

ANNE LØKKE

Patienternes Rigshospital



*Selma Lippman
op. 4 m. 1757*

*Alexandra Hansen 1800
18/10 - 8/12 1802*

1757-2007

GADS FORLAG

1897

Når patienterne blev indskrevet i porten, mødte de et lille, nedslidt hospital. Det gamle anlæg så næsten landligt ud, som det lå med den lave midterbygning mellem haver og gårde. Egentlig var det smukt, men sammenlignet med Kommunehospitalet var det tydeligt, at Frederiks Hospital ikke længere levede op til tidens krav.



Frederiks Hospitalet præsenterer sig stadig stateligt set fra facader. Her porten ud til Bredgade cirka 1900.

DE SYGE DEN 1. APRIL

Torsdag den 1. april var en lidt stille dag; kun seks syge blev indlagt. De fem kom levende ud igen, men to med gigt og en med tuberkulose blev udskrevet uden at være helbredt. Gårdejer Lars Christian Jørgensen, 42 år, havde fået fjernet en smertefuld svulst i øjenlåget, der klemte øjet og truede synet. Han havde været hjemme otte dage med øjet lukket af en sutur og mødte nu til plastisk operation for at få såret lukket med en hudlap fra panden. Da han blev udskrevet 14. april, var øjenlåget lægt, men kirurgen beklagede i journalen, at resultatet ikke var helt perfekt. Der var en lille defekt i øverste øjenlåg. Men mon ikke Jørgensen var glad.

En anden gårdejer, Svend Willumsen, 69 år, Store Magleby blev også udskrevet helbredt, men han havde sandsynligvis klaret sig lige så fint uden indlæggelse. Han havde en 23 år gammel lyskebrok, som han bar brokbind for. Han blev kørt akut til hospitalet klokken 23.30 med mavesmerter, opkastninger og forstoppelse. Han betalte 100 kroner i depositum ved indlæggelsen – en månedsløn for en faglært arbejder. Vagthavende kirurg undersøgte ham grundigt udvendigt og rektalt. Da der ikke var tegn på indeklemning af tarmen, fik Willumsen et lavement på tre liter vand. De næste dage sattes han på halvkost og fik flere glycerinlavementer. Urinprøverne var normale. Efter fire dage havde han det ret godt, og efter otte dage blev han udskrevet. Brokken havde han med hjem i samme tilstand, som da han kom. Regningen for otte dage på en nisengs fællestue og ordinær kost beløb sig til 9 kroner og 20 øre.

Maren Sofie Nielsen, Slagelse, 49 år, klarede den ikke. Hun havde haft problemer med maven længe. Fire år tidligere havde hun været indlagt på Frederiks Hospital, hvor hun fik det bedre efter en mælke-diæt. Nu var hun meget afkræftet og havde ligget i sengen det meste

Overlæge, professor Christian Gram på stuegang på medicinsk afdeling A omkring 1900. Kønsskæringsdelingen var tilsyneladende irøkkelig. Læger var mænd og sygeplejersker kvinder. Det forekom lige så naturligt, som at kun mænd havde stemmeret. Men enkelte kunne forestille sig andre muligheder. I 1885 havde Nielsine Nielsen som den første kvinde i Danmark taget medicinsk embedseksamen, og hun fik også lov til at gennemføre hospitalsturnus, så hun blev læge. Hun ønskede at blive ansat ved en gynækologisk hospitalsafdeling, men det lykkedes hende ikke. Hun blev i stedet en populær praktiserende læge og gynækolog.

af det forløbne år, men hun håbede, at hospitalet igen kunne hjælpe hende. Hun fik den 6. april diagnosen cancer i mavesækken og døde på hospitalet 17. maj.

I gennemsnit lå de seks patienter på hospitalet i 27 dage, hvilket var mindre end gennemsnittet for 1897, der var 37 dage.

PATIENTFACILITETER

Når patienterne blev indskrevet i porten mødte de et lille, nedslidt hospital. Det gamle anlæg så næsten landligt ud, som det lå med den lave midterbygning mellem haver og gårde. Egentlig var det smukt, men sammenlignet med Kommunehospital var det tydeligt, at Frederiks Hospital ikke længere levede op til tidens krav.

De første alvorlige klager i offentligheden over, at hospitalet ikke holdt en standard, der var passende for et lands førende hospital, havde lydt i 1820'erne⁶⁴, og de fortsatte med jævne mellemrum, indtil det nye Rigshospital blev taget i brug i 1910.

Klagerne var lige så jævnlige blevet forsøgt imødegået ved reparationer og moderniserin-





Fra hospitalets start var der en præst ansat. Hans væsentligste pligt var at besøge de syge, dag og nat, hvis de måtte ønske hans nærværelse. I 1897 skulle han derudover holde gudstjeneste hver søndag, kaste jord på de døde, døbe de fødte, føre dåbs- og dødeprotokoller, drive patientbiblioteket og opbevare alterkalk og disk. I 1700-tallet havde han også haft pligt til at holde øje med om der var „Uorden, ilde Lugt eller Urenlighed i Sygestuerne, uforsigtig Omgang med Ild og Lys, Forsømmelse imod Patienterne eller anden Forseelse af Opvartningskonerne“ og straks formane de skyldige og melde forseelsen til inspektøren, medicus eller kirurgus. Hvis patienterne ikke var lutheranere eller blot hellere ville benytte en anden præst, var det tilladt.

ger af dele af interiøret efter tidens smag. Træsenge blev skiftet ud med jernsenge og fjerdyner med uldtæpper, som man fandt mere hygiejniske. Der blev installeret såkaldte skabslokummer i tekøkkenerne mellem hvert stueafsnit for at skåne patienterne for de natskrin, der tidligere havde været opstillet på selve stuerne for at undgå at tvinge patienterne til – bogstavelig talt – at måtte gå i gården. Men de mange små ændringer kunne ikke skjule det grundlæggende problem: Standarden i patientfaciliteterne var faldende. Ikke bare målt i forhold til nybyggede hospitaler, men også i forhold til standarden på Frederiks Hospital i 1700-tallet.

Første grundskud var kommet med statsbankerotten 1813 og tabet af Norge året efter, der udhulede hospitalets økonomi. Det næste – og værre – var det stadig stigende patientpres, som primært skyldtes, at Københavns befolkning voksede eksplosivt i mange år, før der blev bygget nye hospitaler. I stedet blev der presset flere senge ind på Frederiks Hospital og Almindeligt Hospital. I 1850'erne og 1860'erne var der 433 senge på Frederiks Hospital på den samme plads, hvor der i 1700-tallet havde været 270. På det tidspunkt holdt man sig heller ikke tilbage fra at „lægge dobbelt“, altså to patienter i hver seng, når ventelisterne blev for lange.⁶⁵ Da Kommunehospitalet med 800 nye senge blev indviet i 1863, betød det en følelig aflastning, og det normerede antal senge blev sat ned til 358, men det giver et begreb om forskellen i standard i 1700-tallet og 1800-tallet, at den gennemsnitlige belægning stadig var næsten 100 patienter højere i 1897 end i 1797.

