid obduktion och publicerade sina upptäckter i verket *Traité de l'auscultation médiate* 1819.

Redogörelsen för auskultation med stetoskop var bara en del av boken. Den har ett stort avsnitt om lungsjukdomar där Laënnec klarlägger tuberkulos och en rad andra lungförändringar som emfysem, bronkiektasier, bronkit och lungödem. Vad gäller tuberkulos byggde han vidare på sin kollega *Gaspard-Laurent Bayles* arbete om tuberkulos där denne ser tuberklerna som starten för sjukdomen phthisis.[8] Laënnec beskrev ingående tuberkler och andra förändringar vid phthisis. Tuberklerna kunde finnas i olika organ och både Bayle och Laënnec betraktade alla tillstånd med dessa tuberkler som en och samma sjukdom, något som var kontroversiellt.[9] Först 20 år senare fick sjukdomen namnet tuberkulos.

I ett tredje avsnitt behandlade Laënnec undersökning av hjärtat med hjälp av stetoskop, perkussion och palpation. Han noterade hjärttonerna och olika blåsljud och beskrev arytmier. Men hans hjärtstudier kan huvudsakligen betraktas som en inledning

till de arbeten hans efterföljare genomförde. Det viktiga med hans insats var metoden.[5]

Laënnecs metod blev snabbt känd. Redan 1821 översatte den skotske läkaren *John Forbes* Laënnecs bok till engelska. I sitt förord skrev han att Laënnec *"have placed a window in the breast through which we can see the state of things within"*. Längre fram i förordet skrev han: *It must be confessed that there is something even ludicrous in the picture of a grave physician formally listening through a long tube applied to the patient's thorax, as if the disease within were a living being that could communicate its condition to the sense without"*.[5]

Studenter från hela Europa reste till Paris för att lära sig Laënnecs metod. Fler översättningar kom till. En växande krets av Europas läkare fick kännedom om Laënnecs metod. Stetoskopet kom tillsammans med perkussion och palpation symbolisera det moderna sättet att undersöka patienter.

Laënnec blev 1823 professor i klinisk medicin vid College de France, där han efterträdde sin lärare Corvisart. Hans krafter var dock avtagande. Den sjukdom han klarlagt, tuberkulos, drabbade honom själv. Han förmådde ändå omarbeta sin bok och en ny upplaga kom ut våren 1826 endast tre månader före hans död.

Även om Laënnec hade framgång dröjde det årtionden innan hans metod blivit allmän. Flertalet läkare hade svårt att bryta med vanor och traditioner. Andra kunde inte acceptera hans metod. Den inflytelserika chefsläkaren vid militärsjukhuset Val de Grace, *Francois Broussais*, känd för sina stora åderlåtningar, organiserade ett motstånd mot Laënnec där förlöjligande och anklagelser för plagiarism ingick. Laënnec försvarade dock sin metod på ett elegant, bitande och sarkastiskt sätt [5]

Den unge *Carl Johan Ekström* (1793–1860) kunde efter en studieresa till Paris 1820 demonstrera stetoskopet för Svenska läkaresällskapet. Men demonstrationen vann föga gensvar. Inte förrän *Magnus Huss* (1807-1890) år 1838 införde stetoskopet i läkarutbildningen på Serafimerlasarettet spred sig Laënnecs metod bland svenska läkare.[10]

Hjärtauskultation

Många läkare engagerade sig i vidareutveckling av de nya metoderna. En av de framträdande var *Adolphe Piorry* (1794–1879), kallad "perkussionens mästare". Han förbättrade Laënnecs stetoskop och uppfann 1826 ett nytt instrument för perkussion. Det kallades "plessimeter" och bestod av en oval platta, cirka 2,5 x 5 cm stor, som placerades mot bröstet och på vilken läkaren knackade. Tonen tycktes därmed bli tydligare.[11]

Något år senare konstruerade den skotske läkare *David Barry* (1780–1835) en liten hammare att knacka mot plessimetern med. De följande decennierna utvecklades ett flertal varianter av perkussionshammare och även kombinationer av stetoskop och perkussionshammare. Plessimetrar fanns i olika former och storlekar. De flesta var försedda med en längdskala så att läkaren exakt kunde lokalisera gränsen för en förtätning. Likaså prövades en mängd olika modeller av stetoskop.[5,11,12]

Men nya arbetsredskap var inte huvudsaken. Viktigare var förståelsen av de ljud som kunde höras från hjärtat genom stetoskopet. Det var ingen enkel uppgift. Flera generationer av forskande läkare arbetade med att tolka mekanismerna bakom hjärtats

toner och blåsljud.

Laënnec själv tolkade hjärtljuden fel. Han trodde att första tonen uppkom vid sammandragningen av kamrarna och den andra vid förmakens kontraktion. Därmed gick han emot William Harvey som i *De Motu Cordis* 1628 angivit att förmaken kontraheras före kamrarna. Laënnecs fel påtalades av flertalet efterföljande hjärtforskare men viss osäkerhet kvarstod tills fransmännen *France Chauveau* och *Etienne Marey* 1861 genomförde sinnrika sfygmografiska mätningar av trycket i hjärtats hålrum under hjärtcykeln med en häst som försöksdjur. De kunde därvid korrelera sekvensen av ljud till hjärtats aktivitetscykel.[13]

Jaques Alexandre de Kergaradec (1787–1877) var den första som satte stetoskopet mot en gravid kvinnas mage och noterade det tickande ljudet från fostrets hjärta. Detta skedde redan 1819.[13] Irländaren *William Stokes* (1804–1878) beskrev utförligt perkussion och auskultation i sin monografi *Introduction to the Use of the Stethoscope* 1825.[13]

Engelsmannen *James Hope* (1801–1841) var en av dem som studerade ursprunget till hjärtats blåsljud och toner. Bland annat undersökte han klaffarna i aorta- och mitralisöppningarna genom vivisektion av en åsna (som bedövats genom ett klubbslag mot huvudet). Han använde sig av en hake som han kunde föra in och ut i öppningarna och därmed manipulera klaffarnas rörelser. Samtidigt auskulterade han hjärtat och noterade de blåsljud som uppkom vid de olika manövrarna. Han skaffade sig stor kännedom om olika typer av klaffskador och hur de kom fram vid auskultation. År 1832 gav han ut *Diseases of the heart and great vessels* och två år senare *Principles and illustrations of morbid anatomi*. Böckerna var skickligt illustrerade med egna teckningar. Som person var Hope konstnärlig och utåtriktad men också prestigefylld och hade lätt för att hamna i dispyt.

En konflikt som åskådliggör tidens debatt hade han med ett par kollegor som anklagade Hope för att nöja sig med att påvisa blåsljud när han lärde ut fysikalisk undersökning. Han påstods negligera anamnes och vitala funktioner och kritikerna menade att blåsljud inte är konstanta. Hope svarade att obduktion för honom var viktig som verifikation och att auskultation endast var ett hjälpmedel för att ställa diagnos. Anamnes och vitalfunktioner var fundamentala. Han påpekade att gnidningsljudet vid perikardit kunde växla från dag till dag medan blåsljuden vid kronisk klaffsjukdom var konstanta och att vissa blåsljud förekom utan organisk sjukdom.

Hope kunde sin medicinhistoria och hävdade att medicinen de senaste gångna tjugo åren gjort större framsteg än under hela 1700-talet. Upptäckterna hade inte bara ökat medicinens förmåga, de hade också lett till mer enkelhet. Allmänna principer hade utvecklats i stället för en oenhetlig samling gissningar. Medicinen hade utvecklats från gissningslek till en rationell vetenskap. Hope avled liksom många samtida kollegor i tuberkulos, endast 41 år gammal.[5,13]

Böhmaren *Joseph Skoda* (1805–1881) var en annan betydelsefull auskultationsforskare. Som ung läkare lärde han sig auskultation genom noggrann avlyssning på patienter och jämförelse med obduktionsfynd. Han var så omständlig i sina undersökningar att patienterna klagade och hans överordnade flyttade honom till en

mindre viktig avdelning för mentalt sjuka. Före medicin hade Skoda studerat akustik och kunde därför tillämpa akustikens principer på hjärttonerna och blåsljuden. Han betonade att tonerna tillhörde det normala hjärtat medan blåsljuden indikerade sjukdom. Ett blåsljud berodde inte på en specifik sjukdom. Blåsljuden var en följd av en skada på klaffarna och deras rörelser och den kunde ha olika orsaker.

Skoda sammanfattade sina rön i boken *Abhandlung über die Perkussion und Auskultation* 1839. Den översattes till flera språk och gick ut i många upplagor. Skoda förknippas med Wienuniversitetets ”terapeutiska nihilism”, vilket innebar stor återhållsamhet med läkemedel och kurer av olika slag. Den tålmodige Skoda hade lärt sig att många åkommor gick över utan mediciner. Det räckte med övervakning och diet. Hans ordinationer var följaktligen mycket enkla och en kontrast mot de flesta läkares yviga flora av medikamenter.[5,13]

Ett flertal brittiska, franska och tyska läkare gjorde under denna tid bestående insatser för hjärtdiagnostiken. De påvisade liksom Hope och Skoda att hjärttonerna härrörde från klaffrörelser. Irländaren *Dominic Corrigan* (1802–1880) klarlade att hjärtsäcksinflammation orsakade det blåsljud som kallades ”bruit de frappement”.[5]

Men teorin att hjärtljuden kom från klaffarna ifrågasattes av många läkare. En internationell auktoritet som fysiologen *Francois Magendie* (1783–1855) hävdade att hjärtljuden skapades av hjärtats rörelser mot bröstkorgen. Magendie var inte kliniker men hade genom sin ställning stort inflytande.[13]

En mångsidig läkare och forskare var *Jean-Baptiste Bouillaud* (1796–1881). Inom medicinhistorien är han känd för sina massiva åderlåtningar vid olika åkommor. Som forskare undersökte han hjärnans funktioner. Inom kardiologin är han ihågkommen för sin koppling mellan reumatism och hjärtsjukdom. Han beskrev de skador som reumatisk feber orsakar på hjärtats inre hinna, endokardium, och på klaffarna. Reumatisk feber var vid denna tid den vanligaste orsaken till hjärtfel. Bouillauds beskrivning av klaffskadorna vid reumatisk feber gav upphov till beteckningen ”Bouillaud’s sjukdom”.[5]

Den unge *Magnus Huss* (1807–1890), sedermera professor i invärtes medicin vid Karolinska institutet, företog åren 1837–38 en utländsk studieresa. Under sitt halvår i Paris kom han i kontakt med Bouillaud. Huss var skeptisk till Bouillauds åderlåtningar men beundrade honom som diagnostiker. Bouillaud använde sig flitigt av stetoskopet, han mätte puls och andning med ett ”sekundur” och kroppstemperaturen med en termometer. Likaså granskades svett, saliv, urin och hudutslag med stor noggrannhet. Tillbaka i Stockholm blev Huss klinisk lärare på Serafimerlasarettet och där blev han en ivrig förespråkare för auskultation med stetoskop och andra fysikaliska undersökningar.[10]

Den som förde över stetoskopet och auskultationen till Nordamerika var *Austin Flint* (1812–1886). Som ung praktiserade han på Neckersjukhuset i Paris och lärde sig där hjärtauskultation av dåvarande överläkaren Joseph Rouanet (1797–1865). Han beskrev ett särskilt blåsljud vis aorta insufficiens som sena kallades ”the Flint murmur”. Flint låg i många avseenden före sin tid. Han iakttog att slapphet och inaktivitet kunde medföra fettdegeneration av hjärtat. Det dröjde 100 år innan begreppet välfärdssjukdom

knöts till hjärtat.[14] Under 1800-talets senare del utvecklades hjärtauskultationen till en förfinad konst. Att behärska den gav stort anseende. En skicklig läkare kunde med hjälp av sitt stetoskop komma långt i sin bedömning av patientens hjärta.

Blodtrycksmätning och upptäckten av högt blodtryck

Där ingenting annat anges är innehållet i detta avsnitt hämtat från Jeremy Booths *artikel A short story of blood pressure measurement.*[15]

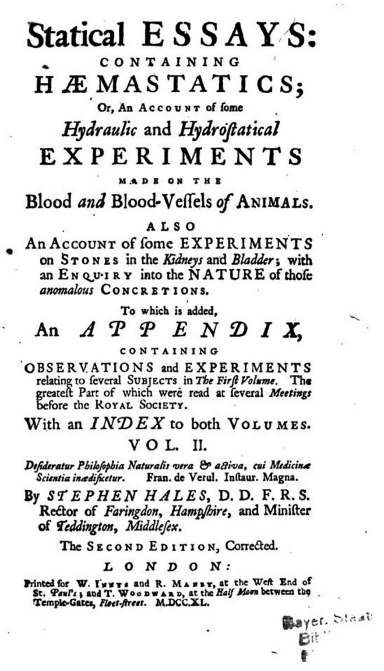
Till läkarundersökningens standardrepertoar hör blodtrycksmätning. Den är nu en enkel procedur men vägen fram till den var inte lätt. Utvecklingen pågick huvudsakligen under 1800-talets andra hälft. Tidigare i medicinens historia var blodtrycksmätning en okänd företeelse. Pulstagning var däremot viktig. ”Den hårda pulsens sjukdom” omtalas i dokument från flera antika kulturer. Sannolikt rörde det sig om högt blodtryck. Som behandlingen förordades åderlåtning.[16]

Upptäckten av blodtrycket tillskrivs den mångsidige engelske naturforskaren och prästen *Stephen Hales* (1677–1761). Omkring 1714 började han studera blodcirkulationen hos djur. Han genomförde totalt 25 experiment på får, kanin, häst och hund. Förutom att mäta djurens blodtryck studerade han en rad olika aspekter på deras cirkulation. Mest känt är hans experiment med en häst som bundits liggande på marken. Han frilade en artär ovanför hästens framben och efter ligering (ihopknytning) öppnade han kärlet‒och förde in ett litet mässingsrör. Det anslöt han till ett glasrör som hölls lodrätt. När han släppte ligaturen trycktes blodet upp i glasröret 8 fot och 3 tum (2 514 mm). Höjden varierade i takt med hästens puls. Hästens blodtryck var alltså 2514 mm vatten vilket motsvarar 186 mm Hg. Tryckvariationen visade pulstrycket, det vill säga skillnaden mellan systoliskt och diastoliskt tryck (över- och undertryck). Publikationen av resultaten hans djurexperiment‒dröjde till 1733 då skriften ”Haemostatics” kom ut.[17,18]

Hales var en ivrig botanist och utförde en mängd studier inom botanikens område. Hans anseende som forskare var stort. Han invaldes i the Royal Society och var en tid dess president. Han var också associerad medlem i den franska vetenskapsakademin.

Fransmannen *Jean Poisseuile* (1797–1869) verkade i Paris som läkare, fysiolog och fysiker. För eftervärlden är han känd för sin lag om vätskors flöden. Han hade studerat Hales’ experiment och utförde själv en rad blodtrycksmätningar på olika djur med hjälp av en kvicksilvermanometer. Resultaten lade han fram i en doktorsavhandling, som belönades med Kungliga medicinska akademins guldmedalj år 1828.

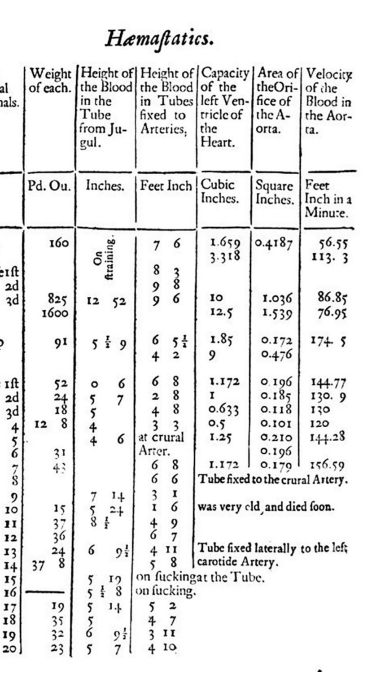
Den tyske fysiologen *Carl Ludwig* (1816–1895) tog upp Poisseuilles arbete och konstruerade 1847 ”kymografen” som arbetsinstrument. Med den kunde han kontinuerligt registrera blodtryck och blodgenomströmning i blodkärl och hjärta. Mätningarna gjordes i öppnade pulsådror.



Statical ESSAYS:
CONTAINING
HÆMASTATICS;
Or, An Account of some
Hydraulic and *Hydroſtatical*
EXPERIMENTS
MADE ON THE
Blood *and* Blood-Veſſels *of* ANIMALS.
ALSO
An Account of ſome EXPERIMENTS on Stones in the *Kidneys* and *Bladder*; with an Enquiry into the NATURE of thoſe *anomalous* Concretions.
To which is added,
An *APPENDIX*,
CONTAINING
OBSERVATIONS and EXPERIMENTS relating to ſeveral Subjects in *The Firſt Volume*. The greateſt Part of which were read at ſeveral *Meetings* before the Royal Society.
With an *INDEX* to both Volumes.
VOL. II.
Deſideratur Philoſophia Naturalis vera & activa, cui Medicinæ Scientia inædificetur. Fran. de Verul. Inſtaur. Magna.
By *STEPHEN HALES*, D. D. F. R. S. Rector of *Faringdon*, *Hampſhire*, and Miniſter of *Teddington*, *Middleſex*.
The Second Edition, Corrected.
LONDON:
Printed for W. Innys and R. Manby, at the Weſt End of St. *Paul's*; and T. Woodward, at the *Half Moon* between the Temple-Gates, *Fleet-ſtreet*. M.DCC.XL.

Bayer. Staat
Bib

Bild 2. *Omslaget på Hales skrift om cirkulationen hos djur.*



42 *Hæmaſtatics.*

The ſeveral Animals.	Weight of each.	Height of the Blood in the Tube from Jugul.	Height of the Blood in Tubes fixed to Arteries.	Capacity of the left Ventricle of the Heart.	Area of the Orifice of the Aorta.	Velocity of the Blood in the Aorta.
	Pd. Ou.	Inches.	Feet Inch	Cubic Inches.	Square Inches.	Feet Inch in a Minute.
Man	160	On ſtraining.	7 6	1.659	0.4187	56.55
				3.318		113. 3
Horſe 1ſt			8 3			
2d			9 8			
3d	825	12 52	9 6	10	1.036	86.85
Ox	1600			12.5	1.539	76.95
Sheep	91	5 ½ 9	6 5½	1.85	0.172	174. 5
Doe			4 2	9	0.476	
Dogs 1ſt	52	0 6	6 8	1.172	0.196	144.77
2d	24	5 7	2 8	1	0.185	130. 9
3d	18	5	4 8	0.633	0.118	130
4	12 8	4	3 3	0.5	0.101	120
5		4 6	at crural	1.25	0.210	144.28
6	31		Arter.		0.196	
7	43		6 8	1.172	0.179	156.59
8			6 6	Tube fixed to the crural Artery.		
9		7 14	3 1			
10	15	5 24	1 6	was very old, and died ſoon.		
11	37	8 ½	4 9			
12	36		6 7			
13	24	6 9½	4 11	Tube fixed laterally to the left		
14	37 8		5 8	carotide Artery.		
15		5 19	on ſucking at the Tube.			
16	———	5 ½ 8	on ſucking.			
17	19	5 14	5 2			
18	35	5	4 7			
19	32	6 9½	3 11			
20	23	5 7	4 10			

Bild 3. *Hales tabell över blodtryck och andra cirkulationsparameterar hos olika djur.*

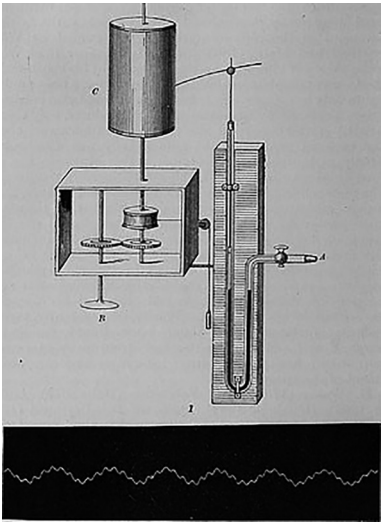


Bild 4. *Ludwigs kymograf. Det böjda glasrörets fria ände är förbunden med en öppnad artär. Den uppåtriktade stavens fot flyter på kvicksilverytan i röret. På stavens topp är fästad en tunn pensel som återger stavens vertikala rörelser på den roterande cylindern. Källa: Wellcome collection.*

År 1855 togs ett viktigt steg då den tyske fysiologen *Karl von Vierordt* (1818–1884) visade att blodtryck kunde mätas med hjälp av det mottryck som krävdes för att få pulsen i en artär att upphöra. Blodkärlet behövde då inte öppnas. Vierordt konstruerade en sfygmometer (gr. sphugmos *pulsation*), som dock inte fungerade tillfredställande. *Etienne Jules Marey* (1830–1904), uppfinningsrik tekniker, förbättrade Vierordts apparat. Mottrycket skapades i en glaskammare fylld med vatten och försedd med en kvicksilvermanometer. Försökspersonen placerade sin underarm försedd med en sfygmometer i glaskammaren. Sfygmometern var länkad till en kymograf där pulsen registrerades. Vattenkammaren var kopplad till en vattenbehållare. När den höjdes, ökade trycket i vattenkammaren. På så sätt kunde det mottryck som motsvarade det systoliska trycket bestämmas och avläsas. Mareys konstruktion var smart. Den fick användning i fysiologiska laboratorier men för rutinbruk var den alltför komplicerad.[19] *Frederick Akbar Mahomed* (1849–1884) förbättrade den och gjorde en serie viktiga blodtrycksmätningar (se nedan).

Nästa steg kom kring 1880 med *Karl Ritter von Basch* (1837–1905). Som sfygmometer använde han sig av en uppblåsbar gummiblåsa fylld med vatten som trycktes mot pulsen i handleden. Trycket i vattenblåsan överfördes till en kvicksilvermanometer. År 1889 modifierade *Pierre Potain* (1825–1901) von Bachs apparat för att göra den lättare att hantera. Han ersatte vattenblåsan med en luftfylld blåsa och kvicksilvermanometern med en aneroidmanometer.[20]

Bild 5. *En teckning av von Baschs sphygmomanometer. Källa: Wellcome Library*

Diagnosen högt blodtryck upptäcks

Introduktionen av sfygmomanometern var omdiskuterad. ”Genom att använda sfygmomanometern utarmar vi våra sinnen och försvagar vår kliniska skärpa”, påstod British Medical Journal. Hos många läkare fanns dock intresset för blodtrycksmätning och pulsstudier. Utvecklingsarbetet fortsattes av fysiologiskt intresserade läkare. Von Basch kunde konstatera att personer med åderförkalkning hade högre blodtryck än friska personer. Sedan Richard Bright (1789–1858) år 1828 beskrivit njursjukdomens patologi hade ett flertal forskare visat att njursjukdom medför förkalkade artärer och hjärtförstoring. När oftalmoskopet uppfunnits kunde man även se påverkan hos små blodkärl. Det antogs att kärlförändringarna berodde på förhöjt blodtryck som hade njursjukdom som orsak.

Mahomed mätte blodtrycket vid njursjukdom, graviditet och ett flertal andra tillstånd. Han visade att hos vissa individer var blodtrycket förhöjt redan innan tecken på njursjukdom uppkommit och att förhöjt blodtryck i sig resulterade i

organförändringar, exempelvis hjärtförstoring och fibros i artärer och småkärl. Mahomed kan sägas ha beskrivit essentiell blodtrycksförhöjning och dess effekter. Han presumerade att sänkning av blodtrycket skulle förlänga livet men läkarna hade ännu inte tillgång till något effektivt medel för blodtryckssänkning.[21]

Blodtrycksmätning förenklas

Italienaren *Scipione Riva-Rocci* (1863–1937) var framför allt lungläkare. Hans berömmelse vilar dock på en avgörande förbättring av sfygmomanometern. Har ersatte Potains lilla luftblåsa med en avlång blåsa av gummi som fästes vid en oelastisk rem som kunde lindas kring armen. Gummiblåsan anslöts den till en kvicksilvermanometer. När luft pumpades in i blåsan vidgades den inåt så hårt att artären till slut stängdes. Luften i kuffen släpptes därefter långsamt ut medan läkaren tog pulsen vid handleden. När puls kändes var det ett tecken på att blodet börjat passera kuffen. Manometern visade då det systoliska trycket.

Riva-Rocci publicerade sin uppfinning 1896. Därmed var den mätprincip som fortfarande används etablerad. Den kuff han använde var endast fem cm bred. Den trycktes ner djupt i överarmen vid uppblåsning och det resulterade i dålig precision vid avläsning. Detta upptäcktes av bland andra patologiprofessorn Friedrich D. von Recklinghausen (1833–1910). År 1910 rekommenderade han en kuff med 12 cm bredd. Därmed blev avläsningen säkrare.

Bild 6. *Ett diagram av Riva-Roccis kuff. Källa: Wellcome Library.*

Det sista steget i utvecklingen av blodtrycksmätningen togs av den ryske kirurgen *N C Korotkoff* (1874–1921). Han hade blivit intresserad av cirkulationen då han tjänstgjorde under det rysk-japanska kriget i början av 1900-talet. Vid blodtrycksmätning började han lyssna med stetoskopet över artären vid armbågen samtidigt som han tog pulsen vid handleden. Med denna ”auskultatoriska teknik” kunde han höra ”knackljud” över artären i takt med pulsen. När trycket i kuffen sänkts ytterligare, upphörde knackljuden. Korotkoff förstod att knackljuden uppkom när blodet stötvis passerade

kuffen vid hjärtats sammandragningar (systole) och att de upphörde då artären stod helt öppen och blodet strömmade utan hinder under hjärtats avslappningsfas (diastole). Han noterade blodtrycket när knackningsljudet uppkom och när det försvann. Därmed hade han mått på både övertryck och undertryck. Hans metod blev rutin och tillämpas fortfarande.

Med Riva-Roccis och Korotkoffs metoder kunde blodtrycksmätning lätt göras på läkarmottagningar och vid hembesök. Nu vidtog en långvarig diskussion om hur ett förhöjt blodtryck skulle bedömas, klassificeras och eventuellt behandlas. Men det är en annan historia.[15]

Summary

This article deals with the development of auscultation and blood pressure measurement. Physical examination was adopted by progressive physicians in the beginning of the 19th century. Examination of the chest became an important part of this practice. The possibility of diagnosing diseases of the heart and lungs was viewed as a new and significant capability.

A highly important step was Laënnec's invention of the stethoscope in 1816. He did not just invent an instrument, he also developed ways to use it, inspiring researchers to further develop the interpretation of sounds that could be heard by using a stethoscope. At the end of the century, knowledge of the heart and its functions had become extensive, and the hallmark of any prominent doctor was their skillful use of the stethoscope.

The development of blood pressure measurement was more of a technical history. The way from Stephen Hales in the middle of the 18th century to Korotkoff in the 1920's was long and winding. There was a number of technical inventions in combination with fruitful solutions of biological problems.

The findings of Laënnec, Hales and Korotkoff remain relevant today, and auscultation by stethoscope and the interpretation of blood pressure measurements have become routine practices of all clinical doctors.

Referenser

1. Johannisson K. *Tecken och konsten att läsa kroppar*. Norstedts Förlag. Stockholm. ISBN 91-1-301283-5. 2004.
2. *Inventum novum ex percussione thoracis humanis ut signo abstrusos interni pectoris morbus detegendi*. Trattner Vienna, 1761.
3. Corvisart des Marets JN. *Essai sur les maladies et les lésions organiques du Coeur et des gros vaisseaux.* De L'imprimerie de Migneret. Paris. 1806.
4. Karamani M et al. *Professor Jean-Nicolas Corvisart des Marats (1755-1821): Founder of Modern Cardiology.* Hellenic J Cardiol 2010;51: 290-293.
5. Herrick J B. *A short story of cardiology*. Charles C Thomas, Springfield, Illinois, 1942.
6. Laënnecc RTH. *Traité de l'auscultation mediate, et des maladies des poumons et du Coeur*. J.S Chauté. Paris. 1826.

7. Nilsson I, Peterson HI. *Medicinens idéhistoria*. SNS Förlag Borås. ISBN 91-7150-719-1. 1998. Sid 140.

8. Bayle Gaspard Laurent. *Recherches sur la phthisie pulmonaire* . Gabon, Paris. 1809.

9. Porter Roy. *The greatest benefit to mankind.* W.W. Norton & Company, New York 1999. ISBN 0-393-31980-6. Sid 311

10. Uddenberg N. *Lidande & läkedom II.* Fri Tanke förlag 2015. ISBN 978-91-87513-43-5. Sid 166.

11. Sakula A. Pierree Adolphe Piorry (1794–1879): pioneer of percussion and pleximetri. Thorax 1979;34:575-581.

12. Lanska DJ. *The history of reflex hammers*. Neurology 1989;39:1542-1549.

13. Hanna IR, Silverman ME. *A History of Cardiac Auscultation and Some of Its Contributors*. Am J Cardiol 2002;90:259-267.

14. Nirav JM, Rajal NM, Ljaz AK. Austin Flint: Clinician, Teacher, and Visionary. Tex Heart Inst J 2000;27(4):386-389.

15. Booth J. *A short history of blood pressure measurement*. National Center for Biotechnology Information. Vol 70, Nov. 1977.www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1543468/. Läst 21.02-10.

16. Esunge PM. *From blood pressure to hypertension: the story of research*. J Royal Society Medicine 1991; 84:621.

17. Hall WD. *Stephen Hales: Theologian, Botanist, Physiologist, Discoverer of Hemodynamics*. Clin. Cardiol. 1987;10:487-489.

18. Pernow B. Första blodtrycket mättes på en häst av en präst. Läkartidningen 1998;96(6):532-33.

19. Etienne-Jules Marey / French physiologist / Britannica. www.britannica.com/biography/Etienne-Jules-Marey. Last updated: Mar 1 2021.

20. Editorial. *Pierre-Carl Potain (1825-1901) Cardiovascular Physician*. JAMA 1966 Jun 20:196(12):1086.

21. Cameron JS, Hicks J. *Frederick Akbar Mahomed and his role in the description of hypertension at Guy's Hospital*. Kidney International 1996;49:1488-1506.

Kerstin Hulter Åsberg

”Haralds Minne” i Göteborg – Sveriges första sanatorium

”På vackrare sätt kan icke en kär aflidens minne hugfästas, än som här skett” Ur HVAR 8 DAG, 7 april 1912: *Sanatoriet ”Haralds Minne” 25 år.*

Bakgrund

Sverige hade som mest ett hundratal sanatorier av olika storlek, från de minsta med ett fåtal vårdplatser till det största som var Söderby sjukhus, Stockholms stads sanatorium. De växte fram från 1880-talet och erbjöd omkring 10 000 vårdplatser för tuberkulossjuka män, kvinnor och barn. Sanatorierna försvann i och med att tuberkulossjukdomen minskade i vår del av världen under 1900-talet. Med dispensärer, skärmbilder, vaccinationer och specifika läkemedel som fanns på plats efter andra världskriget kunde sjukdomen behandlas mer effektivt, och sanatorierna behövdes inte längre. Även om sanatorierna försvann är tuberkulos inte utrotad. Fortfarande räknar man med att 10 miljoner människor i världen insjuknar varje år, och att 1.5 miljoner avlider.[1]

Det finns en rik dokumentation av berättelser och fotografier från många av sanatorierna, medan andra är mer eller mindre bortglömda idag. Ett sådant tämligen okänt sanatorium är ”Haralds Minne”, som torde vara Sveriges första sanatoriebyggnad, och som idag finns kvar som en stiftelse med likartat ändamål, nämligen att stödja obemedlade kvinnor med lungsjukdom, särskilt tuberkulos.[2]

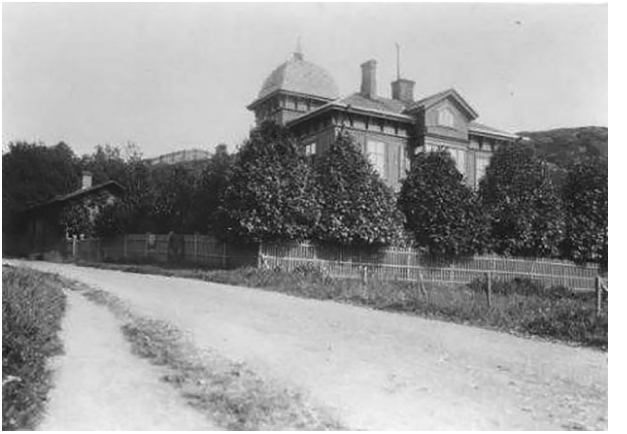


Bild 1. *Haralds minne. Annedal, Göteborg. 1890-tal. sanatorie.jpg (499×353) (haraldsminne.se)*

De första sanatorierna i Europa

Från början visste man ännu inget om de mikroorganismer som orsakar smittsamma sjukdomar. Man hade länge observerat att vissa sjukdomar kunde komma farande, därav beteckningen farsoter, och drabba många människor som levde nära varandra. I spåren av pestepidemierna i Europa hade karantänstationer inrättats för att stoppa smittan vid landets gränser. Rika människor kunde fly ut på landet till sina egendomar och isolera sig där tills faran var över.

Tuberkulossjukdomen har funnits sedan människan blev bofast. Den spreds snabbt från slutet av 1700-talet och början av 1800-talet i takt med industrialiseringen och den tilltagande urbaniseringen. Med en stor fattig befolkning i städerna, blev det uppenbart att åtgärder behövde vidtas. Det var viktigt för ett land att ha en frisk och stark befolkning, men nu hotades den av fattigdom, svält och sjukdomar, inte minst av den dödliga lungsoten.[3]

År 1836 hade den engelske allmänläkaren och lungspecialisten George Bodington (1799 – 1882) inrättat sanatoriet *Driffold House* i Sutton Coldfield, strax norr om Birmingham. I en essä år 1840 rekommenderade han frisk luft, lätt träning och hälsosam kost som behandling.[4] Han blev hårt åtgången av sina kritiker och övergick till vård av sinnessjuka. Större framgång fick Herman Brehmer (1826 – 1889) som var fysiker och biolog, när han själv drabbades av tuberkulos. Efter en studieresa till Himalaya tillfrisknade han och utbildade sig till läkare. Brehmer grundade det första sanatoriet i Görbersdorf 1858. Där skulle patienterna botas genom en ”hygienisk-dietetisk kur i sluten anstalt”, något som aldrig kunnat beläggas vetenskapligt. Han fick en lärjunge i lungläkaren Peter Dettweiler (1837 – 1904) som blev chef på folksanatoriet Falkenstein i Taunusbergen 1876, och som kompletterade Brehmers kur med liggkurer. Det ansågs att horisontalläget befrämjade lungornas genomblödning och tillfrisknande.

Dessutom fanns det klara fördelar med att en patient med smittsam lungsjukdom kunde isoleras från den övriga familjen och komma bort från en ohälsosam miljö. Under de följande decennierna växte ett antal sanatorier fram i Europa, i Tyskland, Schweiz, England och i USA. De blev förebilder för alla senare sanatorier, som kom att präglas av sina speciella yttre och inre miljöer.

Sanatorierna skulle ligga på en plats med frisk luft, gärna högt och kringgärdade av barrskog, eller vid havet. Klimatet var viktigt för de som var lungsjuka. Kosten var viktig för de som var undernärda till följd av sjukdom eller fattigdom. Den strikta matordningen skulle vara kaloririk och patienternas vikt följdes noggrant. När läkaren Robert Koch (1843 – 1910) år 1882 beskrev tuberkulosbakterien, och kunskapen om mikroorganismernas betydelse som orsak till sjukdom och smitta spreds, blev hygienen särskilt viktig. Patienterna skulle ha egna spottkoppar som noga rengjordes. Kläder och sängkläder skulle tvättas noga.

Kombinationen av klimat, hygien, diet och vila var den huvudsakliga behandlingen vid sanatorierna. Eftersom vårdtiderna blev långa, ofta minst ett halvår, och patienternas tillstånd varierade över tid, kom också sysselsättning att bli en viktig del av verksamheten. Bibliotek upprättades och böcker donerades. Konstnärlig

verksamhet i olika former uppmuntrades. Efter förmåga fick patienterna delta i det dagliga arbetet i köket, med städning och tvätt, med allehanda hantverk i snickeri och sömnad, i trädgården, i potatislandet och i svinhuset. Sanatorierna strävade efter ett visst mått av självförsörjning, inte minst under krigs- och nödår.

De första sanatorierna i Sverige

De flesta historieskrivningar om sanatorier i Sverige brukar framhålla att sanatoriet i Mörsil i Jämtland, som invigdes 1891, var det första svenska sanatoriet. Men då glömmer man det allra första, *Privatsanatoriet Haralds Minne*, som invigdes redan 1887. Vid en jämförelse mellan dessa två vårdinrättningar för tuberkulossjuka blir det tydligt hur svensk sanatorieverksamhet kunde starta och utvecklas på olika sätt.

I Mörsil fanns sedan 1866 en badinrättning för badgäster och turister, som också kunde erbjudas mat och övernattning i närområdet. Från början av 1880-talet kunde man även räkna med de ”luftgäster” som sökte sig till fjällvärldens klara luft, då järnvägen drogs fram från Norge 1881 och den jämtländska tvärbanan blev klar 1882. I en provinsialläkarrapport från 1885 [5] skriver provinsialläkaren i Undersåker, doktor E M Westerberg, följande under rubriken *Vetenskapliga iakttaganden*:

> *Vissa delar af distriktet hafva den sista tiden blifvit mycket omtalade för den goda verkan fjälluften påstås hafva* på *chroniska lungåkommor. Förra sommaren vistades flera hundra personer utefter jernvägslinien från Mörsil opptill Storliens station. Då emellertid dessa sjuklingar följa de regimer de vid afresan* söderifrån *fått af sine respektive läkare och endast ett fåtal vändt sig till undertecknad torde hela denna sommarföreteelse tills vidare kunna af mig förbigås.*

Den som initierade sanatorieverksamheten i Mörsil och själv blev sanatoriets läkare var Torkel Horney (1860 – 1951), svärson till bonden Jon Jonsson Mankel som ägde marken. Horney hade besökt sanatorier i Tyskland och Schweiz och studerat Kochs upptäckter i Berlin. Han förvaltade sina erfarenheter därifrån både i den yttre och inre miljön: regimterapi med liggkurer för patienterna och en parkanläggning runt sanatoriet, som fortfarande kan beskådas.[6]

Haralds Minnes historia är annorlunda och beskriver mer av den socialmedicinska situationen i Sverige under 1880-talet. Smittkopporna hade blivit alltmer sällsynta i takt med den barnvaccinering som påbörjats i Sverige redan 1816. Koleraepidemierna fortsatte dock och ledde bland annat till att Sundhetskollegium år 1875 meddelade att sjukhus för isolering av smittsjuka skulle finnas i alla städer och i vissa landskommuner.

I Göteborg stod Epidemisjukhuset klart år 1886 och låg avskilt i stadsdelen Annedal nära Slottsskogen. Sjukhuset var byggt för att kunna isolera och vårda patienter med smittsamma sjukdomar som scharlakansfeber, luftvägsinfektioner och tarminfektioner.

I och med att befolkningen fick tillgång till rent dricksvatten minskade koleraepidemierna. I stället spreds tuberkulossjukdomen snabbt i de växande städerna

som alltmer präglades av trångboddhet och fattigdom. I *Provinsialläkarrapporten för år 1880* [7] från Göteborg skriver provinsialläkaren T. Nilsson: ”Det uppväxande släktet lider tämligen allmänt av bleksot och skrofler.” Bleksot stod i allmänhet för anemi, blodbrist, och skrofler var tuberkulösa infektioner i lymfkörtlarna. ”Anmärkningsvärt ofta förekommande äro ock kroniska pneumonier.” Här ingår troligtvis tuberkulossjuka med återkommande feber och hosta. Under rubriken *För helsan wådliga boningslägenheter* skriver han vidare: ”Många bostäder äro fuktiga och osunda, andra öfverbefolkade både genom stadigvarande hyresgäster som genom s.k. inneboende.” Det är för fattiga och tuberkulossjuka kvinnor i denna utsatta miljö som Haralds Minne skapas.

Vem var då Harald?