Samtidig gik udviklingen i opfattelsen af, hvad der kunne forårsage sygdom, så rivende hurtigt i tiden omkring bakteriologiens gennembrud, at mange gamle, veletablerede rutiner på Frederiks Hospital med ét kunne opfattes som direkte sundhedstruende. Skabslokummerne

Der blev indrettet et lille kemisk laboratorium ved hospitalet i 1840'erne, men i slutningen af 1800-tallet stillede bakteriologien nye krav til laboratoriefaciliteter.

1880'erne blev der oprettet et kirurgisk laboratorium og et medicinsk på afdeling A. Da Faber blev overlæge på afdeling B i 1896, fik han også indrettet et på B.



i tekøkkenerne blev på denne baggrund en vigtig pind til det gamle hospitals ligkiste, da daværende reservemedicus Knud Fabers skarpe pen i 1895 beskrev, hvad der egentlig befandt sig i de tekøkkener, der var indrettet i korridorer på 3 gange 11 meter mellem stuerne:

„For enhver der bruger sine Øjne, ere de Køkkener, der danne Stuernes eneste Udenomsbekvemmelighed, dog den største Rædsel. Et saadant „Køkken“ er fælles for fire Stuer, hver med otte à 10 Patienter (... og) huser den mærkeligste Samling Utsenilier og Virksomheder, man kan tænke sig. Paa et lille Komfur varmes Vand, Mælk, Havresuppe, laves Te, Kaffe, Chokolade etc. til alle fire Stuers Patienter; lige overfor Komfuret findes en endnu mindre Vadske, hvori afvadskes alle Patienternes Tallerkener, Kopper, Skeer, Gafler etc., men tillige deres Spyttekrus og Uringlas (!). Vadsken læner sig op til Væggen paa det ene af de to Klosetter, som man med sjælden Omsigt har anbragt i Køkkenet. Et Skab vis à vis det ene Kloset tjener som Stuernes Spisekammer, i et andet mindre Skab gemmes Mælken i åbne Kander; paa Væggens Søm og Knager hænger utildækkede Viskestykker, Kander, Fejekoste, Øser til at fordele den flydende Mad paa Tallerkenerne, Kaffekander og Kopper. Over Komfuret finder man en Tørreovn til Afdampning af Lagener og Kropslinned; endvidere rummer Køkkenet et Skab til Patienternes snavsede Linned, et andet til Pigernes Overtøj, og paa den tiloversblevne Væggeplads hænger Baarer, bestemte til at bære Patienterne ud i fri Luft, og Knagerækker hvor undertiden indtil 30 Studenter anbringe deres Overtøj.“⁶⁶

Faber havde fået skærpet sit blik for den barokke sammenblandings uheldige konsekvenser ved at have skrevet disputats ved det nyoprettede Bakteriologiske Laboratorium. Hans timing var god. Ikke alene slap han godt fra at skrive så kritisk om sin arbejdsplads; han blev overmedicus i 1896,⁶⁷ og fik i sin overlægetid vedtaget bygningen af det nye Rigshospital på Blegdamsvej.⁶⁸

PLEJEN

Den første sygeplejerske var blevet ansat ved Frederiks Hospital i 1884. Indtil da havde plejepersonalet bestået af koner fra underklassen. Stuekonen havde ansvaret for en enkelt sygestue. Hun boede i et aflukke på stuen – om natten, når hun sov derinde, kom en vågekone og overtog omsorgen for patienterne. Konerne havde ikke nogen formel uddannelse, men trak på de kompetencer, de havde som husmødre. Derfor foretrak man enker, der havde haft ansvaret for en husholdning.

I 1897 var det nye system med sygeplejersker ved at være helt gennemført. Sygeplejerskerne lærte faget gennem en elevperiode på seks måneder på hospitalet og en assistenttid, der varede, til de fandt fast ansættelse som sygeplejersker. Eleverne skulle være ugifte og uforlovede, ikke være mere end 25-26 år og som et hovedkrav være i besiddelse af, hvad man kaldte almindelig dannelse.⁶⁹ Det betød, at de skulle have lært at opføre sig, som man gjorde i middelklassen. I 1800-tallet var der et i dag næsten ubegribeligt skel mellem de dannede klasser og den



Sygestue på kirurgisk afdeling 1909. I hjørnet ses det lille aflukke, hvor stuens opvarningskone tidligere havde boet. På det tidspunkt er det en sygeplejerskes hjem. Den lille firkant i midten af billedet er et vindue ind til stuen.

Vågekone i tekøkken, sandsynligvis 1910. Fra 1884 begyndte de gamle opvarningskoner at blive udskiftet med uddannede sygeplejersker. Inden udflytningen til Rigshospitalet havde sygeplejersker overtaget plejen i dagtimerne, men uddannede vågekoner tog sig stadig af nattevagterne under ledelse af to oversygeplejersker. Om dagen kom der endvidere dagkoner, der tog sig af det grovere. De arbejdede fra 6 morgen til 7 aften for 1 krone og 20 øre samt middagsmad, kaffe, te og tvebakker.



uddannede almue, som de gamle stuekoner kom fra. Skellet viste sig i sproget, i klædedragten og ikke mindst i forholdet til vold og alkohol.

Indtil bakteriologien ændrede forestillingerne om rent og urent, var det en selvfølge, at kun underklassekvinder kunne være i forbindelse med de syges kropsafsondringer. De var både symbolsk og bogstaveligt urene i forvejen. Efter at bakteriologien havde givet nye forestillinger om, hvori det urene bestod, og anvisninger til renselse af patienter, hospital og personale, kunne sygeplejersken forblive ren trods sin omgang med det urene.⁷⁰ Med sig bragte den dannede sygeplejerske gode skolekundskaber, der gav hende forudsætninger for at forstå læ-

gernes videnskabelige tænkning.

På hver stue var ansat én sygeplejerske, hvis ansvar det var at pleje de syge på netop denne stue. Hun kunne få hjælp af elever og assistenter, men plejen var hendes ansvar. Sygeplejerskerne boede på hospitalet, ligesom stuekonerne havde gjort. De små aflukker i hjørnet af sygestuerne var blevet fikset op med maling og tapet og lidt mere præsentable møbler, men mere plads eller privatliv var der ikke tale om. For patienterne betød det, at der på hver stue altid var let adgang til den ansvarlige sygeplejerske.