Harald Quensel föds den 19 november 1850 i den välbärgade göteborgsfamiljen Johan Petter Quensel (1811 – 1876) och hans hustru Adolphina, född Brelin (1814 - 1887). Harald är yngst i en syskonskara på två flickor och fyra pojkar: Maria (1840 – 1847) och Emilia (1842 – 1920), Johan Oskar (1845 – 1915), och ett brödrapar som inte överlevde sitt första år, Hugo (1847 – 1847) och Charles Eberhard (1847 – 1847).

Av allt att döma bör Harald ha haft en tämligen bekymmersfri uppväxt. I folkräkningen år 1880 beskrivs den då 30-årige Harald Quensel som ensamstående, handlare, bosatt på Västra Hamngatan 19 i Göteborg. Då har han två år kvar att leva. Han drabbas av lungtuberkulos och dör den 20 mars 1883. Hans stoft vilar i familjegraven på Örgryte Gamla kyrkogård. Fadern hade avlidit sju år tidigare, och hans mor Adolphina, som redan mist tre barn, förlorar nu sin yngste son Harald. Hon är 69 år gammal och har två barn kvar, dottern Emily, som gift sig 1866 med finansmannen, filantropen och godsägaren Robert Dickson (1819 – 1903), och sonen Johan Oskar, som blivit student i Uppsala, läst teologi och disputerat. Från 1877 är han kyrkoherde i Marstrand. Han utnämns till docent och blir så småningom professor i praktisk teologi vid Uppsala universitet. År 1880 gifter han sig med Florence Dickson, och paret låter bygga den ståtliga s.k. engelska villan på Trädgårdsgatan 14 i Uppsala.

Adolphina Quensel beslutar efter Haralds död 1883 att donera medel till ett sanatorium för unga obemedlade kvinnor, som är mantalsskrivna i Göteborg och lider av tuberkulos. [8] Till att börja med tas sex flickor emot för vård i mangårdsbyggnaden på Landala egendom, strax söder om den plats där Holtermanska sjukhuset, sedermera Vasa sjukhus, kommer att ligga. Men Adolphina planerar vidare tillsammans med arkitekten Johan August Westerberg (1836 – 1900) för ett nybyggt sanatorium, som ska vara bättre anpassat till de tuberkulossjukas behov. Hon anhåller hos Stadsfullmäktige om att erhålla en tomt i Annedal mitt emot Slottsskogen. Hon vet troligtvis att det nya Epidemisjukhuset kommer att uppföras i Annedal och stå klart 1886. Göteborgsposten (GP) redovisar hennes anhållan ordagrant den 18/12 1885:

> *Redan vid företagets början skenktes af undertecknad en grundfond om 50 000 kr, placerade i Uddeholms Aktiebolags 5 ½ % obligationer, hvaraf räntan användes för hemmets löpande utgifter.*

Som de af den svåra, städse dödliga sjukdomen lungsot angripna patienterna, åt hvilka "Haralds Minne" är ämnadt att bereda en fridsam tillflyktsort under de sista stadierna, hufvudsakligen hemtas ur samhällets fattiga befolkning, vågar jag härmed ödmjukligen anhålla att Herrar Stadsfullmäktige täcktes för sagde ändamål, under de villkor Stadsfullmäktige bestämma, till mig för inrättningens räkning kostnadsfritt öfverlåta den, för ändamålet synnerligen lämpliga, vid Öfvre Husargatan i förstaden Annedal belägna tomten n:o 82 A, med en bredd af 100 fot åt gatan och ett djup af 228 fot.

Öfvertygad att Herrar Stadsfullmäktige varmt deltaga i detta menniskovänliga syfte och i hopp om benäget medgifvande av denna min vördnadsfulla anhållan – för hvilken nöden bland sjukdomens offer bäst kunna föra talan, har jag äran etc.

PS: Skulle inrättningen af en eller annan orsak i framtiden möjligen upphöra att begagnas för sitt här angifvna ändamål, tillfaller fastigheten staden."

Motionen remitterades till Drätselkammaren vars svar 3 månader senare framgår av nedanstående klipp ur GP den 19/3 1886:

Tomten 82 F erbjuds och accepteras av donatorn. Att med avseende på ändamålet någon årlig afgift icke bör ifrågasättas. Att inom tre år skall byggnaden ha uppförts. Att byggnaden ska vara fristående, omgivas med plantering, och hela tomten ska omges med ett prydligt staket. Att tomten såvida den inte längre används för angivet ändamål, ska den tillsammans med byggnaderna återfalla till staden utan erläggande av någon ekonomisk ersättning.

Stadsfullmäktige beslöt att tillstyrka Drätselkammarens förslag. Göteborgs Handels och Sjöfartstidning (GHT) välkomnar det nya sanatoriet, och beskriver på invigningsdagen den för ett sanatorium väl anpassade yttre och inre miljön. Så snart anhållan beviljats kan Privatsanatoriet Haralds Minnes sjukhem börja uppföras. Ett år senare, på Harald-dagen den 1 april 1887, står sanatoriet klart för invigning.

Haralds Minne. Midt emot Slottsskogen reser sig en i prydlig villastil uppförd byggnad, som bär detta namn. Det är ett nytt bidrag till antalet af de offentliga anstalter inom Göteborg, som för sin tillkomst ha att tacka bättre lottade samhällsmedlemmar, som ömma för sina medmänniskor och på skilda områden söka att komma dem till hjälp.

Det är enkefru Adolphine Quensel, som till minne af en hädangången son uppbyggt detta hem för lungsotslidande.

Hemmet har ett fritt och dominerande läge, samt är omgivet av en inhägnad plantering. På undra botten finns tambur, matrum, kök, samlingsrum samt ett sjukrum, badrum samt lägenhet för föreståndersken. En trappa upp äro 5 sjukrum, vardera med plats för 2 à 3 sängar. Samtliga sjuklokaler är belägna åt söder och vester, ljusa och höga; väggar, golv och tak är oljemålade.

Uppvärmningen sker hufvudsakligen med kakelugnar och för ventilationen finns en Wimans luftcirkulationsugn. Den höga källarvåningen rymmer tvätt- och strykrum, visthusbod, plats för ved- och kolupplag m.m.

Den prydliga villan är därjämte, för att på bästa sätt tillgodose dem, hvilka här erhålla en fristad, försedd med dubbla plankväggar; taket är täckt med skiffer.

Inredningen av samtliga sjukrum är synnerligen ändamålsenlig. Till byggnaden hör portvaktsstuga, samt särskild byggnad för likrum m.m.

Även själva invigningen den 1 april 1887 beskrivs detaljerat, vilket för sentida läsare levandegör vilket stort värde man satte på en kristen värdegrund, på bön och tal, på sång och musik, på blommor och vacker inredning.

Vid middagstiden idag invigdes detta hem för lungsotslidande i närvaro af hemmets stiftarinna, hennes fränder samt ett antal damer och herrar. Efter att psalmen 131, vers 1 och 2, afsjungits höll kyrkoherden Oscar Quensel ett gripande och varmhjärtadt invigningstal med text ur Ebreerbrefvets 12 kapitel: ”All aga synes för stunden ej vara till glädje men till sorg”. Därefter följde kvartettsång, psalmen 123, 6 verser, samt bön af pastor E. Osterman som nedkallade välsignelse öfver stiftarinnan, föreståndarinnan och de lidande, som där komma att få ett hem.

Kvartettsång av Mendelsohn till ord av Bernhard af Clairvaux afslutade den vackra invigningen.

Dagen till ära var hemmet prydt av grönt och blommor. Af fröken Virgin hade hemmet fått emottaga vackert utförda, färglagda och inramade tänkespråk, som upphängts i rummet.

Arkitekten J.A. Westerberg har hedern af byggnadens anordning och utförande.

Samma sommar avled Adolphina Quensel. Huset och verksamheten överläts till hennes dotter Emily, som var djupt engagerad och kom att driva och ekonomiskt stödja sanatoriet tills hon själv avled år 1920. Emilys make, Robert Dickson, tillhörde den mycket framgångsrika göteborgssläkten med skotskt ursprung och med nära kontakter med England. Det är sannolikt att familjerna Quensel och Dickson tog intryck av det engelska och kristna välgörenhetsideal som tidigt finansierade sjukvård och omvårdnad till de fattigaste i det brittiska samhället, och som på den tiden var ett viktigt komplement till den begränsade offentliga vården. Välbärgade tuberkulospatienter kunde fara till de sanatorier som fanns i Tyskland och i Schweiz, men vart skulle de fattiga ta vägen?

Medan läkaren Torkel Horney skapade Mörsils sanatorium för tuberkulosdrabbade luftgäster i fjällen, var det två förmögna kvinnor i Göteborg, som donerade kapital och sitt livslånga engagemang till ett sanatorium för fattiga och tuberkulossjuka kvinnor.

Haralds Minne hade också en ansvarig läkare, Petter Silfverskiöld (1854 – 1940), som liksom många läkare i Svenska Läkaresällskapet arbetade för att på olika sätt

sprida kunskap om tuberkulossjukdomen och dess behandling, samt om vikten av hygien och tillgång till sanatorier för alla samhällsklasser. Han hade också varit i Berlin för att ta del av Robert Kochs upptäckt av tuberkulosbakterien och framställning av tuberkulin (nedan kallad Kochs lymfa), som man då hoppades skulle kunna fungera som ett vaccin. I GHT den 5/1 1891 kan man läsa följande:

> ***Kochs lymfa*** *finnes nu här i staden. D:r P. Silfverskiöld har från Berlin erhållit en mindre dosis däraf med hvilken försök lära göras på patienterna i lungsotshemmet "Haralds Minne", äfven som på andra tuberkulospatienter.*

Petter Silfverskiöld var sanatorieläkare för Haralds Minne fram till 1908. Han bedrev folkbildning genom att ge föreläsningar och blev också ordförande i Göteborgs läkarsällskap.

I GHT 13/11 1897 redovisar han vårdresultat för Haralds minne:

> *"Lungsoten och dess behandling" utgjorde ämnet för ett föredrag af d:r P. Silfverskiöld. Efter att ha redogjort för tuberkulosens härjningar behandlade talaren frågan om sjukdomens botande, och framhöll att detta på senare tiden lyckats. D:r Silfverskiöld anförde ur sin egen praktik vid "Haralds Minne", att där af 80 patienter, som varit intagna, 6 utskrifvits som fullständigt botade. Talaren slutade sitt intressanta föredrag med erinringar om huru man kunde skydda de friska och hindra sjukdomens spridning."*

Som barnspecialist startade han en havskuranstalt för skrofulösa barn på Styrsö redan 1890, och från 1908 var han föreståndare för Styrsö kustsanatorium fram till 1924.

Sanatoriernas tillväxt i Sverige

Privatsanatoriet Haralds Minne och Mörsils sanatorium var bara början på en imponerande utveckling av sanatorier i Sverige, där jubileumssanatorierna blev en förebild.[9] En landsomfattande insamling från svenska folket till minnet av Oscar den II:s 25 år på tronen ledde till att man först kunde inviga Hålahults sanatorium i Närke år 1900 och Österåsens sanatorium i Ångermanland år 1902. Ett brinnande engagemang från många människor och från läkare i Svenska Läkaresällskapet ledde till att Nationalföreningen mot tuberkulos skapades år 1904. Upplysningsarbete och insamling av medel till nya sanatorier fortsatte i hela Sverige. Några sanatorier finansierades av försäkringsbolag och privata företag, som avsatte medel för sina anställda. Genom länskommittéer av Nationalföreningen tillkom också mindre sanatorier, till exempel Wattholma sanatorium med från början 14 vårdplatser i Uppsala län.[10] Efter riksdagsbeslut 1908 och 1909 fick landstingen i Sverige i uppdrag att verka för större centralsanatorier med statsbidrag.[11] Det finns ett antal berättelser om de olika sanatoriernas historia, men också om de människor som bodde och arbetade där och ännu fler berättelser om de tuberkulossjuka som sanatorievårdades från 1880-talet och framåt.

Bild 2. *Haralds minne. Alingsås. Vykort. 1920-tal. http://2.bp.blogspot.com/_PEjWXV6mVc/SxU8d_tv3pI/AAAAAAAABMg/rDYQFkcKaMY/s160 0/Haralds+minne+1920-tal.jpg*

Hur gick det sedan med Haralds Minne?

Under åren efter invigningen av Haralds Minne 1887 växte Göteborgs stad. Ökande bebyggelse och ökande trafik medförde att platsen för sanatoriet i Annedal inte längre var lämplig. År 1902 monterades Privatsanatoriet Haralds Minne ner och flyttades på järnväg till Alingsås.

Dessförinnan hade ett stort antal prominenta alingsåsbor försökt stoppa sanatoriebygget. Man ansåg att det skulle skada staden, som börjat blomstra inte minst tack vare välbärgade sommargäster. I Alingsås Tidning (AT) kan man den 25 april 1902 läsa en lång inlaga till styrelsen för Haralds Minne, dvs. till fru Emily Dickson, där undertecknaren säger sig representera 190 alingsåsbor:

> */.../ insågos genast vådorna för samhällets utveckling af att staden Alingsås'namn ohjälpligt hopkopplades med den hemska lungsoten. Och så det betänkligaste af allt! Får en plats rykte om sig att ha 'god luft' för bröstsjuka drager detta tvifvelaktiga renommé af en viss nödvändighet de sjukes blickar till densamma och lockar dem till att just där 'söka hälsan'. Alingsås är ett ekonomiskt svagt samhälle, och denna plan med "Haralds Minne" kan och synes bli ett dråpslag för detsamma. I hvarje fall innebär den ett hot.*

Man önskar erbjuda en annan plats en halvmil utanför staden. Men ett par dagar senare, (AT 29 april 1902 med rubrik **Lungsots-fäjden**) kommer en skarp replik från sanatoriets läkare d:r Petter Silfverskiöld, som omtalar att han själv är bördig från Alingsås, och att alingsåsborna nu har fått ett erbjudande som de inte kan tacka nej till:

Huru kommer i detta fall Haralds Minne att värka? Afskräckande eller tilldragande? Det är väl sannolikt, att menniskorna äro hvarandra tämligen lika i Alingsås och i Göteborg? I den senare staden har rundt kring Haralds Minne uppförts villor, och till slut har detta lungsotssanatorium blifvit så kringbygdt af boningshus, att det måste flyttas. Kanske kommer det att gå så äfven i Alingsås? Ty mycket snart får allmänheten reda på, att ett sanatorium, som skötes så, att under närmare 20 år ingen enda af den där anställda (ej tuberkulösa) personalen ådrager sig tuberkulos, icke är till fara för sin omgifvning. Men väl värkar det uppfostrande på samhället, som däraf lär sig huru man kan och bör handskas med ett smittoämne, som genom vårdslöshet kan blifva så farligt. ... Genom ett välvilligt mottagande och flitigt lärande af en sådan mönsteranstalt, som nu erbjudes Alingsås, kunde staden hafva det största gagn, ej minst i ekonomiskt hänseende.

Haralds Minne återuppfördes som planerat i Alingsås och kunde återinvigas den 19 september 1902. Här erbjöds 12 vårdplatser för obemedlade lungsjuka kvinnor mantalsskrivna i Göteborg.[8] Landstingets provinsialläkare Nils Englund skrev 1906 att Haralds Minne ständigt var fullbelagt. Efter Emily Dicksons död togs verksamheten över av Göteborgs stad, och alingsåsborna fick ett eget länssanatorium i Bolltorp 1917. Idag ägs marken av Alingsås kommun, och det som var byggnaden Haralds Minne är omgjort till bostadshus med flera lägenheter. Platsen omges av en välskött park och villabebyggelse, precis som doktor Silfverskiöld en gång förutsporde. Stiftelsen Haralds Minne finns kvar och utdelar ekonomiskt ”bidrag till vård av kvinnor med fysisk sjukdom som är folkbokförda i Göteborgs kommun. I första hand personer med tuberkulös sjukdom. I andra hand kvinnor med annan lungsjukdom.” Än idag kan man hitta den lilla gatstumpen Haraldsgatan 1 – 5 i Annedalsområdet som en påminnelse om det första sanatoriet i Sverige.

Bild 3. *Haraldsgatan 1-5 i Annedal, Göteborg*
Foto: författaren mars 2021

Sammanfattning
Det första sanatoriet i Sverige, ”Haralds minne” i Göteborg, skapades 1887 till minne av en älskad son, Harald Quensel, som avled i tuberkulos 1880. Det var ägnat åt att stödja fattiga kvinnor med tuberkulos. Berättelsen om ”Haralds Minne”, som började i Göteborg och flyttade till Alingsås, ger en bakgrund till sanatoriernas historiskt intressanta sociokulturella miljö, som påverkade så många så mycket: överlevande patienter, efterlevande anhöriga och de som arbetade där. Den visar också en bild av läkare som kämpade för att sprida upplysning om tuberkulossjukdomen och dess behandling i en tid då många människor hyste skräck för och hade fördomar mot den smittsamma lungsoten.

Summary
In Sweden, about one hundred smaller or bigger hospitals for patients with tuberculosis were built from the 1880´s until the middle of the 20th century. The first Swedish sanatorium. ”Haralds Minne” (“The Harald Memorial”) in Gothenburg, started in 1887 in memory of a beloved son, Harald Quensel, who died from tuberculosis in 1880. It was aimed for poor women with tuberculosis. The story about “Haralds Minne”, which was started in Gothenburg and moved to the town of Alingsås, provides a setting for a sanatorium´s historically interesting sociocultural environment, which had a great impact on many people: the surviving patients, their relatives, and those who worked there. Also, it presents an image of doctors fighting for public information and knowledge about the disease and its treatment at a time when many people had a horror of and prejudices against the contagious disease of tuberculosis.

***Kerstin Hulter Åsberg**, MD, docent*
Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet
E-postadress: kerstin.hulter.asberg@neuro.uu.se

Referenser:

1. https://WHO/Tuberculosis (TB)
2. https://haraldsminne.se
3. Puranen, B: ”Tuberkulos: en sjukdoms förekomst och dess orsaker. Sverige 1750 – 1980.” Doktorsavhandling. Umeå universitet 1984.
4. Scharp W: ”Om lungtuberkulos och dess bekämpande”. Tryckt föredrag från 1913. I Romanäs sanatorium 1903 – 1940. Ed. Svärd, Annie. Jönköping 2004.
5. Årsberättelse från provinsialläkare år 1885, Östersund, Undersåker: Arkivnummer: RA/420177.03. Författare Westerberg E M. Rapport 104(126).
6. Järnfeldt-Carlsson M: ”Parken kring Mörsils sanatorium”. I Landskap, jaktvillor & kurhotell: Arkitektur och turism i Västjämtland 1880 – 1915. Doktorsavhandling. Umeå universitet, 1988. http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-85238
7. Årsberättelse från provinsialläkare år 1880, Göteborg: Arkivnummer: RA/420177.03 Författare Nilsson, T, Rapport 128/263.
8. Rosenström P H (1924 – 2017): ”Haralds Minne – en mer än hundraårig historia”. perhenrikrosenstrom.blogspot.com/2009/11/haralds-minne-en-merhundraårig.html
9. Boman G: ”Allt började med tuberkuloskampen. Svensk Lungmedicinsk Förening 100 år”. Lung- & Allergiforum, 2012,3, 42 – 45
10. Karlsson, M O. ”Den fruktade tuberkulosen”. I En demokratisk samhällsbyggare under 100 år. Landstinget i Uppsala län. Danagård LITHO, Ödeshög, 2012 s.77 - 80.
11. Åman A: ”Sanatoriet”. I Om den offentliga vården. Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning. Liber Förlag: Sveriges Arkitekturmuseum, 1976, s.254-272.

Alexandra Nicolaidis och Peter M Nilsson

Läkaren Andrea Andreen – En kontroversiell fredskämpe och Sovjetvän

Introduktion

Andra världskriget tog slut 1945 och världen var splittrad mellan två stormaktsblock. Mänskligheten hade sett slutet på ett krig men stod nu inför starten på ett nytt – det kalla kriget mellan Östblocket, som dominerades av Sovjetunionen, och Västblocket, som dominerades av USA. Kalla kriget ledde till starka spänningar i det delade Europa men var också en global händelse med konflikter spridda över hela världen. Vart land var tvunget att välja en sida, liksom många enskilda, och Sveriges politik kom att, trots sin officiella neutralitet, stödja Väst och USA. Detta till trots så existerade grupper inom Sverige som trodde på de ideal om fred och samverkan som förmedlades av Sovjetunionen. Flera av dessa grupper var aktiva inom fredsrörelsen och kampen mot svenska atomvapen. Bland dem som hade öst-sympatier fanns många kvinnor från högutbildade och välbärgade kretsar, bland annat inom läkaryrket. En av dessa var doktor Andrea Andreen (1888-1972). Hon var en kvinna som, förutom sitt kliniska arbete, också aktiverade sig inom fredsrörelsen, kvinnofrågor, atomvapendebatten och kampen mot bakteriellt krig. Andrea Andreen reste mycket och brann för barns rättigheter, fred och jämställdhet. 1953 blev hon tilldelad Stalins fredspris.

Figur 1. *Bild av Andrea Andreen vid sitt mikroskop. Bild från Kvinnsam i Göteborgs arkivdatabas.*

Det kalla kriget blev långdraget och avbröts stundtals av kortare ”heta” krig – ett av dessa var Koreakriget mellan 1950 och 1953. Koreakriget var dokumenterat blodigt med uppskattningsvis 2 miljoner skadade/dödade soldater och 2,5 miljoner skadade/dödade civilpersoner. Det fanns även tidigt misstankar och beskyllningar om att USA använt bakterievapen. Många nationer var inblandade i kriget, stora delar av Korea ödelades och civilbefolkningen utsattes för ett omfattande lidande. En internationell kommission tillsattes av Världsfredsrådet, World Peace Council (WPC), för att undersöka sanningshalten i påståenden om bakterievapen och bland de utvalda till kommissionen fanns svenskan Andrea Andreen.

Artikeln kommer att belysa hur Andrea Andreen bemöttes efter återkomsten från Korea och hur hon hanterade kritiken. När kommissionens rapport publicerades 1952 möttes den nämligen av starkt negativ kritik och vederlades av media i Sverige. Dessutom skildras hennes tilldelande av Stalinpriset 1953, senare omdöpt till Lenins fredspris efter avstaliniseringen 1956. Artikeln utmynnar sedan i en diskussion kring varför Andrea Andreen arbetade så nära öst och Sovjetunionen och ifall detta speglade hennes sanna politiska övertygelser eller om hon bara accepterade att samarbeta med kommunisterna för att nå sitt sanna mål - en varaktig fred i världen.

Mer fördjupat så är syftet med denna artikel att studera en del av Andrea Andreens liv från ett personhistoriskt och medicinhistoriskt perspektiv. Tidigare forskning kring Andreen finns, men handlar mest om hennes roll från ett genusperspektiv och är mer fokuserat på hennes arbete i olika kvinno- och fredsorganisationer. Ulrika Nilsson publicerade sin avhandling i idé och lärdomshistoria vid Uppsala Universitet år 2003. Den har titeln *Kampen om Kvinnan* och där har Nilsson bland annat skrivit om Andreen, men då från ett genusperspektiv med fokus på professionaliseringsstrategier, det vill säga strategier för att ge ökad autonomi över ett kunskapsområde. Irene Andersson skriver också om Andrea Andreen i delar av sin avhandling *Kvinnor mot krig: aktioner och nätverk för fred 1914-1940*.[2] I avhandlingen, som publicerades 2001 vid Historiska institutionen vid Lunds Universitet, undersöker Andersson kvinnors kollektiva handlande mot krig och bland annat tas kampanjen *Kvinnornas vapenlösa uppror mot kriget* år 1935 upp. Bakom detta uppror verkade författaren och kvinnokämpen Elin Wägner som en drivande kraft och även Andreen deltog. I Anderssons avhandling beskrivs Andreen som en av de personer vars hem utgjorde ett centrum för mobiliseringen bakom det vapenlösa upproret, vilket även stöddes av organisationer som Internationella Kvinnoförbundet för Fred och Frihet (IKFF), Svenska Kvinnors Vänsterförbund (SKV), Fogelstadsförbundet och Clarté. Andreens liv och gärning undersöktes också till viss del av författaren Kristina Lundgren i hennes bok *Barrikaden valde mig. Ada Nilsson läkare i kvinnokampen* från 2014. Lundgren fokuserar mest på Ada Nilsson men berättar också ingående om kvinnorna i Fogelstadgruppen och runt tidningen *Tidevarvet*. Hon berör också flera av dessa kvinnors betydelse för fredsrörelsen. Förutom Ada Nilsson spelade självfallet Elin Wägner en stor roll i dessa kretsar och Andreen hade tät kontakt med de flesta involverade kvinnor kring Fogelstad och *Tidevarvet*.

Andreens arbete i Korea-kommissionen samt tilldelandet av Stalins fredspris har

inte belysts på samma sätt. Tidigare forskning om henne har haft kvinnovetenskapliga förtecken men har förstås även nämnt fredsarbetet, Stalins fredspris samt kort antytt SÄPO-övervakning. Istället för att se på detta från ett strikt kvinnoperspektiv belyser denna artikel händelserna med fokus i hennes läkarroll och hur hon navigerade i de olika ideologiernas kraftfält. Fokus ligger på vad som hände under det kalla kriget och Andreens roll sett ur ett medicinhistoriskt perspektiv.

I det bredare forskningsfältet får denna artikel anses tillföra ny kunskap. Den tillhör ett större område som studerar svenska läkare i ideologiernas spänningsfält efter första världskriget och under kalla kriget. Detta är ett intressant område där läkare som varit aktiva och involverade i mer högerriktade delar av ideologierna har blivit rätt väl undersökta. Som exempel kan nämnas det som är skrivet av idé-och lärdomshistorikern Gunnar Broberg, skribenten Per Svensson och historikern Helene Lööw. Läkare som rörde sig mer i de vänsterriktade ideologiernas fält har det inte skrivits lika mycket om och det saknas vetenskapliga genomgångar av dessa läkares motiv och verksamhet. Det är av vikt att bättre kunna förstå hur ett enskilt läkaröde kan påverkas av ideologier och hur ideologiska rättesnören kan tolkas av aktiva inom läkaryrket i sin samtid. Denna artikel bedöms därför kunna bidra med kunskap och fördjupa det bredare forskningsläget.

Material och metod

För att genomföra forskningsarbetet har primära och sekundära källor studerats. Källorna har funnits tillgängliga på Universitetsbiblioteket i Lund, Göteborgs Universitetsbibliotek och SÄPO-arkivet förvarat vid Riksarkivet i Stockholm (de delar som kunnat beställas, inte alla). De viktigaste primära källorna anses vara det extensiva materialet i Andrea Andreen-Svedbergs samling på KvinnSam, Göteborgs Universitetsbibliotek, samt det material som finns tillgängligt i SÄPOs arkiv gällande Andrea Andreen. Dessutom har kontakt tagits med idag levande släktingar till Andrea Andreen som träffat henne och minns hennes liv. Det skall tas i beaktande att materialet i KvinnSam-arkivet är insamlat av Andrea Andreen själv och därför inte är objektivt representativt för tiden. Vad som publicerades i pressen under denna tid är givetvis färgat av samtida värderingar och Sveriges officiella politiska ställning. De flesta av källorna är samtida men en del är författade flera år senare vilket innebär att vad författarna då skriver inte alltid var detsamma som när händelserna ägde rum.

En tidigare genomgång av delar av Andrea Andreens liv har publicerats som en biografi skriven av anhöriga och som en omfattande medicinhistorisk recension av denna biografi men har nu utvidgats och kompletterats med källforskning och vidare direkta intervjuer med anhöriga. Någon formell etikansökan har inte gjorts och en är inte heller bruklig för historiska genomgångar av denna karaktär. Dock har en ansökan om utlämnande av hela SÄPO-akten för Andrea Andreen nekats av Riksarkivet, därefter överklagats men fortsatt nekats (Kammarrätten i Stockholm, avdelning 3, Mål nr. 4681-20) som ett uttryck för en juridisk bedömning där sannolikt inte bara legala utan även etiska aspekter kan ha vägts in med hänsyn till nu levande personer.

Vem var Andrea Andreen?

> *”Sällan har naturen slösat, som när den skapade Andrea. Hon var sällsynt begåvad, hon var vacker som få, hon var charmfull, kvick och en utmärkt talare. Hon hade en karaktär och ett samvete som inte tillät några kompromisser.”*

Så stod det skrivet i en av de minnestexter som publicerades i samband med Andreens bortgång i *Vi mänskor*, tidigare *Vi kvinnor*. Denna tidskrift var tillägnad den svenska delen av Kvinnors Demokratiska Världsförbund (KDV) och Andreen hade själv varit utgivare för den.[9] Detta var en beskrivning av en av sin tids mest omtalade kvinnliga läkare, men idag är hon tyvärr inte så känd. Så, vem var hon?

Andrea Andreen föddes den 11 juli 1888 i Örby, Älvsborgs län, men växte upp i Fritsla i Viskadalen. Hennes far var textilingenjör och fabrikschef vid Fritsla Mekaniska Wäfveri och båda föräldrarna var konservativa troende kristna schartauaner. Hennes barndomshem var varmt religiöst och Andrea Andreen var trogen sin kristna tro hela livet. Hon var äldst av nio syskon och tog studenten i Göteborg vid 17 års ålder för att därefter flytta till Uppsala för att läsa medicin. Där träffande hon sin förste make, den blivande Nobelpristagaren The Svedberg, och de gifte sig 1909. The Svedberg var inte förtjust i Andrea Andreens medicinstudier, och hon avbröt dem på hans inrådan. Paret fick två barn och var gifta i sex år innan de skilde sig, varefter Andreen återupptog sina medicinstudier. 1919 var hon färdig med. lic. och 1933 disputerade hon i klinisk kemi på en avhandling om fördelningen av glukos mellan plasma och blodkroppar i mänskligt blod.[7] Hon forskade om diabetes och mätmetoder för glukos en tid vid Harvard University i USA innan hon disputerade.[10]

År 1923 startade Andreen sin egen läkarpraktik samt ett kliniskt laboratorium för diabetesprover i Stockholm. Hon blev därigenom en tidig pionjär inom den svenska diabetesvården. Hennes laboratorium togs över av Hälsovårdsnämnden och verksamheten utvecklades sedan till sjukhusdirektionens kliniska centrallaboratorium där Andreen var överläkare fram till sin pensionering år 1953.[9]

Figur 2. *Fotografi av Andrea Andreen i klinisk tjänst på Sabbatsbergs sjukhus cirka år 1920. Tillgänglig i Andrea Andreen-Svedbergs samling vid KvinnSam, Göteborgs universitetsbibliotek.*

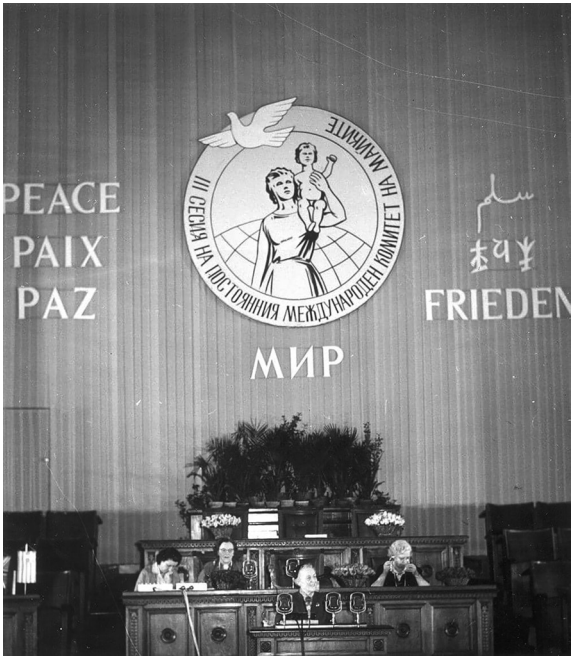
Andrea Andreen engagerade sig även i sexualhygien och undervisade gärna inom detta område.[12] Under 1930-talet var hon engagerad i flyktingarbete och stödde flera flyktingkommittéers arbete. Hon var medlem i Stockholm stads mödrahjälpsnämnd och var även ledamot i den av staten utsedda Befolkningskommissionen 1935 till 1938. Ordförande i Befolkningskommissionen var Nils Wohlin, professor i statistik vid Uppsala universitet, som kom att bli Andrea Andreens andre make.[9] Mycket lite är tyvärr känt om hur Nils Wohlin såg på Andreens engagemang för kvinnokamp och fred under deras relativt korta äktenskap från år 1937 till 1942.

Under 1917 började Andreen, redan som medicine kandidat, att arbeta som extra provinsialläkare i Julita och Fogelstad.[12] Där lärde hon känna flera av de kvinnor som ingick i det vi idag kallar Fogelstadgruppen.[9] Bland dessa fanns politikern Elisabeth Tamm, läkaren Ada Nilsson samt journalisten och författaren Elin Wägner. Wägner var också djupt engagerad i fredskampen och kvinnofrågan. Andreen beskriver själv att det var genom Wägner som hon blev radikalpacifist.[8]

Andrea Andreen blev ledande inom Frisinnade Kvinnors Riksförbund, som 1931 omvandlades till Svenska Kvinnors Vänsterförbund (SKV), där hon var ordförande mellan år 1946 till 1964. Frisinnade Kvinnors Riksförbund grundades som en partipolitiskt obunden organisation vars syfte var att verka för likställighet mellan könen, internationell solidaritet och fred. År 1945 ägde en kvinnokongress rum i Paris där 250 deltagare från 39 länder deltog. Andreen från SKV var en av svenskorna som närvarade. Vid denna kongress bildades Kvinnornas Demokratiska Världsförbund (KDV); en rörelse som skulle verka för fred, antifascism, kvinnors rätt och barns hälsa.[8]

Figur 3. *Fotografi av Andrea Andreen tillsammans med medlemmar av Fogelstadgruppen. Från vänster: Andrea Andreen, Karolina Widerström, Ada Nilsson, Anna Johansson-Visborg samt oidentifierad kvinna. Tillgänglig i KvinnSams databas, Göteborgs universitetsbibliotek.*

Andrea Andreen var en drivande kraft bakom beslutet att SKV skulle bli en medlemsorganisation inom KDV år 1946. KDV var dominerat av Sovjetunionen och dess allierade och beskylldes därför för att vara en kommunistisk täckorganisation.[16] Att SKV blev medlem i KDV ledde till att Andrea Andreen uteslöts ur Socialdemokratiska Kvinnoförbundet, där hon varit medlem sedan flera år.[9 12] Socialdemokraterna hade beslutat att det inte var tillåtet att vara medlem i deras förbund samtidigt som man var medlem i det KDV-anknutna SKV.[8] Andrea Andreen valde dock att fortsätta vara medlem i SKV. Beslutet att ansluta SKV till KDV, samt Andreens aktiva roll i KDVs internationella arbete, är troligtvis två betydelsefulla orsaker till att SÄPO fick upp ögonen för henne. I SÄPOs arkiv finner man ett notat från år 1950 där KDV beskrivs som ”*en helt kommunistdirigerad sammanfattning.*” Vidare står det: ”*Kommunisterna ha ju efter kriget strävat efter att inom av de kontrollerade organisationer med neutral beteckning placera en del känt folk, som utåt icke är kommunister. Fru Andreen är en sådan svensk kulturpersonlighet, som tidigare under en följd av år deltagit i diverse radikala sammankomster, undertecknat upprop osv. Hon, som torde kunna karakteriseras som kommunistisk medlöpare, har under de senaste åren deltagit i en del kongresser bakom järnridån.”*



Figur 4. *Fotografi av Andrea Andreen i talarstolen på en internationell fredskonferens. Tillgänglig i KvinnSams bilddatabas, Göteborgs universitetsbibliotek.*

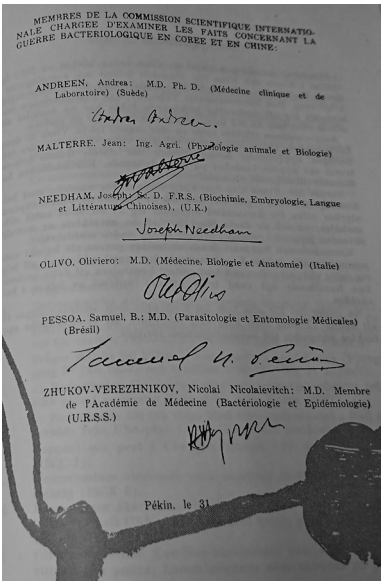
Koreakommissionen

Korea var ockuperat av Japan under andra världskriget och befriades i den norra delen av sovjetiska trupper och en inhemsk befrielserörelse i slutet av kriget. Efter detta besatte Sovjetunionen och USA var sin del av landet och gränsen mellan deras delar drogs längs med den 38:e breddgraden. Från början tänkte man återförena Korea, i enlighet med Potsdamfördraget från år 1945, men Nord- och Sydkorea kunde inte enas varför uppdraget lämnades över av USA till FN år 1947. Trots fortsatta diskussioner kunde man inte enas och de två helt nya staterna Demokratiska Folkrepubliken Korea (Nordkorea) och Republiken Korea (Sydkorea) utropades år 1948. Detta innebar att Korea som varit ett enat land i 668 år nu var delat. Ledaren för Nordkorea, den kommunistiske partiordföranden Kim Il Sung, ansåg att det nordkoreanska kommunistpartiet utgjorde grunden för hela Koreas sanna regering. Han reste till Sovjetunionen och Kina där han erhöll godkännande att anfalla Sydkorea både från Stalin och Mao. År 1950 bröt Koreakriget ut när Nordkorea angrep söder om 38:e breddgraden. FNs säkerhetsråd antog därefter en resolution som uppmanade medlemsstaterna att undsätta Sydkorea militärt. Kina representerades i FN av Taiwan och på grund av detta så bojkottade Sovjetunionen vid denna tid FN och kunde därför inte använda sin vetorätt mot resolutionen. Kriget var blodigt med höga dödsantal på båda sidorna. Efter initiala framgångar för Nordkorea blev landet senare invaderat av FN-trupper ledda av USA. Till slut avstannade striderna vid en demarkationslinje mitt genom Korea. Kriget nådde aldrig ett avslut utan 1953 enades man om ett tillfälligt vapenstillestånd som gäller än idag.

Under kriget började rykten att spridas om att USA använde bakteriologisk krigsföring under striderna. I februari 1952 framfördes officiella protester mot USA:s användning av bakterievapen av Korea och Kinas utrikesministrar. WHO och Internationella Röda Korset erbjöd sig redan år 1951 att skicka en kommission för att undersöka sanningshalten bakom anklagelserna om bakteriell krigsföring i Korea. Kina och Nordkorea ansåg dock att både WHO och Röda Korset var partiska organisationer som inte kunde utföra en förutsättningslös undersökning och sade därför nej till detta erbjudande. Istället vände de sig till världsfredsrådet WPC. WPC grundades 1949 i Paris och var en organisation vars syfte var att främja nedrustning och fredlig samexistens. WPC verkade för totalförbud mot atomvapen och stöddes av Sovjetunionen. KDV deltog i bildandet av WPC. WPC ombads att utse en internationell vetenskaplig kommission som sedan bjöds in till Kina av Kinas fredskommitté och den kinesiska Vetenskapsakademin.[8 20]

Kommissionen som anlände i Peking i juni 1952 bestod av följande sex personer: Jean Malterre, ingenjör-agronom från Frankrike, Oliviero Olivo, professor i anatomi från Italien, Samuel B. Pessoa, professor i parasitologi från Brasilien, N.N. Sjukov-Veresjnikov, professor i bakteriologi från Sovjetunionen, Joseph Needham, doktor i biokemi från Storbritannien och Andrea Andreen från Sverige. Sjukov-Veresjnikov hade erfarenhet av bakteriellt krig sedan tidigare då han var medicinsk chefsexpert vid processen i Chabarovsk år 1949 mot japanska f.d. militärer anklagade för bakteriellt krig under det andra världskriget. Kommissionen åtföljdes i sina resor av ett antal

sekreterare, tolkar och rådgivare samt en kinesisk mottagningskommitté bestående av flera läkare, forskare och medlemmar i WPC.[19]


MEMBRES DE LA COMMISSION SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE CHARGÉE D'EXAMINER LES FAITS CONCERNANT LA GUERRE BACTÉRIOLOGIQUE EN COREE ET EN CHINE:

ANDREEN, Andrea: M.D. Ph. D. (Médecine clinique et de Laboratoire) (Suède)

MALTERRE, Jean: Ing. Agri. (Physiologie animale et Biologie)

NEEDHAM, Joseph: Sc. D. F.R.S. (Biochimie, Embryologie, Langue et Littérature Chinoises), (U.K.)