Hospitalet var nu blevet opdelt i to medicinske og to kirurgiske afdelinger, så der var i alt fire overlæger. Der var ikke tale om nogen yderligere specialisering mellem afdelingerne. Opdelingen var sket for at sikre, at hver afdeling havde en størrelse, så overlægen stadig kunne have personlig kontakt med hver enkelt patient. De medicinske afdelinger skiftedes således til at modtage patienter hveranden dag – alle patienterne 1. april var derfor fra medicinsk afdeling B – Fabers afdeling. De kirurgiske havde ikke en sådan aftale, men de havde alligevel ikke specialiseret sig efter sygdomme eller operationstyper. Overlægen skridtede stadig hver dag samtlige sygestuer af på stuegang i sin afdeling, som regel både morgen og aften.

MADEN

Maden var blevet en mindre vigtig del af hospitalsbehandlingen siden 1797. Nu var det først og fremmest den lægelige behandling og den professionelle pleje, patienterne søgte på hospitalet. For hospitalet spillede maden imidlertid stadig en væsentlig rolle økonomisk. Omkring en fjerdedel af hospitalets budget gik til bespisning.⁷¹

Der var stadig et spisereglement, der fastlagde, hvad der skulle serveres hver dag i ugen. Reglementet var opdelt i fem forskellige diæt-regimer: bedste pleje, fuldkost, feberkost 1, feberkost 2 og stoppediæt.⁷² Forskellen mellem bedste forplejning og almindelig forplejning var indsnævret siden 1797. Alle fik nu tre måltider dagligt, og suppen med kød og grøntsager var ikke længere det daglige hovedmåltid for patienterne på almindelig forplejning. Forsvundet var også grøden om aftenen. Alle fik nu steg nogle af ugens dage. Men grøntsagerne var forsvundet fra den ordinære pleje. Det var endnu nogle år, før vitaminerne blev opdaget, grøntsager blev opfattet som unødvendige lækkerier, som kunne forbeholdes de betalende patienter sammen med hvedebrødet. Så de fattige fik nu mad, der i formatet lignede de betalendes mere, men som set med vor tids standarder var ernæringsmæssigt meget mere ensidig end i 1700-tallet.

Spisereglementet udgivet
i 1887 var endnu gældende
i 1897.

Spisereglement for Patienter paa det Kgl. Frederiks Hospital.

	Bedste Pleje		Almindelig Pleje		Feberdiæt Nr. 1.		Feberdiæt Nr. 2.		Halv Feberdiæt Nr. 1.		Halv Feberdiæt Nr. 2.		Stoppediæt	
		Med Malt		Med Malt		Med Malt		Med Malt		Med Malt		Med Malt		Med Malt
Hver	Hvedebrød	88 10	Sigtetbrød eller	88 10	Hvedebrød	88 10	Hvedebrød	88 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Hvedebrød	88 10
Morgen	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Bagbrød	50 95	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10
	Smør	7 8 1/2	Smør	4 2	Smør	1 1/2	Smør	1 1/2	Smør	1 1/2	Smør	1 1/2	Smør	1 1/2
	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4
	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4
Søndag	Kirsebær	78 10	Sagoruppe	78 10	Kirsebær	78 10	Vælling	78 10	Kirsebær	78 10	Vælling	78 10	Risvandgrød	78 10
Middag	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Steg	36 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Fisk, kogt	36 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Fisk, kogt	36 10	Risvandgrød	78 10
	Steg med Genyse	26 18	Kartofler, brændte (paa kirurg. Afd.)	26 18	Fricassé	26 18	Fricassé	26 18	Kirsebær	78 10	Vælling	78 10	Fisk, kogt	36 10
Mandag	Kirsebær	78 10	Kirsebær	78 10	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Risvandgrød	78 10
Middag	Kød med Feberbrød eller Genyse	26 18	Kød med Feberbrød	26 18	Fricassé	26 18	Fisk, kogt	26 18	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Fisk, kogt	36 10
Tirsdag	Risvandgrød med 1/2 Pot. Mælk	78 10	Vandgrød med 1/2 Pot. Mælk	78 10	Sagoruppe	78 10	Vælling	78 10	Sagoruppe	78 10	Vælling	78 10	Risvandgrød	78 10
Middag	Fisk, stegt eller kogt	36 10	Fisk, kogt	36 10	Fricassé	26 18	Fisk, kogt	26 18	Sagoruppe	78 10	Vælling	78 10	Fisk, kogt	36 10
Onsdag	Sagoruppe	78 10	Byg eller Risvælling	78 10	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Risvandgrød	78 10
Middag	Fricassé, Banket, eller Beef med Genyse	26 18	Banket, eller Beef med Genyse	26 18	Fricassé	26 18	Fisk, kogt	26 18	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Fisk, kogt	36 10
Torsdag	Kirsebær	78 10	Kirsebær	78 10	Kirsebær	78 10	Vælling	78 10	Kirsebær	78 10	Vælling	78 10	Risvandgrød	78 10
Middag	Kød med Feberbrød eller Genyse	26 18	Kød med Feberbrød	26 18	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Fisk, kogt	26 18	Kirsebær	78 10	Vælling	78 10	Fisk, kogt	36 10
Frederiksdag	Hollandsk eller Vælling	78 10	Grynsuppe	78 10	Sagoruppe	78 10	Vælling	78 10	Sagoruppe	78 10	Vælling	78 10	Risvandgrød	78 10
Middag	Steg med Genyse	26 18	Steg	26 18	Fricassé	26 18	Fisk, kogt	26 18	Sagoruppe	78 10	Vælling	78 10	Fisk, kogt	36 10
Lørdag	Kirsebær	78 10	Kirsebær	78 10	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Risvandgrød	78 10
Middag	Fricassé, Banket, eller Beef med Genyse	26 18	Fricassé	26 18	Fricassé	26 18	Fisk, kogt	26 18	Grynsuppe	78 10	Vælling	78 10	Fisk, kogt	36 10
Aften	Hvedebrød	88 10	Sigtetbrød eller	88 10	Hvedebrød	88 10	Hvedebrød	88 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Hvedebrød	88 10
	Smør	7 8 1/2	Bagbrød	50 95	Smør	1 1/2	Smør	1 1/2	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10	Tvebak (1 Stk.)	78 10
	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4	Mælk	1/4 1/4
	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4	Te	1/4 1/4

Directøren for det Kgl. Frederiks Hospital, den 1. April 1887.