OLIVO, Oliviero: M.D. (Médecine, Biologie et Anatomie) (Italie)

PESSOA, Samuel, B.: M.D. (Parasitologie et Entomologie Médicales) (Brésil)

ZHUKOV-VEREZHNIKOV, Nicolai Nicolaievitch: M.D. Membre de l'Académie de Médecine (Bactériologie et Epidémiologie) (U.R.S.S.)

Pékin, le 31

Figur 5. *Sid 77 ur Andreen A. "Bakteriekrig i Korea och Kina". Med dr Andrea Andréen, Stockholm, 1952. Listar medlemmarna i kommissionen, deras meriter och underskrifter.*

Kommissionen företog resor i nordöstra Kina och norra Korea där de studerade insamlade entomologiska och växtpatologiska data samt undersökte rapporterade incidenter som kunde vara associerade med bakteriell krigsföring. De incidenter som undersöktes var fall av pest i Korea, som rapporterades ha förekommit i områden där pest normalt inte förekom och dessutom under en tid på året då det normalt inte uppträdde fall av pest. Pestfallen härleddes till att ha spridits via pestsmittade människoloppor som släppts i behållare från amerikanska flygplan. Kommissionen granskade också fall av pest i nordöstra Kina som spritts via plötsligt uppträdande smittade åkersorkar, samt rapporter om nedsläppta insekter och fågelfjädrar smittade med mjältbrand i nordöstra Kina. Slutligen undersökte man fall av kolera i Nordkorea som spritts via infekterade saltvattenmusslor som hittats i halmpaket.[19]

Kommissionen fick också rapporter från de koreanska myndigheterna om erkännanden från tillfångatagna underrättelseagenter, i vilka dessa erkände att de insamlat epidemiologiska upplysningar i samband med bakteriell krigsföring. Utöver detta genomförde deltagarna i kommissionen intervjuer med tillfångatagna amerikanska flygare. Dessa vittnade om att de deltagit i bakteriell krigsföring samt att de inför uppdragen förberetts vid hemliga föreläsningar om metoderna för bakteriellt krig. Andreen finner deras vittnesmål trovärdiga och inte framtvingade. Hon skriver: "*De gjorde sina uttalanden av egen fri vilja, sedan de, efter att en lång tid ha erfarit den vänlighet och älskvärdhet som visades dem av kineser och koreaner, kommit till insikt om att deras plikt mot alla raser och folk måste väga tyngre än deras naturliga tvekan*

att avslöja vad som skulle betraktas som deras egen regerings militära hemligheter."[19]

Efter två månaders arbete sammanställde kommissionen sina fynd och publicerade sin rapport 15 september 1952 i en volym på 630 sidor. Andreen översatte delar av den till svenska och gav ut rapporten i en förkortad version, kompletterad med egna intryck av resan, via sitt eget förlag. I sin skrift passar Andrea Andreen på att berätta om hur imponerade kommissionens medlemmar blev av Kinas hygieniska förhållanden och förebyggande av sjukdomsspridning.[20] Hon skriver: "*…det fanns inga epidemier som behövde bortförklaras. Så framgångsrik är rörelsen för folkhälsa sedan de nya republikerna bildades. Så omfattande har vaccinationen mot epidemiska sjukdomar varit."*[20]

Kommissionens slutsats var att Korea och Kina blivit utsatta för bakteriell krigsföring av USA:s väpnade styrkor. Andrea Andreen skriver själv: "*Efter två månader av intensivt arbete kom vi enhälligt till den slutsatsen att Koreas och Kinas folk har varit föremål för angrepp med bakterievapen. Och att dessa vapen använts av enheter ur USA:s väpnade styrkor.*" Utöver detta kom de också fram till att: "*Generellt kan man alltså säga att utsådd av växtsjukdomar säkerligen ingått som ett led i den biologiska krigföring som ägt rum i Korea och nordöstra Kina (Manchuriet)*."[19]

Mediadrev och kontrovers

När resultaten från Koreakommissionen publicerades blev de mycket uppmärksammade av media och ett stort antal tidningsartiklar med åsikter och kommentarer publicerades. Tonen i den svenska pressen var generellt ifrågasättande och negativt inställd till slutsatsen att bakteriell krigsföring från USA:s sida använts i Korea och Kina. Som svensk deltagare i kommissionen, och välkänd som fredsaktivist samt aktiv i Sovjetvänliga organisationer, hamnade Andrea Andreen i hetluften. Hon utsattes för ett skoningslöst mediadrev och var i princip förföljd av media under en tid.[11] Andreens politiska tillhörighet och kompetens ifrågasattes och hon framställdes ofta (medvetet eller omedvetet) som ett verktyg för Sovjetunionens intressen.

Svenska Dagbladet kallade kommissionens publicerade arbete för ett:*"... jämmerligt dokument*" och att det "*kastar en egendomlig belysning över den svenska signatären och utgivaren Andrea Andreens doktorskompetens. En bevisföring som så ogenerat håller sig till rena hörsägner kan knappast på allvar vara avsedd för andra än de redan troende."* Man beskriver det vidare i en annan artikel som att: "*Dr Andreen däremot är till den grad infekterad av kommunistiska propagandabakterier att hon förmodligen fortfarande tror på kinesiska och nordkoreanska flugigheter om insekterna i den rapport hon själv undertecknat."*

Kommissionens fynd ifrågasattes och dess ledamöters intervjuer med de tillfångatagna amerikanska flygarna ansågs opålitliga och det blev allmänt vedertaget att erkännandena om bakteriellt krig hade framtvingats genom tortyr. Att flygarnas senare tillbakadragna erkännanden kunde vara framtvingade under hot om åtal för förräderi i USA ansågs mindre troligt.[8] Kritiska åsikter från framstående personer publicerades, t.ex. från professor Gerhard Rundberg som var chef för den första svenska Koreaambulansen och dessutom krigsepidemiolog.[23] I Dagens Nyheter

intervjuades Rundberg som beskriver det publicerade arbetet som den *parodiska ”kommissions”-rapporten.* Dagens Nyheter var också snabb med att påpeka att Andreen saknade bakteriologisk expertis samt att åtta svenska vetenskapsmän först hade tillfrågats men tackat nej till att ingå i kommissionen innan hon tillfrågades.

Andrea Andreens karaktär ifrågasattes och hon anklagades öppet för att vara kommunist. Arbetet som kommissionen utförde ansågs mer än undermåligt och ytterst partiskt. ”*Kommissionens rapport tycks vara en blandning av mer eller mindre lösa påståenden och antaganden, vilka serveras i pretentiös och anklagande stil”* stod det i Svenska Dagbladet.[22] Östblocket anklagades för att skylla allt på amerikanerna som ”*ju i många stycken för östblocksländerna blivit vad judarna var för Hitler”* samt att de kommunistiska myndigheterna *”av propagandaskäl skapat en bakteriekrigspsykos – kanske närmast avsedd för hemmamarknaden. Liksom man* på sina håll i Västerlandet ser ”flygande tefat” överallt, så tycks man i Nordkorea se bakteriebomber i snart sagt alla möjliga vardagsvanliga föremål. *”*[22]

Andrea Andreen måste ha varit medveten om att risken fanns att hon skulle komma att smutskastas i svensk press när hon accepterade uppdraget i Korea. Dock kanske hon inte förutsåg omfattningen av hur kritiskt och nedvärderande den svenska pressen skulle agera. Hennes syskonbarn berättar att hon inte alls förväntade sig det hårda mediedrevet och att det därför kom som en stor överraskning. Andreen led av förföljelsen under 50-talet men tvekade aldrig på vad hon själv tyckte och ansåg vara rätt. Hon tog inte den publicerade kritiken med tystnad, utan var mycket aktiv i att bemöta sina anklagare i pressen. Hon skrev svar på flera artiklar och inlägg som skrivits om henne, även om hennes bemötanden inte alltid publicerades. Hon svarade i lugn och saklig ton och försvarade sitt och kommissionens arbete samt framhävde alltid det inhumana i bakteriell krigsföring. Andrea Andreen skriver ”*För mig som läkare är det särskilt bittert att medicinsk vetenskap genom sin centrala medverkan i denna krigföring tvingats svika en mer än tvåtusenårig tradition att först och främst inte skada, primum est non nocere.”* Hon berättar att människor vana vid vetenskaplig metod inte låter sig påverkas av politik och att deras *”vetenskapliga samvete är rent, och det är skälet till att vi bär kritik med lugn.”*

Pressen var dock inte totalt negativ. Det fanns vissa tidningar och individer som stödde Andrea Andreen och kommissionens arbete, bland annat Arbetartidningen. Det skall dock hållas i minnet att flera av dessa hade band till Sovjetunionen på ett eller annat sätt.

Senare forskning kring amerikansk bakteriologisk krigsföring i Korea

Under 2013 släppte amerikanska CIA en rad tidigare hemligstämplade dokument med anknytning till Koreakriget. En del av dessa baserade sig på signalspaning mot nordkoreanska och kinesiska militära förband som rapporterade angrepp med bakteriologiska stridsmedel under striderna 1952. Tillsammans med de kontroversiella vittnesmålen från tillfångatagna amerikanska militärer i Nordkorea så har detta sammantaget lett fram till en slutsats, åtminstone av en amerikansk historiker Jeffrey

Kaye under 2020 att USA verkligen använt bakteriologiska vapen under Koreakriget. Detta påstående förefaller väl underbyggt och kan inte ignoreras. Dock har påståendet vad känt är inte kommenterats av någon regeringsföreträdare i USA, inte heller i Kina eller Nordkorea. Varför det är så är oklart. Tydligen har inte dessa historiska dokument tillmätts någon större politisk betydelse. Inte ens under senare års politiska kriser och nya krigshot från Nordkorea riktade mot USA och dess allierade Sydkorea har de kommenterats. Fortsatt forskning är av betydelse, liksom analys av varför eller snarare varför inte dessa historiska fakta/påståenden kommer till politiskt uttryck trots att de stöds av frisläppta CIA dokument.

Stalins fredspris och en av världens fyra förnämsta röda kvinnor

År 1949 instiftades det Internationella Stalinpriset för stärkandet av freden mellan folken. År 1956 döptes det om till Leninpriset och delades ut fram till 1990, då Nelson Mandela blev den siste mottagaren som tilldelades priset. Priset var på 100 000 skattefria rubel, vilket idag motsvarar cirka 1,8 miljoner svenska kronor. Dessutom fick pristagaren handla i ryska affärer utan omsättningsskatt.[8]

Priset delades ut på Stalins födelsedag den 21 december. Pristagarna valdes ut av en speciell kommitté, tillsatt av Högsta Sovjets presidium, bestående av representanter för de demokratiska krafterna i olika länder i världen. Priset kunde ges till en medborgare i vilket land som helst och delas ut utan hänsyn till politisk uppfattning, religion eller ras. Inom Sovjetvänliga kretsar fanns en besvikelse kring Nobels fredspris. Man ansåg att det initialt delades ut till sanna fredskämpar, men att det senare förlorat sin funktion och inte delats ut till personer som verkligen verkat för freden. Under 1953 delades Nobels fredspris ut till USA:s utrikesminister, den tidigare brigadgeneralen George C Marshall, vilket ansågs som ett svek av många, då han visserligen låg bakom Marshallplanen för Europas återbyggnad efter kriget, men också varit delaktig i beslutet om atombomberna mot Hiroshima och Nagasaki i slutskedet av andra världskriget. För många fredskämpar fyllde Stalins fredspris den funktion som från början avsågs med Nobels fredspris. För Sovjetunionen fyllde priset nog dubbla funktioner – dels politiska och dels för att visa uppskattning för fredsinsatser även av, i alla fall utåt sett, icke-kommunister. Detta synsätt går att jämföra med folkfrontstaktiken under 1930-talet. Folkfrontstaktiken var beordrad av Komintern centralt från Moskva, och med giltighet för alla anslutna kommunistpartier. Målsättningen var att möta hot från nazism och fascism genom brett politiskt samarbete när den tidigare mer isolationistiska strategin, det vill säga inget samarbete med socialdemokratin, hade misslyckats och Hitler kommit till makten 1933.

År 1953 tilldelades följande personer Stalins fredspris: ordföranden i Sovjetunionens antifascistiska kvinnokommitté Nina Popova, den polske författaren Leon Krutjkovski, den chilenske författaren Pablo Neruda, den italienska prästen Andrea Gaggiero, den belgiska politikern, aktiv inom WPC Isabelle Blume, den franske politikern Pierre Cot, författaren Howard Fast från USA, biokemisten Sahibsingh Sokhey från Indien, den irländsk-brittiske fysikern John Bernal samt Andrea Andreen. Detta var första gången priset delades ut till en skandinav. Andreen fick själv

välja om hon ville delta vid ceremonin i Moskva eller motta priset via en representant i Stockholm. Hon valde att åka till Sovjetunionen.[35 37]

Den 15 april 1954 mottog hon Stalinpriset i Sverdlovsksalen i Kreml. Salen var fullsatt av representanter för fredsarbetet och Kvinnornas antifascistiska kommitté. Deltagarna hade valts ut på fabriker och arbetsplatser för att representera ett arbetande och fredsälskande folk. Flera framstående individer fanns också närvarande, bl.a. författaren Nikolaj Tichonov och tidigare Times-korrespondenten Ralph Parker. Professor D.V. Skobeltzin, ordförande i fredsprisets kommitté, höll ett tal där han tog upp de insatser Andrea Andreen gjort för freden, och nämnde särskilt hennes arbete i Korea. Han yttrade följande ord innan fredspriset överlämnades under stormande bifall: ”*När den framstegsvänliga mänskligheten får till stånd en stabil och varaktig fred i hela världen så skall den med tacksamhet nämna dem som kämpat för dessa höga mål utan att spara sina krafter. Bland dessa namn kommer med all rätt också dr Andrea Andreen att n*ämnas.”[42]

På kvällen hölls en bankett på hotell Sovjetskaja där alla delar av det ryska kulturlivet fanns representerade. Dagen efter prydde Andrea Andreens bild en halv sida i Pravda, och hon fick mycket utrymme i alla de stora ryska tidningarna. I och med priset blev Andreen känd över hela Sovjetunionen.[42]

Efter högtidligheterna i Moskva reste Andrea Andreen runt i Sovjetunionen och besökte bland annat Tasjkent, Samarkand och Sotji. När hon återkom till Sverige berättade hon om sin resa vid en samling i Medborgarhuset som den kvällen var fullsatt. Hon berättade om Sovjetunionen och sade ”*Det starkaste intrycket gav ändå människorna vi mötte, deras stolthet över sitt stora land”* och att ”*De är ingen fara för freden. De vill fred och arbetar för fred.”*

Andrea Andreen hyllades av sina vänner och av andra medlemmar av fredsrörelsen i Sverige. ”*Priset är en ära för dr Andrea Andreen och en ära för Sverige. Dr Andréen är värdig denna ära. Arbete för fred är hennes livs stora patos*” stod det i tidningen Ny Dag 1953.[37] Svenska fredskommittén anordnade ett firande i sina lokaler där Andreen gratulerades av sina vänner samt medlemmar i fredsrörelsen och SKV.

Den svenska offentligheten i övrigt var dock inte lika positiv och Andreen fick än en gång stå ut med negativ press på grund av sitt arbete i Korea. Aftonbladet skrev: ”*Hennes vetenskapliga meriter är inte särdeles imponerande och skulle härhemma knappast ha räckt till ett medelmåttigt forskarstipendium. Vad som belönats är i själva verket att doktorn med sin titel täckt en av ryssarnas kraftfullare offensiver i det kalla kriget.*”

När Andrea Andreen hämtade sitt fredspris i Moskva var det inte första gången hon besökte Sovjetunionen. Hon hade besökt landet flera gånger, bland annat 1950 som del av en svensk kvinnodelegation inbjuden till Sovjetunionen av KDVs sovjetiska sektion, Antifascistiska kvinnokommittén. Hon reste också senare i livet till Sovjetunionen för att besöka sin vän Alexandra Kollontaj, tidigare ambassadör i Stockholm, och erbjuda henne medicinsk hjälp för hennes sviktande hälsa.[28] Upprepade gånger uppgav Andreen att Sovjetunionen önskade och arbetade för fred. ”*Det är för freden och framtiden sovjetmänniskorna arbetar och fostrar sina barn”* och *”Den*

starka fredsviljan är inte att ta miste på. Den möter man vid varje steg påtagliga bevis för. Ordet Fred lyste mot oss från affischer, det mötte oss från människornas läppar, det glödde mot oss ur de sköna blomsterrabatterna" berättar hon efter återkomsten från en resa till Sovjetunionen. Hon tvekade inte om Sovjetunionens fredsvilja: *"Det är vår fasta övertygelse att folket i Sovjetunionen med sitt rika land, sina väldiga arbetsuppgifter och sina tragiska erfarenheter önskar fred och arbetar för fredens bevarande."*[49]

Året efter att Andrea Andreen tilldelats Stalinpriset blev hon utsedd till en av världens fyra förnämsta "röda kvinnor" av den ryska veckotidningen Ogonyok. Med röd kvinna menade man en kvinna med socialistiska eller kommunistiska sympatier. Andreen delade denna ära med belgiskan Isabelle Blume, aktiv i WPC, den österrikiska författarinnan Anna Seghers och kinesiskan Zing Ling Zoong, änka till Sun Yat Sen, som grundade det kinesiska nationalistpartiet Kuomintang.[13] Utnämningen gjordes i samband med internationella kommunistiska kvinnodagen. Tidningen Ogonyok gav Andrea Andreen en helsidesbild i färg. Den som tog bilden var ingen mindre än Stalins gamle hovfotograf och Kremls förnämsta porträttartist Dmitri Baltermants.

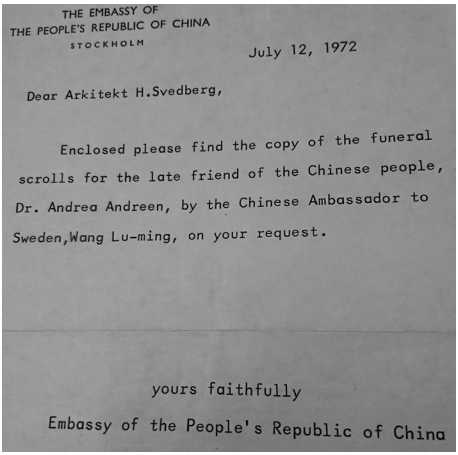
Diskussion och slutsatser

Andrea Andreens syskonbarn beskriver henne som kort, smärt, smidig och vacker. Hon var oerhört beläst och kunde mycket om teater och litteratur. Hon beskrivs som klippan i familjen och var mycket omhändertagande samt betydde mycket för sina föräldrar. Detta trots att vissa inom familjen inte delade hennes åsikter och skakade på huvudet åt hennes idéer. Även om man inte höll med henne så hyste man stor respektfull vördnad för henne.[28]

Hon beskrivs också som ödmjuk och ville aldrig själv ta åt sig ära och berömmelse. Andreen ansåg inte sig själv som något utöver det vanliga, utan snarare att hon hade haft tur att hamna i en krets av starka duktiga kvinnor där hon fick bära vidare vad de initierat.[28]

Vad som främst karakteriserar Andrea Andreen är hennes idealism, antagligen i samklang med den kristna tro hon bar med sig hela livet. Hennes mål var fred och att värna jorden vi lever på. För att nå dessa mål var hon redo att samarbeta med de människor som behövdes oavsett var deras politiska tillhörighet låg. För Andrea Andreen var saken det viktiga och för att nå målet om varaktig fred i världen var hon redo att arbeta med Sovjetunionen.[28] Liknande idealistiska drag kan ses hos andra framstående kvinnor aktiva under 1900-talet. Några som kommer i åtanke är journalisten, sexualupplysaren och grundaren av Riksföreningen för Sexuell Upplysning (RFSU) Elise Ottosen-Jensen, läkaren och kvinnosakskämpen Ada Nilsson samt Sovjetunionens minister i Stockholm från år 1930 till 1945, Alexandra Kollontaj.

Andrea Andreen var mycket aktiv i fredsrörelsen och en framstående medlem i flera organisationer med band till Sovjetunionen. Hon genomförde sitt arbete i kommissionen i Korea och stod fast vid fynden som publicerades i den, trots en mäktig negativ inhemsk mediastorm mot henne. Hennes avsky mot bakteriell



THE EMBASSY OF
THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA
STOCKHOLM

July 12, 1972

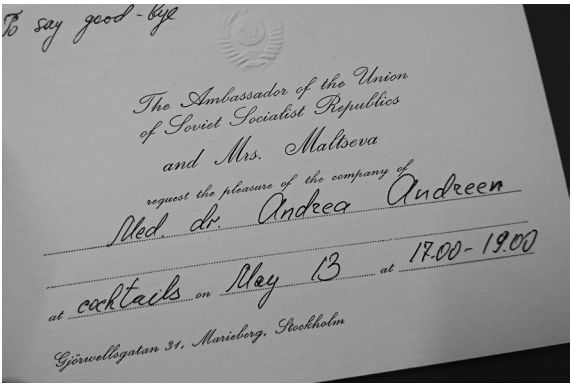
Dear Arkitekt H.Svedberg,

Enclosed please find the copy of the funeral scrolls for the late friend of the Chinese people, Dr. Andrea Andreen, by the Chinese Ambassador to Sweden,Wang Lu-ming, on your request.

yours faithfully

Embassy of the People's Republic of China

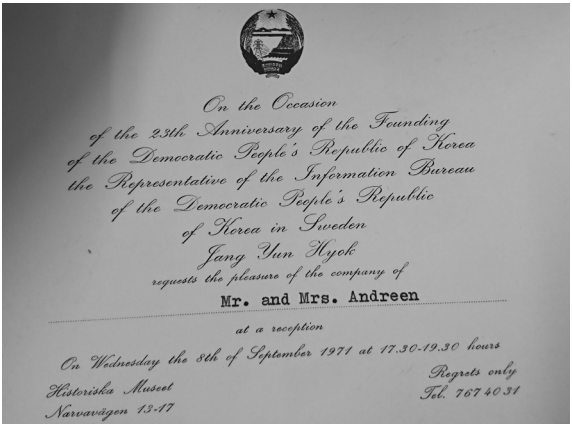
Figur 6i. *Brev från Kinas ambassad till Andrea Andreens släkting efter Andrea Andreens begravning Tillgänglig i Andrea Andreen-Svedbergs samling, KvinnSam Göteborgs universitetsbibliotek.*



To say good-bye

The Ambassador of the Union
of Soviet Socialist Republics
and Mrs. Maltseva
request the pleasure of the company of
Med. dr. Andrea Andreen
at cocktails on May 13 at 17.00-19.00
Gjörwellsgatan 31, Marieberg, Stockholm

Figur 6ii. *Inbjudan till cocktailparty hos Sovjetunionens ambassadör i Sverige. Tillgänglig i Andrea Andreen-Svedbergs samling, KvinnSam Göteborgs universitetsbibliotek.*



On the Occasion
of the 23th Anniversary of the Founding
of the Democratic People's Republic of Korea
the Representative of the Information Bureau
of the Democratic People's Republic
of Korea in Sweden
Jang Yun Hyok
requests the pleasure of the company of
Mr. and Mrs. Andreen
at a reception
On Wednesday the 8th of September 1971 at 17.30-19.30 hours
Regrets only
Tel. 767 40 31
Historiska Museet
Narvavägen 13-17

Figur 6iii. *Inbjudan till firande av grundandet av den Demokratiska Republiken Korea.*
Tillgänglig i Andrea Andreen-Svedbergs samling, KvinnSam Göteborgs universitetsbibliotek

krigföring och hennes tro på att den måste förbjudas för att uppnå varaktig fred tycks uppenbar. Hon belönades med Stalins Fredspris 1953 för sin kamp för freden, inte minst för insatserna i Korea, vilket än mer förstärkte bilden av henne i Sverige som kommunistvän. Säkerhetstjänsten (SÄPO) övervakade fredsorganisationer under kalla kriget, bland annat SKV. Därför övervakades Andrea Andreen mellan 1951 och 1972, mest sannolikt på grund av hennes kontakter med östblocket och framträdande personer inom fredsrörelsen. SÄPOs intresse för Andreen kan bättre förstås om man tar del av utredningen som publicerades kring säkerhetstjänsternas övervakning av fredsorganisationer, värnpliktsvägrare och FNL-grupper 1945–1990. SÄPO övervakade flera fredsorganisationer och var mycket intresserade av WPCs svenska gren, den Svenska Fredskommittén, där Andreen var medlem, liksom även den kände kommunistiske socialläkaren och riksdagsmannen John Takman. Dessutom var Andreen aktiv i SKV och KDV som båda var organisationer vilka stödde WPC. WPC hade många stödjande svenskar som också var medlemmar i Svenska Kommunistiska Partiet (SKP) och SKP fann den svenska sektionen av WPCs arbete som en självklar del av sitt partiarbete.[51]

I SÄPOs ögon var WPC ett propagandaorgan och frontorganisation för den sovjetiska synen på säkerhetspolitiken och ett hot mot Sveriges säkerhet. SÄPO såg fredsverksamheten under slutet av 1940-talet och 1950-talet som en möjlig (pro-) kommunistisk rörelse.[51]

I slutet av 1950-talet hade en ny rörelse växt fram baserad på det växande motståndet mot en svensk atombomb. Också här fruktade SÄPO för en kommunistisk styrning som skulle sprida prosovjetisk propaganda och försvaga den svenska försvarsförmågan. Likaså var man orolig för den framväxande Vietnamrörelsen som blev alltmer aktiv under 1960-talet, fast här var det kanske främst pro-kinesiska åsikter man fann alarmerande. Då Andreen, samt flera andra, varav många med öppna kommunistsympatier, var medlemmar i den svenska grenen av WPC gjorde detta det svårt för SÄPO att ignorera henne och detta kan förklara den långdragna övervakningen (med än idag hemligstämplat material) fram till hennes död 1972. Till detta bidrog att Andreen dessutom engagerade sig både i kampen mot svenska atomvapen och i Vietnamrörelsen genom Svenska Vietnamkommittén. Svenska Vietnamkommittén grundades 1965 på initiativ av bland andra ordföranden i SKPs ungdomsförbund Demokratisk Ungdom Kjell E Johansson, samt fredsaktivisterna Andrea Andreen, Inga Beskow och Per Anders Fogelström. En av kommitténs paroller blev ”*Fred i Vietnam!*”. Kommittén valde en pacifistisk och humanitär inriktning för att nå en politisk bredd och därigenom locka till sig socialdemokratin och fackföreningsrörelsen. För Svenska Vietnamkommittén var fred det absolut viktigaste målet men dess verksamhet avstannade dock rätt snart och den levde kvar endast till namnet. En efterföljande förening i samma andas barn var Svenska Kommittén för Vietnam (SKfV). Detta var en ideell förening i Sverige till stöd för Vietnam. Föreningen bildades den 24 januari 1968 med nationalekonomen Gunnar Myrdal som ordförande. Både Svenska Vietnamkommittén och SKfV kom dock att stå i viss motsatsställning till den av kinesiska sympatier mer präglade FNL-

rörelsen i de förenade FNL-grupperna (DFFG). När Svenska Vietnamkommittén och SKfV hävdade fred grundat på påtryckningar på båda de krigförande parterna så menade DFFG att man istället förbehållslöst ville stödja den vietnamesiska självständighetskampen – en ideologisk skiljelinje.

Andrea Andreen själv ansåg sig inte vara kommunist. Hennes syskonbarn berättar att hon ansåg sig som icke partibunden och att hon stod över alla politiska förbund.[28] Det var kampen för fred som var det viktiga och för denna var det värt att liera sig med Sovjetunionen. ”*Jag är inte kommunist och har aldrig varit det heller. För fredens skull är jag villig att samarbeta med kommunisterna men det gör mig inte till en*” berättar hon i en intervju år 1955.[34]

Vad som ytterligare stödjer tesen om att Andreen inte var kommunist är hennes reaktion på Sovjetunionens invasion av Ungern 1956. Hon beskriver i ett brev till sitt barnbarn att det var ”*ett förfärligt slag*” för henne. Andreen berättar i brevet att hon tillsammans med två andra Stalinpristagare från Norge och Finland skrev ett telegram till Sovjetunionens regering där de bad att sovjettrupperna snarast skulle lämna Ungern.[54] Telegrammet de skrev avslutades med ”*detta steg bort från våldets väg kommer att ge andra stater ett föredöme och mänskligheten framtidshopp.”*[8 54] Andreen tog således avstånd från Sovjetunionens handlande i Ungern och var bitter över att ”*hela tiden och alltjämt anser man bland kommunisterna att man kan arbeta för fredlig lösning av tvister mellan länder men inom länderna kan det nog behövas våld, så det får man inte lägga sig i från fredsrörelsens sida.*”[54] Hon skriver i brevet till barnbarnet att även bland andra fredskämpar var hon ganska ensam om sin konsekventa icke-våldsinställning. Hon demonstrerar sin pragmatiska syn på hur fred lättast skall uppnås, nämligen att ”*Man måste samarbeta även med dem vilkas handlingar man ogillar annars går man våldets väg.*”[54] Andrea Andreen blev uttryckligen besviken på Sovjetunionen på grund av dess övervåld i Ungern och verkar även känna sig lurad – ”*Det var alltför mycket kritiklös tro på regimens ledare*” och avslutar med att ”*Under de år jag har kvar kommer jag att vara mera på min vakt*.”[54]

Således var Andreen inte en person som odelat stödde Sovjetunionen vad ledarna där än gjorde utan blev påtagligt besviken när de bedrog kampen för fred. Dock får man förmoda att det fanns ett visst mått av naivitet i hennes inställning till deras fredsarbete med politiska förtecken. Kanske ingick även inslag av viss mänsklig fåfänga i och med den framgång och berömdhet som hon blev tilldelad av Sovjetunionen.

Källkritiskt måste anges att de arkiv som studerats kan ha varit medvetet ofullständiga genom gallring av personliga dokument av Andreen själv eller av andra, eller genom att det funnits, och fortfarande finns, lagliga hinder för utlämnande av källmaterial till forskning (t.ex. delar av SÄPO-arkivet genom domstolsbeslut). Alla intervjuer med släktingar och andra berörda många år efter händelser kan ha färgats av hur minnet påverkats av glömska, personliga åsikter eller intryck av samtida debatter. Av dessa skäl behövs vidare forskning för att kunna kartlägga och komplettera brister i källmaterialet.

Tidigare forskning och publikationer om Andreen har diskuterats. Denna forskning har främst fokuserat på hennes arbete inom kvinnorörelsen men har förstås

även berört fredsarbetet. Denna artikel tillför ny information och fördjupade studier av Stalins fredspris och SÄPO-övervakningen av Andreen. Dessutom fokuserar den mer på det kalla kriget som tidsperiod och hennes roll i ett medicinhistoriskt perspektiv.

Medicinhistoriska studier av läkaren Andreen i offentligheten ger inblickar i hur läkarrollen påverkades ideologiskt under det kalla kriget samt vilka politiska, yrkesmässiga och polisiära följder som detta kom att få för henne. Därmed blir en närmare analys av hennes liv och gärning ett exempel på hur en läkarroll kan påverkas av, men även i sin tur påverka, samhällsdebatt och politiska skeenden.

Fortsatt forskning kring Andreen kan bygga vidare på information tillgänglig i arkivet i Göteborg samt eventuellt i de SÄPO-dokument som ännu inte är tillgängliga för allmänheten. Det hade varit intressant att analysera Andreens engagemang i Vietnamfrågan och hennes eventuella samröre med andra läkare med vänstersympatier, till exempel ortopeden, medlemmen i socialistiska läkare och 1912 års olympiske guldmedaljör i gymnastik Nils Silfverskiöld, samt socialläkaren och SKP-riksdagsmannen John Takman.

I framtiden kan det även vara intressant att närmare undersöka Andreens arbete inom andra delar av internationellt solidaritetsarbete än det som var direkt associerat med östblocket. Till exempel har hennes insatser i Spanienhjälpen 1947, som var emot Francoregimen och verkade för att hjälpa landsflyktiga spanjorer och deras barn, inte undersökts tidigare. Detsamma gäller Andreens insatser i Greklandshjälpen 1948, som arbetade för att hjälpa främst kvinnor och barn under det grekiska inbördeskriget. Utöver detta hade det varit av stort intresse att vidare undersöka det nätverk av framstående svenska kvinnor som var vänner med, och figurerade i en cirkel runt, Sovjetunionens ambassadör i Sverige, Alexandra Kollontaj. Bland dessa kan nämnas, förutom Andreen, de två kvinnliga läkarna Ada Nilsson och Nanna Svartz, den senare Sveriges första professor i internmedicin, verksam vid Karolinska institutet. Det verkar ha förekommit ett kvinnligt nätverk runt Alexandra Kollontaj med flera svenska läkare som varit engagerade i fredsfrågan, kvinnokampen och flyktingfrågan. Att studera detta nätverk närmare utgör en framtida forskningsuppgift som skulle vara spännande och historiskt angelägen.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis var Andrea Andreen en kvinna som ägnade sitt liv och läkargärning åt kampen för freden och värnandet om mänskligheten. Hon reste till Korea och nordöstra Kina under brinnande krig för att delta i Koreakommissionen och publicerade därefter rapporten på svenska på sitt eget förlag. Trots förföljelse och smutskastning i pressen stod hon fast vid kommissionens fynd och sin övertygelse om att man måste arbeta mot bakteriell krigsföring. Än idag råder det delade meningar om själva sakfrågan. Det finns CIA-dokument från 2013 som faktiskt anger att bakteriologiska angrepp förekom från amerikansk sida.[33]

Andrea Andreen belönades med Stalinpriset 1953 och utnämndes till en av världens främsta röda kvinnor, detta trots att hon inte själv ansåg sig vara kommunist.

Pressen i Sverige, och förmodligen även SÄPO, ansåg att Andreen var en kommunistisk medlöpare aktiv i kommunistiska täckorganisationer. Med tanke på hennes aktiviteter och frekventa resor till östblocket kan man förstå att dessa misstankar stärktes i en tid av kallt krig och olika uppmärksammade händelser. Här kommer Catalinaaffären år 1952 i åtanke. En diplomatisk kris utlöstes efter att ett obeväpnat sjöräddningsflygplan under uppdrag, anfölls och sköts ner av en sovjetisk MiG-15 i internationellt luftrum. Enbomaffären år 1952 och Wennerströmaffären år 1964 kan också nämnas. Fritiof Enbom var journalist och SJ-anställd och Stig Wennerström överste i svenska flygvapnet. Båda dömdes för spioneri för Sovjetunionens räkning.

Andrea Andreen var en stor beundrare av sjuk- och hälsovård i Sovjetunionen liksom i det nya Kina. Hon var medlem med styrelseposter i Svensk-koreanska föreningen och Svensk-kinesiska vänskapsförbundet samt var övertygad om Sovjetunionens fredsvilja.[10] Detta betyder dock inte att man därigenom automatiskt kan beteckna henne som kommunist. Mer sannolikt är att Andrea Andreen var en sann idealist på kristen grund vars mål var fred på jorden. Men hon var också en pragmatiker som var beredd att samarbeta med olika personer, organisationer och stater för ett högre syfte. För att uppnå fred var hon villig att samarbeta med vem som än krävdes, och var det så att de var kommunister, ja då fick det bli så.

Tack

Vi vill framföra ett tack till Elisabet Larberg och Magna Andreen-Sachs för belysande av sin släktings liv under intervjuer. Ett tack vill vi också framföra till Arnold Jeppsson, systerson till Andrea Andreen, för expertkommentarer till manus.
Slutligen vill vi framföra ett stort tack till KvinnSam på Göteborgs Universitetsbibliotek för stor hjälpsamhet och gästfrihet under en pågående pandemi.

Summary

Andrea Andreen was one of the most renowned female doctors in Sweden during the 1950s and 1960s. Her main goal was peace on earth, and therefore she was active in various peace-organisations. Several of these had connections to the Soviet Union. Swedish media and the Swedish Secret Service (SÄPO) were convinced that she was used as a tool to spread Soviet ideas. She took part in an international commission that investigated the claims of whether the US had used bacterial warfare in the Korean War or not, and was awarded the Stalin Peace Price in 1953. The Swedish press was relentless in their prosecution of her, but despite this she held her ground and stood fast in her convictions.

In summary, she was a woman in medicine who above everything else worked for peace. She admired the will for peace in the Soviet Union and was impressed by the advances made in social health in the eastern countries. She did not consider herself a communist but she accepted she had to work with them if collaborating with the Soviet Union would help her to attain her ultimate goal of peace.

Doktorand Alexandra Nicolaidis, läkare samt professor Peter M Nilsson, Enheten för medicinens historia, Institutionen för kliniska vetenskaper Lund, Lunds universitet
Korrespondens: Alexandra Nicolaidis, doktorand, Limhamnsvägen 12A, 217 59 Malmö
E-postadress: alexandra.nicolaidis@cantab.net

Referenser

1. Nilsson U, ”*Kampen om kvinnan: professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860-1925*” (Avhandling). Institutionen för idé- och lärdomshistoria, Uppsala 2003.
2. Andersson I, ”*Kvinnor mot krig: aktioner och nätverk för fred 1914-1940*” (Avhandling). Historiska institutionen, Lund, 2001.
3. Lundgren K, ”*Barrikaden valde mig: Ada Nilsson: läkare i kvinnokampen*.” Wahlström & Widstrand, Stockholm, 2014.
4. Broberg G, ”*Statlig rasforskning: en historik över Rasbiologiska institutet.*” Media-Tryck, Lund, 1995.
5. Svensson P, ”*Vasakärven och Järnröret: Om den långa bruna skuggan från Lund.*” Weyler förlag, Stockholm, 2014
6. Lööw H, ”*Nazismen i Sverige 1924-1979: pionjärerna, partierna, propagandan.*” Ordfront förlag, Stockholm, 2016.
7. Larberg E, Andreen Sachs M. ”*Andrea Andreen: för livets skull*”. MagnaCartaKB, Stockholm 2015.
8. Sjöstrand NO, ”En fredsidealist och diabetespionjär” (En recension av Larberg E, Andreen Sachs M: Andrea Andreen: För livets skull). *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift* 2016: 20; 137-143.
9. Palmaer E, ”Till minne av Andrea Andréen.” *Vi mänskor* 1972; 24: 4-5.
10. Nilsson U, ”*Ellenor Andrea Andreen”*, svenskt kvinnobiografiskt lexikon, artikel publicerad 2018-03-08, hämtad 2020-10-14 på https://skbl.se/sv/artikel/AndreaAndreen.
11. Intervju med Elisabet Larberg, syskonbarn till Andrea Andreen.
12. Larsson S, ”Fredskämpe och fäkterska: Andrea Andréen (1888-1972).” *Vi mänskor* 2000; 2: 31
13. Meurling P, ”Andrea – ryskt ideal.” *Veckojournalen* 1955: 22; 24-34
14. Notat från Andrea Andreens personakt på SÄPO. Uppgift från 6:te rotelns register. Stockholm 1942. Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
15. Nicolaidis A, Nilsson PM, ”Kommittén för landsflyktiga intellektuella 1933-1940 – en kamp förd i motvind.” *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift* 2020 (in press).
16. Palm L, ”Hon avslöjade USA:s bakteriekrig.” *Folket i Bild-Kulturfront”* 2011: 10; 32-35
17. Lundkvist A, ”Tal vid Andrea Andréens jordfästning”. *Vi mänskor”* 1972; 24:6
18. Anteckning daterad 24 augusti 1950 av en Sjöstedt i Andrea Andreens personakt i SÄPOs arkiv. Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
19. Andreen A. ”*Bakteriekrig i Korea och Kina*”. Med dr Andrea Andréen, Stockholm, 1952.
20. Anteckning av Andrea Andreen i dokument kring Koreakommissionen. Tillgänglig i Andrea Andreen-Svedbergs samling, Kvinnsam, Göteborgs universitetsbibliotek, Göteborg.
21. Andreen A, ”*Intryck från det nya Kina*”. Originalmanus tillgängligt i Andrea Andreen-Svedbergs samling, KvinnSam, Göteborgs universitetsbibliotek, Göteborg.