Tabel 7. Patienter indlagt 1. april 1897

Navn	Alder	Stilling	Bopæl	Pris per dag	Liggetid i dage	Diagnose i journal	Diagnose oversat
Svend Willumsen	69 (68)	Gårdejer	St. Magleby	Kr. 1,20	8	Obstipatio, hernia	Forstoppelse, brok
Angelica Olivia Hansen	42	Gift med kusk	København	Kr. 0,60	8	Rheumat. Chron.	Gigt
Lars Christian Jørgensen	42	Gårdejer	Lolland	Kr. 1,20	13	Sarcom. palpebra	Knude i øjenlåg
Maren Sofie Nielsen	49	Gift med brænderibestyrrer	Vestsjælland	Kr. 1,20	47	Cancer ventriculi	Mavekræft
Konradine Josefine Colmetz	64 (70)	Ugift syerske	København	Kr. 1,20	22	Rheumatismus chronicus	Gigt
Søren Jørgensen	33	Arbejdsmand	København	Frit	62	Tuberculosis pulm. et laryngis	Tuberkulose

Tilføjelse: tilde: protokol og journaler. Alderen i () er fra journalen, når den ikke er i overensstemmelse med protokollen.

I en polemik med en ung læge, der i 1905 dristede sig til at kritisere maden på Frederiks Hospital for at være usund, forklarede overlæge Faber rasende, at det havde angriberen ikke begreb om, for spisereglementet blev meget ofte suppleret med ordineret ekstrakost for at ernære og fede de medicinske patienter. Der blev også eksperimenteret med vegetabilsk kost. Således var der de senere år blevet anvendt meget havregrød, havresuppe, kartofler og kartoffelmos. Desuden var mælk, æg, tvebakker og rødvin nu mere anvendt end tidligere, hvorimod der blev holdt mere igen med portvin, og også brugen af øl var gået tilbage. Og, fortæller han, der blev skam også tillavet duer, harer, agerhøns, frugt og grønt på hospitalet, selvom det ikke kunne ses af reglementet. Det gik dog, indrømmede han, primært til de betalende patienter på enestue.⁷³

PATIENTERNES ALDER, ERHVERV OG BOPÆL

Patienterne 1. april 1897 var fra 30 til 70 år og i gennemsnit 49,8 år (se tabel 7). Altså 15 år ældre end i 1797, men det kan være en tilfældighed på grund af det lille antal. Børn under syv år blev kun modtaget til kirurgisk operation. Sådan havde det været siden 1757.

Patienterne i 1897 adskilte sig også på andre måder fra dem i 1797. Der var langt flere med bopæl uden for København. De udgjorde nu 27% af årets patienter. Det var en udvikling, der for alvor var begyndt, efter at Kommunehospitalen i 1863 stillede langt bedre faciliteter til rådighed for de københavnske patienter. Fra 1870 havde staten bevilget et årligt beløb til gratis indlæggelse af patienter fra provinsen, „der trænger særegen videnskabelig Behandling“.⁷⁴ I 1897 var knap 17% af hospitalets samlede budget øremærket til dette brug.⁷⁵ Mange af provinsspatienterne kom imidlertid, ligesom Svend Willumsen og Maren Sofie Nielsen, for egen regning for den lægefaglige ekspertises skyld. Det var en udvikling, der tog til i de første årtier af 1900-tallet, hvor forskellen mellem de meget små provinssygehuse og hovedstadshospitalerne var markant. Provinsspatienterne kom derfor nemt til at se Rigshospitalet som det

sidste håb og pressede voldsomt på for at blive indlagt med både kroniske og uhelbredelige sygdomme. Knud Faber beskriver det som „en Hovedopgave for Overlægen at afvise og atter at afvise saadanne kroniske Patienter, som jo ikke alle kan optages. Dertil er Pladserne alt for faa“.⁷⁶ Alligevel var det på Fabers afdeling, Maren Sofie Nielsen lå med sin fremskredne mavecancer, men måske hang det sammen med, at afdelingen prioriterede forskning i mave-tarm-sygdomme højt.

BETALING

I 1897 var der stadig flest patienter af den kategori, Frederiks Hospital oprindeligt var bygget til – københavnere, der lå frit på hospitalets regning selvom formuleringen af betingelserne var ændret. Nu hed det, at disse patienter ikke måtte være så fattige, at de modtog fattighjælp, men heller ikke mere velstående, end at de „ikke have Midler til at udrede Betalingen for Kur og Pleje uden at blive forarmede.“⁷⁷ 71% af patienterne lå gratis på hospitalets regning, mens godt 25% betalte selv eller fik opholdet betalt af deres husbond.

Taksterne var blevet forenklede i forhold til 1797 og var fælles for Frederiks Hospital og Kommunehospitalet for indenbys patienter, mens Frederiks Hospital var billigere for udenbys patienter.⁷⁸

I hverdagen herskede strenge hierarkier, som satte rammern for alt på hospitalet. Her har snevejret et legende øjeblik nulstillet alle skel mellem læge og sygeplejersker, mænd og kvinder, personale og patienter



Tabel 8. Takst for betalende patienter på Frederiks Hospital 1897⁷⁹

	Københavnere	Udenbys	Udenrigs
Fællesstue per dag	Kr. 1,20	Kr. 1,20	Kr. 3,50
Enestue per dag	Kr. 4,-	Kr. 7,-	Kr. 10,-
Fællesstue, depositum	Kr. 100,-	Kr. 100,-	Kr. 200,-
Enestue, depositum	Kr. 200,-	Kr. 350,-	Kr. 500,-

De, der betalte selv, bestod for hovedpartens vedkommende af jævnt velstående gårdmænd, håndværkere og handlende, der lod sig indlægge på fællesstue. Enestuerne blev dog brugt i lidt højere grad end i 1797: 3% af samtlige sengedage blev brugt af betalende patienter på enestue. Siden 1797 var prisen for enestue på bedste kost da også faldet i forhold til arbejds-lønnen, men det var stadig dyrt – lidt mere end en ugeløn for en faglært for en uges ophold.

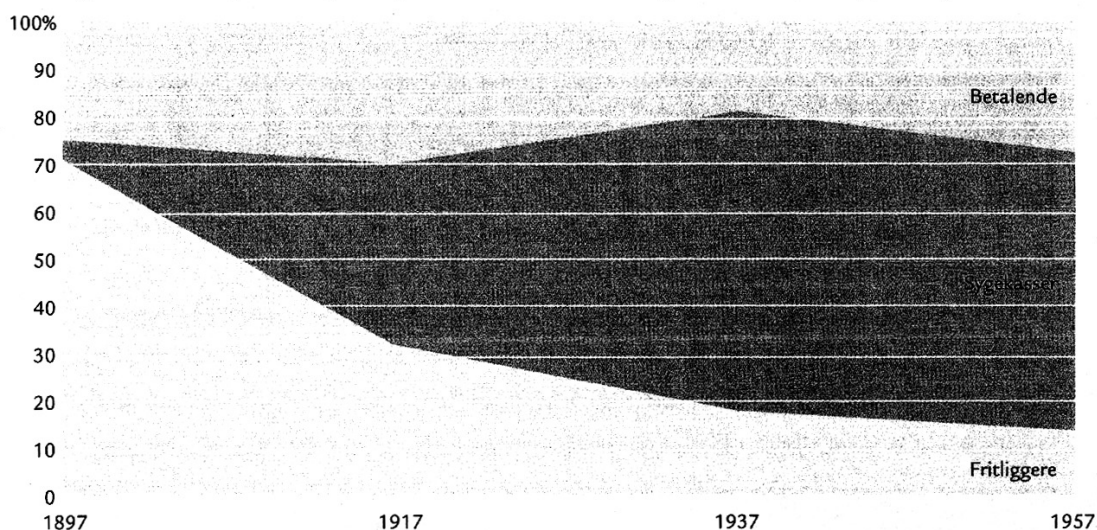
Relativt var det også blevet billigere at ligge for betaling på fællesstue og almindelig kost siden 1797 – da kostede en uge på hospitalet omkring en ugeløn for en faglært svend; nu kostede det godt en tredjedel ugeløn.