22. Artikel från Svenska Dagbladet, daterad 17 december 1952, ”Propagandistiskt bakteriekrig”, okänd författare, tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
23. Artikel från Svenska Dagbladet, daterad 1 oktober 1954, ”Den kommunistiska lögnpropagandan”, okänd författare, tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
24. Artikel från Morgontidningen, daterad 7 november 1953, ”Bumerangen återvänder.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
25. Brev från Dr Needham till Andrea Andreen daterat 4 november 1953. Tillgängligt i Andrea Andreen-Svedbergs samling, KvinnSam, Göteborgs universitetsbibliotek, Göteborg.
26. Ellson, ”Uppsalaprofessor vederlägger Andrea Andréens kommission.” *Dagens Nyheter* 30 september 1954.
27. Artikel från Dagens Nyheter daterad 11 december 1952, ”Åtta av våra främsta vetenskapsmän”. Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
28. Intervju med Magna Andreen Sachs, syskonbarn till Andrea Andréen.
29. Andreen A, ”Herr Redaktör – Bakteriekriget.” *Svenska Dagbladet* 22 december 1952.
30. Andreen A, ”Dr Andréen och bakterierna.” *Dagens Nyheter* 11 december 1952.
31. Artikel från Arbetartidningen daterad 24 december 1953, ”Andrea Andréen gjorde modig insats i kampen mot bakteriekrigföringen.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
32. Samlingsartikel, ”*Allegations of biological warfare in the Korean War”,* hämtad 2021-04- 07 på https://en.wikipedia.org/wiki/Allegations_of_biological_warfare_in_the_Korean_War 33. Kaye J. ””*A real flood of bacteria and germs” – Communications Intelligence and Charges of U.S. Germ Warfare during the Korean War*”, hämtad 2021-03-13 på https://jeff- kaye.medium.com/a-real-flood-of-bacteria-and-germs-communications-intelligence-and- charges-of-u-s-4decafdc762
34. Artikel från okänd tidning daterad 11 april 1955, ”Pinuppa i Moskva.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
35. Artikel från Ny Dag daterad 24 december 1953. ”Stalins fredspris utdelas utan hänsyn till politisk och religiös uppfattning.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
36. Kommittén som valde ut pristagarna bestod av representanter från hela världen, men alla hade valts ut av Högsta Sovjets presidium. President av kommittén i början av 1950-talet var den sovjetiske professorn och akademikern D.V. Skobeltzin och vice-presidenter var den franske poeten och medlemmen av det franska kommunistpartiet Louis Aragon samt Kuo Mo- Djo, en kinesisk professor som också var ordförande för arbetarna i litteratur och konsts fackförening. Priset måste ändå anses ha en politisk valör då det delades ut till personer som visserligen ansågs ha bidragit till kampen för fred men som oftast också var uppenbara i sitt stöd för Sovjetunionens sak. Bland andra pristagare kan nämnas Fidel Castro från Kuba, Salvador Allende från Chile, Angela Davis från USA och Johannes Becher från GDR. Flera av medlemmarna i den bestämmande kommittén blev också själva tilldelade priset. ”Establishing Committee on International Stalin Prizes for ”Strengthening Peace Among the Peoples.” ” ”*USSR Information Bulletin*” 1951: 11; 1.
37. Artikel från Ny Dag daterad 21 december 1953. ”Stalins fredspris till svensk läkare.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
38. Tamm E, ”Fredspris.” *Vi kvinnor i demokratiskt världsförbund”* 1954: 1; 3-4.
39. ”*Teser över internationalens taktik. Antagna på IV världskongressens 31:sta sammanträde den 5 december 1922.”* Från Teser och resolutioner antagna å Kommunistiska Internationalens fjärde världskongress (Moskva 5 november – 6 december 1922). Frams förlag, Stockholm 1923.

40. Jackson J, *The popular front in France defending democracy, 1934-38.* Cambridge University Press, Cambridge, 1988.
41. Artikel från okänd tidning daterad 21 december 1953. ”Moskva belönar Andrea Andréen med Stalinpris.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
42. Palmaer E, ”När Andrea fick fredspriset.” *Vi kvinnor i demokratiskt vänsterförbund”* 1954: 1; 10-11.
43. K.S., ”Andrea Andréen hyllades varmt när hon fick Stalins fredspris.” *Ny Dag* 17 april 1954.
44. Artikel från Ny Dag daterad 5 maj 1954. ”Andrea Andréen hemma igen.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
45. E.J., ”Dr: Andrea Andréen: Starkaste intrycket i Sovjet gav människorna som vi mötte.” *Ny Dag* 14 maj 1954.
46. Artikel från Arbetartidningen daterad 23 december 1953. ”Hyllningar för svenska stalinpristagaren.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
47. Artikel från Aftonbladet daterad 21 december 1953. ”Stalinpriset.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
48. Artikel från Ny Dag daterad 29 augusti 1950. ”Kvinnodelegation till Sovjetunionen.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
49. Artikel från Ny Dag daterad 16 september 1950. ”Inte att ta miste på fredsviljan i Sovjet.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
50. Artikel från okänd tidning utan datum. ”Röd svenska moskvalönad.” Tillgänglig i SÄPOs arkiv, Riksarkivet, Stockholm.
51. Brodin G, *”Den farliga fredsrörelsen. Säkerhetstjänsternas övervakning av fredsorganisationer, värnpliktsvägrare och FNL grupper 1945-1990.”* SOU 2002: 90, hämtad 2020-10-14 på https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2002/01/sou-200290/.
52. Agrell, W, *”Övrig illegal verksamhet: Övervakningen av de svenska kärnvapenmotståndarna 1958-1968”.* Wahlström & Widstrand, Stockholm, 2015.
53. Fahlgren M. *”Lärdomar av den svenska Vietnamrörelsen. En artikelserie om FNL-rörelsens uppgång, nedgång och fall och de lärdomar som kan dras därur. Del 1 – Om maoismens inflytande i FNL-rörelsen”*, hämtad 2021-04-05 på https://marxistarkiv.se/sverige/fnlrorelsen/lardomar_av_dffg_del1.pdf
54. Brev från Andrea Andreen till hennes barnbarn Andrea. Daterat 29 december 1956 i Uvås, Järvsö. Från privat samling av Andrea Andreens efterlämnade dokument hos Magna Andreen- Sachs, Danderyd.

Erik J. Andersson och Peter M. Nilsson

Fride Hylander, en läkare i missionens tjänst (1926–1932)

Den svenske läkaren Fride Hylander (1898–1988) blev år 1947 utsedd till *chief advisor* vid det nybildade etiopiska hälsoministeriet, ett uppdrag han innehade till sin pensionering år 1965. Professor Richard Pankhurst (1927–2017), en av 1900-talets främsta kännare av Etiopiens historia, uppger två faktorer i Hylanders bakgrund, som sannolikt bidrog till utnämningen. Dels hade Hylander verkat som missionär i Etiopien, dels hade han varit chef för den svenska Röda korsambulansen under det andra italiensk-etiopiska kriget (1935–1936) och skadats svårt under ett italienskt bombanfall.[1,2]

Den svenska Rödakorsambulansens insats i Etiopien, och Hylanders eget bidrag, har studerats ur olika aspekter.[3] Däremot har Hylanders tidigare verksamhet inom missionssjukvården i Etiopien ännu inte ägnats något djupare studium.[4]

Denna historiska biografiska studie syftar till att undersöka (a) Fride Hylanders motiv för att flytta till Etiopien och arbeta som läkare i den kristna missionens tjänst, (b) vilka arbetsuppgifter han kom att ägna sig åt under perioden 1926–1932, (c) vilka förhållanden och sjukdomar han lyfte fram som särskilt problematiska, samt (d) vilka slutsatser han drog av sina tidiga tjänsteår inför senare uppdrag. Hylanders insats fogas in i sitt sammanhang genom en kortare introduktion till protestantisk missionssjukvård under 1900-talets första hälft.

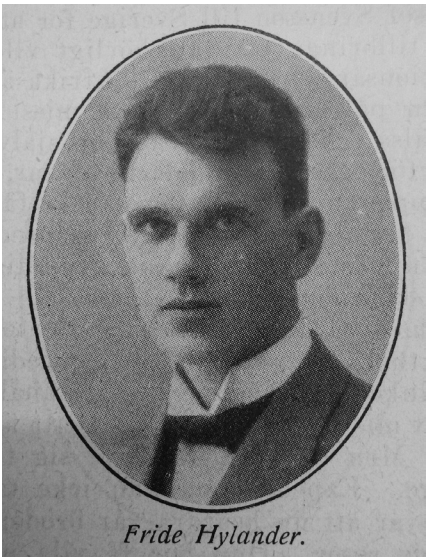


Bild 1. *Fride Hylander, porträtt 1926.*

Eftersom missionssjukvården finansierades av understödjare i Sverige skedde regelbunden rapportering till exempel i *Bibeltrogna Vänners Missionstidning* (BVMT) och *Berättelse över Bibeltrogna Vänners verksamhet* (BVÅB). Därtill skrev Hylander själv boken *Ett år i tält* redan år 1934, vilken följdes av senare böcker och artiklar som delvis berör den aktuella perioden.[5] I Axel B. Svenssons arkiv (Landsarkivet, Lund) och Fride Hylanders arkiv (Sörmlands länsmuseum, Nyköping) finns delar av Hylanders korrespondens liksom andra handlingar rörande hans arbete under den aktuella tidsperioden.[6] Undersökningen begränsas av praktiska skäl till källor och litteratur på europeiska språk. Avgränsningen innebär en risk för att det afrikanska perspektivet försvagas till förmån för det europeiska.

Missionssjukvård i perspektiv

Missionssällskapet Bibeltrogna Vänner (BV) bildades år 1911.[7] Detta skede efter en konflikt inom Evangeliska Fosterlands-Stiftelsen (EFS) som bland annat berörde bibelsyn och relationen till Svenska kyrkan. De som bildade BV företrädde en mer konservativ bibelsyn än EFS styrelse och ledning, samt värnade i hög grad den organisatoriska friheten gentemot statskyrkan, även om man delade den lutherska profilen med till exempel barndop och prästämbete. Man önskade sprida det kristna budskapet i dess evangelisk-lutherska form. Utlandsarbetet bedrevs i tre grenar: genom utbildning, sjukvård och församlingsarbete. Denna triad var allmänt förekommande i svensk mission under perioden från omkring 1850 och hundra år framåt.

Före år 1850 gavs dock inte sjukvård eller medicinsk verksamhet så stort utrymme inom den protestantiska missionsrörelse som växte fram i Europa och USA under sent 1700-tal. En orsak till detta var, enligt historikern David Hardiman, att många läkare hade en tydlig koppling till en överklass som många väckelsekristna distanserade sig ifrån.[8] En annan anledning var att medicinen som den utövades av apotekare, läkare och kirurger i Europa vid sekelskiftet 1800 inte föreföll att fungera väl ute i de europeiska kolonierna. Inte ens för vård av de egna utsända missionärerna var missionssällskapen intresserade av att sända ut läkare. Vid mitten av 1800-talet förändrades situationen genom att den västerländska medicinska vetenskapen gjorde framsteg och dess rykte förbättrades.[9] Vidare upptäckte missionsorganisationer att medicinsk verksamhet kunde väcka intresse och förtroende bland de lokala befolkningar man ville nå med det kristna budskapet. En av de första, och kanske den mest kände, missionsläkaren under 1800-talet var David Livingstone (1813–1873). Livingstone uppmuntrade andra läkare att utnyttja möjligheten till mission som mötet med de sjuka gav.[10] Från 1870-talet och framåt rekryterades också läkare i stort antal till missionstjänst, vilket motiverades med att medicinen var ett verktyg för att leda människor till omvändelse till den kristna tron.[11,12] Ett illustrativt svenskt exempel var Elon Mattsson (1904–1988) vars väg till läkarmission via ett möte med läkaren Albert Schweitzer nyligen studerats av kulturgeografen Joel Yrlid.[13,14]

BV betonade att sjukvården var underordnad utbredandet av den kristna tron. Man varnade för att förväxla medel och mål, vilket skedde om man glömde att sjukvårdsarbetets huvuduppgift var att tjäna som medel för att ”*nå den odödliga själen*

med det eviga livets medicin". Om detta mål försvann riskerade sjukvården att bli "*ett vanligt filantropiskt arbete*".[15]

Infektionsläkaren Gunnar Holmgren har beskrivit hur sjukvård bedriven av kristna missionsorganisationer ofta följde ett mönster som gick från enkla sjuk- och hälsovårdsinsatser, via uppbyggnad av mindre hälsocentraler, till att i vissa fall sluta med att man byggde regelrätta sjukhus. Holmgren daterar dessutom de tre utvecklingsstegen så att det första skedde från slutet av 1800-talet fram till första världskriget, det andra under mellankrigstiden och det tredje till perioden efter andra världskriget.[16] Ett liknande mönster beskriver David Hardiman, då han konstaterar att bilden av missionsläkaren stående ute i vildmarken tonades ner under 1900-talet till förmån för perspektivet inifrån missionssjukhuset där den tropiska omvärlden anades utanför fönstren.[17] Till fördelarna med sjukhusvård hörde att man inom fyra väggar kunde visa upp ett kristet exempel på ordning, hygien och utveckling, samtidigt som man kunde möta inneliggande patienter med kristen undervisning, särskilt om dessa vårdades under längre tid. Till nackdelarna hörde en tyngre arbetsbörda för missionsläkarna som också förväntades delta i det evangeliserande arbetet.[18]

Utvecklingen av missionssjukvården i Etiopien följde endast delvis det beskrivna mönstrets tre steg. Till skillnad mot större delen av den afrikanska kontinenten var Etiopien inte koloniserat. Efter att landet varit nästan slutet för protestantisk mission till tidigt 1900-tal, ändrades förutsättningarna år 1917 då *ras* Tafari Makonnen (1892–1975), från 1930 benämnd kejsare Haile Selassie I blev Etiopiens tronföljare och vann politiskt inflytande.[19]

Även om ras Tafari hörde till den gamla etiopisk-ortodoxa kyrkan, och till en kungasläkt som gjorde anspråk på att ha rötter bakåt till drottningen av Saba och kung Salomos gemensamma barn, öppnade han landet för kristen protestantisk mission. Ras Tafari önskade modernisera landet och såg protestantiska missionsorganisationer som möjliga aktörer för detta.[20, 21] Flera utländska missionsorganisationer fick därmed möjlighet att etablera arbete med fokus på utbildning och sjukvård.[22,23] När det gällde sjukvården bidrog han och den etiopiska staten till att de första två faserna i mönstret som Holmgren beskrivit i vissa fall hoppades över, eller avsevärt förkortades. En rad missionssjukhus etablerades på kort tid.[24]

Ett intressant exempel från Etiopien är missionsläkaren Thomas Lambie (1885–1954) från USA. Denne lyckades i slutet av 1910-talet få en regional furstes tillstånd att etablera sjukvårdsarbete i västra Etiopen. En enkel klinik startade i Sayo i Wollegaprovinsen på Lambies veranda. På bara några år byggdes sedan en missionsstation med sjukhus, kyrka och skola upp på platsen.[25] Lambie fick sedan tillstånd och stöd av ras Tafari att uppföra ett sjukhus i Addis Abeba som startade sin verksamhet 1926. Man betonade att sjukhuset skulle ta emot patienter oavsett social klass- och religionstillhörighet. År 1935 utsågs Lambie av kejsare Haile Selassie till chef för det nybildade etiopiska Röda Korset.[26] Lambie utgjorde ett tydligt exempel på hur en missionsläkares kunskaper och erfarenheter kom att tas i bruk av Etiopiens myndigheter.

BV etablerade sitt arbete i huvudstaden Addis-Abeba år 1921 och i staden Harrar

i östra Etiopien ett par år senare. I Harrar fanns sedan tidigare ett mindre sjukhus.[27] Etiopiens regent och tronarvinge ras Tafari Makonnen, som vuxit upp i Harrar, erbjöd BV stöd för att bygga ett nytt sjukhus.[28] Det område missionen fick för byggnation omfattade drygt 63 000 kvadratmeter, och utgjordes av två intill varandra liggande tomter. På den ena skulle sjukhus och läkarbostad uppföras. Etiopiens regent bidrog med 25 000 thaler (då motsvarande cirka 50 000 kr) till bygget.[29,30] Det ökade arbetet och möjligheten att bygga sjukhus gjorde att BV började söka efter någon lämplig svensk läkare att sända ut till Etiopien.

Samtidigt som möjligheterna uppstod i Etiopien sökte sig en grupp medicine studerande till BV:s verksamhet i Stockholm. Axel B. Svensson (1879–1967), missionssekreterare i BV och predikant i BV:s kyrka i Stockholm, beskrev att

> *... en märklig rörelse börjat bland de medicine studerande. Den har ledt till flera styckens omvändelse. Och de sitta söndag efter söndag, dessa snart färdiga läkare, i [Roseniuskyrkan på] Smala gränd och gapa som svalungar efter nådens ord. Två af dem säga uppenbarligen, att de, så fort de tagit sin läkareexamen, vilja gå ut som missionärer.*[31]

Sannolikt syftade Svensson på studenterna Fride Hylander och Gunnar Agge (1900–1961) som de två missionsintresserade i sitt brev.[32] I gruppen av medicinare som sökte sig till BV var Fride Hylander tongivande och den som till synes fick de andra att följa med.[33]

Fride Hylanders bakgrund och väg till missionen

Vem var då denne unge medicinstuderande med kristen tro, som inspirerade andra och hade en kallelse till missionsarbete? Fride Bothild Hylander, född 2 februari 1898 i Raus utanför Helsingborg, var son till missionspastor Nils Hylander (född Johannesson, 1861–1929) och barnmorskan Edla Hylander (född Hedberg, 1860–1948), vilka hade varit EFS missionärer i Östafrika.[34,35] Tidigt erfor Fride Hylander en inre kallelse att resa ut som missionär till ”*Abessinien och Galla*”.[36] När han efter pensionering blickade tillbaka på sin barn- och ungdom kunde han inte se några generationsmotsättningar.[37] Tvärtom såg Hylander att hans:

> *... uppväxt- och ungdomstid med dess teoretiska och praktiska studier var ett mer eller mindre målmedvetet övertagande av »arvegods» och ett inväxande i »beredda gärningar, en framtidsuppgift i det då mer eller mindre okända Afrikas inre med inriktning på de hedniska gallaerna*.[38]

Hylander hade föräldrarnas stöd för att studera. Våren 1919 tog han studentexamen vid Norra Latin i Stockholm. Hans plan var att fortsätta med studier i språk och teologi, men behovet av läkare i missionsländerna gjorde att han ändrade inriktning och ville studera medicin.[39] Hans föräldrar hade också under sin missionärstid *”praktiserat bl. a. sjukvård och förlossningskonst”*.[40] Efter kompletterande studier under sommaren 1919 skrev Hylander in sig samma höst för medicinska studier i Uppsala.[41]

Under de följande sju åren alternerade han mellan studier i Stockholm och Uppsala. Under studietiden mottog han ekonomiskt stöd från EFS.[42]

I medicine kandidatexamen 6 maj 1922 hade Hylander sitt bästa betyg – *”med utmärkt beröm godkänd”* – i histologi; i fysiologi, medicinsk kemi och farmakologi erhöll han betyget *”med beröm godkänd”*[43,44] och i anatomi och patologi *”icke utan beröm godkänd”*. Sommaren 1925 tjänstgjorde Hylander som assistentläkare vid garnisonssjukhuset i Linköping.[45]

Medicine licentiatexamen erhöll Hylander den 12 mars 1926. I licentiatexamen fördelades Hylanders tio betyg jämt mellan *”med beröm godkänd”* och *”icke utan beröm godkänd”*. Det högre betyget fick Hylander i psykiatri, medicin, kirurgi, obstetrik och gynekologi, samt patologisk anatomi, medan det lägre betyget fick han i syfilidologi, hygien, pediatrik, oftalmiatrik samt rätts- och statsmedicin. Dagen efter licentiatexamen, den 13 mars 1926, förklarades Hylander av Kungliga Medicinalstyrelsen vara legitimerad läkare.[46] Efter avslutade studier ingick Hylander 6 maj 1926 äktenskap med sjuksköterskan Naemi Helgstrand (1890–1984), *”min ungdoms mö, min enda kärlek”*.[47,48]

Bild 2. *Fride, Naemi och tvillingarna i Harrar.*

Under studieåren lämnade Fride Hylander missionsorganisationen EFS till förmån för BV. I sin anmälan om utträde ur EFS angav han teologiska skäl, främst gällande bibeluppfattning, för sitt beslut.[50] Det är osannolikt att bibelsynsfrågorna i sig vid denna tid påverkade det praktiska missionsarbetet, men det faktum att hans far Nils Hylander vid samma tidpunkt lämnade EFS för BV, antyder att frågan om vilken organisation man ville tillhöra och arbeta för var viktigt inom familjen. Fadern gick från en tjänst på EFS expedition till en tjänst inom BV som omfattade både redaktio-

nellt arbete och predikoresor.

Andra skäl än teologiska för bytet av missionsorganisation framkom i ett privat brev som Hylander skrev år 1976.[51] Som ett bidragande skäl nämnde han då också att det förekom att man inom EFS annonserade *”kollekt till missionen”* och lät de insamlade medlen gå till arbete i Sverige.[52] I samma brev framkom också hur han såg sig ledd till BV där han kunde få *”gå till vilken del av det hedniska gallaområdet”* i södra eller västra Etiopien. Han ville därigenom uppfylla den kallelse han upplevde sig fått av Gud och som var kontinuerlig med föräldrarnas missionsgärning.[53,54] Det enda BV begärde av Hylander var att han skulle bygga ett sjukhus och verka en kortare tid i Harrar, vilket han såg som *”ganska naturligt, då mina föräldrar en kortare tid före sin utvisning verkat i Harrar”*.[55] Orsaken till utvisningen var att de etiopiska furstarna som föregick ras Tafari (Haile Selassie) var negativt inställda till västerlänningar i allmänhet och protestantisk mission i synnerhet. Att det redan från början var planerat att Hylander inte skulle stanna i Harrar, utan fortsätta till oromofolket framgick också av samtida skildringar.[56]

Att det överordnade målet även för Hylander var att erbjuda den kristna tron till dem som inte kände till den råder det knappast tvivel om. I sin bok *Ett år i tält* återkom han flera gånger till vikten av att *”likt den barmhärtige Samariten böja sig ned över en sargad och döende människa […] för att få giva honom Läkedomen, Kärleken och Livet”*.[57] Hylander skrev i annat sammanhang om risken för att missionen skulle överskatta den västerländska människans kulturella framsteg, som att bygga skolor, sjukhus och verkstäder, i stället för att *”med enkla medel söka nå större resultat och försöka vinna de stora folkskarorna för Kristus – missionens egentliga mål?”*[58]

På pingstdagen, 23 maj, 1926 avskildes makarna Hylander för missionsuppgiften vid en ceremoni i Säffle.[59] De avreste från Stockholm 18 juni 1926 och gjorde under resan uppehåll i England och Frankrike för språkstudier och studier i tropiksjukvård. Bland annat studerade Hylander *”tropiska sjukhustyper”*.[60] Ytterligare planerade studier i tropikmedicin i Egypten fick avskrivas på grund av sjukdom.[61,62] Den 20 november anlände de till Harrar och trädde direkt in i arbete.[63]

Arbetsuppgifter i Etiopien 1926–1932

Hylanders arbete under sin första period i Etiopien kan kronologiskt indelas i en första tid omfattande november 1926 till december 1929 då han var verksam i Harrar. En andra då han utförde en rekognoseringsresa under januari till mars 1930, och en tredje då han verkade i området Arussi (i dag ofta benämnt Arsi), i Oromoregionen, från april 1930 till början av år 1932. Här görs dock en tematisk uppdelning i kliniskt läkarverksamhet, byggnads- och ledningsarbete samt rekognosering.

Klinisk läkarverksamhet

I Harrar trädde Hylander in i ett befintligt sjukvårdsarbete, som byggts upp av missionärerna Anton och Edith Jönsson, tillsammans med inhemska sjukvårdare.[64] Arbetet bedrevs i provisoriska lokaler där sjukstugan inrymde ett väntrum, två sjukrum på cirka fyra kvadratmeter och ett större rum, som användes som *”mottagnings- och*

behandlingsrum, apotek, operationssal och allting annat". Patienter som inte kunde återvända hem vårdades i en tältdukspaviljong eller inhystes där plats fanns på missionsstationen.[65]

Man förde register över behandlingar och under år 1927, då Fride Hylander var ensam läkare i Harrar, behandlades 4 516 sjukdomsfall. Man gjorde 1 680 sjukbesök i hemmen och utförde 125 operationer med bedövning.[66]

I brev beskrev Hylander också mötet med människor som led av olika infektiösa sjukdomar. Han beskrev att de elever som sökte sig till skolverksamheten i Arussi hade betydande hälsoproblem, ofta infektionsrelaterade:

> *... en hade medfött syfilis, hål i pannan in till hjärnan och kunde ej gå på sina krokiga och deformerade ben, en annan har kronisk, stinkande otit, åter en annan lupus, ytterligare andra keratiter och iriter och fläckar på ögonen, en har ett »oläkligt» bensår och en stackare saknar näsan!*[67]

Förstoppning var vanligt och var i många fall också, enligt Hylander, infektionsorsakad i form av gonorrébetingad proktit eller till följd av mycket animalisk föda.[68]

Bild 3. *Sjukhuset i Harrar.*

Utanför Harrars stadsmur levde de spetälska.[69] Lungtuberkulos var vanligt, men också andra tuberkulösa komplikationer.[70] Hylander beskrev hur en kvinna blivit huggen med ett svärd och drabbas av en tetanusinfektion: *"Efter någon vecka inställer sig stelkramp, och kvinnan dör under häftiga och otäcka kramper en förnatt"*.[71] Ögonsjukdomar var vanligt förekommande. Under år 1927 utgjorde de femton procent av de behandlade sjukdomarna i Harrar och under 1930 tolv procent av Hylanders

patienter under karavanfärd och i Arussi.[72,73]

När det gällde malaria fanns det en tydlig skillnad mellan utbredningen i Harrar jämfört med Arussi. I Harrar såg Hylander 30 fall av malaria på ett år, medan i Arussi fyra gånger så många.[74] Harrar är beläget på 1 850 meter över havet, vilket sannolikt förklarar skillnaden. När familjen Hylander i mars 1929 gjorde en mindre karavanfärd söderut från Harrar, och kom ner på lägre höjd, mötte man genast fler fall av malaria.[75] Naemi Hylander beskrev:

> *Snart blev det känt, att vi medförde medicin och många kommo för att finna hjälp. Det var i synnerhet malaria, som var den förhärskande sjukdomen. Fride hade tagit med mycket kinin, men den var tyvärr slut efter tre dagar, men vi hänvisade dem i stället till vårt sjukhus, där de kunde få mera.*[76]

Att behandla malaria med kinin var dock enligt Hylander inte självklart. Hylander menade att stora kininmängder sänkte patienternas allmäntillstånd, vilket enligt honom i stället skulle stärkas för att patienterna skulle kunna utveckla ”*självimmunitet*”.[77]

I Harrar hade Hylander möjlighet att göra kirurgiska ingrepp och i redogörelsen för år 1927 listas 125 operationer. Det vanligaste var ingreppet behandling av entropium (inväxta ögonhår) vid 34 tillfällen, följt av operation för adinitis tuberculosis (tuberkulösa körtlar) och för hydrocele (vattenbråck) vid 9 tillfällen vardera. Större ingrepp som utfördes enstaka gånger var benamputationer, explorativ laparatomi och tumörkirurgi (sköldkörtel, sarkom i bukvägg respektive hals).[78] Även insatser som tandläkare utfördes.[79]

En av operationerna var amputation av ett ben på en man som varit sängliggande i tre och ett halvt år. Den utfördes innan det nya sjukhuset hade uppförts.[80] Naemi Hylander beskrev omständigheterna närmre:

> *I en provisorisk sterilisator steriliserades förband m.m. Flugjakt anställdes, och lergolvet bestänktes med vatten. […] Så var allt färdigt för operationen, och Fride tillsammans med sina medhjälpare, Edith, Anton och undertecknad, bad en kort bön innan vi började. Ty vad kunna vi människor gör Guds hjälp förutan. Livet så väl som döden äro i hans hand. Allt gick ock lyckligt, och glädjande var det att se vår patient tillfriskna. Benet, som var avtaget i knäleden, läktes, och hans allmänna tillstånd blev bättre dag för dag.*[81]

Hylander redogjorde också för de traditionella behandlingar han mötte. Sår behandlades ofta genom att man lade kogödsel, hästspillning eller liknande på såret.[82] En annan vanlig behandling i den traditionella läkekonsten var bränna de sjuka med glödande järn, vilket enligt Hylander fick till följd att många drabbades av onödiga smärtor, infektioner och vanprydande ärr.[83] Han noterade också de sanitära olägenheter som rådde i många etiopiska hem: *”Väggen är spottkoppen, golvet latrinen!”*[84] Ett exempel visar att han uppfattade att det kunde finnas värde i traditionella råd

och behandlingar, även om dess förklaring stred mot skolmedicinens. Han ådrog sig bilharzia vid botaniseringen i en sjö, och lokalbefolkningen sa till honom att de kunnat varna honom för att gå i vattnet där, eftersom de visste att just där fanns det onda andar i vattnet och alla som nedsteg där drabbades av sjukdom.[85]

Epidemier spreds lätt under bristande hygieniska förhållanden. Under den tid Hylanders vistades i Harrar drabbades staden av en paratyfusepidemi år 1928, vilken drabbade många i staden, inklusive familjen Hylanders tvillingar och fru Agge.[86] Hylander skrev, sannolikt om denna händelse, om de diarrésjuka tvillingarna:

> *En hade redan en månad levt på näringslavemang och injektioner, slutat att le och att gå. Och den andre var synbarligen på samma väg. Jag satt gråtande i en vrå och tänkte över hur jag på ett främmande språk skulle kunna frambära min tro och mitt hopp, om barnen skulle begravas utanför kyrkogårdsmuren ...*[87]

Tvillingarna tillfrisknade, men deras barnskötare Keffalo dukade under i sjukdomen.[88] Något år senare fick Hylander operera sin son Nathanael som i december 1929 drabbats av en svår öroninflammation.[89] Missionssekreteraren Axel B. Svensson som var på besök i Harrar skrev:

> *En operation blev nödvändig, och dagen före julafton ägde den rum: fadern måste mejsla hål i benet bakom örat. Ganska mycket var avlägsnades. Sällan har jag sett en man så svett som d:r Hylander under denna operation. Herren halp nådeligen, så allt gick väl, och i dag [nyårsafton 1929] satt pysen riktigt pigg på sin mula framför sin vårdare.*[90]

Ett par år senare skrev Hylander: *”Några epidemier, med undantag av smittkoppor, ha vi i år inte upplevat.”*[91] Behandlingsmöjligheterna var begränsade, men just mot smittkoppor kunde man vaccinera och under år 1930 gavs i Arussi-arbetet *”flera hundra vaccinationer”*.[92]

Hylander inordnade sin läkarverksamhet under missionens religionsutbredande uppgift. I mötet med en krigsveteran som legat sjuk i flera år och var *”tärd av gikt och sockersjuka, nedbruten av syfilis och jämrande av krämpor”* gjorde han ett försök att lindra dennes kroppsliga lidande.[93] Men sade också till mannen:

> *Här nere på jorden är det alltid sjukdom och död. Om ni så kunde sitta och tala om eder sjukdom och edra krämpor dag och natt och vore omgiven av 1000 läkare, så är likväl* döden *oundviklig. Och vår fattiga medicin räcker inte längre än för den kroppsliga plågans stunder härnere. Vill ni därför ha en medicin för edert sjuka hjärta, medicin, som verkligt botar och giver hopp för evigheten, så finns det endast EN, som kan giva sådan. Det är Frälsaren och Läkaren, som själv säger: »Den som tror på mig, han skall leva, om han än dör!”*[94]

Byggnads- och ledningsarbete

Etiopiens regent ras Tafari Makonnen hade erbjudit BV en tomt och ekonomiskt bidrag för att bygga ett sjukhus i Harrar.[95] Hylander reste kort efter sin ankomst till Etiopien till Addis Abeba och fick audiens inför ras Tafari i december 1926 för att diskutera sjukhusbygget.[96,97] Lokala myndigheter motsatte sig dock att den protestantiska missionens skulle få den tomt som landets regent beslutat om, vilket ledde till att byggstart dröjde till början av oktober 1927.[98] Inledningsvis uppstod svårigheter med de anställda byggnadsarbetarna som klagade dels på att arbetet var hårt och dels på att missionärerna inte gav dem *khat*, vilket man fick på många arbetsplatser.[99]

När byggarbetet tog fart tecknades kontrakt med hantverkare med målsättning att stationen skulle vara klart 12 månader efter byggstart.[100] När det gällde själva sjukhuset ändrades planerna så att en större huvudbyggnad delades upp på tre mindre byggnader. Hylander skrev:

> *Det är ett rörligt, lätt och hygieniskt tropiksjukhus anpassat efter klimat och förhållanden.* […] *Finesserna med detsamma äro: Ej inbyggda korridorer utan efter tropikerna avpassade luftiga verandor, fristående men fullt central klosettavdelning, apotek och laboratorium centralt för alla behov, hypermodern steriliseringsavdelning.*[101]

I januari 1928 flyttade familjen Hylander och sjukvården till området för den nya missionsstationen i Harrar. Men det skulle dröja ytterligare några månader innan den egentliga sjukhusbyggnaden skulle stå färdig.[102,103] Den färdiga missionsstationen omfattade sammanlagt sjutton vita byggnader. Missionssekreteraren Axel B. Svensson beskrev stationens olika hus:

> *Av dem äro sjukhuset och skolan stora, läkare- och missionärsbostäder ganska betydande, och de andra, som äro lärarebostad, bostäder för skolans lever, baracker för patienter med epidemiska sjukdomar, ekonomihus etc., åtskilligt mindre.*[104]

Svensson konstaterade vidare att det var huvudsakligen doktor Hylanders förtjänst att anläggningen uppförts och till en kostnad på omkring 100 000 kronor, varav hälften erhållits från Etiopiens regent.[105] Det nya sjukhuset uppkallades också efter donatorn och fick på franska fick namnet *L'Hôpital de Tafari Makonnen*.[106,107] Sjukhuset rymde cirka 75 inneliggande patienter och hade varmt och kallt rinnande vatten, liksom elektriskt ljus från egna elektricitet- och vattenverk.[108] En brist var att man saknade röntgenutrustning.[109] Hylander själv opererades i den nyuppförda operationssalen. I samband med byggnationen skadade Hylander en armbåge, och i lokalbedövning opererades en liten benflisa ut.[110]

Den som opererade dr Hylander var läkarkollegan Gunnar Agge som tillsammans med hustrun Tenzen hade anlänt till Harrar i mitten av december 1927.[111] Hylander och Agge hade lärt känna varandra under medicinstudierna och samtidigt anslutit till

BV.[112] Agge tog över det medicinska ansvaret för sjukvården i Harrar, men för såväl honom som hustrun Tenzen gick år 1928 i sjukdomens tecken. Strax efter nyåret 1929 avled också deras förstfödde, endast några dagar gammal.[113] Samarbetet mellan de båda läkarna var ansträngt under en tid, möjligen ända till dess att Hylanders lämnade Harrar, men relationen förbättrades senare.

Hylander kom att leda uppbyggnaden av ännu en missionsstation. Den 3 april 1930 slog hans karavan upp sina tält på den plats, tre timmars färd från Monessa, i Arussi där man beslutat sig för att anlägga en ny missionsstation. Det första året ägnades till största del åt byggnadsarbete och under Hylanders ledning byggdes en station *”med grästäckta hus och vitmenade lerväggar”*.[114] Till stationen hörde ett större hus med kyrksal, skolsal och ett rum för sjukvården. Det sistnämnda användes som poliklinik, operationssal, apotek och laboratorium. För sjukvården byggdes vidare en rundhydda med två rum för nyopererade samt gräshyddor för patienter och *”ett krypin för behandling av könssjuka”*.[115] Anläggningen var således betydligt enklare än den Hylander byggt i Harrar, och kostnaden för uppförandet av den nya stationen var 2 000 thaler, vilket var mindre än en tiondel av vad sjukhuset i Harrar hade kostat att uppföra.[116] Lokalt mötte man, åtminstone initialt, motstånd från lokalbefolkningen och dess ledare, men kejsaren ingrep och uppmanade de lokala ledarna att bistå *”den svenske läkaren”*.[117]

Bild 4. *Fride med flera i Arossi.*

När det gällde möjligheterna att bedriva sjukvård på den nya stationen framhöll Hylander att en stor mängd patienter kunde behandlas även under dessa något enklare förhållanden genom att man hade *”besparats ett sjukhus tunga maskineri”*.[118]

Rekognosering

När Hylander skildrade sin ungdomstid beskrev han ett intresse för Afrika, för primitiv kultur, etnologi och naturkunskap. Vid två tillfällen i samma framställning omnämndes dr Livingstone.[119] Hylander bar uppenbarligen på en längtan att utforska och upptäcka. Sannolikt var också detta ett arv från föräldrarna och särskilt från fadern.

I februari 1929 nåddes Hylander av besked om att hans far under en predikoresa i Sydsverige insjuknat i lunginflammation. Innan svarstelegrammet hade nått Sverige avled fadern; närvarande vid dödsbädden var Frides missionärskollega Anton Jönsson som tillfälligt vistades i Sverige.[120] Kort efter det inträffade gjorde Fride och Naemi Hylander tillsammans med barnen en kortare karavanfärd för att skaffa erfarenhet inför kommande färder. Man färdades söderut från Harrar och slog läger vid Dakatafloden och mötte där framförallt somalier.[121] Förutom medicinsk hjälp predikade Fride och medhjälparen Deneke *”till sjuklingarna om vår store läkare Jesus Kristus”*.[122]

Nyårsafton år 1929 bröt familjen Hylander, tillsammans med tjugofem inhemska medarbetare, upp från Harrar för att bland oromobefolkningen i södra Etiopien dels finna en plats för en ny missionsstation, dels söka en lämplig lokalisation för att etablera ytterligare ett sjukhus med stöd från landets regering.[123] Hylander har själv skildrat denna rekognoseringsresa i boken *Ett år i tält*.[124] Det första kvartalet av år 1930 ägnades åt att finna en plats för den nya missionsstationen, och endast enklare sjukvårdsarbete bedrevs på de platser man tillfälligt slog läger, och då i huvudsak av hustrun Naemi. Hylander själv tog i högre grad rollen som upptäcktsresande.[125,126] I början av april nådde hela karavanen den plats i nuvarande Arsiprovinsen där Hylander bestämt att stationen skulle ligga. Platsen låg i närheten av några större sjöar, på ungefär tvåtusen meters höjd och utanför malariaområde.[127] Huvudstaden Addis Abeba kunde nås på två dagar om man red hastigt.[128] Missionens inhemske medarbetare Twolde Berhan ägde ett jordområde på platsen, som redan tidigare hade föreslagits som lämplig för en missionsstation.[129,130]

När det gällde att finna en plats för ett nytt sjukhus föreslog Hylander i förhandlingar med kejsaren att sjukhuset skulle byggas i Dolola, men kejsaren hade starka önskemål om att sjukhuset i stället skulle förläggas i Goba, som inte ligger i Arussi, utan i provinsen Bale.[131,132] BV såg både för- och nackdelar med att vara lierad med den politiska makten, och man förstod vikten av att inte stöta sig med *”den så missionsvänlige enväldige härskaren”* i Etiopien.[133] Slutligen beslöt man att inte bygga ytterligare ett sjukhus med behov av fler läkare på missionsfältet.[134]

Lärdomar inför kommande uppdrag

Från slutet av år 1929 och under de följande två åren uppstod kraftiga meningsmotsättningar inom missionärsgruppen i Etiopien och ett allt större missnöje med hur ledningen i Sverige, och inte minst missionssekreteraren Axel B. Svensson, hanterade meningsskiljaktigheterna.[135] Konflikten rörde inte i första hand den medicinska verksamheten, utan utbildningsverksamheten i Addis Abeba där en ny flickskola skulle byggas. Men det fanns också olika syn på hur missionsmedel skulle fördelas mellan de stora missionsstationerna (i Addis Abeba och Harrar) och nya mindre ut-

poster (som till exempel den Hylander byggt upp i Arussi). Ytterligare mer komplicerad blev situationen på grund av personliga motsättningar bland missionärerna. Till villkoren för missionstjänst hörde inte bara att uppleva sig kallad till tjänst, utan också att *"ställa sig styrelsens åtgärder till efterrättelse"* och när enighet inte kunde uppnås lämnade Fride och Naemi Hylander och ytterligare fyra andra missionärer sina tjänster i BV vid årsskiftet 1931–1932.[136,137]

Under våren 1932 återvände Fride och Naemi Hylander, med fyra barn, till Sverige.[138] Det Hylander uppfattat som en livskallelse – att nå det etiopiska oromofolket med det kristna evangeliet – såg ut att vara avslutad. Under åren 1933–1946 arbetade han på olika svenska sjukhus, bland annat på kirurgiska kliniken i Jönköping (1933–1937) och på kliniken för obstetrik och gynekologi på Södersjukhuset i Stockholm (1940–1946).[139]

Men Hylanders verksamhet i Etiopien var långt ifrån avslutad. Han kom att förenas med de tidigare missionärskollegorna Josef Svensson och Gunnar Agge i den svenska Röda korsambulansen år 1935–1936.[140] Hylanders längsta tjänstgöring inom hälso- och sjukvården blev dock som rådgivare vid det etiopiska hälsoministeriet från år 1947 och nästan tjugo år framåt. För denna uppgift, vars början Hylander beskrev i *Svensk Missionstidskrift* 1950, avstod han från *"sin direkta missionsgärning"*, vilket innebar en stor skillnad från hans tidigare tjänst då missionsuppdraget var överordnat sjukvårdsuppdraget.[141]

Hylander har själv beskrivit hur den första arbetsperioden i Etiopien förändrade hans uppfattning om hur sjukvård borde bedrivas i landet. Redan skillnaderna mellan missionsstationerna i Harrar och Arussi visade att han gjort erfarenheter i Harrar som gjorde att han uppförde en enklare station i Arussi.[142] I två artiklar publicerade 1953 respektive 1973 redogjorde han ytterligare för vilka slutsatser han drog efter sin första period i Etiopien.[143,144] När det gäller att undersöka Hylanders motiv för att verka som missionär liksom vilka slutsatser han drog efter sina tidiga år i Etiopien bör större värde tillmätas samtida texter, än senare tillbakablickande redogörelser. [145]

I både artiklarna från åren 1953 och 1973 beskrev Hylander att han vid utresan till Etiopien år 1926 trodde att det krävdes ett relativt modernt sjukhus för att kunna göra nytta och arbeta effektivt, samt att han som läkare borde bo bekvämt med hög standard för att orka med arbetet.[146] Redan innan han påbörjade sjukhusbygget i Harrar kastades han in i sjukvårdsarbetet och insåg *"att oerhört mycket kunde göras under de mest primitiva förhållanden, även relativt stora operationer såsom tarminvagination, strumaresektion och Grittis operation"*.[147] Insikten resulterade i att den senare stationen i Arussi uppfördes betydligt enklare men *"med möjlighet till även medelstora operationer och till kvalificerad postoperativ vård"*.[148] En enklare missionsstation var även mycket billigare att uppföra. Dessutom menade Hylander att det underlättade kontakten med lokalbefolkningen om stationen till det yttre anslöt sig till landets naturliga förhållanden. Hylander skrev: "*Missionen är ingen kulturrevolution med mål att överföra Europas civilisation, tänkesätt, seder och oseder, fodringar, klasskampsdisharmoni, maskinkult m.m. till Afrika.*"[149]

De hygieniska svårigheterna Hylander konfronterades med var stora. Att möta

detta med moderna lösningar som till exempel vattentoaletter visades sig dock svårt. Hylander beskrev att patienter och anhöriga inte visste hur en WC fungerade, och att läkaren snart fick ägna tid åt att vara sjukhusmekaniker och tömma toalettstolar på främmande föremål.[150] I stället för moderna tekniska lösningar behövdes latriner, komposter och undervisning om hygien, vilket också tidigare missionärer tillämpat.[151]

Kontrasten mellan ett importerat svenskt levnadssätt och det etiopiska dito illustrerades också av att patienter som på kvällen bäddades ner ”*i en god säng mellan rena lakan*” på morgonen återfanns sovande på en djurhud på golvet intill en eld som brann på golvet i sjuksalen.[152] Skillnaderna mellan svensk och etiopisk bostadsstandard ledde också till svårigheter mellan missionärerna och deras inhemska medarbetare. Hylanders slutsats var att missionsläkaren för att åstadkomma ett gott samarbete borde leva under liknande förhållanden som medarbetarna kunde erbjudas; på den senare stationen i Arussi byggdes följaktligen likadana bostadshyddor åt Hylander som åt dennes närmaste medhjälpare.[153] Även på andra områden beskrev Hylander vikten av att komma de människor och grupper socialt och kulturellt närmare som man ville nå med sjukvård och mission.[154]

Artikeln i antologin *Bortom bergen* år 1953 skrev Hylander ganska tidigt i sitt arbete som rådgivare åt hälsoministeriet, medan hans bidrag i *Jordemordern* år 1970 tillkom efter Hylanders pensionering. Detta, samt skillnaderna i målgrupper, bör beaktas vid läsning av Hylanders ganska utvecklade resonemang om att erfarenheterna från Harrar ledde fram till att Etiopiens första hälsocentral växte fram i Arussi.[155] Men med detta i åtanke bör det ändå noteras att Hylander menade att han redan efter kort tid i Etiopien insåg

> *… att det var ganska hopplöst att behandla de flesta infektiösa sjukdomar såsom de veneriska, dysenterier, malaria, trakom, parasitära sjukdomar o. s. v. och skicka i väg de behandlade för att omedelbart reinfekteras därför att det inte fanns någon allmänhälsovård eller något begrepp om orsaken till sjukdomen.*[156]

Hylander beskrev också hur han i Arussi under åren 1930–1932 ägnade en stor del av tiden åt hälsoundervisning. Ibland kunde till och med vården av en sjuk villkoras så att vård inte gavs om man inte också fick möjlighet till undervisning och behandling av smittokällan i förekommande fall.[157]

> *Principen var alltid: Vartenda fall ett undervisningsfall för en grupp av människor affektivt intresserade av en kär anhörig och därför öppna och mottagliga.”*[158] Undervisningen, eller hälsopropagandan, kunde handla om *”hygien, latriner, barnavård, nutrition, epidemiologi, parasitologi, kvacksalvarhumbug, trolldom, etc.*[159]

Hylander beskrev hur han under tiden i Arussi kunde leva de inföddas liv, intränga i deras föreställningsvärld och med de erfarenheter han erövrade kunde effektivisera hälsoundervisningen.[160]

Diskussion

Denna arkivbaserade studie har visat att Fride Hylanders motiv för att flytta till Etiopien och arbeta i missionens tjänst var religiös motiverade och att det fanns en tydlig kontinuitet från Hylanders föräldrars missionsarbete på 1890-talet och Hylanders egen längtan att verka både i Harrar och bland det icke-kristna oromofolket. Han såg själv kopplingen till sina föräldrar och beskrev det som ett arv och ”*ett naturligt inväxande i beredda gärningar*”[161] När han lämnade anställningen i missionen år 1932 skedde ett brott inte bara med BV, utan också med att gå i faderns spår; Hylander var under återstoden av sitt liv inte anställd i missionstjänst.[162] Ett par år efter sitt inträde i etiopiska regeringens tjänst skrev han att *”som rådgivare i ministeriet och ordförande i »medicinalstyrelsen« sitter en f.d. läkaremissionär, som avstår från sin direkta missionsgärning för denna nya arbetsuppgift.” [163]*

Hylanders val av den medicinska professionen syns ha skett under gymnasietiden och mot bakgrund av kännedom om behovet av läkare i missionsländerna. Att Hylander fick ekonomiskt stöd under studietiden visar också att läkare var efterfrågade av missionsorganisationerna. Hylanders väg till läkarmission och hans bild av den framtida uppgiften stämmer väl överens med andra beskrivningar från årtiondena kring sekelskiftet 1900.

Under sin arbetsperiod i Etiopien 1926–1932 ägnade sig Hylander under huvuddelen av tiden åt kliniskt arbete som läkare och åt att uppföra två mycket olika missionsstationer. En mindre del av tiden ägnade han åt rekognosceringsfärder. Hälsoläget hos befolkningen beskrev han som dåligt, och bland de patienter han mötte dominerade infektionssjukdomar som till exempel syfilis, tuberkulos, och (i låglandet) malaria. Bilden Hylander presenterade av svårbehandlade infektioner stämmer med vad andra beskrivit.

Undernäring lyfte Hylander inte särskilt fram som ett stort problem, däremot bristande hygieniska förhållanden. Flera av sjukdomarna behandlas i dag med antibiotika, till exempel syfilis. Traditionellt hade syfilis behandlats med olika växtberedningar i Etiopien, men det fanns också behandlingar kopplade till magi.[164] Syfilisbehandlingen hade i Europa från slutet av 1400-talet dominerats av olika kvicksilverberedningar, men i början av 1900-talet ersattes dessa i hög grad av arsenikbaserade läkemedel. Det mest kända var Salvarsan.[165] Det är oklart om Hylander använde denna beredning, men han behandlade syfilis med bland annat vismutinjektioner med viss effekt.[166]

I mötet med traditionell etiopisk läkekonst stämde den bild Hylander gav tämligen väl överens med den som doktor Knut Hanner, en annan svensk läkare som verkade i Etiopien under ungefär samma tidsperiod, beskrev. Det fanns i traditionerna såväl det som också sett ur ett västerländskt perspektiv främjade hälsa och det som hindrade den. Hanner konkluderade: *Det är klart att ett gammalt folks medicinska erfarenhetsskatt rymmer både gott och ont från vår moderna synpunkt.”[167]*

Hylanders starka vilja att göra upptäcktsresor bör ses mot bakgrund av hans föräldrars engagemang i Etiopien trettio år tidigare. I praktiken fick hans insats som upptäcktsresande inte så stor betydelse eftersom missionsstationen i Arussi anlades

på en plats som redan tidigare föreslagits och planerna på ett andra större sjukhus i samarbete med Etiopens regering inte förverkligades.

De erfarenheter Hylander gjorde under åren 1926–1932 var, enligt honom själv, viktiga för hans nästan tjugoåriga tjänst för det etiopiska hälsoministeriet, eftersom de gav honom stor kunskap om Etiopiens folk, om förhållandena i landets städer och landsbygd, om sjukdomspanoramat samt om vikten av prevention och utbildningsinsatser på hälso- och sjukvårdens område. Han kom att många gånger påpeka

> *att en i-landsexpert sällan eller aldrig är en expert i ett u-land ens inom sitt eget fack och att förutsättningen för effektiv hjälp, som når alla, är att man solidariserar sig med de infödda och utgår från deras* multipla *problem.*[168]

På det personliga planet var åren i Etiopien 1926–1932 en viktig tid för Fride och Naemi Hylander. Parets fyra barn föddes och trots sjukdomsperioder återvände man friska till Sverige. Liksom Hylander följde i sina föräldrar fotspår från Sverige till Etiopien kom ett par av barnen att leva och verka periodvis i Etiopien.[169]

Läget gällande källmaterial till denna Hylanders första tid i Etiopien har visat sig vara gott, och ytterligare material finns att analysera i ovan nämnda arkiv. Det mesta källmaterialet i denna undersökning härrör från Hylanders egen hand, men i de fall de har gått att jämföra med samtida beskrivningar av förhållandena i Etiopien, och i vissa fall Hylanders medarbetare, finns anledning att tillmäta källorna en hög grad av trovärdighet. En svårighet när det gäller att dra slutsatser kring Hylanders lärdomar från åren 1926–1932 inför hans senare uppdrag som rådgivare till Etiopiens hälsovårdsministerium, gäller att en del av hans beskrivningar av de tidiga åren tillkommit efter hans andra vistelseperiod i landet – i tjänst för Röda Korset. Några stora skillnader i beskrivningarna från åren före 1935 och de som tillkom från 1935 och tjugo år framåt har inte märkts. I Hylanders mer utpräglat tillbakablickande texter – som till exempel ”Jag erinras om min forntid och min framtid när jag minns min ungdom” (1971) och *Crabatto* (1980) – minskar värdet som källa, dels då tidsavståndet mellan text och vad som beskrivs blivit stort, dels för att texterna baserats på tidigare texter.

Föreliggande undersökning visar att Fride Hylander under sin första arbetsperiod som missionsläkare i Etiopien gjorde erfarenheter vilka sannolikt var av stor vikt för hans senare arbete som *chief advisor* vid det etiopiska hälsoministeriet. Under verksamhetstiden i Harrar och Arussi mötte Hylander det etiopiska sjukdomspanoramat, anpassade sina tankar och kunskaper om sjukvård i en ostafrikansk kontext och byggde upp två mycket olika sjukvårdsinstitutioner. Sannolikt var dessa erfarenheter av större vikt för det senare uppdraget, än Hylander insats i den svenska Rödakorsambulansen, men en studie av det uppdragets betydelse för Hylanders senare arbete i Etiopien återstår att göra.

Jäv

Erik Andersson har tidigare varit anställd i Evangelisk Luthersk Mission (f d Bibeltrogna Vänner), men har inte arbetat i Etiopien. Vidare är Andersson doktor i kyrkohistoria vid Åbo Akademi och forskar på BVs frontfigur Axel B Svensson. Ingen av författarna har haft någon personlig relation till Hylander eller dennes efterlevande. Artikelmanus bygger på en ST-uppsats som skrivits under handledning.

Författarna vill framföra ett tack till professor Ulf Jakobsson, Enheten för medicinens historia, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, samt Centrum för primärvårdsforskning, Malmö, för värdefulla synpunkter på manus.

Summary

Fride Hylander, a young Swede in the Lutheran Revival Movement, (1898–1988) wanted to follow in his parents' footsteps and reach the Ethiopian Oromo people with the Christian faith. Like many others, and in response to a need within Protestant Christian mission organisations, Hylander studied to be a physician. During the years 1926–1932, he served as a physician in Ethiopia employed by the Swedish Mission Bibeltrue Friends. In his clinical work, Hylander treated many patients and especially infectious diseases were well represented. Hylander also built a hospital in the town of Harrar, which was paid for by the Ethiopian regent *ras* Tafari Makonnen (1892–1975), later Haile Selassie I. Hylander also made expeditions to southern Ethiopia and built a small mission station in Arussi (Arsi). This was built in a much simpler way and was, according to Hylander, more adapted to Ethiopian conditions than the hospital in Harrar. In 1947, Hylander was appointed chief advisor to the newly formed Ethiopian Ministry of Health. The present study shows that during the period 1926–1932, Hylander gained important experience prior to this latter service in Ethiopia. This paper is based on archive material such as letters and reports as well as printed sources in mission publications and Hylander´s contributions in different books.

Erik J Andersson, Teol Doktor, ST-läk. allmänmedicin, VC Örkelljunga, erik.j.andersson@skane.se
Peter M Nilsson, Professor, chef, Enheten för medicinens historia, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet, Peter.Nilsson@med.lu.se

Noter och referenser

1. Pankhurst, R. *An Introduction to the Medical History of Ethiopia*, Red Sea Press, Trenton, NJ, 1990, 225 o. 243.

2. Lundström, K & Eriksson, LO (red.). *Det stora uppdraget: EFS mission 1866–2016*, EFS läser, Uppsala, 2016, 491.

3. Se t ex. Gustavsson, P & Nilsson, P M. ”Den svenska Abessinienambulansen 1935–1936 och läkaren Gunnar Agge”. *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift* 2006, vol.10:1, 153–176; von Rosen, H. *Dödsorsak Ogaden: om flyg och politik med Carl Gustaf von Rosen i Afrika*, Atlantis, Stockholm, 2013, 52–58 o. 63–80; Pankhurst 1990, 224–225.

4. En översikt över Naemi och Fride Hylanders liv har dottern Hervor Hylander skrivit. Hylander, H. ”Naemi och Fride Hylander”. *Runtuna-Lids Hembygdsförening. Krönikan 2001–2002*, 2003, årg. 9, 14–18.

5. Hylander, F. *Ett år i tält: bland hedningar, muhammedaner och tabotister*, EFS-förlaget, Stockholm, 1934. Boken utkom nya utgåvor år 1935 och 1936.

6. Även i Missionssällskapet Bibeltrogna Vänners arkiv, Riksarkivet, Stockholm, finns brev efter Hylander, och original till en del av de brev som publicerades i BVMT.

7. Organisationen bytte år 2005 namn till Evangelisk Luthersk Mission – Bibeltrogna Vänner.

8. Hardiman, D. *Healing Bodies, Saving Souls: Medical Missions in Asia and Africa*, Wellcome series in the history of medicine, Rodopi, 2006, [Elektronisk resurs skapad från abo-ebooks 2020-04-01], 10–14.

9. Se not 8.

10. Se not 8. Jfr Hylander 1934, 185.

11. Se not 8.

12. Så småningom kom en förskjutning ske i mycket missionsarbete så att sjukvården kom att ses som en verksamhet som stod på egna ben och inte i första hand var ett medel för att nå ut med en religiös övertygelse.

13. Yrlid, J. *Doktor Mattsson i Afrika*, Recito, Sandared, 2017, se särskilt 16–22.

14. Albert Schweitzer (1875–1965) var, efter Livingstone, sannolikt den läkarmissionär som vann störst berömmelse långt utan för traditionella missionskretsar.

15. BVÅB 1926, 80–81. Notera årtal för BVÅB anger aktuellt verksamhetsår, trycktes under våren följande år

16. Holmgren, G. ”Från forna tiders missionärer till dagens brobyggare. Nytänkande insatser i missionssjukvårdens spår”. *Läkartidningen*, 2002, vol. 99:23, 2657–2659.

17. Hardiman 2006, 5–6. Hardiman refererar Vaughan, M. *Curing their ills: colonial power and African illness*, Polity Press, Cambridge, 1991, 1–2.

18. Hardiman 2006, 17–18.

19. *Ras* (gammaletiopiska för ”huvud”) är en furstetitel som Tafari Makonnen fick vid fjorton års ålder.

20. Halldin Norberg, V. *Swedes in Haile Selassie's Ethiopia, 1924–1952. A study in early development co-operation*, Almqvist & Wiksell, Stockholm 1977. Halldin Norbergs avhandling undersöker hur regenten tillät och inbjöd utländska experter, inkl. missionsor-

ganisationer, till Etiopien.

21. Se vidare Eshete, T."The Sudan interior Mission (SIM) in Ethiopia (1928–1970)", *Northeast African Studies*, 1999, Vol. 6, No. 3, 27–57. https://www.jstor.org/stable/41925408 [2020-04-06], här 30–32 o. 35. Eshete lyfter fram regentens stöd för missionernas etablering, men också motstånd från grupper i Etiopien mot denna strategi.

22. Se not 20.

23. Även andra intressenter än missionsorganisationer tilläts etablera verksamhet i Etiopien. Harold G. Marcus har lyft fram hur Haile Selassie tillät en etablering av italienska sjukvårdsinsatser i Etiopien eftersom de bedömdes vara till fördel för den etiopiska befolkningen. Detta kan ses som ett parallellt skeende till att kejsaren tillät utländsk kristen mission etablera sig i landet, en jämförelse Marcus också gör. Marcus, HG. "Disease, hospitals and Italian colonial aspirations in Ethiopia, 1930–1935", *Northeast African Studies*, 1979, Vol.1, No. 1, 21–26. JSTOR, www.jstor.org/stable/43660346. Accessed 6 Apr. 2020, här 22 o. 24.

24. Pankhurst 1990, 206–208.

25. Eshete 1999, 30–33.

26. Eshete 1999, 47.

27. En fransk läkare o. bakteriolog var verksam i Harrar. Hylander hade inte mycket till övers för denne: *"Vem har hjälpt de flesta människor i Harrar, Anton eller den franske läkaren, som är vetenskapsman och bakteriolog? Naturligtvis är det Anton. Han har varit en lysande och strålande sol för nödens barn under det att fransmannen blott varit en svag månstråle för några blekansikten och en avstjälpningsplatsför pengar för några storgubbar."* Brev fr. Fride Hylander t. Axel B. Svensson, Harrar 16 jun. 1927, C11, Axel B. Svenssons arkiv, Landsarkivet, Lund, härefter: ABS arkiv.

28. BVMT 1927:3, 40.

29. BVÅB 1927, 76–77.

30. Haile Selassie kommenterade i sin självbiografi stödet till svenska missionsorganisationer för att bygga sjukhus och skolor. Han skrev också: *"These missionaries lived in harmony with the people at Addis Ababa, Harar, and Läqämte."* Halie Selassie I, *My life and Ethiopia's progress, 1892–1937: the autobiography of Emperor Haile Sellassie* I, i översättn. O. kommenterad av Ullendorff, E, Oxford University Press, London, 1976, 206–207.

31. Brev fr. Axel B. Svensson t. predikant Karl Löfdahl 8 dec. 1924, A:6, ABS arkiv.

32. Åtminstone ytterligare en namngav Svensson i senare brev: Lars Vitus (1900–1995). Brev fr. Axel B. Svensson t. Anton Jönsson 24 feb. 1925, A:6, ABS arkiv. Vitus verkade som läkare i Jönköping t. 1948 då han flyttade som missionsläkare t. Sydafrika.

33. Brev fr. Axel B. Svensson t. Anton Jönsson 24 feb. 1925, A:6, ABS arkiv.

34. Se not 2.

35. Jfr Hylander, F. "Över öknarna mot bergen". Hylander, F (red.), *Bortom bergen*, EFS-förlaget, Stockholm, 1953, 330–358, här 334–346, där Fride Hylander beskrev sina föräldrars tid i Harar på 1890-talet.

36. BVÅB 1925, 69.

37. Hylander, F. "Jag erinras om min forntid och min framtid när jag minns min ungdom".

Hofgren, A (red.), *Jag minns min ungdom*, EFS-förlaget, Stockholm, 1971, 35–47, här 36–39.

38. Se not 37.

39. Se not 37.

40. Se not 37.

41. T.ex. uppgav Hylander i dec. 1923 hemadress i Stockholm och i mar. 1924 i Uppsala. Brev fr. Hylander t. Axel B. Svensson 22 dec. 1923 resp. 15 mar. 1924, Stockholm resp. Uppsala, C11, ABS arkiv.

42. BVMT 1925:12, 186.

43. Widstrand, A (red.), *Svenska* läkare i ord och bild: porträttgalleri med biografiska uppgifter över nu levande svenska läkare, Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1939, 330. Notera dock att Widstrand felaktigt angivit 12 feb. i st.f. 12 mar. fr Hylanders med. lic.

44. Utdrag av protokollet, hållet i Karolinska medico-kirurgiska institutets lärarkollegium den 6 maj 1922, A1:1, Hylander arkiv.

45. Förordnande diarienummer a 867, Kungl. Medicinalstyrelsen, Stockholm 7 juli 1925, A1:1, Hylander arkiv.

46. Utdrag ur protokollet, hållet i Karolinska medico-kirurgiska institutets lärarkollegium 12 mar. 1926, A1:1, Hylander arkiv. Beslut fr. medicinalstyrelsen finns infört på protokollsutdraget.

47. Hylander 1971, 37.

48. Naemi Helgstrand var utexaminerad sjuksköterska fr. Sahlgrenska sjukhuset som tjänstgjort *”å såväl operations- som å förlossnings-, barn-, och röntgenavdelning samt å tuberkulossjukhus och å vanlig medicinsk- och kirurgisk avdelning”*. BVÅB 1925, 70.

49. BVMT 1925:12, 186.

50. Hylander, F, *Evangeliska fosterlandsstiftelsens ställning till Bibeln och bekännelsen*, BV-förlag, Stockholm, 1926, 179. Boken har karaktären av apologi, försvarsskrift, men avslöjar också att Hylander på det teologiska fältet ägde kunskaper utöver en god allmänbildning.

51. Hylander korresponderade m. historikern Viveca Halldin Norberg, som år 1976 var i slutfasen m. arbetet på en doktorsavhandling om etiopiskt-svenskt tidigt utvecklingssamarbete (se Halldin Norberg 1977).

52. Brevkoncept fr. Fride Hylander t. Viveca Halldin Norberg, odaterat, men troligen dec. 1976 el. tidigt 1977, A1:26, Hylander arkiv.

53. Se not 52.

54. Den folkgrupp el. de folkgrupper i Etiopiens inre som den svenska missionen sedan mitten av 1800-talet önskade nå benämndes m. det amhariska ordet ”galla”. Termen har aldrig använts av de berörda folken själva. I dag uppfattas ordet nedsättande o. har ersätts av begreppet *oromo*. I denna undersökning används ordet galla endast i direkta citat.

55. Se not 52.

56. Se t.ex. Hylander 1934, 50: *”Då det redan vid min utresa var bestämt, att vi skulle ägna oss åt mission bland de gallastammar, som äro hedningar, framkastade jag vid min utkomst tanken på Arossi som lämpligt arbetsfält.”*

57. Hylander 1934, 8.

58. Hylander, F, ”Missionen och tidsandan”, utdrag ur okänd publikation, 267, Hylander arkiv.

59. BVMT 1926:6, 94–96.

60. Sammanfattande redogörelse för D:r Hylanders sjukvårdsarbete i Abessinien november 1926 – maj 1932 (härefter *Sammanfattande redogörelse*), inlämnad t. Kungl. Medicinalstyrelsen. Kopia i A1:1, Hylander arkiv.

61. BVÅB 1926, 73.

62. Paret gjorde under resan också en avstickare till Jerusalem. Brev fr. Hylander t. Axel B. Svensson, Harrar 29 dec. 1926, C11, ABS arkiv.

63. Se not 61.

64. Anton Jönsson (1892–1968) var folkskollärare fr. Norra Rörum, som genomgått ett års medicinska studier vid Livingstone College i London. Edith Jönsson (född Korsholm, 1890–1971) fr. Köpenhamn, var sjuksköterska.

65. BVMT 1927:9, 135. Brevet skrivet i Harrar 20 jul. 1927.

66. BVÅB 1927, 132. Många av sjukdomsfallen återkom till polikliniken för flera behandlingar av läkare eller sjukvårdare. Årsberättelsen angav 21 274 sådana behandlingsbesök.

67. BVMT 1931:5, 77. Brev skrivet 4 mar. 1931 i Arussi.

68. Se not 60.

69. BVMT 1927:1, 6.

70. BVMT 1927:9, 135. Brevet skrivet i Harrar 20 jul. 1927.

71. Se not 70.

72. BVÅB 1927, 132.

73. BVÅB 1930, 148–149.

74. BVÅB 1927, 124 o. BVÅB 1930, 147. Notera att skillnaden i prevalens var ännu större än siffrorna antydde eftersom det totala antalet behandlade patienter var cirka 50 högre i Harrar jämfört med Arussi.

75. BVMT 1929:7, 104–107. Brevet skrivet 24 apr. efter återkomsten t. Harrar.

76. Se not 75.

77. Se not 60.

78. BVÅB 1927, 129–131.

79. Se not 60.

80. BVMT 1927:6, 84–86. Brev skrivna 25 jan. o. 10 mar. 1927 i Harrar.

81. BVMT 1927: 7, 102. Brevet skrivet i Harrar 26 maj 1927.

82. BVMT 1927:9, 135–136. Brevet skrivet i Harrar 20 jul. 1927.

83. Se not 82.

84. Se not 82.

85. Hylander 1973, 11.

86. BVMT 1928:9, 137. Brevet skrivet 24 jul. 1928 i Addis Abeba.

87. Hylander 1980, 39–40.

88. Se not 87.

89. Hylander kommenterade själv att Nathanael hade genomgått en mellanöronoperation. Hylander 1934, 27, och på bilder syntes pojken med bandage, se 19–20 o. 24.

90. BVMT 1930:2, 20.

91. BVÅB 1930, 147–148.

92. Se not 91.

93. Hylander 1934, 90.

94. Hylander 1934, 92. Hylander citerar Johannesevangeliet 11:25.

95. BVMT 1927:3, 40.

96. Brev fr. Hylander t. Axel B. Svensson, Harrar 29 dec. 1926, C11, ABS arkiv.

97. Haile Selassie nämnde inget om detta möte i sin självbiografi för tiden fram t. 1937, men Hylander var den ende svenske missionär som överhuvudtaget omnämndes i boken. Hailie Selassie 1976, 240 o. 258–259.

98. Brev fr. Hylander t. Axel B. Svensson, Harrar 17 okt. 1927, C11, ABS arkiv.

99. Se not 98.

100. Brev fr. Hylander t. Axel B. Svensson, Harrar 25 okt. 1927, C11, ABS arkiv.

101. Brev fr. Hylander t. Axel B. Svensson, Harrar 9 nov. 1927, C11, ABS arkiv.

102. BVMT 1928:3, s. 42. Brevet skrivet 20 jan. 1928 i Harrar.

103. Svensson blev också sjukhusets patient då han under besöket drabbades av malaria. BVMT 1930:2, 21.

104. BVMT 1930:2, 19–20.

105. Se not 104.

106. BVÅB 1928, 125.

107. Efter avlutad byggnation fick Hylander ånyo audiens inför ras Tafari Makonnen o. redovisade hur sjukhuset uppförts. Hylander 1980, 29–30.

108. Se not 70.

109. Se not 70.

110. BVÅB 1929, 94.

111. BVMT 1928:2, 22.

112. BVÅB 1926, 74–75.

113. BVÅB 1928, 88, 124–125 o. 134–139.

114. BVÅB 1930, 125–126.

115. Se not 114.

116. Se not 114.

117. Hylander 1934, 108–109.

118. ”Statistisk redogörelse för sjukvårdsarbetet i Arossi 1931.” Bil.t. brev fr. Hylander t. Axel B. Svensson, Arussi 20 feb. 1932, C11, ABS arkiv.

119. Hylander 1971, 36.

120. BVMT 1929:3, 36–40.

121. BVMT 1929:7, 104–107. Brevet skrivet av Naemi Hylander 24 apr. 1929 i Harrar.

122. Se not 121.

123. Hylander 1934, 19–20.

124. Hylander 1934.

125. BVMT 1930:7, 102–103. Brev skrivet av Naemi Hylander i Arussi 1 maj 1930.

126. Ett typiskt exempel på Hylander som upptäcktsresande finns i artikeln ”De hedniska Arussi-gallaernas land”, publicerade i BVMT 1931:1, 6–8. Hylander beskrev i artikeln geografiska förhållanden, etnologiska iakttagelser, flora o. fauna, religiösa uttryck o. sparsamma tidiga kontakter med européer. En andra del av artikeln publicerades i BVMT 1931:5, 74–75 i vilken Hylander tydligare redogjorde för valet av lats för BV:s nya missionsstation o. platsen för ett ev. andra sjukhusbygge.

127. Hylander 1934, 36, 50–51 o. 88.

128. Hylander 1934, 229.

129. BVMT 1931:5, 74–75.

130. Jfr Hylander 1980, 41–42.

131. BVMT 1931:5, 75–76.

132. Kejsaren hade erbjudit sig att bekosta byggnation o. utrustning, samt att lämna ett årligt anslag för medicinkostnader. BVMT 1931:3, 44.

133. Se not 131.

134. BVMT 1931:9, 134.

135. Hylander skrev närmare 50 år efter händelserna om konflikten att det rådde ”*oenighet däremot om ett […] institutionsbygge, därför att ledningen i Sverige gett olika order i fråga om bygget. Detta ledde till att tre familjer frånkopplades vidare inom BV …*”. Hylander 1980, 48.

136. BVMT 1926:6, 95. I artikeln om Hylanders missionärsavskiljning återgavs frågor som missionärskandidaterna skulle besvara jakande. En fråga inkluderade en formulering om att följa styrelsens beslut.

137. Efter Hylanders utträde ur BV:s tjänst normaliserades snart förhållandet mellan Fride Hylander o. Axel B. Svensson; flera vänliga brev mellan dem finns bevarade. Men efter att Svensson år 1961 till BV:s femtioårsfirande skrev sällskapets historia 1911–1961 utväxlades åter upprörda åsikter om konflikterna vid 1930-talets början. Se brevmaterial i Fride Hylanders resp. ABS arkiv och Hylander arkiv.

138. Holmberg, S (red.). *Svenska läkare*, Norstedt, Stockholm, 1959, 356. Paret Hylanders samtliga fyra barn föddes i Etiopien: Tvillingarna Ruth o. Nathanael i Harrar 1927, Nils-Olof o. Hervor i Arussi 1931 resp. 1932.

139. Se not 138.

140. Hylander beskrev hur den svenska ambulansens medlemmar hälsades av Haile Selassie med orden: *”Ni som tidigare varit här ha då framhållit, att ni älskat land och folk – – – och nu ha ni i krigets och farans stund återkommit för att visa, att det bakom eder predikan fanns allvar och verklighet!*” Hylander, F. ”Läkaremission i Etiopien”, *Svensk Missionstidskrift* 1950:2, 53–62, här 54. Se också Gustavsson & Nilsson 2006.

141. Hylander 1950, 57.

142. Se redogörelserna för uppförandet av Arussistationen i Hylander 1934.

143. Hylander 1953.

144. Hylander 1973.

145. T.ex. använder jag i mycket liten utsträckning Hylanders sista bok *Crabatto*, som dessutom i hög grad bygger på tidigare publicerat material. Hylander, F. *Crabatto: missionspionjärer berättar om revolutionens Etiopien med återblickar på gången tid*, EFS-förkaget, Stockholm, 1980.

146. Hylander 1953, 348. Hylander 1973, 7.

147. Hylander 1973, 7. Den italienske kirurgen Rocco Gritti (1828–1920) beskrev 1857 en teknik för underbensamputation då man kapade benet genom femurepikondylerna.

148. Hylander 1973, 12.

149. Hylander 1934, 112.

150. Hylander 1973, 8.

151. Hylander 1973, 8 o. 12.

152. Hylander 1953, 348.

153. Hylander 1953, 354.

154. Hylander 1953, 350–352. Hylander beskrev idealet *”att bland vildar bli vilde för att vinna vildar, enligt paulinskt föredöme”* med hänsyftning t. aposteln Paulus formulering i 1 Korintierbrevet 9:20–22.

155. Hylander 1973, 12. Ang. målgrupper kan antas att *Bortom bergen*, utgiven på EFS-förlaget, lästes främst inom missionskretsar, medan *Jordemodern* var fackorgan för svenska barnmorskor. En antydan t. att framställningen fr. 1973 är något ”friserad” kan ses i att Hylander skrev att han överlämnade sjukvården i Harrar efter fyra års arbete där (11). Hylander kom t. Harrar i nov. 1926 o. lämnade i dec. 1929, men det direkta ansvaret för sjukvården överlämnades redan i slutet av 1927 el. tidigt 1928.

156. Hylander 1973, 7–8.

157. Hylander 1973, 12.

158. Se not 157.

159. Se not 157.

160. Hylander 1973, 13.

161. Hylander 1970, 63.

162. Hylander kom dock att 1945 inväljas i Evangeliska- Fosterlands-Stiftelsen styrelse och var dess representant på flera missionärskonferenser i Etiopien. Lundström & Eriksson (red.) 2016, 115.

163. Hylander 1950, 57.

164. Pankhurst 1990, 75–80.

165. McGrew, Roderick E., *Encyclopedia of Medical History*, Macmillan, London 1985, 333–334. Uddenberg, Nils, *Lidande & Läkedom II, Medicinens historia från 1800 till 1950*, Fri Tanke, Lidingö 2015, 241–243.

166. Brev t. Josef Svensson fr. Fride Hylander, Arussi 8 sep 1931, A1:27, Hylander arkiv. I samma brev skrev Hylander en ”önskelista” som upptog luminal eller annat sömnmedel, kalciumfosfat, vismut och kejsargrönt till kliniken i Arussi.

167. Hanner, Knut, ”Några erfarenheter från tioårig läkarverksamhet i Abessinien”, Särtryck ur *Hygiea* 1936, bd 98, häfte 18, 612 (hela artikeln 609–624). Hanner (1880–1973) verkade som läkare vid kejsarens sjukhus i Addis Abeba 1926–1936. Han var inte knuten till någon missionsorganisation.

168. Hylander 1973, 19.

169. Lundström & Eriksson (red.) 2016, 115 o. 491. Hylander 1980, 68–69.

Jan Halldin

Koleraepidemin i Stockholm 1834

Nedanstående text om koleraepidemin i Stockholm 1834 är ett sammandrag av Claes Lundins text "Koleratiden" i kapitlet "Farsoter" i boken "Gamla Stockholm. Anteckningar ur tryckta och otryckta källor" framletade, samlade och utgivna av Claes Lundin och August Strindberg första gången i nio häften 1880 – 82 på Josef Seligman & C:is förlag. Boken har utgivits flera gånger. Denna upplaga är från 1974.[1]

Sommaren i Stockholm år 1834 var het och torr. Koleran hade under de närmast föregående åren hemsökt flera platser i Europa men inte visat sig i Sverige. För många var de gamla pesttiderna glömda. Människor inbillade sig att Sveriges, och särskilt Stockholms klimat, skyddade mot farliga epidemiska sjukdomar.

År 1831 hade den asiatiska koleran spridit sig till Rysslands och Preussens landsdelar vid Östersjön. En kungörelse hade utfärdats om vad man borde iaktta om sjukdomen skulle dyka upp i vårt land. Ett flertal avhandlingar om *Cholera Morbus*, dess kännetecken och behandling, kom ut från trycket. Svenska Läkare-sällskapet gav 1834 ut *Kort underrättelse om sättet att försvara sig mot choleran*. Rökning ansågs vara ett verksamt sätt att förebygga sjukdomen. Rökkulor, bestående av pulveriserat svavel, harts, koksalt, trätjära, renat salpeter och renat kamfer, vilket blandades med vetekli och formades till kulor av valnötsstorlek, framställdes.

Även om befolkningen i Stockholm på olika sätt försökte bygga upp ett försvar mot smittan, trodde nog flertalet inte att den skulle komma till huvudstaden. I *Aftonbladet* kunde man 1832 läsa om kolerans härjningar i Paris, men det är långt mellan Paris och Stockholm, resonerade man.

Sommaren 1834 utfärdade Överståthållarämbetet förbud mot försäljning av skämd fisk och omogen frukt samt noggrann tillsyn över hundar, då några djur insjuknat i vattuskräck. På sommarkvällarna gick människorna ut på Djurgården och till Djurgårdsteatern för att se teater eller till Djurgårdens skolhus för att lyssna på soaréer.

Men så en dag hördes plötsligt: *Koleran är i Göteborg!* Den 8 augusti kunde man i *Dagbladet* läsa att den kungliga karantänkommissionen i Stockholm från landshövdingeämbetet i Göteborg mottagit en rapport om en i Göteborg utbruten, hastigt dödande sjukdom. I rapporten klagades över brist på läkare, men redan den 6 augusti hade flera läkare från Stockholm uppmanats att resa till Göteborg. Den 7 augusti hade karantänkommissionen utfärdat en kungörelse om karantän för fartyg och båtar från Göteborgs och Bohus län. Samma dag utgav Kgl. Mjt. en rundskrivelse till samtliga konsistorier med befallning att låta i kyrkorna varje söndag uppläsa denna skrivelse med bifogad bön. Nu tvivlade man inte längre. Läkare skyndade till Göteborg inte endast från Stockholm utan även från Köpenhamn med flera orter.

Man hoppades fortfarande på att kunna stänga ute sjukdomen från Stockholm. Förutom sjökarantänen lades därför till en karantän för dem som anlände på

landsvägen till huvudstaden från Göteborg, Vänersborg och Jönköping. De sistnämnda två städerna hade också haft kolerautbrott. Resande från någon av dessa tre städer skulle undergå tio dygns karantän. Om resande kom från någon för smitta ”misstänkt” ort gällde fem dygns karantän. Karantänvistelserna skulle genomgås på de gästgivargårdar som låg närmast huvudstaden; Fittja, Barkarby, Rotebro, Ensta och Lenna. Till var och en av dessa skickades en polisbetjänt.