SYGEKASSER

Foruden de fritliggende og de betalende patienter, var der en helt ny type i 1897, som ikke fandtes i 1797 – sygekassemedlemmer. Blandt patienterne i 1897 var endnu kun 3,5% sygekassemedlemmer.⁸⁰ Men der var én 1. april: Angelica Olivia Hansen. Hun og hendes mand, der var kusk, var medlemmer af sygekassen Den broderlige Enigheds Understøttelsesforening.⁸¹ Det var en gammel forening, der ikke havde tilpasset sig sygekasseloven af 1892, og som derfor hverken var statskontrolleret eller fik statstilskud. Men en overgangsaftale med hospitalet gav foreningen 50% rabat på ordinær pleje på fællesstue på linje med de statsanerkendte sygekasser.⁸² Angelica Olivia Hansen fik således sit ophold betalt af sygekassen.

Sygekasseloven af 1892 markerer et vældigt spring i ambitionsniveau i sundhedspolitikken. Loven henvendte sig til præcis det samme publikum som Frederiks Hospital oprindelig blev bygget til: De jævne arbejdere, der ikke kunne spare tilstrækkeligt op til betryggelse mod sygdom. Men hvor hospitalet kun kunne hjælpe en brøkdel af de trængende, var sygekasseloven et tilbud til alle, der ikke tjente mere end en faglært arbejder. Medlemmer af statsanerkendte sygekasser fik sygedagpenge, fri medicin, lægehjælp og hospitalsindlæggelse. Medlemmerne betalte kontingent, men sygekasserne fik både statstilskud og rabat på hospitalsbetaling.⁸³ Medlemmerne strømmede til, og i 1937 var 62% af Rigshospitalets patienter sygekassemedlemmer (se figur 7, side 58). Det betød, at sygekasserne efterhånden overtog betalingen for de, der tidligere havde ligget frit på Frederiks Hospital. De 18%, der lå frit i 1937, var patienter, der tidligere slet ikke måtte komme der: Psykiatriske patienter og varigt uarbejdsdygtige, som var faldet ud af sygekassessystemet.

Figur 7. Andel af patienter på hospitalet fordelt efter betalingsmåde 1897, 1917, 1937 og 1957



Sygekasserne fik stor betydning for befolkningens mulighed for at benytte hospitaler. Den store stigning i andelen af befolkningen, der blev indlagt på hospitaler, begyndte samtidig med gennembruddet for sygekasserne (se figur 3, side 16). Det betyder ikke, at sygekasserne var årsagen til stigningen, men at økonomisk vækst, lægevidenskabens udvikling og sundhedspolitikken efter omkring 1890 indgik i en gensidigt betinget proces, der gjorde hospitalsbehandling til en økonomisk mulig standardbehandling for mange lidelser.

FORBUDTE SYGDOMME

Frederiks Hospital skulle ifølge reglerne stadig kun tage sig af sygdomme, der kunne helbredes, og der var også stadig sygdomme, som var udelukkede, for ikke at udgøre en smitterisiko for de øvrige patienter. Selvom kriterierne for, hvilke typer sygdomme der måtte indtages, således var de samme, havde listen over sygdomme, der ikke måtte komme på hospitalet, alligevel ændret sig. Dels fordi det ikke længere var de samme sygdomme, man mente var uhelbredelige eller smitsomme, og dels fordi flere sygdomme havde fået navne. Kopper, fnat og sindssygdom var stadig på listen. Kolera, dysenteri, *exanthematisk tyfus* (plettyfus), gammel benskade, kræft, der ikke kunne opereres, og epilepsi var nye, ligesom kronisk rheumatisme, alderdomssvaghed, skarlagensfeber, difteri og „*croup*“ (difteritisk infektion i struben, som kan kvæle patienten). Overlægerne havde imidlertid nu fået vide beføjelser til at dispensere, så længe de kun indlagde patienter til midlertidig kur. De måtte for eksempel undtagelsesvis tage „syfilitiske og veneriske sygdomme“ ind også på fællestuer. På enestuer måtte overlægen stort set selv bestemme, bortset fra at de meget smitsomme, epidemiske sygdomme skulle holdes helt borte fra hospitalet.⁸⁴

MEDICINSKE SYGDOMME

Patienterne 1. april fordelte sig med tre medicinske og tre kirurgiske. De medicinske blev alle indlagt på afdeling B og havde, trods reglementet, alle tre uhelbredelige sygdomme: tuberkulose, gigt og mavecancer. Men de var ikke atypiske for medicinske patienter i 1897. Tværtimod – af årsberetningen fremgår det (se tabel 9), at selvom der var indlagt patienter på medicinsk afdeling B med 129 forskellige diagnoser, var halvdelen af patienterne indlagt med de ni almindeligste diagnoser. Med 10% af afdelingens patienter var tuberkulose den mest almindelige diagnose, fulgt af hjertesygdom, lungeinfektioner, mavesår (som især ramte unge kvinder), gigtfeber (en allergisk reaktion på streptokokinfektion), diverse sygdomme i mave-tarm-systemet (inklusive cancer) og nyrebetændelse.