Till Jönköping skall sjukdomen ha förts av den populäre och uppburne skådespelaren Anders Collberg (1802 – 1834) som sedan 1831 varit anställd på den Kungliga teatern.

Bild 1. *Anders Collberg. Teckning av K. Wahlbom. K. teatern, Stockholm.*

Tillsammans med de andra skådespelarna i teaterensemblen hade Collberg spelat ett par föreställningar i Göteborg. Ensemblen hade därefter flytt till Jönköping dit de anlände den 4 augusti. Collberg kände sig då illamående och avled den 8 augusti i kolera. Denna underrättelse gjorde att oron i Stockholm steg för varje dag. Det utkom föreskrifter om ökad noggrannhet i den offentliga miljön.

Undersökningar gjordes den 13 augusti i alla hökarbodar (ålderdomligt uttryck för livsmedelsbutiker). I flera av dem konfiskerades varor som var skämda.

För att bekämpa de återkommande koleraepidemierna inrättades i enlighet med en kunglig förordning 1831 i Norrköping liksom i andra städer en särskild sundhetsnämnd.[2] Den trädde i verksamhet koleraåret 1834 och åter 1850, då farsoten på nytt kom till Sverige.

Det inrättades i Stockholms olika församlingar också speciella sundhetsbyråer för att i varje församling ha en samlingsplats varifrån hjälpen kunde utgå. På Riksarkivet finns bland annat kolerajournaler förda vid sundhetsbyråerna arkiverade.[3] Den 14 augusti tillkännagavs att sundhetsnämnden var i full verksamhet i alla församlingar och såg till att det fanns tillräckligt med läkare liksom betryggande

läkemedelsförråd. Särskilda sjukhus hade också ställts i ordning.

Man förberedde sig efter bästa förmåga samtidigt som de flesta inte trodde att sjukdomen skulle hitta vägen till huvudstaden. Det sista offentliga nöjet i musikväg blev en konsert i Kungsholms kyrka den 18 augusti. Samma dag inträffade det första kolerafallet i Stockholm. Sjötullsvaktmästaren Malmberg befann sig i ett tjänsteärende ombord på ett engelskt fartyg i Stockholms hamn då han akut insjuknade i fullt utvecklad kolera. Han fördes till Serafimerlasarettet och avled följande dag. En dalkulla insjuknade samtidigt i sitt arbete på Tjärhovsgatan på Södermalm men tillfrisknade. Rodderskan Maria Engström blev akut sjuk kl. 8 på morgonen den 20 augusti och avled klockan 1 på eftermiddagen samma dag. Därefter avled fler och fler i pandemin.

Myndigheterna gjorde vad de kunde för att förhindra spridningen av farsoten och dess följder. Överståthållaren, friherre Sprengtporten, omnämns speciellt som ytterst outtröttlig. Ett flertal andra läkare, bland andra förste stadsläkaren livmedikus J. D. Ahlberg, medicinalrådet Trafvenfelt, professor v. Döbeln, livmedikus af Pontin, professor Romander, professor Cederskjöld, livmedikus Ekman samt doktorerna Westman och Setterblad omtalas också som aktivt ingripande mot pandemin.

Det största, av de särskilt iordningsställda sjukhusen, var Sifwertska Kasernen vid Tjärhovsgatan med 239 sängar, därefter tillkom ett nytt sjukhus vid Kartagos backe, på Hantverkargatan i närheten av Garnisonssjukhuset på Kungsholmen, med 100 sängar och ett vid stadens norra kasern också med 100 sängar, dessutom ett sjukhus på Kastellholmen med 70 sängar och ett på Sabbatsbergs värdshus också med 70 sängar. Vidare hade till sjukhus, Jakobs och Johannis församlingars försörjningshus med 54 sängar och Piperska Muren med 50 sängar, inrättats.

Att få fram ett sjukhus i ”Staden inom broarna” visade sig vara svårt. De sjuka fördes sjöledes från denna stadsdel till Kastellholmen till dess att Frimurarorden genom förmedling av kronprinsen upplät sitt hus på Riddarholmen där 46 sängar kunde få plats. På Södermalm fanns förutom Sifwertska kasernen två mindre sjukhus. På Djurgården förvandlades ett skolhus till kolerasjukhus. Värdshuset Claes på Hörnet i hörnet Surbrunnsgatan och Birger Jarlsgatan i Vasastan kom också att utnyttjas som sjukhus.

Bild 2. *Värdshuset Claes på Hörnet användes som sjukhus under koleraepidemin 1834. Hörnet av Roslagsgatan 8 – Surbrunnsgatan. 1904. FOTOGRAF: Larssons ateljé. Stadsmuseet i Stockholm.*

Det gamla sockerbruket vid Ladugårdslands Tullgata (nuvarande Tyskbagargatan) togs i bruk som sjukhus för garnisonen. För sjukhusens behov antogs 318 sköterskor och 211 sjukhusdrängar eller bärare. Stockholm förklarades som smittad av kolera den 25 augusti 1834. Vid månadens slut var alla delar av staden smittade. Allra värst drabbad av koleran var Katarina församling på Södermalm. I huvudstaden rådde en allt dystrare stämning.

Många olika råd i syfte att förhindra smittan presenterades i både tal och skrift. Man hade ofta svårt att veta vilka uppmaningar man skulle följa. Det står i boken att de förståndigaste följde Svenska Läkaresällskapets *"Kort underrättelse om sättet att försvara sig mot choleran"*, som spreds i tusentals exemplar. De rysligaste historier spreds om koleran.

> *En kvinna hade berättat att på sjukhusen gjorde man sig av med dem som fördes dit. Brunnarna var förgiftade, det hade man hört sedan länge. – Si de rika vilja bli av med de fattiga.*
>
> *En arbetskarl på Söder hade fått kolera och förts till sjukhuset. Hans hund hade följt med honom. När den sjuke kommit i säng och sjuksköterskan skulle ge honom medicin, spillde hon några droppar på golvet. Hunden slickade upp dropparna och dog omedelbart.*

Nog kunde koleran vara farlig men ännu farligare var det att hamna på sjukhus, resonerade man.

> *En annan historia omtalade att kronprinsen hade klätt ut sig till båtsman, låtsats att han var sjuk och förts till sjukhus. Väl där, hade han doppat en guldkråsnål i de medikament man ville ge honom. Då kråsnålen omedelbart svartnade, menade kronprinsen, att man gav de sjuka gift och förebrådde läkarna på det skarpaste.*

Då liknande historier omtalades varje morgon, tvättades och kläddes barnen med uppmaningen att vara mycket snälla. Stygga barn fick genast kolera, ansåg man.

På bröstet bands en kopparplåt som ansågs skydda mot smitta, då ingen kopparslagare hade fått kolera. Därför kunde vem som helst skydda sig med en sådan plåt, som kunde vara rund, trekantig eller fyrkantig med avrundade hörn. Kopparplåten skulle hela tiden täcka bröstgropen men ärgade så småningom utan någon nytta för hälsotillståndet. Efter en tid hittade man nya finpolerade plåtar som inte medförde någon olägenhet. Sedan kom också amuletter eller sidenpåsar med kamfer i bruk

Maggördlar, speciellt polska sådana, kom också att användas till och med av barn. När barnen var helt utrustade gav man dem ett glas med tjärvatten att dricka och stack en bit kalmusrot i munnen på dem. Egentligen ville man att barnen skulle tugga vitlök, som ansågs nyttigare, men barnen vägrade. På grund av smittorisken fick barnen inte gå ut och leka. Svårare att motstå var förbudet mot att äta frukt.

I *Dagbladet* kunde man på morgonen läsa om hur många som insjuknat, som låg sjuka och hur många som dött senaste dygnet. Siffrorna steg hela tiden. I början på september befanns under det senaste dygnet över 200 insjuknade, 400 kvarliggande sjuka och 100 döda. På kvällen rådfrågades *Aftonblade*t om smittan.

Många i befolkningen hade ändlösa tvister om hur man skulle hålla smittan borta. En del hävdade att man bara skulle äta grönsaker, andra sa att det bästa var att hålla sig till kött. En annan hade hört från Söderköping att en doktor Lagberg i ett föredrag rekommenderade bloduttömningar i mängd med tjogtals blodiglar på huvudet och högar av iglar på andra kroppsdelar. Föredraget avbröts av ett hjärtskärande skrik från övervåningen. Det var en kolerasjuk som fått ett outhärdligt krampanfall. De främmande personerna i huset avlägsnade sig hastigt. Den krampande patienten var efter några timmar allenast ett lik.

Människorna gick tidigt hem på kvällarna. Om aftonen i slutet av september var det skumt i portgångarna, de som steg in stötte kanske mot en likkista.

En ny förordning hade utfärdats: de döda skulle hämtas tidigt på morgonen. För att undvika uppehåll i hanteringen skulle liken utan föregående tvättning eller svepning bäras ned i portgången för att vara tillgängliga för avhämtning vid likvagnarnas ankomst. Den avlidnes efterlevande ville så snart som möjligt bli av med en död kropp varför de ofta redan aftonen innan fört ned liket i husets nedre förstuga.

Begravningsplatser var: Nya kyrkogården utanför Norrtull, Enskede egendoms utmark vid Skanstull, en vid Laboratorium befintlig plats (som 1809 nyttjats för begravningar) samt Ladugårdslands under pesttiden 1710 för samma ändamål begagnade fattigkyrkogård på f.d. Kammeckerska tomten (nuvarande kvarteret Nybrogatan 75-75 F på Östermalm).

Bild 3. *Kolerakyrkogården 1997 vid Enskede egendoms utmark utanför Skanstull,*
Fotograf Per Skoglund, Utrednings- och statistikkontoret, Stockholmskällan.

Det fanns hos en del en fruktan för att bli levande begravd och många inbillningsrika historier berättades om sådana begravningar. Smittans kulmen nåddes i Stockholm dygnet 10 – 11 september. Från klockan 8 på morgonen den 10 september till klockan 8 på morgonen den 11 september insjuknade 449 personer i kolera, 1661 var kvarliggande sjuka och 217 personer avled. Efter detta dygn minskade både de insjuknades och de dödas antal.

En person som i huvudstaden omtalades för sin outtröttliga och oegennyttiga möda för att motarbeta farsoten var greve Otto August Cronhielm (1800–1834), ordförande i Klara Församlings sundhetsnämnd och en framstående medlem av Riddarhuset och där en av oppositionens ledare. Mitt under sitt arbete att motarbeta farsoten, angreps han själv av kolera och avled den 9 september endast 34 år gammal.

Otto August Cronhielm.
iniatyrmålning. Docent O. Heilborn, Stockholm

Bild 4. *Otto August Cronhielm Miniatyrmålning. Docent O. Heilborn, Stockholm.*

Det var inte förvånande att farsoten främst drabbade de fattiga men de mer ekonomiskt lottade skonades inte. Riksdagen fortsatte sin verksamhet under hela tiden som koleran grasserade i Stockholm.

Allmänna sundhetsnämnden hade i farsotens början tillstyrkt att Kungliga teatern åter skulle öppna den 1 september. Människor måste ha tillfälle att förströ sig, ansåg man. Djurgårdsteatern hade dock fortsatt att spela utan att något enda sjukdomsfall kunde härledas därifrån.

Kungliga teatern öppnade åter på utsatt dag med bland annat komedin ”Landtpoeten” av Destouches. I pjäsen uppträdde Jenny Lind, då 14 år gammal. Det kom emellertid alltför få åskådare till teatern som åter stängde den 9 september vilket då också Djurgårdsteatern gjorde.

I början av oktober 1834 kunde för denna gång koleran i Stockholm anses besegrad. Den 12 oktober var en glädjedag. Ingen hade dött i kolera under det senaste dygnet. På aftonen denna dag gick man till Kungliga teatern och såg ”Hedvig eller Banditbruden” samt ”Kalifen i Bagdad”.

Några upptäckter som lett till att koleran kunnat bekämpas

Under år 1834 hade i Stockholm 7 895 personer insjuknat i kolera och av dessa hade 3277 avlidit. När kolerasmittan kom till Sverige 1834 hade någon orsak till smittan ännu inte hittats. Först tjugo år senare 1854, då koleran drabbade London, kunde den engelske läkaren John Snow (1813 – 1858) lokalisera smittkällan till förore-

nat dricksvatten, i detta fall till en vattenpump vid Broad Street, numera Broadwick Street i Soho. Två dagar efter det att pumpen stängdes av började också smittan att klinga av.[4]

Den tyske läkaren och bakteriologen Robert Koch (1843–1910) upptäckte den kommaformade kolerabakterien, *Vibrio cholerae* 1883.[5] Så småningom kom också ett vaccin mot kolera. Den ukrainsk-franske bakteriologen Waldemar Haffkine (1860–1930) vaccinerade 1894 under en koleraepidemi i Indien 20 000 frivilliga med mycket gott resultat.[6]

Sammanfattning och slutsatser rörande koleraepidemins handläggning i Sverige 1834

Redan 1831, tre år innan kolerasmittan nådde Sverige, gjordes förberedelser för vad som borde göras om smittan nådde vårt land. Flera avhandlingar om *Cholera Morbus* trycktes. Svenska Läkaresällskapet gav ut en skrift om hur man skulle försvara sig mot koleran.

I enlighet med en kunglig förordning 1831 inrättades i Norrköping liksom i andra städer en särskild sundhetsnämnd, vilken trädde i verksamhet 1834. Sundhetsnämnden såg till att det fanns sjukvårdspersonal, provisoriska kolerasjukhus, speciella kolerakyrkogårdar och tillräckliga förråd av läkemedel. I varje församling i Stockholms stad inrättades också en sundhetsbyrå.

Det fanns också en kunglig karantänkommission som utfärdade karantän för båtar och fartyg från Göteborgs och Bohus län. Sedan tillkom också en landsvägskarantän för resanden till Stockholm från bland annat Göteborg. Resanden måste undergå ett antal dagars karantän på någon av fem nämnda gästgivargårdar.

Min slutsats om handläggningen av kolerapandemin 1834 i Sverige och speciellt i Stockholm är att den var imponerande framsynt, inte minst med tanke på de svårigheter rörande bland annat bristfälliga kommunikationer som rådde i Sverige för snart 190 år sedan.

Varför fanns inte samma framsynthet att initialt möta Coronapandemin i Sverige 2020?

Summary

From 1831, three years before the cholera outbreak in Stockholm 1834, preparations were made to meet the epidemi if it reached us. A royal announcement was issued, and several thesis in the subject were published. The Swedish Medical Association (Svenska Läkaresällskapet) published ”A short information about the way to defend oneself against cholera”. The Health Commission in Stockholm City was established och saw that there were to be found health care personell, temporary cholera hospitals, special cholera cemeteries and sufficient of drug supplies. In every parish in Stockholm City a health division also was established.

The Royal Quarantine Commission promulgated quarantine for boats and ships from Gothenburg and Bohuslän. A main road quarantine, for travellers to Stockholm from among other places Gothenburg, was also promulgated.

My conclusion about the processing of the cholera outbreak in Sweden and specially in Stockholm 1834 is that it was impressive foresight. Where was this foresight to be found when we initially met Coronapandemin in Sweden 2020?

Referenser:

1. Lundin C. Kap. VI. Farsoter, *Koleratiden.* I: Lundin C, Strindberg A. Gamla Stockholm. Anteckningar ur tryckta och otryckta källor, framletade, samlade och utgivna. Stockholm: Gidlunds förlag, 1974: 182 – 94.
2. Riksarkivet. Sundhetsnämnden (1831 – 1874). Länk till posten: __https://sok.riksarkivet.se/agent/jv3Bzyyw18dMZ6wVkUynzE1 *Hämtad 20220205*
3. Riksarkivet. Journaler förda vid sundhetsbyråerna. Länk till posten: https://sok.riksarkivet.se/arkiv/0iWOqhBbyYDFfKfBkXyW7F *Hämtad 20220205*
4. Uddenberg N. Lidande och läkedom II. Medicinens historia från 1800 – 1950. Fri Tanke förlag. 2015, sid 225
5. Uddenberg N. Lidande och läkedom I. Medicinens historia fram till 1800. Fri Tanke förlag. 2015, sid 144.
6. Uddenberg N. Lidande och läkedom II. Medicinens historia från 1800 – 1950. Fri Tanke förlag. 2015, sid 227.

Jan Halldin
leg läk, med dr
jan.halldin@gmail.com

Jan Halldin

Några avtryck i svensk text- och bildkonst på 1834- och 1866 års kolerautbrott

Journalisten *Olle Thim,* redaktör för boken *I samhällets utkant. Ur Stockholms sociala historia*, gör i kapitlet ”Magi och folklig tro – vetenskap och framsteg” medicinhistoriskt intressanta notiser om bland annat koleran som drabbade Stockholm 1834.[1]

Under koleraepidemin 1834 fruktade på slottet kungen Karl XIV Johan pöbelupplopp. Skaror av skräckslagna människor hade samlats i gemensamma misstankar om att överheten försökte förgifta dem. Man hade talat om att tända eld på sjukhusen vilket skulle ha skett i andra städer. Kungen bad dock riksdagen att fortsätta sitt arbete som vanligt.

Esaias Tegnér

Skalden Esaias Tegnér (1782–1846) var riksdagsman och vistades i huvudstaden 1834 under riksdagen. I början av augusti skrev han hem med bitande ironi:[1,2]

”Utsikterna för landet äro rätt vackra: missväxt, kolera, fäpest och riksens ständer ändå friska!”

Han tyckte det ”var ömkligt att se den allmänna räddhågan för koleran, som rider som en trollpacka på en sopkvast genom rymden utan att fortplantas genom människor”. Slutligen fann han dock Stockholm med dess ”odrägliga kvalm och tyngd, som om himlen vore en vulkanisk ugn”, alldeles outhärdligt och reste hem till Vexiö. Under det han låg i karantän på Kolmården skrev han ned följande vers i sångerskans, friherrinnan Ridderstolpes album på Stafsjö:

På glödgad himmel lik en pestböld sitter
den röda solen, smittan går sin gång,
och kyrkogården blifver snart för trång,
och lundens fåglar tystna med sin sång,
så sjung i stället du, och låt oss dö i sång. [2]

Johan Olof Wallin

Psalmförfattaren Johan Olof Wallin (1779–1839) befordrades 1818 till pastor primarius och kyrkoherde vid Storkyrkoförsamlingen i Stockholm. Han stannade kvar där till 1837, då han blev ärkebiskop i Uppsala där han efter två år avled den 30 juni 1839.[3]

Wallin var riksdagsman i prästeståndet 1815 och vid alla riksdagar 1823–34.[3] Han gjorde sig också känd som sin tids store miljökämpe.[4] Under sin tid som kyrkoherde

i Storkyrkoförsamlingen kallade han vattnet för denna ”orena stillastående smörja, som snart förlorar alla egenskaper av rinnande vatten, är en aldrig sinande källa till sjukdomar, farsoter, pestartade febrar, vilka än en gång skola utbreda digerdöden över Norden”.[1] Hade Wallin, långt innan engelsmannen John Snows upptäckt 1854 att kolerasmittan spreds via förorenat vatten, anat vattnets betydelse som smittobärare av kolerabakterien. (Se också min artikel i detta nummer om koleraepidemin i Stockholm 1834)?

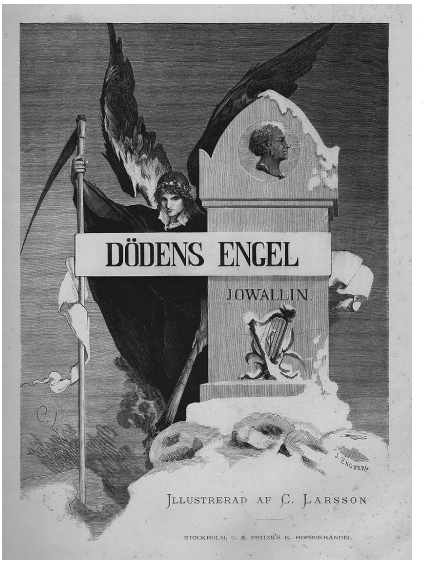


Bild 1. *Titelblad för 1880 års utgåva av boken Dödens Ängel av Johan Olof Wallin med Carl Larssons illustrationer.*

Dödens Engel

Wallin skrev dikten (religiöst poem) *Dödens Engel* under 1834 års koleraepidemi. Dikten genomgick omarbetningar och fullbordades under Wallins sista sjukdom. Den har delvis inspirerats av koleraepidemin och består av inte mindre än 37 strofer. Dikten gavs ut som bok 1839 – samma år som Wallin avled och har även setts som hans svanesång.

1880 gavs boken *Dödens Engel* ut med illustrationer av konstnären Carl Larsson (1853–1919). Illustrationerna är graverade av xylograferna J. Engberg, W. Meyer, R. Lindgren och E. Hansen.[5] Stroferna omges av dödssymboler som liar, timglas, slocknande facklor och änglavingar.

Den kusliga styrkan och andan i kolerans framfart avspeglas i den femte strofen av *Dödens Engel*

Strof 5 i Dödens Engel:

Jag är den starke, som hafver magten,

Till dess en starkare komma skall,

På höga fjellen. i djupa schakten,

Det är min anda, som susar kall.

De smittans ilar,

Som rensa länder,

De nattens pilar,

Som ut jag sänder,

De slå sitt offer, och slaget tål

Ej mur af koppar, ej sköld af stål. [5]

Carl Larsson och koleran 1866

I sin självbiografiska bok *Jag* från 1931 skriver Carl Larsson att när han tänker tillbaka, så tittar ur minnets hålor fram en hemsk bild av koleran i Stockholm år 1866.[6] Själv var han då tretton år gammal.

Familjen bodde i ett litet bygge för sig i ett av gårdarnas ena hörn på Grev Magnigränd (senare Grev Magnigatan) 7 eventuellt 5 på Ladugårdslandet (före 1885 namnet på stadsdelen Östermalm i Stockholm). Fadern skulle sköta vad som kallades gård och gata, på både sjuan och femman, varför familjen fick bo hyresfritt. I själva verket var det sonen Carl som fick sköta allt detta. Han steg upp fem på morgonen för att sopa, skotta och vintertid med spett hacka upp isen i rännstenarna.

En morgon då det hade snöat under natten väckte fadern honom redan i ottan klockan fyra. Han fick då gå upp för att skotta fram gångar medan fadern begav sig till sitt arbete ute på stan. När modern gick ut för att köpa kaffegrädde vid sjutiden på morgonen fann hon sonen Carl liggande medvetslös i en snödriva.

De bägge husen, som Carl skulle sköta, bestod vardera av tre våningar med en mängd rum, som låg vid långa gångar. I varje rum bodde vanligtvis två till tre familjer; det var smutsigt och eländigt. Dit längtade självklart allehanda sjukdomar och då inte minst koleran. Många insjuknade i farsoten i dessa två hus, som dagligen hade besök av fattig- och regementsläkaren doktor Berlin. Denne kunde dock inte göra så mycket. Han snusade och tittade över brillorna på de sjuka. Han sa till min far att hålla efter

packet samt röka i trappor och gångar med tjära tre gånger dagligen.

Det blev så klart sonen Carl som fadern anförtrodde detta jobb. Carl glödgade en stor sten som han lade i en bleckpyts full med tjära, sedan skyndade han sig uppför de tre trapporna in i de trånga, långa gångarna och sedan ner igen men då var han nästan kvävd.

Det var en förfärlig tid. En hel familj, nyligen anländ från Småland, med ett flertal döttrar i olika åldrar, utplånades på två dagar. Nästan alla barn i de bägge husen dog och av dem fanns det många, ty det följer med fattigdomen, skriver Carl Larsson.

Så småningom ebbade koleraepidemin ut. Enligt Carl Larsson var det i Stockholm, förutom på Södermalm, nästan endast dessa två hus på Grev Magnigränd som drabbades av koleran. Carl Larsson skriver i slutet i avsnittet om koleran: ”Högt värderade världsförbättrare, söken först och främst få människor att hålla smutsen och ohyran från kroppen och hemmen!”

Om sin mor anför han kärleksfullt: ”Min mamma var alltid, i all vår djupa fattigdom, renlig och ordentlig, och det är väl därför jag och hela familjen gingo klara undan Cholera asiatica.”

Säkerligen hade Carl Larsson sina egna upplevelser från koleran 1866 i tankarna då han illustrerade Johan Olof Wallins dikt Dödens Engel 1880.

Hans eget liv hade dessutom under slutet på 1870-talet och början av 1880-talet präglats av svårigheter av olika slag. Han hade 1873 inlett ett förhållande med en elev vid Konstakademin, Vilhelmina Holmgren, något äldre än han själv. Han fick två barn med henne, båda barnen avled i späd ålder. Vilhelmina dog själv i samband med det andra barnets födelse 1877. [6,7,8,9]
Carl Larsson sörjde Vilhelmina djupt, om sommarnätterna gick han ut på kyrkogården och sov på hennes grav.[9] Dessutom hade han ekonomiska bekymmer speciellt under de första Parisåren, då han kunde gå utan mat i flera dagar. Han såg svart på

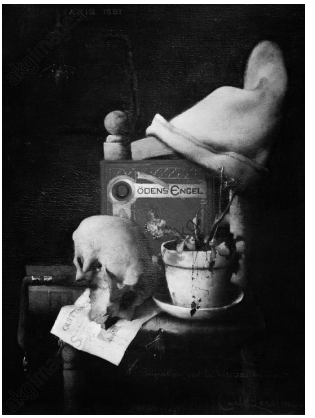


Bild 2. *Résignation, c`est la dernière religion.*
Olja på duk 81 x 60. Sign. Carl Larsson Paris 1881.

framtiden och stod vid självmordets rand.[8,9] Tack vare målarkamraters bistånd fick han hjälp.[8,9] Han upplevde dock bristfälligt stöd från akademin ifråga om stipendier och konstnärlig stimulans.[9]

Ett vanitas-stilleben

Vanitas (latin för fåfänglighet eller tomhet) är ett motiv i konst och litteratur som skall påminna om livets förgänglighet.[10] Oljemålningen *Résignation, c'est la dernière religion* är ett vanitas-stilleben av Carl Larsson från 1881, som är typisk för den symbolism som konstnären med förkärlek fyllde sina bilder med i detta tidiga skede av sitt konstnärskap.[7] Målningen speglar också hans av motgångar präglade livssituation speciellt under de första Parisåren.[7]

Summary:

The cholera outbreak in Sweden 1834 has been described by some Swedish artists; the poet Esaias Tegnér, the psalm writer Johan Olof Wallin and the visual artist Carl Larsson (C L): the latest artist (C L) has also told us about his own experiences from the cholera outbreak 1866. C L is also of special interest, since he had illustrated Johan Olof Wallins religious poem The *Angel of Death* (Dödens Engel) 1880. CL had also made the oil painting "*Résignation, c'est la dernière religion"* 1881. This oil painting came to after a dark period in his life.

Referenser:

1. Thim. O. Magi och folklig tro – vetenskap och framsteg. Medicinhistoriska notiser av Olle Thim. I Thim O. Redaktör. I Samhällets Utkant. Ur Stockholms sociala historia. Tidens förlag. Folksam. Utbildningsradion. Tidens förlag. 1989: 125 –140.
2. Svenska teatern/koleran - Wikisource (ladda ner och du får upp hela texten: Personne N. Svenska teatern: några anteckningar 6. Under Karl Johanstiden: 1832– 1835: 1 – 7).
3. Wikipedia. Johan Olof Wallin. https://sv.wikipedia.org/wiki/Johan_Olof *Hämtad 210611*
4. Dalarnas Tidning (dt). De ger en ny bild av J O Wallin. 2004-04-01. https://www.dt.se/artikel/de-ger-en-ny-bild-av-j-o-wallin. *Hämtad 210611*
5. Wikisource. Dödens Engel av Johan Olof Wallin. Illustrerad av Carl Larsson. https://sv.wikisource.org/wiki/D%C3%B6dens_Engel_1880. *Hämtad 220206* (genom att klicka på länken i referens 5 och samtidigt på Ctrl-knappen på datorn får ni upp dikten *Dödens Engel.* Rulla sedan fram bilderna på de 37 stroferna med symboler).
6. Larsson Carl. Jag. Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 1931.
7. Nationalmuseum. Carl Larsson. Bokförlaget Bra Böcker/Förlags AB Wiken och författarna. 1992.
8. Gedin Per I. Jag: Carl Larsson. En biografi. Albert Bonniers Förlag, 2011.
9. Alfons H. och S. Carl Larsson: Skildrad av honom själv i text och bilder. Stockholm: Albert Bonniers Förlag. 1977.
10. Wikipedia. Vanitas**.** https://sv.wikipedia.org/wiki/Vanitas *Hämtad 210611.*

Jan Halldin
leg läk, med dr
jan.halldin@gmail.com

Bo. S. Lindberg

Skengraviditet

Skengraviditet innebär att kvinnan tror att hon är gravid och har många objektiva tecken på detta såsom ökande bukomfång, förstorade bröst och sekretion från bröstvårtorna. Ofta upphör menstruationerna eller blir små och glesa. Hon känner sig också illamående och uppger sig känna fosterrörelser och får värkar vid den förväntade tiden för förlossningen. Speciellt kvinnor nära klimakteriet kan tro det rör sig om en graviditet. Allt liknar en vanlig graviditet utom att det inte finns något foster. Liknande tillstånd hos män kallas *couvade*, men det är inte erkänt som sjukdom på samma sätt som skengraviditet.Redan Hippokrates beskrev 12 fall av skengraviditet som han sett. Han trodde att det ökande bukomfånget berodde på luft och innestängt blod eftersom menstruationen upphört. William Harvey kände också till tillståndet och beskrev det 1651 i *Exercitationes de generatione animalium. Quibus accedunt quaedam de partu; de membranis ac humoribus uteri; & de conceptione* (Studier över djurens utveckling jämte några anmärkningar om förlossningen, livmoderns hinnor och vätskor).[1] Harvey påpekade också att motsvarande tillstånd kan finnas hos hundar, kattor, vargar och andra djur. Det kallas då skendräktighet och har föranlett spekulationer om att det skulle kunna förekomma en allmängiltig modersinstinkt hos alla varelser av honligt kön. Den store franske obstetrikern François Mauriceau ansåg att det ökade bukomfånget orsakades av luft blandat med vatten.[2]

Skengraviditet har också kallats pseudograviditet och på engelska *spurious pregnancy* eller *phantom tumour*. Benämningen *pseudocyesis* [av grekiska *pseudes* (falsk) och *kyesis* (graviditet)] fick tillståndet 1820 av John Mason Good i *A physiological system of nosology with a corrected and simplified nomenclature,*[3] den första stora allomfattande listan över alla tänkbara psykiska och neurologiska tillstånd och rubbningar hos människan.

Frekvensen varierar i olika undersökningar mellan fem och 30 per 100 000 förlossningar. En intensiv längtan efter att få barn är kanske den viktigaste bakgrundsförklaringen. Under 1500– och 1600-talen ansåg man att skengraviditet berodde på sexuell avhållsamhet och frustration – men Mauriceau ansåg att det berodde på för mycket sex.

Den hittills största sammanställningen av fall av skengraviditet gjordes av den amerikanske psykologen George Bivin. Han dog innan han hann publicera studien men den färdigställdes av hans assistent Pauline Klinger och gavs ut 1937.[4] Den omfattar 444 fall från hela världen. Åldern varierade mellan 15 och 39 år i 73 % av fallen. Paritet och social status hade inget samband med tillståndet. Psykologiska faktorer ansågs vara en bakomliggande faktor. Hysteri angavs som diagnos i 34 fall, men i en del fall fanns det liten grund för diagnosen. En stark önskan om att få barn angavs ofta, men i 31 fall förelåg en stark fruktan för att vara med barn. Bukomfånget ökade i takt med ”graviditetslängden” hos nästan alla och ”fosterrörelserna” kändes vid förväntad tid.

Värkarna startade också vid den beräknade tiden för förlossningen och i några fall gjordes också kejsarsnitt. Uppenbarligen var det mycket realistiska förlossningsvärkar; det här var före nutida diagnostik med ultraljud och elektronisk fosterhjärtregistrering. Pseudocyesis har vilselett de skickligaste obstetriker, kanske framför allt för att de inte tänkt på möjligheten. Så sent som 2010 fick två läkare i North Carolina en reprimand för att ha utfört ett kejsarsnitt på en kvinna som inte var gravid (ABC News 2 april 2010).

Innan ultraljud användes inom diagnostiken var det ofta omöjligt att övertyga kvinnan att hon inte var gravid. Om man byter ut *He* mot *She* i Samuel Butlers 1600-talsdikt *Hudibras*[5] passar det in på kvinnor med pseudocyesis:

He that complies against his will

Is of his own opinion still

Which he may adhere to, yet disown,

For reasons to himself best known

William Smith uttrycker de svårigheter läkaren ställs inför på följande sätt: Alla kvinnor [med pseudocyesis] som får höra av sin läkare att de inte väntar barn hatar honom och tror inte på vad han säger.[6]

Några kända fall av pseudocyesis

Ett världshistoriskt känt exempel är drottning Maria I av England på 1550-talet. Hon var Henrik VIII:s äldsta dotter och blev drottning sedan hennes halvbror Edvard dött 1553 endast femton år gammal utan arvingar. Maria var nu 37 år gammal och det var hög tid för henne att gifta sig för att få en arvtagare till tronen. Valet föll på arvingen till Spaniens tron Filip. Båda var djupt troende katoliker. Maria är känd för eftervärlden som Blodiga Maria på grund av att hon försökte återinföra katolicismen i England och därför lät avrätta över 300 ledande protestanter.

Deras bröllop ägde rum 25 juli 1554, bara två dagar efter att de setts för första gången. I äktenskapskontraktet stod att Filip skulle ha titeln kung av England, men med Maria som regerande drottning. I tron att hon var gravid lät Maria hålla tacksägelsegudtjänster i London i november 1554. I december skrev hon till sin svärfar kejsar Karl V: ”As for the child I carry in my belly, I declare it to be alive”. Hennes bukomfång ökade och brösten svällde och det rann även mjölk ur bröstvårtorna.

Vid påsktiden 1555 befann sig Filip och Maria i Hampton Court där ett rum för förlossningen hade ställts i ordning och förlossningsläkare och en amma hade också kommit dit. Men inget barn föddes och i september 1555 lämnade Filip England och träffade sin far kejsaren. Han meddelade då att förhoppningarna om ett barn hade gått om intet.

I mars 1557 återsågs Maria och Filip igen och han stannade till juni, då han lämnade England för att aldrig återkomma. På hösten 1557 trodde hon sig vara gravid

igen och informerade Filip om detta. Fortfarande i februari 1558 var hon vid god hälsa och trodde sig ännu vara med barn. I maj fick hon feber och svullnade och försämrades sedan raskt. Hon hade huvudvärk och hennes redan tidigare dåliga syn försämrades snabbt. Filip underrättades om att hon var allvarligt sjuk och den 17 november avled hon utan att ha fött något barn. Själv trodde hon att barnlösheten var Guds straff för att hon var för mild mot protestanterna.[7]

Marias eventuella graviditeter och sjukdom har varit föremål för många spekulationer. Det mesta tyder på att Maria I led av en tumör i hypofysen i hjärnan som producerade hormonet prolaktin. Det är ett tillstånd som numera är lätt att diagnosticera och behandla. Hon ligger begravd på norra sidan av Henrik VII:s kapell i Westminster Abbey. Om en gravöppning skulle göras nu vore det lätt att med en skallröntgen konstatera om hon hade haft en tumör i hypofysen.[8]

Hade Maria och Filip fått en son hade denne blivit kung över England, Nederländerna, Neapel och Spanien med dess amerikanska kolonier, det vill säga över större delen av den dåtida västvärlden.

En annan drottning som förmodligen var skengravid var Karl II:s gemål. Ända sedan Karl II av Spanien föddes led han av dålig hälsa fysiskt och psykiskt, vilket var en följd av den inavel som präglade huset Habsburg i generationer. Hans första drottning var pressad av att förväntas föda en arvinge, men blev aldrig gravid. Hans nästa gemål, Maria Anna av Neuburg, kände säkert samma press och var skengravid tre gånger. Spekulationer om vem som skulle ärva Spanien hade därför pågått i flera decennier. När Karl dog år 1700 utan legal arvinge utlöstes spanska tronföljdskriget.[9]

Den sociala kontrollen från släkt och grannar var mycket stark i alla kulturer tidigare, på ett sätt som påminner om klansamhällen nu för tiden. Det gällde också allt som hade med sexualitet och barnafödande att göra. Så ansågs till exempel illegitima, så kallade oäkta, barn vara en skamfläck för familjen. Att folk också kände till fenomenet skengraviditet visar följande historia från Frankrike. Den rapporterades till Société Royale de Médicine 1787 av en doktor Moulet från Causade.[10]

Det gällde en 44-årig kvinna som varit gift i 23 år utan att ha blivit gravid. Nu upplevde hon alla tecken på att vara gravid, men i stället för att glädja sig fruktade hon att hon var skengravid; en väninna hade berättat om att man kunde känna fosterrörelser utan att vara gravid. Hon konsulterade ”quelques gens de l’art” varmed väl ska förstås läkare. De förskrev diverse läkemedel för att fördriva den falska graviditeten. Hennes man, som inte heller trodde hon väntade barn, konsulterade doktor Moulet. Han fann att hon verkligen var gravid och försökte övertyga paret om detta. När graviditetstecknen blev allt tydligare började de i hemlighet förbereda sig för förlossningen. Den blivande modern ville emellertid inte råka ut för skammen inför grannkvinnorna att det skulle vara en skengraviditet och sluta i ingenting. Makarna anlitade därför en manlig *accoucheur* som inte bodde i trakten. Eftersom han inte kände några av hennes väninnor skulle han vara mindre benägen att skvallra. Den 16 september 1787 födde hon en välskapt flicka, men under hela graviditeten hade hon varit plågad av tanken på att allt var falskt alarm.

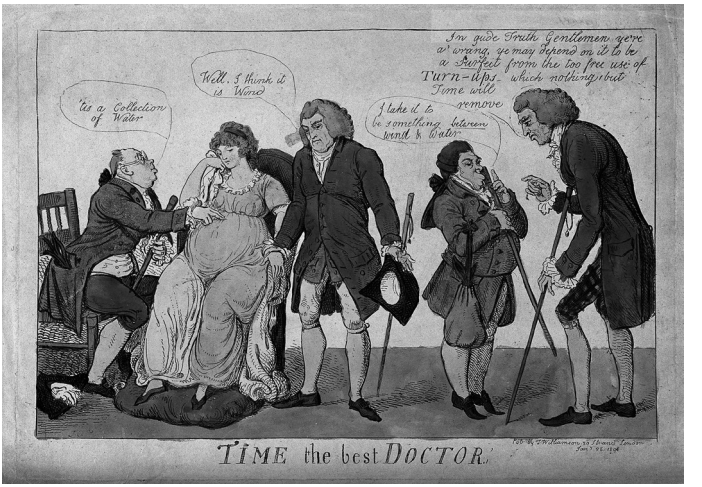


Bild 1. *En grupp läkare som felaktigt diagnosticerar graviditet hos en kvinna. Etsning av Isaac I. Cruikshank 1803. Wellcome collection.*

Ett egendomligt fall av pseudocyesis inträffade i England 1814.[11] Det handlade om en självutnämnd religiös profetissa som hette Joanna Southcott. Hon föddes 1750 som dotter till en småbonde. År 1792 gick hon med i en metodistförsamling i Exeter och övertygade sig själv och andra om att hon ägde övernaturliga förmågor. Hon författade religösa dikter som hon sålde och hon ansåg sig vara den kvinna som åsyftas i Uppenbarelseboken kapitel 12:

> Och ett stort tecken visade sig i himmelen: där syntes en kvinna, som hade solen till sin klädnad och månen under sina fötter, och en krans av tolv stjärnor på sitt huvud. Hon var havande och ropade i barnsnöd och födslovånda.

När hon flyttat till London samlade hon en troende skara på 100 000 omkring sig och sålde ett dokument kallat ”Guds sigill” för mellan 12 shilling och en guinea. Sigillet påstods garantera innehavaren att vara en av de 144 000 människor som var utvalda till evigt liv.