Denne fordeling stemmer fint med Knud Fabers erindring om hans år på Frederiks Hospital. Han husker sygdomsbilledet som domineret af tuberkulose, *febris typhoidea*, og andre sygdomme i fordøjelsesorganerne.⁸⁵ Blot var der meget få tilfælde af *febris typhoidea* i 1897, og i årene der kom, blev denne sygdom endnu sjældnere. I daglig tale kaldte man den tyfus eller tyfoid feber. Det var en rest fra midten af 1800-tallet, hvor lægerne talte om tyfoide febre i flertal og havde en forsigtig forestilling om, at der nok var tale om flere forskellige.⁸⁶ I 1897 havde man fået skilt flere sygdomme, blandt andet plettyfus, fra som en helt anden sygdom, der smittede gennem lus, og som nævnt var udelukket fra Frederiks Hospital. I løbet af 1900-tallet er det blevet klart, at det, der blev kaldt *febris typhoidea* i 1897, var infektioner såvel med *salmonella typhi* som med *salmonella paratyphi*, som man endnu ikke kunne skelne imellem. Det er bakteriestammer, der er i familie med de salmonellabakterier, som nu hyppigst overføres fra kyllinger og andet kød til mennesker. *Salmonella typhi* var imidlertid både langt mere dødelig og tilpasset mennesker så snedigt, at patienter, der overlevede den akutte infektion, ofte blev kroniske bærere, der kunne smitte gennem afføringen i årevis.⁸⁷

Tabel 9. De almindeligste diagnoser på medicinsk afdeling B i 1897

Diagnoser som angivet i årsberetningen	Oversat	Antal patienter	Procent af samtlige
Tuberculosis pulmonum	Tuberkulose	55	9,8
Morbus cordis	Hjertesygdom	40	7,1
Ulcus ventriculi	Mavesår	30	5,4
Febris rheumatica	Gigtfeber	28	5,0
Catharrhus gastrointestinalis	Mave-tarmkatar	23	4,1
Pneumonia	Lungebetændelse	22	3,9
Cancer	Kræft	20	3,6
Colitis	Tyktarmsbetændelse	17	3,0
Nephritis	Nyrebetændelse	17	3,0
Patienter med de ni almindeligste diagnoser		252	45,0
Patienter i alt på medicinsk afd. B		560	100,0

Når sygdommen var på retur i 1890'erne skyldtes det ikke behandling, men investeringer i rent vand og kloakering. Den endelige udryddelse skete, da der fra 1898 blev indført et nyt tøndesystem i København, så latrintøndernes indhold ikke længere skulle omhældes på lokummet inden bortskaffelsen. Derved kom byens befolkning meget mindre i kontakt med hinandens afføring.⁸⁸ På hospitalet var det en vældig lettelse at slippe af med de meget dårlige patienter, som ofte svinede så meget med diarré, at man havde opfundet særlige tredelte madrasser, så man kun behøvede at fjerne den indsmurte sektion.

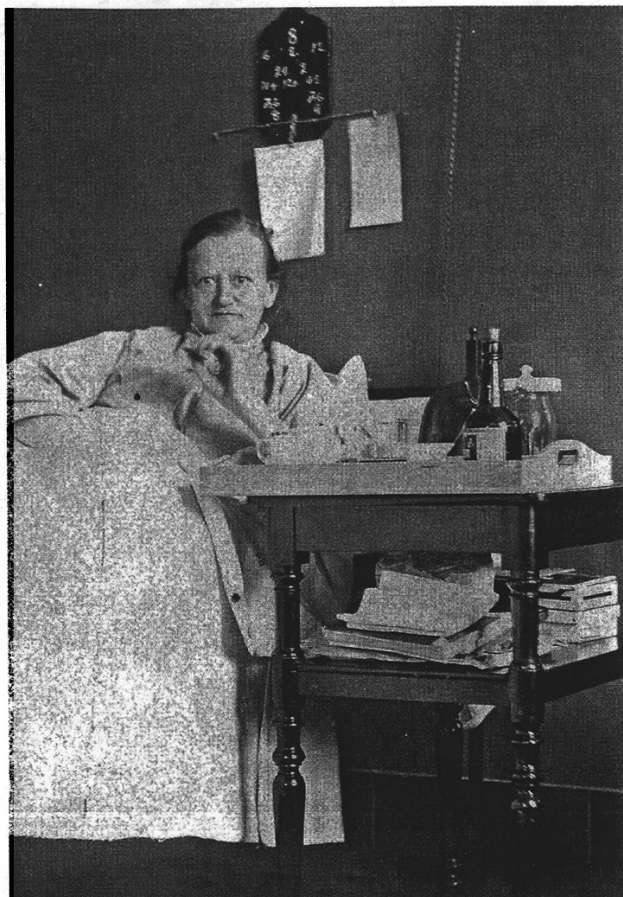
MEDICINSKE PATIENTER

Alle patienter i 1897 havde en navngivet sygdom skrevet på forsiden af deres journal. Journalen beskrev ikke længere, som i 1700-tallet, et menneske med mange forskellige symptomer udsprunget af ubalancer, men et menneske med et organ, der havde en fejlfunktion. Ikke alle diagnoser var lige specifikke, men de fleste pegede på i hvilket organ, det var galt. Hjertesygdommene blev for eksempel rubriceret under uspecificeret hjertesygdom. Andre diagnoser fortalte både, hvor og hvad der var galt: mavesår, lungetuberkulose. Men som disse eksempler viser, betød det ikke nødvendigvis, at virkningsmekanismen var forstået, eller at man havde en effektiv behandling.

Hvis ikke en patient havde en diagnose ved indlæggelsen, var et af hovedformålene med indlæggelsen at nå frem til en, som så blev bestemmende for det videre forløb. Journalen havde den grundstruktur, som allerede lå fast i 1797. Først kom patientens fortælling, så læ-



Juleaften var årets store fest blev fejret på alle afdelinger med juletræ og det hele. Mange patienter kom ikke hjem til ten, fordi indlæggelserne var – 37 dage i gennemsnit i 1897. Mange sygeplejersker tilbragte julen på hospitalet, eftersom var deres hjem. Overlægmændene også på hospitalet, men langt mere bekvemme formåede havde store lejligheder og mange have familie. På billedet ses, overlæge Faber deltog i julef



atient på kirurgisk afdeling D.