Vid 64 år ålder förklarade hon sig vara gravid med den Helige anden som barnets far och att hon den 19 oktober 1814 skulle föda den nye Messias som omtalas i Första Moseboken 49:10:

Spiran skall inte vika från Juda,

inte härskarstaven från hans fötter,

förrän han som den tillhör [Shilo] kommer

och folken blir honom lydiga.

På den utlovade dagen föddes emellertid inte något barn. Joanna dog några månader senare, men hennes proselyter ville inte låta begrava henne. De väntade att hon skulle uppstå från de döda. Först när hon började lukta gick man med på att begrava henne. Allt eftersom tiden gick minskade hennes troende skara men fortfarande 1881 fanns det en grupp Southcottianer i London vars medlemmar utmärktes av långt skägg och religiositet. Hennes förutsägelse att världen skulle gå under år 2004 har inte uppfyllts. Joanna hade en kroppsbyggnad som gav intryck av att hon var gravid, vilket bidrog till att förleda.

Bild 2. *Joanna Southcott exponerar sig för tre läkare för att bevisa att hon är gravid. Etsning av Thomas Rowlandson 1814. Wellcome collection.*

Sammanfattning

Skengraviditet eller psuedocyesis är ett tillstånd när en kvinna visar alla symtom och tecken på att vara gravid utom att föda barn. Orsaken är ofta en mycket stark graviditetsönskan, mycket ofta beroende på förväntningar från make, släkt och omgivning. En grupp som var särskilt utsatta för en sådan psykisk press var prinsessor och drottningar, som förväntades föda en tronarvinge. Om inte det lyckades utbröt ofta tronföljdskrig som skördade hundratusentals undersåtars liv.

I utveckade samhällen med tillgång till ultraljud och annan teknologi för att påvisa eller avvisa en graviditet förekommer skengraviditet inte längre. I länder med outvecklad sjukvård och låg utbildningsnivå förekommer det däremot fortfarande, speciellt när trycket att föda barn från omgivningen är mycket högt.

Summary

Before the advent of pregnancy tests and ultrasound examinations, the diagnosis between a true and false pregnancy was by no means easy. False, imaginary, simulated or phantom pregnancy is also called *pseudocyesis* (from the Greek words *pseudes* [false] and kyesis [pregnancy]) which is a rare disorder with characteristic somatic features. It is defined as a false belief of being pregnant that is associated with objective signs and reported symptoms of pregnancy, which may include abdominal enlargement, reduced menstrual flow, amenorrhea, subjective sensation of foetal movement, nausea, breast engorgement and secretions, and labour pains at the expected date of delivery.

Cases of pseudocyesis nowadays are found in rural undeveloped countries where women usually are not examined by a physician or a midwife, who have accurate means of diagnosis.

The best known person in history with pseudocyesis is Mary I, queen of England, who twice officially stated that she was pregnant with a future king of England. In her case, the cause of the condition probably was a prolactine producing tumour of the hypophysis. In most cases the causes of the condition are unknown. Some of the women have a strong fear of pregnancy or are extremely desirous of becoming pregnant

Referenser

1. Harvey, W.: Exercitationes de generatione animalium. Quibus accedunt quaedam de partu; de membranis ac humoribus uteri; & de conceptione. Typus Du Gurdianis, London 1651. Engelsk översättning: Anatomical exercitations concerning the generation of living creatures to which are added particular discourses of births and of conceptions. J. Young, London 1653.
2. Mauriceau, F.: Traité des maladies des femmes grosses et de celles, qui sont novuellement accouchées. Paris 1681, chapitre V.
3. Good, J. M.: A physiological system of nosology with a corrected and simplified nomenclature. Cox and son, London 1820 s 415.
4. Bivin, G. D., Klinger, M. P.: Pseudocyesis. Principia Press, Cleveland 1937.

5. Butler, S.: Hudibras. London 1663 del III, sång 3, rad 547.

6. Smith, W. S.: Pseudo-pregnancy. American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Child. 1902, vol XLVI ss 79–85.

7. Medvei, V. C.: The illness and death of Mary Tudor. Journal of the Royal Society of Medicine. 1987 vol 80 ss 766–770.

8. Tarín, J. J., Hermenegildo, C., García-Pérez M. A., Cano, A.: Endocrinology and physiology of pseudocyesis. Reproductive Biology and Endocrinology. 2013; 11 s 39.

9. Hüttl, L: Maria Anna. I: Neue Deutsche Biographie. Berlin 1990 band 16 ss 204–206.

10. Societé Royal de Médécine 137 d. 10, no. 1, part 3, Dr. Moulet to the SRM, 7 september 1787: Observation sur une grossesse inattendue et soupçonnée fausse. Citerad i Smith, L. W: La Raillerie' des Femmes? Les Femmes, La Sterilité et la Société en France à l'Époque Moderne. Universitaires de Saint-Etienne, 2010.

11. https://owlcation.com/humanities/Strange-Messiah-The-Prophecies-of-Joanna-Southcott

Bo S. Lindberg
bo.sven.lindberg@gmail.com
Med. Dr. Pensionerad överläkare

Bakvagnen

S Gunnar Edlund
Åter till smittkoppsutbrottet 1963

I Svensk Medicinhistorisk Tidskrift Vol. 24 Nr 1 2020 skriver Åke Spross högst intressant om det sista smittkoppsutbrottet i Sverige våren 1963. Med sin presentation av den berömde men dock hittills tämligen anonyme sjömannen, epidemins upphovsman, kompletterar han tidigare berättelser, tryckta i Nordisk Medicinhistorisk Årsbok. I årgång 1982 skrev Constant Brück om Vaccination och smittkoppor – ett livs erfarenhet, och i årgång 1994 Hans Werneman om Den sista smittkoppsepidemin – båda var engagerade i epidemins utredning och bekämpande. Några kommentarer och tillägg till den aktuella artikeln av Spross må vara tillåtet från en som också ”var med”. Först dock en kort presentation av de tidigare skribenterna.

Constant Brück (1902-1990) var medicine doktor och docent i dermatologi och venereologi vid Karolinska Institutet, marinläkare och mångårig överläkare vid St. Görans hudklinik i Stockholm. Han hade också ett förflutet som mikrobiolog vid Statens Bakteriologiska Laboratorium (SBL). Hans Werneman (1920-2012) var medicine licentiat och infektionsläkare med flerårig tjänstgöring vid Stockholms Stads Epidemisjukhus vid Roslagstull, bland annat under polioepidemin1953 och vid infektionskliniken vid Danderyds Sjukhus. Vid tidpunkten för epidemin var han biträdande överläkare vid sistnämnda klinik, men förordnad som överläkare under ordinarie klinikchefen Sven Huldts sjukledighet. Werneman hade också ett bakteriologiskt förflutet men vid Stockholms Stads Sjukhusdirektions Bakteriologiska Centrallaboratorium, som det nätta namnet löd – i dagligt tal dock kallat ”Vasaparken”, i vars närhet det var beläget. På liknande sätt benämndes Epidemisjukhuset ”Roslagstull”.

Åter till den aktuella artikeln. Viss förvåning inställer sig när Spross citerar Dagens Nyheters förstasidesrubriker om epidemin från den 15 april 1963 med tanke på att det först diagnosticerade fallet inte noterades förrän en månad senare. Ett närmare studium av den avbildade förstasidan – med förstoringsglas! – ger emellertid vid handen att den är daterad 15 maj 1963. Det rör sig således om en enkel felskrivning i texten.

Det först diagnosticerade fallet, en 19-åring (av Spross kallad murare, av Werneman sjöman) blev inlagd den 8 maj på infektionskliniken vid Danderyds Sjukhus. Själv var jag då klinikens yngste underläkare med placering som avdelningsläkare vid intagningsavdelningen. Även jag hade tidigare i olika omgångar tjänstgjort som bakteriolog på laboratoriet vid Vasaparken. Om denne patient skriver Spross: ”Hans symtom var så typiska att de väckte en stark misstanke om smittkoppor”. Så förhöll det sig dessvärre ej. Som Werneman skriver var fallet ”i högsta grad oklart”. Om patienten nu möjligen var sjöman, som Werneman hävdar och som också överensstämmer med min minnesbild, var han i så fall en mindre berest sådan än den ”ursprunglige” sjömannen Lars Ohlsson. Han hade aldrig varit utomlands och kände inte heller någon

som varit ute och rest. Werneman skriver: ”Smittkoppsdiagnosen diskuterades men ansågs osannolik”.

När efter någon vecka ett flertal diagnosförslag prövats och förkastats diskuterade Wernerman fallet per telefon med några specialister, vilka den 13 maj på eftermiddagen i samlad tropp besökte kliniken och besiktigade patienten. Gruppen bestod av professor Justus Ström och överläkare Jonas Lindahl från Roslagstull, virologdocenten, sedermera professorn Arne Svedmyr från Vasaparken samt dåvarande statsepidemiologen, för övrigt den förste i sitt slag, professor Bo Zetterberg, SBL. Vid den gemensamma ronden blev den kliniska diagnosen, som Werneman relaterar, Morbus Stewen-Johnson och smittkoppsmisstanken avfärdades. Efter rondens slut togs jag emellertid avsides av Svedmyr, som uppmanade mig att ta variola-prover och omgående sända över dem till Vasaparken, där han förestod virusavdelningen. Han lovade att själv analysera proverna med en snabbmetod under kvällens lopp. Jag föranstaltade om provtagning och såg till att proverna med ilbud sändes till Vasaparken. Sent på kvällen samma dag kom Svedmyrs svar: variola-smittkoppor! Då hade jag själv emellertid hunnit lämna sjukhuset för att bege mig till en studentmottagning. Jag ägnade således aningslöst resten av kvällen åt höggradig folkträngsel! Morgonen därpå sattes jag vid ankomsten till sjukhuset omgående i karantän såsom massivt inkuberad. Jag hade ju träffat patienten dagligen under en veckas tid.

Det positiva provsvaret från den 13 maj utlöste snabba åtgärder på många nivåer avseende isolering och andra skyddsåtgärder som smittspårning och vaccinationer. Men att Medicinalstyrelsen, som Spross hävdar, skulle ha inlett aktiviteter redan innan provsvar förelåg, förefaller mindre troligt. Dels fanns ingen rimlig grund för dylik aktivitet, dels borde en sådan knappast ha undgått statsepidemiologen, som ju provtagningsdagen hade accepterat den kliniska (men som det visade sig felaktiga) diagnosen.

Patienten var under sin vårdtid på Danderyds sjukhus föremål för många undersökningar och provtagningar och hade blivit ett samtalsämne i läkarmatsalen. Följden blev att han i sitt rum fick besök av en rad doktorer som i vanliga fall knappast brukat sätta sin fot i några patientrum. De kom som konsulter eller av ”nyfikenhet”. Följden härav blev i sin tur att – när den rätta diagnosen väl var ställd – samtliga betraktades som inkuberade och placerades i karantän under återstoden av inkubationstiden. En av infektionsklinikens avdelningar inrättades som karantänslokal och där samlades så småningom först och främst naturligtvis klinikens egna läkare (Hans Werneman, Ann-Marie Landin, Kerstin Sjöberg, Gunnar Hanserkers och jag själv) men därutöver också en brokig samling doktorer, såsom patologchefen Kurt Lundmark, laboratoriechefen Gösta Widström med flera, som besökt patienten. Den allvarliga situationen till trots hade vi under karantänstiden faktiskt ganska trevligt!

Den först diagnosticerade patienten överfördes till Roslagstull, dit all smittkoppsvård centraliserades och där han ett par veckor senare avled. På Roslagstull hölls täta läkarkonferenser i vilka även infektionsläkarna från Danderyd deltog. Vi höll då inte bara avstånd utan fick också duscha oss in och ut från överläggningarna. En episod vid ett av dessa möten har dröjt kvar i minnet.

Det förhöll sig så att många underläkare vid stadens olika sjukhus deltog under sin fritid i den organisation som förmedlade hembesök hos patienter under jourtid – man ”åkte jour på sta´n” som termen löd. Detta deltagande innebar goda inkomster men också värdefull erfarenhet. Det var känt att klinikchefen på Roslagstull Justus Ström ej gillade att hans underläkare deltog i denna verksamhet. Det var också känt att åtskilliga av klinikens läkare likväl deltog, ”i lönndom”. Vid ett av de möten, som alla leddes av Justus Ström, diskuterades möjligheten av att med dessa jourläkares hjälp få till stånd en effektivare vaccination av befolkningen. Ström blickade ut över församlingen och ställde frågan: ”Men hur skall vi få kontakt med dessa jourläkare”? Man såg därvid de församlade lägga pannorna i djupa veck: ”Hur skall vi få kontakt???” Ett betydande antal av de närvarande torde ha tillhört just denna grupp!

Constant Brück kom in i bilden i samband med epidemins sist diagnosticerade fall. Den 6 juni 1963 hade 33 dagar förflutit utan att några nya fall registrerats och man var beredd att smittfriförklara Stor-Stockholmsregionen. Denna dag var solig och varm, med 28-30 grader i skuggan, vilket skulle visa sig ha en viss betydelse. Omkring klockan 08.30 – och jag följer nu Brücks berättelse – anländer en 84-årig kvinna till medicinska polikliniken vid St. Görans sjukhus för en rutinkontroll av sin perniciösa anemi. I sitt följe har hon en 53-årig dotter. Det visar sig att 84-åringen har ett egendomligt utslag på kroppen varför hon omgående av tjänstgörande sjuksköterska hänvisas till sjukhusets hudklinik, där Brück som tidigare nämnts är chef. På hudmottagningen är man snabb i vändningarna eftersom smittkoppor fortfarande är en högst aktuell differentialdiagnos. Patienten isoleras, väntrummet utrymmes och väntande patienter förvisas till den angränsande sjukhusparken. Den befarade diagnosen kan snabbt bekräftas, kliniskt av dr Brück och därefter i laboratoriet.

Men den stora frågan var: hur kunde ett nytt fall uppträda så lång tid efter det senaste fallet? Det visade sig snart att den medföljande dottern var mellanledet. Hon hade ett par veckor tidigare haft typiska symtom och företedde ännu vid besöket på St. Göran kvarvarande krustor och ärr. Både mor och dotter transporterades till Roslagstull.

Dotterns smittkälla kunde också snabbt fastställas. Hon var den sveperska, med vilken epidemins första dödsoffer, den av Spross omnämnda hemsamariten, som besökt Ohlssons mormor (enligt Werneman farmor), post mortem haft kontakt. 84-åringen gav turligt nog ej upphov till några sekundärfall, vilket Brück tillskriver det rådande sommarvädret med sol och värme – ”alla fönster och dörrar stod på vid gavel” med åtföljande ”utomordentlig genomluftning av lokalerna”. De väntande medpatienterna fann sig också utan protester i att vänta i parken med – får man anta – vederbörliga avstånd. Regionen kunde, som Spross också nämner, smittfriförklaras den 5 augusti 1963.

För Brücks del inträffade ett efterspel. Fem år senare, således 1968, konsulterades han av en sjöingenjör. På den rutinmässiga frågan om tidigare sjukdomar blev det överraskande svaret: ”Smittkoppor 1963”! Patienten var identisk med Lars Ohlsson, epidemins ofrivillige och från början helt omedvetne och nästan symtomfrie upphovsman, vilken Spross så förtjänstfullt presenterar i sin artikel.

Både Werneman och Spross talar i sina texter om den ”sista” smittkoppsepidemin under det att Brück är mera tveksam. Han avslutar sin berättelse med den kända och kanske trots allt i sammanhanget fortfarande adekvata sentensen: *Qui vivra verra* – den som lever får se!

S Gunnar Edlund
gunnar.edlund@canitel.se

Bo S. Lindberg

Graviditet och dödsstraff – en rättsmedicin-historisk översikt

Innan vi fick tillgång till pålitliga graviditetstest var det ibland svårt att säkert avgöra om en kvinna var gravid. Ändå var det ibland av yttersta vikt att kunna avgöra frågan. För en ung, ogift flicka var det en katastrof i vissa familjer och kulturer; åtskilliga har tagit livet av sig när de blivit gravida eller trott sig vara det. Även för en änka kunde det vara mycket socialt besvärande om hon blev gravid långt efter att mannen avlidit.

För en liten grupp kvinnor var det bokstavligen talat en fråga om liv eller död om de var havande eller ej; om de hade dömts till döden kunde de i de flesta länder inte avrättas förrän barnet fötts.

Romersk och engelsk rätt

Regeln att dödsdömda kvinnor inte fick avrättas förrän de fött barnet stadgas redan i lagarna i det gamla Rom; ”quod praegnantis mulieris damnatae paena differatue quoad pariat” [en dömd gravid kvinnas straff skjuts upp tills hon har fött utan”] och den övertogs tidigt i engelsk lagstiftning.[1] Domaren skulle alltid fråga den dömda om hon hade något att anföra emot att avrättningen skulle äga rum. För att rätten skulle ta hänsyn till graviditeten krävdes emellertid att kvinnan skulle vara ”quick with child”, det vill säga känna fosterrörelser, bara det faktum att hon var gravid räckte inte.[2]

Quick with child motsvaras i svenska språket av det nu nästan aldrig använda ordet kvickning. Enligt en mycket spridd åsikt utgör de första fosterrörelserna, den så kallade kvickningen, ett tecken på att fostret blivit besjälat och först ett besjälat foster är att betrakta som en mänsklig individ.[3]

För att avgöra om kvinnan var gravid utsåg rätten i England och USA 12 ”matronor” som skulle avge ett utlåtande. Dessa hämtades från de som var tillgängliga vid rättegången och hade förmodlingen ingen större erfarenhet av graviditetsdiagnostik. I över hälften av de 1100 fall där kvinnan åberopade graviditet för att slippa avrättas beviljade hennes begäran med anledning av matronornas utlåtande.

Praxis att anförtro oerfarna kvinnor befogenhet att avgöra liv eller död ifrågasattes efter ett fall som skildras i London Medical Gazette 1833.[4] Fallet gällde en fru Mary Wright i Norwich, som dömts till döden för att ha tagit livet av sin man med arsenik. De 12 matronorna undersökte kvinnan och förkunnade för domstolen att Mary inte var *quick with child*. Jurymedlemmarna själva tyckte emellertid att hon som ut som hon var ganska långt gången gravid och begärde yttrande från tre erfarna läkare. Efter undersökning konstaterade dessa att Mary var gravid i femte till sjätte månaden och att fostret av alla tecken att döma levde.

Tidningen var kritisk till att matronorna skulle kunna fälla avgörandet i sådana här fall eftersom det var allmänt bekant att även erfarna mödrar kunde ha svårt att avgöra om de själva var gravida eller inte. I stället borde ”two surgeons and two

physicians” konsulteras. I det här fallet räddades barnets liv av läkarna. Det är första gången i engelsk rättshistoria som formella krav på kompetens ställdes på expertvittnen. Ännu 1880 förekom det emellertid att en jury bestående av matronor anlitades. Emma Pleasence, som dömdes till döden för att ha tagit livet av sin dotter, fick avrättningen uppskjuten efter att matronorna funnit att ”she was quick with child”.[5]

I princip skulle modern avrättas efter att barnet fötts, men i praktiken blev oftast benådningen permanent av hänsyn till barnet. Efter 1848 har ingen dödsdömd kvinna avrättats efter att barnet fötts.[6]

Frankrike

Frankrike har, såvitt jag funnit, aldrig haft krav på att en havande kvinna ska ha känt fosterrörelser för att hon ska slippa avrättas före förlossningen. I ett fall 1667 hade en kvinna dömts till döden och på order av domstolen hade hon undersökts av tre matronor, som förklarade att hon inte var gravid. *Matrona* kan i gammal franska också betyda barnmorska, men en barnmorska på den tiden hade ingen egentligt utbildning utom att hon själv kunde ha varit gravid. Efter att kvinnan avrättats obducerades hon varvid man fann att hon var gravid i tredje till fjärde månaden (vilken betyder att hon sannolikt inte hunnit känna några fosterrörelser). Matronorna kallades till domstolen och fick en reprimand för sitt misstag, som kostade barnet livet.[5]

Sverige

Inte heller i Sverige avrättades kvinnor om de var gravida. Jag har inte hittat någon lagtext som stöder det påståendet men däremot ett fall som talar för att romersk rätt tillämpades även här.

I april 1671 rapporterade kyrkoherden i Alfta i Hälsingland att kvinnor for till Blåkulla med barn på ryggen på boskap, gärdsgårdsstörar och vuxna karlar. I oktober 1672 utsågs en kommission för att utreda frågan. Den leddes av Gustaf Rosenhane, som var en av häxprocessernas största kritiker och drev linjen att frikänna alla som inte frivilligt bekände.

I Sollefteå hade hysterin satts igång av en flicka, Maria Andersson, som pekat ut 13 personer. I Härnösand anklagades 100 personer av 175 barn som utfrågades efter ett färdigt formulär av föräldrar och präster; föräldrarna skrev till och med ett brev till kommissionen att om häxorna inte dödades, så måste barnen dödas, hellre än att låta dem föras till Satan. 40 personer dömdes till döden, varav två gravida kvinnor, vilka avrättades först efter förlossningen.[8]

Nutida lagar och konventioner

Genevekonvention från 1949 stadgar i artikel 76 att kvinnor i krig ska behandlas med särskild respekt och skyddas mot våldtäkt, påtvingad prostitution och andra former övergrepp. Sedan dess har många konflikter blossat upp som inte kan sägas vara internationella krig. Det har därför bedömts nödvändigt att göra tillägg till artikel 76. I artikel 6 i *The International Covenant on Civil and Political Rights* 1966 stadgas

om dödsstraff: Ingen får avrättas tidigare än sex månader efter en dödsdom. Enligt ett tilläggsprotokoll får dödsstraff inte användas mot gravida, mödrar med små barn eller personer som var under 18 år när brottet begicks.

En straffdomstol i staden Nyala i södra Sudan dömde 2002 den 18-åriga Abok Alfa Akok, som var gravid, till döden genom stening som straff för äktenskapsbrott. Den man hon haft ett förhållande med dömdes inte på grund av bristande bevis. Domen baserades på artikel 146 i Sudans strafflag från 1991 som baseras på regeringens tolkning av Islamisk Sharialag. Den sudanesiska regeringen ratificerade den Internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter i mars 1986. Enligt denna konvention får dödsstraff inte utdömas för gravida kvinnor.[7] Sudans högsta domstol upphävde domen (kanske på grund av mycket starka internationella protester) och återsände fallet till den lokala domstolen, som då frikände henne.

Summary

When a pregnant woman was sentenced to death, she had, according to ancient Roman law, the right to have the execution postponed till after the delivery. This law was then included in English and American jurisprudence. The judge had to summon a jury of twelve women to ascertain whether the prisoner was pregnant or not. But that was not enough; she must be found ”quick with child” in order to be entitled to a postponement of the execution. With regard to the ignorance of women in general at that time upon such matters, many mistakes must have occured and infant lives have been lost. The French code did not require that quickening must have taken place, but extended the protection of the infant at any period of gestation. There are some indication that the Roman law was applied also in Sweden in this respect.

In the wake of World war II *the Geneva Convention* 1949 provided protection for women and children and in article six of the 1966 *International Covenant on Civil and Political Rights* it was stated that sentence of death should not be carried out on pregnant women.

Bo S. Lindberg
Pensionerad överläkare
Bo.sven.lindberg@gmail.com

Referenser

1. Bishop, J. P.: Commentaries on the Law of Criminal Procedure: Or, Pleading, pleading and practise in criminal cases. Little Brown and company, Boston 1872 § 1141 s 719.
2. Bouvier, J.: A Law Dictionary, Adapted to the Constitution and Laws of the United States. Childs and Peterson, Philadelphia 1856 s 771.
3. Statens offentliga utredningar 1989:51. Justitiedepartementet: Den gravida kvinnan och fostret – två individer Om fosterdiagnostik, om sena aborter. Slutbetänkande av utredningen om det ofödda barnet. Stockholm 1989.
4. London medical gazette: Norwich jury of matrons. Volym 12 (Volym II för 1832–1833) ss 22–26.

5. UK Licences for Parole of Convicts 1853-1925, Licence number 7686.
6. https://www.oldbaileyonline.org/static/Punishment.jsp
7. Verdier, M.: La jurisprudence de la médecine en France. Volym 2. Malassis le jeune, Paris 1762 ss 331–333.
8. Åberg, A.: Häxorna. De stora trolldomsprocesserna i Sverige 1668–1676. Novum Grafiska AB, Göteborg 1989.
9. https://www.hrw.org/africa/sudan#.

Recensioner

Nils Bejerot - en polariserande förgrundsgestalt i den svenska narkotikadebatten

Björn Johnson: Nils Bejerot och den svenska narkotikapolitiken. Arkiv förlag, Lund, 2021. ISBN: 978 91 7924 361 6

Oavsett hur man i framtiden kommer att betrakta den vetenskapliga och politiska debatt som format den svenska narkotikapolitiken från 1900-talet fram till och med de första två decennierna av 2000-talet, är Nils Bejerot (1921–1988) ett namn och en gestalt som kommer att inta en framträdande plats. Trots att de nu gått mer än trettio år sedan han gick bort, väcker hågkomsten av honom starka både positiva och negativa reaktioner, beroende på vilken grundinställning i narkotikapolitiska frågor som förespråkas. Varför det är så kan man diskutera, men ytterst har det kanske att göra med svårigheten att etablera konsensus inom ett område som så genomsyras av fördomar och värderingar, och där själva grundfrågan - drogberoendets ontologiska status och rent medicinskt biologiska karaktär - förblir oklar. Säkert handlar detta inte enbart om kunskapsbrist, utan fastmer om att många av frågorna som diskuteras inom detta område inte är möjliga att besvara utifrån vetenskapliga data. Och, kan man tillägga, när väl sådana data framförs kommer i alla fall tolkningen av dem vara så präglade av utomvetenskapliga faktorer att diskussionen kan fortsätta utan slut.

En person som för sina meningsfränder tycktes förmedla en övertygelsevisshet grundad på vetenskapliga fakta var just Bejerot. Det är följaktligen glädjande att hans betydelse för den svenska narkotikadebatten nu blivit föremål för en monografi av Björn Johnson, professor i socialt arbete vid högskolan i Malmö. Som statsvetare är hans perspektiv på Bejerot inte främst det biomedicinska. Det är andra aspekter på Bejerots gärning som står i förgrunden i hans bok. Även om Johnsons framställning är saklig, balanserad och i stora stycken deskriptivt redovisande, finns det en kritisk underton.

Inledningsvis ger Johnson en översikt av Bejerots biografi; hans politiska bakgrund i den stalinistiska kommunismen. Han var medlem av Sveriges kommunistiska parti (SKP) i likhet med en annan läkare, som också gjorde sig bemärkt i narkotikadebatten, John Takman. Beträffande narkotikaproblemet och hur det skulle behandlas på individnivå, kom de emellertid att inta helt motsatta positioner. Takmans syn var mer terapeutiskt inriktad, mer inriktad på att lindra problemen för den enskilde individen och mer öppen för vad vi idag skulle kalla för skadelindrande åtgärder (harm reduction). När det gällde politisk förankring i övrigt, lämnade Bejerot till skillnad från Takman kommunismen som sin ideologi efter det att Chrusjtjovs kritik av Stalins envälde och övergrepp på 20:e partikongressen 1956 blivit känd och dessutom Sovjetunionens kväsande av ungernrevolten samma år upprört honom.

Bejerot utbildade sig till psykiater efter sin med. lic. Redan innan Bejerot blev bemärkt i narkotikafrågan hade han skrivit en bok om serier och deras skadliga

inflytande. Efter sin specialistutbildning kom Bejerot att arbeta som socialläkare och därtill som polisläkare i Stockholm, och det var framför allt i den senare befattningen som han fick en levande kontakt med narkotikaproblemet. Hans empiriska material, när han disputerade 1974, tillkom främst genom undersökningar och registrerande av stickmärken, vilket Bejerot menade gav ett mått på omfattningen av injektionsmissbruk hos dem som passerade häktet i Stockholm, indirekt också ett mått på narkotikamissbrukets omfattning i samhället i stort. Så här i efterhand kan man nog säga att han med vidlyftiga generaliseringar drog för stora växlar på sitt häktesmaterial. Inte minst gällde detta när han överdrev de epidemiologiska följderna av det försök med legalförskrivning som med dåvarande medicinalstyrelsens stöd gjordes av läkaren Sven ”Eje” Åström. Ett försök som bedrevs 1964–1967 och som stoppades efter beslut av samma medicinalstyrelse när det helt spårat ur. Idén, som styrde Åströms verksamhet, var att de narkomaner som bedömdes som obotligt fast i sitt kompulsiva missbruk, skulle ges en möjlighet till självadministrering av de substanser som de var beroende av genom läkarförskrivning. Åström var inte ensam om detta, men han, som visserligen var en idealist med goda avsikter, tappade kontrollen över den narkotika och de beroendeframkallande substanser som han skrev ut. Förutom vad som då var narkotikaklassade läkemedel skrev han även ut stora mängder vanebildande läkemedel som senare narkotikaklassats. Mycket av dessa läkemedel hamnade hos andra personer än dem de var avsedda för. I åtminstone ett fall resulterade detta i en dödlig överdos för en ung kvinna.

Enligt Bejerot skedde det en snabb ökning av antalet stickmärken hos de personer som passerade genom häktet under den tid som Åströms legalförskrivningsförsök pågick, vilket han tog som ett indicium på en allmänt ökande förekomst av narkotikamissbruk sekundärt till Åströms legalförskrivning. I dag är den allmänna uppfattningen den, att Åströms legalförskrivning – hur illa genomförd och ansvarslös den än var – inte fick den omfattningen att den hade någon storskalig epidemiologisk påverkan på utbredningen av narkotikamissbruket, vilket Bejerot hävdade.

Johnson redogör för hur Bejerot i sitt narkotikapolitiska tänkande skiftade fokus från utbudsledet till konsumtionsledet. Hur mycket samhället än sökte med hjälp av polis och rättsväsendet i stort att ingripa mot dem som försåg marknaden med narkotika hade det ringa effekt, enligt Bejerot, eftersom det alltid kommer att finnas utbud för en marknad som det också finns efterfrågan på. Det är därför den enskilde narkomanen som samhällets sanktioner måste rikta sig mot. Tanken är i och för sig inte originell och det går inte att se Bejerot som enda upphovsmannen till detta synsätt. Men det är i varje fall ett tänkande som kommit att genomsyra svensk narkotikapolitik och i sin förlängning lett till den drakoniska lagstiftning som vi numera har, enligt vilken all befattning med narkotika, även den enskildes konsumtion av narkotikaklassade (som inte förskrivits av läkare) substanser är kriminaliserat sedan 1988. Den slutliga målsättningen för denna lagstiftning är eliminerandet av allt icke medicinskt bruk av narkotikaklassade substanser, d.v.s. nolltolerans i syfte att uppnå utopin - ett ”narkotikafritt samhälle”. I denna utveckling har Bejerot spelat en viktig roll, inte minst som i inspiratör och supporter för organisationer som Riksföreningen

Narkotikafritt Samhälle (RNS), Svenska Carnegieinstitutet, Föräldraföreningen mot narkotika och Hasselarörelsen. Det rör sig om organisationer som, åtminstone på sin tid, bidragit till att ge idéer som Bejerot förfäktat en folklig förankring.

En viktig roll i detta sammanhang spelade Bejerots syn på narkomanin som en i grunden förvärvad (läs inlärd) drift. Inlärningsaspekten var här viktig. Den var själva grundstommen till Bejerots tankar om utbredningen av narkotikamissbruket i samhället som en epidemi, vilket i och för sig kan uppfattas som en medicinsk eller pseudomedicinsk ståndpunkt. Men Bejerots betoning på att driften var inlärd, var samtidigt ett sätt för honom att distansera sig från dem som ansåg att drogberoendet var en sjukdom. Men det skall påpekas, att Bejerots uppfattning när det gällde sjukdomsbegrepp och drogmissbruk var inte helt klar och verkar ha växlat under tiden. Inte heller, som Johnson påpekar, var hans driftsbegrepp helt klart. Själva smittspridningen av narkotikabruket sker i alla fall, enligt Bejerot, som en i överförd bemärkelse kontaktsmitta. Smittoöverföringen på individnivå går till på så sätt, att en i bruket mer bevandrad narkoman lär och introducerar en mindre bevandrad person i själva missbruket, som i sin tur lär en annan person o.s.v. Så uppstår en exponentiell tillväxt av antalet narkomaner. Under 1950-, -60- och -70-talet spelade utbredningen av amfetaminmissbruket den dominerande rollen i Sverige. Bejerot presenterade en historieskrivning av hur den svenska narkotikaepidemin hade startat i slutet av 1940-talet och det begynnande 1950-talet med poeten Paul Andersson och andra med anknytning till den litterära gruppen Metamorfos för att sedan spridas till kriminella kretsar och genom dessa ut i samhället.

Av Johnsons bok framkommer, att det som Bejerot tillförde av vetenskapliga fakta till debatten var en mindre del av hela hans verksamhet. Merparten var populära debattböcker, varav vissa kom ut i stora upplagor, omfattande föreläsningsverksamhet och olika debattinlägg. Trots att den rent vetenskapliga delen av hans gärning således var och är av underordnad betydelse, tilldelades han professorstiteln av regeringen. Som föreläsare var Bejerot kategoriskt påstående, polemisk, karismatisk, men inte särskilt nyanserad och problematiserande, kan jag själv intyga som lyssnat på honom.

Johnson modifierar bilden av Bejerot som den svenska narkotikapolitikens fader. Många andra faktorer har spelat en viktig roll i sammanhanget, men Bejerot gjorde i alla fall avtryck på sin samtid.

Många har tillskrivit Bejerot en viktig roll vid utarbetandet av den svenska tvångsvårdslagstiftningen när det gäller missbruksproblem, d.v.s. det som mynnade ut i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) 1982. Men när det gäller synen på tvångsåtgärder var Bejerots inställning en helt annan än den som kom att avspeglas i LVM. Bejerot, visar Johnson, var skeptisk mot inlåsning; han förespråkade en lagstiftning där tvångsåtgärderna kunde sättas in tidigt genom olika former av tvingande föreskrifter, till vilka sanktioner var kopplade, och tvångsinsatserna skulle gradvis eskaleras om det var nödvändigt. Först i brist på andra alternativ, skulle själva inlåsningen på institution komma i fråga. Bejerot betvivlade att personer med kompulsivt drogmissbruk skulle kunna sluta sitt missbruk helt på frivillig väg. Han fann en modell för terapeutiska institutioner i de behandlingskollektiv som Hassela-

rörelsen etablerade i landsortsmiljö, långt från de storstäder, där narkotikamissbruket frodades. Det terapeutiska innehållet i den ”vård” som bedrevs i dessa kollektiv kan man karaktärisera som främst uppfostrande. LVM, som alltså Bejerot var kritisk emot, förutsätter en tydlig skillnad mellan tvång och frivillighet. All frivillighet har företräde; först när frivillig vård inte bedöms som framkomlig och vid mycket tungt missbruk, när den enskilde missbrukarens liv och hälsa är i allvarlig fara eller vederbörande kan riskera att allvarligt skada närstående på grund av sitt missbruk, blir det tvångsvård på institution. Enligt Bejerot ledde detta till att LVM därför blev aktuell alldeles för sent i missbruksprocessen.

Bejerot, visar Johnson, var visserligen emot ”legalförskrivning” av narkotika till enskilda missbrukare, även om det motiverades utifrån terapeutiska argument. Beträffande s.k. substitutionsbehandling vid opiatberoende - under hans tid enbart metadonbehandling - intog han skiftande ståndpunkter för att i slutändan vara positiv och därför argumentera för utökade möjligheter till sådan behandling. Han kom också tidigt att argumentera för att tillhandahålla rena injektionsverktyg till aktiva missbrukare, d.v.s. det som nu sker genom sprututbytesprogram. Bejerots främsta argument var risken för gulsot som var förenad med injektionsmissbruk med kontaminerade verktyg.

Det jag saknar efter att ha läst Johnsons bok är en ännu mer fördjupad analys av Bejerots roll för den svenska narkotikapolitikens utveckling, och framför allt en kompletterande analys av andra faktorer som bidragit till att den svenska narkotikapolitiken blivit så inriktad på repressiva åtgärder mot den enskilde narkotikakonsumenten. Men en sådan studie ligger uppenbarligen utanför målsättningen för Johnsons monografi, och det kan man ha förståelse för.

Sammanfattningsvis är det en högintressant, välskriven och mycket aktuell bok som Johnson skrivit. Den är nödvändig litteratur för den som vill skaffa sig kunskap om den del av den samtidsorienterade svenska medicinhistorien som berör narkotikaproblemets omfattning i Sverige och den politiska debatten om detta.

Lars Sjöstrand
larsocsjostrand@gmail.com

Den motsägelsefulle skallmätaren

Nils Uddenberg: Skallmätaren: Gustaf Retzius – hyllad och hatad. Fri tanke ***förlag****, Stockholm, mars 2019, Kartonnage, 495 sidor. ISBN:9789187935848*

Monumentala levnadsteckningar över framstående män – läser någon sådana i en tid av störtade statyer och brännmärkning av det politiskt obekväma? Svaret är ett uppenbart ja. Vi har på kort tid fått en svit av biografier över svenska forskare – Carl von Linné, Alfred Nobel, Hjalmar Lundborg – som fördjupar vår förståelse inte bara av personerna och deras insatser utan också deras tid. Lägg till detta att även författare och kritiker fått sina levnadstecknare – som Karin Boye, Vilhelm Moberg, Carl Michael Bellman, Stig Ahlgren – ja då blir det uppenbart att biografin som genre är livskraftig och har en bred läsekrets.

När nu Nils Uddenberg, psykiater och vetenskapshistoriker, efter en rad böcker om medicinens och biologins idéhistoria vänder sig mot ett enskilt livsöde är det kanske inte förvånande att valet fallit på Gustaf Retzius. Inte bara var denne en central gestalt i det svenska forskarsamhället under andra halvan av 1800-talet – han var också en kulturhistoriskt sällsynt fascinerande person som bar på många av sin tids motsägelser. Han föddes 1842 då Sverige fortfarande har en ståndsriksdag och styrs av en före detta fransk general som hämtats hit under en svår tid för landet – och dog 1919, i desillusionen efter ett för Europa sönderslitande krig. Den personliga resan gick från liberal framstegsoptimist till sedlighetsivrande samhällsbevarare – en säkert inte helt ovanlig ideologisk förflyttning i en tid av accelererande samhällsförändring.

Men låt oss se på Retzius liv och insats som forskare. Han föds som son till den i sin tid ryktbare anatomen Anders Retzius, och hans bana kan tidigt synas utstakad genom detta arv. Karolinska Institutet är då tämligen nygrundat, tilltron till naturvetenskapen är i stigande och medicinen är på väg att genomgå sitt ”paradigmskifte”, med först narkosens och sedan bakteriologins genombrott på 1870- och 80-talen. Fadern dör i vad som kan synas vara en grym signal från ”den gamla medicinen” om dess sega fortlevnad – han behandlas under en oklar buksjukdom (kanske ett tarmvred) av beskäftiga läkarkollegor med stora doser metalliskt kvicksilver och dör. Den unge Gustaf axlar sedan sin uppgift och tar, kan man väl säga, vid där fadern slutade. Kliniker blir han aldrig.

Den iver och synbara entusiasm med vilken Gustaf Retzius kastar sig över antropologisk forskning, morfologiska studier (näthinnan, innerörat, senare hela hjärnan och mot slutet könscellerna) och rasforskning (först finnarna, senare afrikanska folk, nordamerikanska ”indianer”, ”lappar”), inkluderande den famösa skallmätningen, kan synas egendomlig för en nutida betraktare. Tveklöst hade han en enorm arbetskapacitet och en betydande begåvning, men utan den originalitet som gör en forskare verkligt stor. Inte för inte kallades han av elaka tungor ”bekräftaren”. Men det finns en sorts måttlöshet i kunskapsivern, som ännu inte är fullt så hårt tyglad av strikt källkritik och rigorös metod som den sedermera ska bli. Han blir på detta sätt en exponent för tidens starka framstegstro, kryddad med inte obetydliga nypor av eurocentrism, av civilisatorisk överlägsenhetskänsla, som dock inte uteslöt

en äkta indignation över kolonialismens framfart. Gustaf är moralist i ordets båda bemärkelser – han drivs av humanitär förbättringsiver, men också av något som senare kommer att stegras till moraliserande trångsynthet och självgodhet.