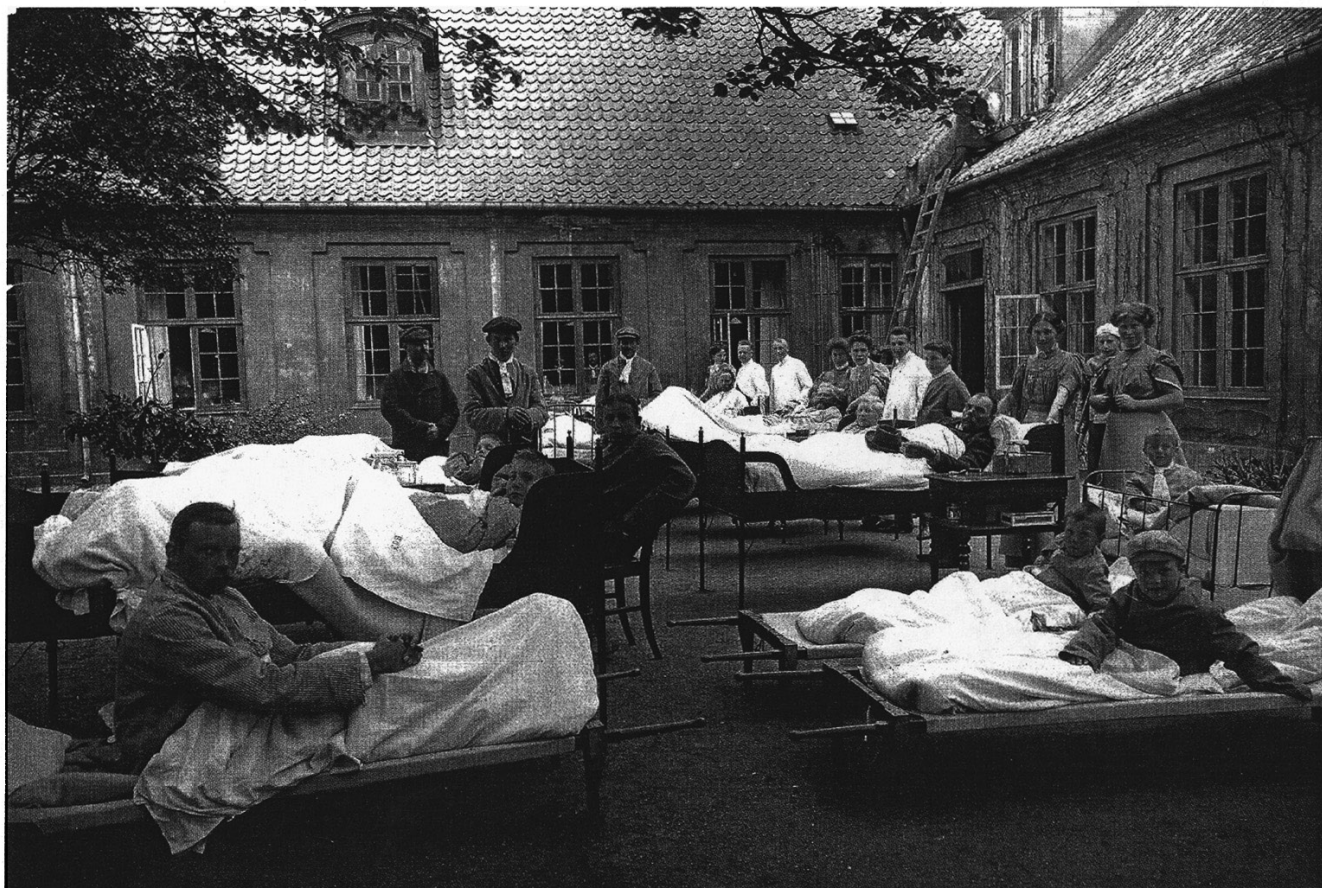
gens observationer og ordinationer. Derefter fulgte en dagbog over udviklingen, hver dag både som fortalt af patienten og som set af lægen. Journalerne var imidlertid blevet meget mere detaljerede. Patienten udspurgtes først om sin familie, så om sig selv og til slut om sin sygdom.

Søren Jørgensen for eksempel. Han var ikke i sygekasse og havde ikke midler til at betale, så han lå som den eneste af patienterne den 1. april frit på hospitalets regning efter den oprindelige fundats. Journalens forside fortæller, at han var 33 år, gift og var arbejdsmand. Han boede Kapelvej 23, 3. sal på Nørrebro og havde tuberkulose i lunger og strube.⁸⁹ Næste side fortæller, at moderen var død af *febris typhoidea*, hvorimod faderen levede og var rask. Søren Jørgensen vidste ikke af, at der var nogen med tuberkulose i hans nærmeste slægt. Han havde været rask i sin barndom og vidste ikke af at have haft børnesygdomme. Han havde i det hele taget ikke været syg, før den nuværende sygdom begyndte. Blev gift for 10 år siden, havde to børn, der var raske. Kønssygdom benægtedes. Han havde i de sidste seks år arbejdet strengt og særlig haft med kul at gøre. I de sidste fire-fem år havde han nydt cirka „250 gram akvavit og to bajere dagligt“.

Patientens nuværende sygdom begyndte for cirka otte måneder siden. Han blev da forkølet og fik hoste – særlig efter anstrengelse. Han blev varm eller kold og svedte en del om natten. Han havde aldrig spyttet blod eller haft hjertebanken. Han havde frosset en del hele tiden og var magret noget af. Appetitten havde været dårlig. Havde passet sit arbejde indtil for halvanden måned siden, men fik da influenza – med stærk trang til søvn. Sov tre dage i træk. Han lå i 12 dage og hostede derefter betydeligt. Og begyndte at spytte grønt. Ingen fordøjelssymptomer. Vandladningen fri. For en måned siden blev han hæs. Noget synkebesvær og nogen gene ved at tale.

Så følger lægens beskrivelse af sin undersøgelse, der først foregår med synet: „Han ser noget medtaget ud“. Kroppen beskrives ovenfra. Først øjnene, så svælget: „nogen svulst af begge Tonsiller“, halsen er lang og mager, brystkassen spinkel. Og så lyttes. Hele brystkassen lyttes igennem for respons på en let bankning (*perkusion*). Over to sider beskrives tonernes kvalitet og dæmpning.

Dagen efter begyndes daglige temperaturmålinger morgen og aften, „38,4 / 37,7“, og der ordineres fedende kost: et æg og ¼ pot mælk ud over den almindelige mad dagligt. Og der kommer svar på urinprøve: „svagt sur, brungul, klar, giver ingen albumin, blod, pus, eller sukkerreaktion“. Dagen efter gentages bankeundersøgelsen af en anden læge.



Den 3. april laves undersøgelse af struben (*laryngoscopy*), og svaret kommer på „microscopisk“ undersøgelse: Der er fundet tuberkelbaciller. Tuberkelbaciller havde kunnet påvises i mikroskop siden 1882, hvor den tyske læge Robert Koch havde opfundet en måde at præparere prøver på, så bakterierne kunne ses. Det bragte diagnosen på plads med sikkerhed – men for tuberkulose fandtes endnu ingen effektiv behandling.⁹⁰

Behandlingen af Søren Jørgensen satte ind på at modvirke hans store vægttab. Den 6. april blev han vejlet første gang: 49,5 kg. Han fik ordineret en halv pot mælk ekstra dagligt. Efter et stykke tid en hel pot mælk, en hvidtøl, ekstra smør og hostesaft til natten. Han tabte sig stadig den første uge, men begyndte så at tage lidt på. 16. og 17. maj var han en halv time ude i luften – det befandt han sig godt ved. 28. maj vejede han 51,7 kilo. 31. maj blev han udskrevet med let forhøjet temperatur.