I viss mening är detta en biografi över inte bara Gustaf Retzius utan även över hans hustru Anna. Denna var dotter till Lars Johan Hierta, liberal politiker, tidningsman och industrialist. Inte endast växer Anna upp i en frisinnad miljö utan får också via mamman inflytande över en stor förmögenhet, som efter Hiertas död bland annat används för uppbyggandet av en minnesfond i vilken makarna Retzius får stort inflytande och kan styra betydande delar av svensk forskning. Anna Hierta är till en början radikal för sin tid, engagerad i ”kvinnosaken”, i omfattande sociala projekt (inte minst de numera föga omtalade men imponerande arbetsstugorna för ”obemedlade” barn). Hon och Gustaf står ytterst nära varandra, de reser flitigt och långt, de tar del av varandras arbete, de har ett omfattande sällskapsliv. Under en period är Retzius till och med redaktör för Aftonbladet, en uppgift som inte tycks traktera honom särskilt och han släpper den rätt snart. Men köpet av Aftonbladet är bara en av många indikationer på det extensiva nät av kontakter, ägande, forskningssamarbeten, forskningsorgan, olika sällskap (till slut även Svenska Akademin) som grundade Retzius ställning i det dåtida forskarsamhället och samhällslivet.

Uddenberg skriver ledigt och precist, stundtals elegant, och förhåller sig sympatiserande men med nödvändig distans till sitt objekt. För att tala med filosofen Paul Ricoeur kan man nog säga att han tillämpar en ”försoningens hermeneutik”. Han väjer dock inte för paret Retzius tilltagande isolering, deras självrättfärdighet på gränsen till bigotteri, eller Gustafs fåfänga. Efter ett missfall för Anna blev det inga barn. Det kan tyckas som om detta ytterligare svetsade dem samman i ett, med Uddenbergs ord, närmast ”symbiotiskt” förhållande.

”Skallmätaren”, då? Det frenetiska samlandet av skallar? Kan något te sig mer rasistiskt i dagens upphettade diskussionsklimat? Medlemmar av ”den nordiska rasen” (bortsett från finnarna som Retzius studerade som ung) är, menade han, långskalliga och ortognata. Därmed är de också mer högtstående än andra raser. Han snuddar inte sällan vid frenologins bisarra tankar om hur olika former på kraniet speglar olika personlighetsdrag, men Retzius är försiktig. Tveklöst skulle han idag kallas ”rasistisk”, men i sin tid var han nog snarare en återhållande kraft. När försök gjordes att rekrytera honom till ett nytt sällskap för rashygien stod han emot – kanske inte främst på grund av motstånd mot raslära utan för att han inte ville låta vetenskapen rekryteras för politiska syften. Han dog innan Lundborgs institut grundades i bred politisk enighet – frågan är om han hade välkomnat det.

Till slut formar sig Uddenbergs mäktiga verk till något mer än en biografi över en av svensk vetenskaps förgrundsgestalter. Den blir, som all god biografisk forskning, till ett svep över en hel epok - i detta fall en tid av djupgående samhällsförändring, av optimism och snabb modernisering. Mot slutet av Retzius liv tornar allt mörkare moln upp sig. Han dör när en influensapandemi förhärjar världen efter ett vanvettigt masslaktande i Europas skyttegravar. Har historikern Eric Hobsbawm rätt så tog 1800-talet slut 1914. Om så levde Gustaf Retzius bara fem år in på det nya mörknande

seklet. Allt mer isolerad med sin Anna dör han i ett slaganfall, utan att som fadern pumpas full med kvicksilver. Medicinen hade besinnat sig på de dryga sextio år som gått. Se där en liten indikation på att forskaren Gustaf Retzius aldrig sviktande tilltro till vetenskapens framsteg ändå hade visst fog för sig.

Rolf Ahlzén
rolf.ahlzen@regionvarmland.se

Lidelsefull plädering för sanning och kunskap

Timothy Snyder: Frihet och Solidaritet. Om hälsa som en Mänsklig rättighet. (Our Malady: Lessons in Liberty from a Hospital Diary). I översättning av Vågen, Ö, Inbunden, 190 sidor. Mondial Förlag, Stockholm, nov 2020. ISBN 9789180020312

> *Hälso- och sjukvård ska vara en rättighet, läkare ska ha auktoritet, sanning ska eftersträvas och barnen ska växa upp till ett bättre USA. Låt oss inleda vårt tillfrisknande.*

Med dessa ord avslutar den amerikanske historieprofessorn Timothy Snyder från Yale University sin uppmärksammade bok *Frihet och solidaritet* (2020). Den citerade summeringen skulle väl de flesta svenskar se som tämligen okontroversiell, men för många amerikaner ter det sig som bekant helt annorlunda, vilket vi påminns om i slutorden: ”Låt oss inleda vårt tillfrisknande”.

Snyder har tidigare gjort sig känd för vetenskapliga verk om 1900-talets terrorregimer i Tyskland och Ryssland, däribland *Bloodlands. Europe Between Hitler and Stalin* (2010) och *Black Earth: Holocaust as History and Warning* (2015). Men den senaste boken har en helt annan karaktär. Det är en stridsskrift som ibland kan föra tankarna till litterärt utformade pamfletter som Émile Zolas ryktbara *J’accuse*.

Varför skriver då en historieprofessor en bok om frihet och solidaritet, med undertiteln *Om hälsa som en mänsklig rättighet*?

Läsaren inser snart att den konkreta anledningen är de upplevelser som författaren själv drabbades av i slutet av december 2019 och åtskilliga månader därefter i form av en svår leverinfektion med påföljande blodförgiftning. Vad som närmast gjort honom rasande är den upprörande dåliga behandling han fick på de olika sjukhus där han låg intagen under många, alldeles för korta, perioder.

Snyders insjuknande och den dåliga vården blev upptakten till en existentiell kris, under vilken han på grund av slarv och cynism i sjukvården ofta pendlade mellan liv och död. Som etablerad professor på ett elituniversitet hade han naturligtvis en ordentlig sjukvårdsförsäkring, men det hjälpte inte långt. Medan han alltjämt kämpade

för sitt liv nåddes han av hotfullt formulerade fakturor, där han krävdes på åtskilliga tiotusentals dollar. När han på grund av sin sjukdom inte kunde betala genast, hotades han av att bli dragen inför domstol och dömd till dryga böter. Därtill kom att han till följd av sjukhusets brist på sängplatser – ett kalkylerat resultat av vårdföretagets satsning på ”just-in-time delivery” – skickades hem långt innan han var tillräckligt frisk för att vara någorlunda säker på att kunna överleva sjukdomen.

Att Snyder trots allt överlever sjukhusvistelsen framstår i boken som ett mirakel. Men innan han hunnit tillfriskna tillstöter ett nytt problem med livshotande implikationer – den pandemi som i skrivande stund kostat 602 094 amerikaners liv.

Medan dödstalen skjuter i höjden samlar sig den alltjämt svårt sjuke historieprofessorn till en stridsskrift, där han går till rödglödgat angrepp mot det amerikanska sjukvårdssystemet. I *Frihet och solidaritet* skildrar han den amerikanska sjukvården som en monstruös Grottekvarn, vars syfte inte är att främja patienternas hälsa utan att till varje pris pressa fram största möjliga vinster åt sjukhusens och försäkringsbolagens ägare:

> *Vårt system med kommersiell hälso- och sjukvård som domineras av privata försäkringsbolag, regionala koncerner med privata sjukhus och andras mäktiga intressen, framstår mer och mer som rena lotteriet. Vi föredrar att tro att vi har en hälso- och sjukvård som råkar involvera ett visst mått av förmögenhetsöverföring, men i själva verket har vi en förmögenhetsöverföring som råkar involvera ett visst mått av hälso- och sjukvård. […] Vår sjuka är något som utmärker just USA. […] Klyftan mellan USA och andra länder växte under 2020 eftersom ingen annan demokrati misskötte coronapandemin som vi gjorde. […] Vår valhänta pandemihantering är bara det senaste symtomet på vår sjuka, på en politik som delar ut smärta och död snarare än trygghet och hälsa, som genererar vinst till några få snarare än välstånd till de många.*

Snyder är emellertid inte endast ute för att kritisera. Han vill också verka för införandet av ett nytt sjukvårdssystem vars mål inte längre är ökade vinster för sjukhusen och försäkringsbolagen utan medborgarnas hälsa. Ett av inslagen i en sådan förändring skulle vara en allmän sjukförsäkring.

> *Om vi bryr oss om amerikanernas hälsa och amerikanernas frihet, bör alla vara försäkrade och allas sjukvårdsförsäkring bör täcka vad som krävs för att lindra smärtan. Vi behöver ett solidariskt system som ingen individ kan skapa men som skulle gynna alla individer.*

Men Snyder diskuterar också frågan varför ett system med allmän sjukförsäkring inte redan införts. På den punkten kan han ibland framstå som väl konspiratorisk.
En återkommande tanke i *Frihet och solidaritet* är sålunda att missförhållandena i den amerikanska sjukvården skulle vara ett resultat av ren ondska. I bokens upptakt

skriver han: ”Vår sjuka är fysisk sjukdom och den politiska ondska som omger den.” Längre fram i boken hävdar han att sjukvårdssystemet i hans hemland bygger på ett så ondskefullt tänkande att det fullt ut kan jämföras med terrorn i Stalins Ryssland eller ”den nationalsocialistiska ondskan”.

> *När jag vilade och betraktade bokhyllorna började jag att omvärdera erfarenheterna hos människorna som jag hade skrivit om, massmordens offer och förövare. Jag hade skrivit böcker om politiska åtgärder som, direkt och utan att det rådde någon tvekan om avsikterna, tog människoliv genom att skjuta, svälta ihjäl, gasa. Det slog mig – precis som det slagit andra långt före mig – att det avsiktliga berövandet av människors hälsa var en närbesläktad skadeverkan.*

Ett mindre konspiratoriskt sätt att se på problemet kan man finna i en faktaspäckad recension av Snyders bok, som publicerades i *Axess* 2021:4. Den heter ”Kroniskt sjukt” och är skriven av den svenske läkaren Erik W Larsson som länge varit verksam i USA. Larsson tycks hålla sig med en betydligt snävare definition av ondska än Snyder; i varje fall verkar han vilja hävda att roten till problemet inte är onda ledare utan snarare egenintresset och cynismen hos landets mest välbeställda medborgare. Därtill kommer enligt Larsson att alla amerikaner med politiskt inflytande har en egen sjukförsäkring och att de därför ogärna vill dela med sig av de privilegier som en sådan kan medföra:

> *Vill amerikaner ha allmän sjukvård? Själv hyser jag tvivel. […] Det är också värt att poängtera att alla amerikaner med nämnvärt inflytande över politiken själva är försäkrade privat. Om sjukvården vore en nattklubb så sitter de i vip-rummet, med bottenlös champagne serverad av Dr. Smith. Om allmän sjukvård infördes skulle de behöva trängas vid baren tillsammans med alla andra förlorare. Det är ett högst skrämmande scenario, även för de med egalitära böjelser.*

Larssons invändningar mot Snyder kan verka bestickande, men det hindrar inte att *Frihet och solidaritet* ger åtskilligt att tänka på. Det gäller inte minst de avsnitt i boken där sjukvården i USA inte bara ses som ett resultat av ondska utan också av andra orsaker.

Ett exempel på det får vi, då Snyder påpekar att motståndet mot den allmänna sjukförsäkringen – liksom väljarstödet för Donald Trump – är särskilt starkt i de stater där konsumtionen av opioider är allra störst. Hur det förhåller sig med sambandet mellan orsak och verkan framstår visserligen som en smula oklart, men Snyder tycks mena att konsumtionen av opioider resulterar i ett omtöcknat tänkande som i sin tur leder till att man röstar för partier som är motståndare till allmän sjukförsäkring.

Opioiderna har tagit över det mentala utrymme som vi behöver för att tänka efter, för att tänka på barn, partners, vänner och alla andra. […] Människor som bodde på platser som härjats och raserats av opioider röstade på Donald *Trump. Graden av opioidmissbruk var den enskilda faktor som bäst gjorde att man kunde förutse huruvida människorna i ett county skulle rösta på Donald Trump eller inte i det amerikanska presidentvalet i november 2016. […] Desperata väljare stryper sin egen, sina familjers och alla andras tillgång till hälso- och sjukvård genom att rösta på politiker som är handelsresande i smärta. […] Sådana politiker intalar vita människor att de är för stolta och högtstående för att behöva vare sig sjukförsäkring eller allmän hälso- och sjukvård, något som, hävdar dessa politiker, endast skulle utnyttjas av andra mindre förtjänta, som svarta, invandrare och muslimer.*

Mest intressanta är ändå de avsnitt av *Frihet och solidaritet* där Snyder fokuserar på vad han kallar ”faktaresistens”, men som rätteligen borde heta ”kunskapsresistens”. I kapitlet ”Sanningen ska göra oss fria” hävdar han sålunda att kunskapsresistensen – tillsammans med lögnerna och desinformationen – varit en av de viktigaste orsakerna till att försöken till reformering av sjukvårdssystemet mött så stort motstånd och till att corona-krisen kunnat skörda så många offer.

Men vi kan inte vara fria och samtidigt förda bakom ljuset. […] Sanningen kräver arbete. Fakta stämmer sällan särskilt väl överens med vare sig det vi tror, det vi vill tro eller det vi förleds att tro. Fakta är det som vi får syn på när vi placerar oss själva på rätt avstånd mellan våra emotioner och vår omvärld. Att få fram fakta kräver alltid arbete, ett arbete som de ledande personerna i den federala regeringen valde att inte utföra. Faktum är att det bara hade krävts en smula ansträngning och en smula mod för att erkänna att det förelåg ett problem, och att organisera provtagning och smittspårning. Eftersom båda dessa förutsättningar saknades dog hundratusentals amerikaner helt i onödan.

Sådana varningar mot kunskapsresistens utgör ett viktigt sidotema i *Frihet och solidaritet*. På den punkten kan Snyder också dra nytta av sina mångåriga studier av den nazistiska terrorn – och den stalinistiska – och den feghet och/eller intellektuella lättja hos undersåtarna som gjorde den möjlig. Det antyds då han skriver: ”Sanningens död orsakar också demokratins död eftersom människor kan råda över sina liv endast när de har tillgång till de fakta som de behöver för att försvara sig själva mot makten.”

Snyders lidelsefulla plädering för sanning och kunskap utgör enligt min mening den största behållningen av *Frihet och solidaritet*. Visserligen blandar han ihop begreppen ”fakta” och ”kunskap” – han hävdar t ex att journalister ska ”producera fakta” – men det är han ju långt ifrån ensam om, och som regel är det ändå lätt att

förstå vad han menar.

Kapitlet ”Sanningen ska göra oss fria” utmynnar sålunda i en medryckande hyllning till de hjältemodiga men alltför fåtaliga journalister som trots hot om våld och repressalier vågat utmana de mäktiga intressen som gynnats av kunskapsresistensen:

> *Journalister är vår tids hjältar och precis som alla hjältar i alla tider är de alldeles* för få. *[…] Journalister räddade amerikanska liv i början av 2020 genom att tvinga en ovillig president att, ehuru ryckigt och försenat, konfrontera coronavirusets verklighet. Ödesdigert nog betraktade många amerikaner konfrontationen mellan president Trumps* häxkonster och journalisternas faktakontroll *först och främst som ännu en politiskt motiverad dispyt.*

Denna hyllning till den goda journalistiken känns uppfriskande otidsenlig. Men Snyder påminner också om vårt eget ansvar. För demokratins skull måste vi alla stå upp för de journalister som i sanningens tjänst riskerar sina karriärer och inte sällan även sina liv.

Denna sorts tro på forskning, kunskap och god journalistik för tankarna till den prisbelönta folkbildaren och vetenskapsjournalisten Amina Manzoor och hennes bok *Pandemier. Från spanska sjukan till covid-19*. I en välbalanserad artikel i tidskriften *Sans* (2021:3) skriver hon: ”Vi behöver lära oss leva med covid-19, men det betyder varken att låta viruset löpa fritt eller att stänga ner hela våra samhällen”.

Ett sådant fokus på folkbildning och lärande är den gemensamma nämnaren mellan Manzoor och Snyder. Båda är svurna fiender till en kunskapsresistens som i svåra fall kan leda till både pandemier och till valet av narcissistiska presidenter.

Torsten Rönnerstrand
Historiker, samhällsvetare och docent i litteraturvetenskap
Torsten.ronnerstrand@icloud.com

Faktaspäckad bok om KS – men svårt att hitta något om ”KS andan” som genomsyrade sjukhuset

*Ek Helena: Vetenskap och v*ård; Karolinska sjukhuset 1940 – *2018. Inbunden, 178 sidor, Anahit AB april 2021. ISBN 978-91-639-7388-8*

Böcker om personer eller organisationer som man känner till väl kan väcka samma motstridiga känslor som studentklassen återträff eller ett möte med en ungdomskärlek. De positiva förväntningarna kan övergå i en besvikelse om de gemensamma minnena har bleknat eller försvunnit och den gamla gemenskapen inte längre finns kvar.

Efter att med spänning ha läst idéhistorikern Helena Ek bok om Karolinska sjukhuset känner jag en liten strimma av besvikelse. Visst är texten faktaspäckad nästan som en katalog över sjukhusets utveckling och framgångar men boken förmedlar inte den speciella andan och atmosfären Vad gjorde sjukhuset så unikt och fick så många kreativa personer sökte sig dit? Och när det började gå utför – vad berodde det på?

Boken är kronologiskt uppbyggd med sju kapitel. Det börjar med bokens tillkomst och sjukhusets framväxt, sedan en beskrivning av de stora forskningsgenombrott som satte KS på kartan samt utvecklingen inom vården. De tre sista kapitlen presenterar några framstående läkarprofiler, vårdetiken och slutligen sjukhuset i den politiska hetluften.

Ett uttryck som var ett motto för sjukhuset men som är svårt att hitta i boken var ”KS andan”. Det förenade alla anställda från biträden till överläkarna – man var stolt över att arbeta på detta sjukhus. Begreppet “patienten i centrum ” var ännu inte myntat men det var en central del av KS andan. God vård och omvårdnad och lyssna på patienten på ett sätt som var ovanlig i dåtidens hierarkiska strukturer fanns alltid i centrum. KS andan levde kvar så starkt inte minst för att sjukhuset vimlade av trotjänare. Många hade arbetat där hela sin aktiva tid och hade den praktiska kunskap och handlag som bara ett långt yrkesliv kan ge.

Sjukhusets framväxt

Hälsobringande arkitektur och dagsljus är ett centralt begrepp i byggfaktanormerna. Bokens bilder, flygfotografier och byggritningar illustrerar väl hur detta präglat sjukhusets arkitektur och framväxt. Moderna sjukhuskomplex liknar brutala betongklumpar där alla spår av platsens tidigare natur och topografi är utplånade. Karolinska bestod av smala huskroppar med stora fönster där ljuset flödade in och byggnaderna var hänsynsfullt inplacerade i befintlig natur. Terrängen fick vara lätt kuperad de många stora tallarna fick stå kvar liksom små rester av hallonsnår och blåbärsris. För många patienter fanns stora öppna terrasser och för anställda en fotbollsplan (senare omvandlad till parkering) och tennisbanor. För transporten mellan olika hus kliniker och laboratorier fanns ett kulvertsystem troligen större än Roms katakomber och ibland lika skrämmande. När kritiskt sjuka patienter blev dåliga under en i kulvert transport mitt i natten fanns inga möjligheter till tillkalla hjälp.

Upptäckter och genombrott

Sjukvården är i hög grad teknikdriven och inte oväntat har högteknologiska avbildnings- och operations tekniker stor plats. Gösta Forsell och utvecklingen av radiologin, Torgny Giertz införskaffande av första datortomografen, neurokirurgens Lars Leksells gamma kniv och thoraxkirurgens Åke Sannings operation av den första pacemakern har på många sätt revolutionerat vården liksom finnålsbiopsierna och kärlkatetrarna.

Men det fanns även klinikchefer som utan att konstruera en enda teknisk detalj lyckades ändra vårdens inriktning. Johnny Lind professor i pediatrik i Karolinska började sin bana med att kartlägga fostrets blodomlopp och omställningen vid födelsen för att senare bli pionjär för familje orienterad BB och neonatalvård. En självklarhet idag men ett totalt paradigmskifte på 1970- och 80-talet. talet. Johnny var en internationell auktoritet och det är synd att varken han eller hans kända one-liners inte omnämns i boken. Jag förstår författarens och expertgruppens dilemma. Det finns ett begränsat utrymme som dessutom ska fördelas rättvist och jämlikt. Problemet är bara att de stora genombrotten inte inträffar rättvist och jämlikt. Det är kanske något vi behöver förhålla oss till.

Bortsett från det stora forskningsgenombrottet så lyfter boken på ett föredömligt sätt fram alla personalkategorier som var med om att få det komplicerade sjukhuset att fungera. Det finns slående bilder av interiör och personal på tvätteriet och i sjukhusköket. När det gäller köket sjukhusmaten och personalmatsalen så har nog alla som arbetat på KS minnen därifrån. Det fans en tid när nästan alla åt lunch i personalmatsalen trots att maten var förfärlig med dagens mått mätt. Det var ett sätt att träffa kolleger och en stunds avkopplande samvaro. På somrarna åt man på utomhusterrassen påpassade av en jättelik glupsk trut. Så fort man avlägsnade sig från bordet snappade den åt sig smörpaketen och svalde dem hela inklusive aluminium folien.

Etikkapitlet och vårdetiken på KS skulle kunna vara ett av bokens mest intressanta avsnitt. Hur kommer det sig att ett sjukhus styrt av ”KS-andan” och patientens bästa i fokus kunde bli en arena för de kanske två mest internationellt uppmärksammade thoraxkirurgiska skandaler? Bjarne Sembs mekaniska hjärta och Paolo Macchiarinis konstgjorda luftstrupe. I båda fallen handlade det om att patienterna fick en behandling som av många betecknades som medicinska experiment. Till sjukhusets försvar kan man säga att KS-andan fungerade under dessa tragiska omständigheter. Kolleger och annan personal slog mycket tidigt larm att man använde oprövade metoder även om det dröjde innan de fick gehör. Dessa visselblåsare hade kanske kunnat få en liten plats i etikkapitlet

Sjukhuset och samhället

Sverige, i likhet med andra industriländer, stod inför en sjukvårdens budgetkris redan på 1980-talet när vården utvecklade allt fler och allt dyrare behandlingar och utgifterna ökade exponentiellt. Termen *New public management* (NPM) lanserades 1991 av Christopher Hood och har anammats av den offentliga sektorn i flertalet industriländer. Tanken bakom NPM är välgrundad. Samhällets resurser är begränsade

och man måste fokusera på resultatstyrning och på att öka effektiviteten. I praktiken visade det sig snart att fungerande modeller för besparingar genom effektivisering och resultatstyrning var svåra att hitta och man nöjde sig med att minska kostnaderna till varje pris. Eftersom vård av svårt sjuka är dyrt kunde vård där man gjorde så lite som möjligt med bibehållen personalstyrka kortsiktigt ge lägre utgifter se ut som en ”besparing”. Den typen management användes även på KS och min gissning är att det gav upphov till mycket av de problem vi ser idag. Inte minst när det gäller bemanning. Vilka var de som fick den otacksamma uppgiften att skära i kostnader och samtidigt hävda att allt skulle bli bättre?

Det sägs att Sveriges historia är dess konungars och med en lätt travesti kan man hävda att sjukhusets historia är dess sjukhusdirektörers. En lista på alla sjukhusets direktörer från 1937 till 2019 finns i en tabell lite undangömd i bokens början. Jag hann uppleva nio stycken. Några blev inte så långlivade. Jag vill gärna framhålla tre som hade stort stöd bland personalen trots en del impopulära beslut.

Jan Lindsten, chef mellan åren 1990 och 1994, var urtypen för en närvarande och engagerad chef. Han kom ofta förbi akuten eller vårdavdelningarna på kvällen för att personligen se hur arbetet gick och kunde förbluffande mångas namn. Birgir Jakobsson var chef mellan åren 2007 och 2014 en turbulent period med ständiga besparingskrav men lyckades behålla personalens förtroende. Den nuvarande direktören Björn Zoega (från 2019), har lyckats med en enorm omorganisation för att klara pandemins krav.

Vad är mitt mer bestående intryck av boken? Jag önskar att WIKI – KS gruppen skulle ha energi och finansiering att skriva en uppföljare och nu kanske mer analytisk och problematiserande bok. Vad får ett stort universitetssjukhus att blomstra och vad orsakar en nedåtgående spiral? Det är många inte minst beslutsfattare och politiker som ställer sig den frågan och KS historia kan kanske ge en del svar.

Josef Milerad
josef.milerad@ki.se

Om recensenten: Josef Milerad var barnläkare på Karolinska (senare ALB) mellan åren 1975 och 1999 och senare som timanställd vikarierande överläkare från 2016. Milerad var konsult för gomspalt-teamet. En bild som tidigare fanns i KS entré som visar undersökning av ett barn med gomspalt är återgiven på sid 117 i boken

En stor insats för svensk vård- och medicinhistoria

Åke Norström: Vården och staten Källor till hälso- och sjukvårdens historia från medeltiden till 1967, del 1 och 2. Riksarkivet, Stockholm, 2020. Flexband, 268 respektive 289 sidor. ISBN: 978 91 87491 32 0 respektive 978 91 87491 34 4.

Med *Vården och staten* har förste arkivarien vid Riksarkivet, Åke Norström, gjort en stor insats för svensk vård- och medicinhistoria. Han presenterar Riksarkivets dokumentation av landets hälso- och sjukvård från medeltiden fram till 1967. Del 1 behandlar dokumenten om kroppssjukvårdens utveckling medan del 2 går igenom epidemisjukvård och smittskydd, vården av psykiskt sjuka, rättsmedicin och apoteksväsendet. Urvalet är genomtänkt och kompletteras med omfattande hänvisningar till Riksarkivets olika samlingar. De olika avsnitten omfattar också medicinhistoriska översikter. Dispositionen ger sammanhang och stilen är klar.

Före 1800-talets början var dokumentationen sparsam. Därefter blir arkiven fylligare och illustrerar statsmaktens kamp mot de samhällsfarliga epidemierna, hur åtgärder för hygien och sanitet blir redskap för bättre hälsa och hur sjukhusvård och primärvård byggs ut. Arkiven från 1900-talet är mest innehållsrika. De avspeglar sjukvårdens fortsatta uppbyggnad men också sjuklighetens nya former, samhällets omvandling och förändringen av attityder och värderingar.

Vården och staten är ett värdefullt komplement till gängse medicinhistoria. För forskare inom detta gebit är bokverket värdefullt, inte minst för de hänvisningar som ingår. För den allmänt historieintresserade bjuder ”Vården och Staten” på många fina fynd. Som en presentation refererar jag här några avsnitt.

Gustav Vasas *Stadga för Hospital och Helgeandshus* (1533) i Stockholm kan ses ett första statligt sjukvårdsdokument. Under medeltiden hade kyrkan ansvarat för vård i hospital och helgeandshus. Kungens kyrkoreformation slog omkull denna ordning även om kungen utfärdade garantier och skyddsbrev för inrättningarna och deras försörjning. Statens fortsatta engagemang blev ringa. De styrande ansåg att omhändertagande av sjuka och fattiga var städernas och socknarnas sak. För att reglera fältskärernas och de fåtaliga läkarnas ställning och befogenheter utgavs privilegiebrev.

Vid mitten av 1700-talet ändrades attityden. Befolkningens hälsa började ses som en nationell angelägenhet. Prästerna pålades ansvar för församlingsbornas hälsa, provinsialläkarväsendet byggdes upp, utbildning av läkare, fältskärer och barnmorskor reformerades och beslut togs om lasarett i varje län. För att administrera detta behövdes ordning, kontroll och regler för finansiering. *Vården och staten* visar att ekonomistyrning inte är något sentida påhitt.

1757 inrättades *Hospitaldeputationen*, som förändrades till *Överstyrelsen för hospitalen och barnhusen* 1766. Den leddes av generaldirektören Olof av Acrel (1717–1806), kirurg och överläkare vid Serafimerlasarettet. För ekonomin hade Överstyrelsen inrättat ”Hospitalfonden” med inkomster från jordbruksräntor, tionden, arrenden och testamenten. Den nye kungen Gustav III ville ha en annan ordning. Han utnyttjade Serafimerordern och skapade 1777 Serafimerordensgillet av orderns ledande ämbetsmän. Gillet ålades ansvaret för landets statsunderstödda sjukvårdsinrättningar

(lasarett, hospital, kurhus och barnhus). Generaldirektören tillhörde inte ordensgillet men arbetade för dess kansli. Ansvaret för kroppssjukvården decentraliserades efter en tid till länen, senare till landstingen, men ordensgillets uppdrag för sinnesjukvården kom att bestå fram till 1878.

Att kamp mot farsoter och småbarnsdöd stod högt på dagordningen förvånar inte. Pestepidemier härjade inte långt från landets gränser och smittkoppor spreds i vågor genom landet. Veneriska sjukdomar, rödsot, difteri och scharlakansfeber var endemiska. De historiska åtgärderna känns igen av nutida läsare. Karantäner och kontrollstationer upprättades vid hamnar och gränsorter, men det gällde att inte strypa handeln varför karantänerna gällde tillfälligt. Avvägningen mellan smittskydd och handel var då liksom nu en kinkig sak. För resande gällde krav på ”sundhetspass”. Vid fråga om vård gällde det att skilja de insjuknade från de friska. Tillfälliga och primitiva epidemisjukstugor för allmogen inrättades vid behov, exempelvis under koleraepidemierna.

De veneriskt sjuka utgjorde ett särskilt samhällsproblem, inte minst moraliskt. Särskild karantän gällde för resande med sådan sjukdom. För att avskilja de sjuka byggdes från slutet av 1700-talet ”kurhus”, som bekostades med en särskild vårdskatt, ”kurhusavgiften”, införd 1817. Obotligt sjuka förpassades vanligen till fattighus. Under 1800-talets senare del betraktades prostituerade kvinnor som en härd för smittspridning. Obligatoriska besiktningsbyråer inrättades i större städer. Med stöd av lösdriverilagen kunde kvinnorna tvångsinterneras vid regelbrott. Besiktningsreglementet gav upphov till en häftig debatt. Det betraktades av kvinnorörelsen och samhällskritiker som starkt förnedrande. Läkarkåren var splittrad i frågan. Konflikten avgjordes 1918, då en ny lag mot spridning av könsjukdomar, ”lex veneris”, antogs. Den gav upphov till smittspårning som gällde båda könen.

Ett område där det statliga engagemanget historiskt varit stort är mentalvården. Under 1820-talet började länshospitalen ersättas av centralhospital. Dessa hade egna läkare och en mer behandlingsinriktad vård. Ett mål var att återföra en del av de intagna till ”förnuft och hälsa”. År 1860 erkändes psykiatrin som en självständig akademisk disciplin.

Efter att Medicinalstyrelsen tagit över Serafimerordensgillets roll som överstyrelse för hospitalväsendet kom 1883 en ny sinnesjukstadga. Det fanns då 16 hospital i landet. Under de följande årtiondena skedde en stor utbyggnad av institutionerna. År 1962 fanns 27 statliga mentalsjukhus och därtill ett stort antal vårdhem för ”kroniker”. Antalet intagna hade ökat från 5000 vid sekelskiftet till 30 000 år 1950. En orsak till expansionen var överflyttning av många psykiskt sjuka från kommunernas fattighus till mentalsjukhus.

De mentalsjukas utsatthet och brist på rättigheter började uppmärksammas vid förra sekelskiftet. Upprepade gånger vidtog staten åtgärder för att motverka detta. Redan 1899 tillsattes en överinspektör för sinnesjukvården med uppgift att kontrollera rättssäkerhet och utreda klagomål. År 1931 utsågs en sinnessjuknämnd med uppgift att granska intagningar, utskrivningar och rättspsykiatriska fall. Vid sådana tillfällen fanns risk för godtyckliga och fördomsfulla bedömningar. Med lagen 1966 om sluten

psykiatrisk vård i vissa fall togs ytterligare ett steg mot bättre rättssäkerhet.

Alkohol- och missbruksvård har varit ett statligt intresse sedan 1700-talet. Regleringen blev med tiden mer detaljerad och den kulminerade i 1900-talets motbokssystem, kombinerat med nykterhetsnämndernas övervakning och det statliga monopolet. Utifrån dagens synsätt är det svårt att förstå att folk accepterade denna kontroll.

Vården och staten visar hur staten, direkt eller indirekt, har kommit att styra vården med allt fastare hand. Denna styrning har varit en viktig del av vägen mot välfärdssamhället. Frågan om vilka alternativ som fanns till förfogande är av intresse. En mer marknadsmässig utveckling skedde i många länder. Att det innebär en risk för att den fattiga delen av befolkningen inte får vård utifrån behov finns det belägg för. Vill samhället skapa en behovsstyrd vård för alla medborgare, tycks ett centralt ansvar vara oundvikligt. Därmed inte sagt att alla statliga åtgärder varit de rätta. Samhällsansvaret kan realiseras på olika sätt. En medicinhistorisk uppgift kan vara att diskutera det historiska beslutsfattandets alternativ.

Stig Andersson
gits15793@gmail.com

Innehåll Uppsala Medicinhistoriska Förenings Årsskrift 2022

Originalartiklar

1. **Christer Sundström** En obduktion i Uppsala 1682
2. **Ulf Lindahl** Heparin - vad mer än blodförtunning?
3. **Jan Milbrink** Höftprotesens historia – från elfenben till tantal
4. **Anders Cronlund** Den svenska läkemedelsarsenalens förändring från 1600 - talet till1966 speglad i medicinska uppslagsböcker
5. **Nils Feltelius** Från romerska bad till hälsobrunnar. Medicinhistoriska perspektiv på begreppet ”Grön hälsa”
6. **Bo S Lindberg** En återupplivning år 1650
7. **Bo S Lindberg** Operationshandskens historia
8. **Lars Oreland** Rudolf Buchheim – *materia medica* blir modern farmakologi
9. **Lars-Erik Appelgren** ”En kort undervisning för Barnmorskor” – en handskrift av veterinären Peter Hernquist och några tankar om undervisning i förlossnings-konst
10. **Lars-Erik Appelgren** Brännande smaker: senap, chili och wasabi

Recensioner

1. Främmande nära (Eklöf, red) **Urban Josefsson**
2. Vetenskap och vård (Ek) **Ing-Marie Munktell**
3. Apoteket i Biblioteket (Bruhn) **Anders Uppfeldt**
4. Den motvilliga feministen (Heyman) **Lena Gunningberg**
5. Läkare med penna och patos (Lindgren) **Bo S Lindberg**
6. Mannen som ordnade naturen (Broberg) **Eva Nyström**
7. Hjärtstilla (Henriksson – Tunón) **Anders Uppfeldt**
8. Smittans rike (Rahikainen) **Thérèse Toudert**
9. Förlossningar som ändrade världen (Lindberg) **Urban Josefsson**
10. Längs drömstigen : en neurologiprofessors upplevelser och funderingar (Aquilonius) ***Kerstin Hulter Åsberg***

Appendix

Uno Erikson Upsala Läkareförenings tidiga historia *(1832 -1945)*

Författaranvisning för Svensk Medicinhistorisk Tidskrift

(Tagna 2004-10-12, publicerade i Vol. 8. Senast reviderade 2022-02-04).

Alla bidrag bedöms och i förekommande fall **enligt refereesystem.**
Medicinhistoria är ett brett ämne. Vi har följaktligen en bred läsekrets med varierande bakgrund. Formatera därför introduktionen (sammanfattningen) så att läsaren fångas av ämnet. För att ett manus ska bli föremål för redaktionell bedömning krävs att **det följer F**örfattar**anvisning för Svensk Medicinhistorisk Tidskrift.** Detta innebär till exempel att bidrag som överstiger föreskrivet omfång eller inte är formaterat enligt anvisningarna returneras till författaren för revision eller komplettering **innan** det genomgår referentgranskning. Författaranvisningen finns längst bak i årsboken eller kan beställas från redaktören. Varje författare svarar själv för artikelns sakinnehåll.

Artikeltyper
Tidskriften välkomnar: 1)Vetenskapliga originalartiklar, 2) Hågkomster/biografier, 3) Översikter/essäer, 4) Meddelanden/notiser, 5) Bokrecensioner.

Insändning av manus
Bidrag skickas med e-post till redaktören, Carl Lindgren på e-mail carl.lindgren.jr@gmail.com. All korrespondens med redaktören sker också på denna adress. Artiklar måste vara redaktören till handa senast 1:a augusti för att kunna vara aktuella i samma kalenderårs årsbok.

Manus disposition, formatering och referenser
Använd vanligt Word-program, Times font 12.

Överst på artikelns första sida anges författarens/författarnas namn, därunder följer artikelns titel och en sammanfattning (abstract). Titulatur och eventuella institutionsangivelser anges in sist i artikeln.

Skriv löpande text utan avstavningar eftersom senare avstavningar kan bli aktuella när manus omformas till artikel i tidskriften. Inga ilagda formateringar får förekomma i manuset, exvis rubrikformat, referenser. Endast ren text.

Bilder skall vara av god teknisk kvalitet, minst 300 dpi, och insändas tillsammans med artikeln **som numrerade separata bilagor**. Använd JPG eller annat bildformat. Författaren anger tydligt var bilden önskas införd i brödtexten med fet kursiv text ***(Fig. 1 in här)***. Detsamma gäller tabeller som insänds som separat(a) bilaga(or) även dessa i jpg eller tiff.

Bildtexter fogas till artikeln separat. Bildens källa ska anges. Bilder kan komma att förminskas så att de utrymmesmässigt motsvarar halva spalten och en tredjedels sida i höjdled. Avvikelser kan förekomma, men insända bilder måste kunna tåla

förminskning. Foton får inte överskrida en halv A4- sida

Referenser
Referenser anges löpande med upphöjda siffror i den turordning som de anges. Återkommer en referens anges den med samma siffra. Referenserna anges efter brödtexten numrerade som i artikeln. För hänvisningar till textböcker följs samma system som ovan. Återkommer en bok eller en artikel ges den samma siffra genom hela artikeln. Sidhänvisning skall ges om modernare arbeten citeras. Gäller det däremot äldre arkiv, utredningar och folianter utan tillförlitlig indexering eller kapitelindelning ges sidhänvisning och varje omnämnande har ny notsiffra. Vid kortare översikter och artiklar med få hänvisningar kan referenssystemet reduceras till en uppräkning av den använda litteraturen. Dessa anges då alfabetiskt efter författarnamnen i artikelns slut. Nämns flera arbeten av samma författare anges dessa i kronologisk följd. Undvik fotnoter.

Referenser till böcker med samma författare helt igenom skrivs: 1) författarnamn (efternamn, förnamns- initialer) 2) Kursiverad boktitel, 3) Förlag, 4) tryckort eller förlagsort, 5) Årtal.

Referenser till kapitel i samlingsböcker skrivs: 1) författare, 2) kapitelrubrik inom citationstecken, 3) i: 4) Kursiverad boktitel 5) redaktör/editor(er) föregångna av Ed(s), 6) Förlag, 7) tryckort eller förlagsort, 8) årtal, 9) kapitlets sidnummer.

Referenser till tidskrifter skrivs: 1) Författarnamn, 2) Artikeltitel inom citationstecken, 3) Tidskriftsnamn kursiverat, 4) Årtal, 5) volym, 6) sidnummer.

Alla artiklar skall avslutas med en summary *på engelska språket.*
Efter summary följer författarens namn, titel, och i förekommande fall institution, adress, samt e-postadress. De är nödvändiga såväl för att underlätta redaktörens arbete, som för att läsaren skall kunna kontakta författaren.

Supplement till tidskriften bekostas av författarna som även betalar portokostnaderna.
Supplementens utförande skall vara i överensstämmelse med tidskriften vad gäller storlek och typografi. Kontakta redaktören i god tid om du önskar bidra med ett supplement.

Beslut om publicering
Beslut huruvida artikeln har accepterats eller refuserats meddelas författaren av redaktören.

PARIS 1881
ÖDENS ENGEL