Chancerne for, at Søren Jørgensen levede ret længe derefter, er små. Hvis han kunne fortsætte med at tage på i vægt og få meget hvile, helst i frisk luft, havde han måske en chance. Men det er usandsynligt, fordi hans sociale situation var så fortvivlet. Fattighjælpen blev man bogstavelig talt ikke fed af.

I 1897 skyldtes 14% af alle dødsfald i København tuberkulose.⁹¹ Det lykkedes heller ikke

Grønnegården 1910. Grønnegården er stadig kendt af mange. I er gården i midten af Kunstindstrimuseet, hvor Grønnegårds-teateret hver sommer afholder sine forestillinger. Grønnegårde spillede en stor rolle for livet på Frederiks Hospital. Oppegående patienter brugte den året rundt at få frisk luft og motion. Om sommeren blev den inddraget i pleje og behandlingen af sengeliggende patienter, der blev båret ud for at få sol og noget oplivende at stå på. Sygeplejerskerne brugte der til at finde lidt privatliv ved afsluttet havemøbler.

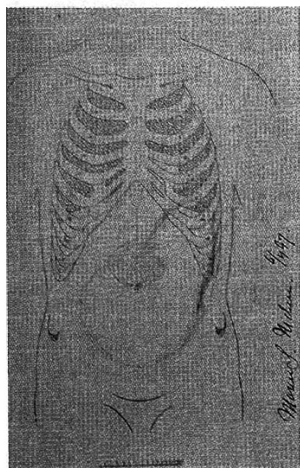
overlæge Faber at udvikle nogen sikker behandling – men han resignerede ikke. Han engagerede sig dybt i den filantropiske og socialpolitiske organisering til tuberkulosens bekæmpelse. Strategien her var oplysende kampagner om, hvordan man undgik at udbrede smitten, og oprettelse af sanatorier og særlige hospitalsafdelinger, hvor patienterne kunne opfedes og hvile uden bekostning for dem selv. I løbet af de næste årtier faldt både antallet af ny-smittede og dødeligheden kraftigt. De overlevende patienter, „tuberkuloseinvaliderne“, som Faber kaldte dem⁹², levede dog et kummerligt liv, fordi de ikke var i stand til at arbejde og måtte klare sig for en nødtørftig fattighjælp. Den invalideforsikring, som blev indført fra 1921, var heller ikke fyrstelig, men en stor forbedring, fordi den ikke indebar tab af borgerlige rettigheder, sådan som fattighjælpen gjorde. Antibiotikaen ændrede alt dette – efter Anden Verdenskrig blev det muligt helt at helbrede de fleste tuberkulosepatienter, inden sygdommen havde ødelagt dem.

MAREN SOFIE NIELSENS MAVECANCER

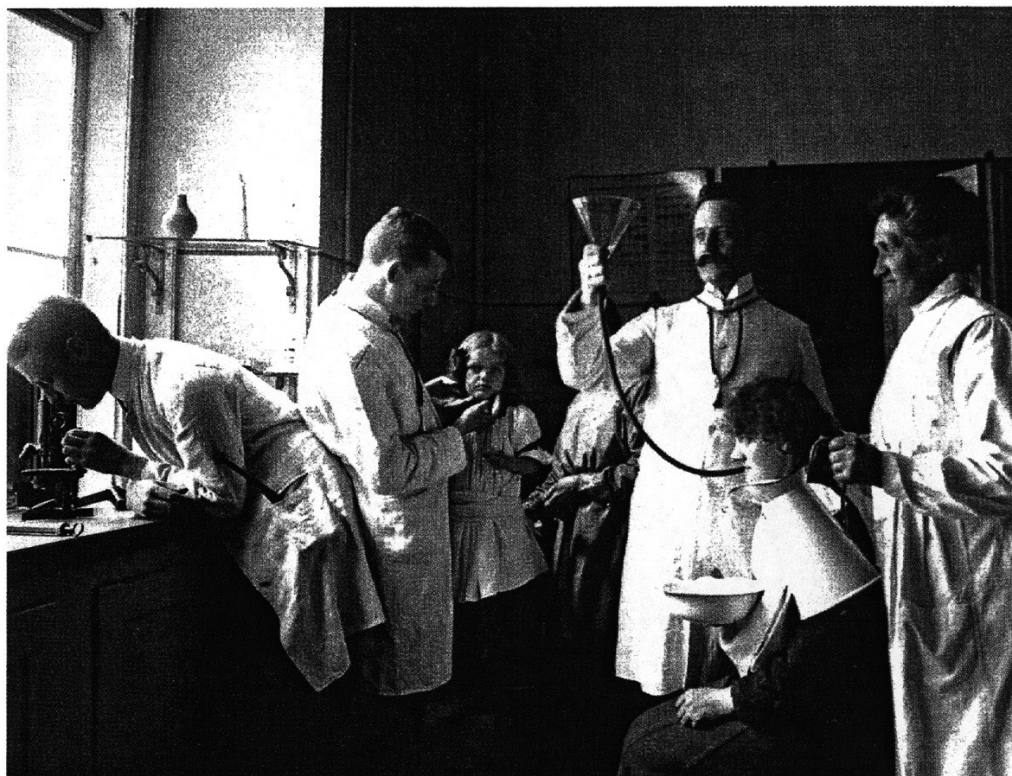
Om Maren Sofie Nielsen fra Slagelse fortæller journalen, at hun var gift med en brænderibestyrer. Hendes mor døde af en mavesygdom, faderen af apopleksi. Hun havde født 10 børn, af hvilke de seks var døde som små. En 25-årig søn led af en lungesygdom, de tre andre var raske. Hendes menstruation begyndte, da hun var 15 år, havde været regelmæssig, men udeblev, da hun blev syg. Som barn havde hun mæslinger og kighoste. Hun havde mavekramper i 15-årsalderen og *klorose* – en voldsom og langvarig *anæmi*, som var almindelig hos unge kvinder til ind i 1900-tallet – et halvt år, da hun var 20.

Diagnosen blev stillet primært ved hjælp af lægens hænder. Maveregionen gennemføltes, og en svulst blev konstateret og tegnet i journalen. En prøve af mavesækkens indhold blev taget med mavesonde, og en blodprøve blev undersøgt for røde blodlegemer. Sammenhængen mellem resultaterne af disse prøver og mavekræften havde på dette tidspunkt karakter af forskning; om der kunne være noget at se og i givet fald hvad, vidste man ikke. Maren Sofie Nielsen havde ingen appetit – fik havresuppe, mælk og tvebakker – havde stor tørst – hun lindredes ved sodavand.

Fra 14. april brugtes mavesonden som behandling. Hun fik daglige maveudskylninger. Ved Europas store hospitaler blev der fra 1870'erne forsket flittigt i mavesondens muligheder både som diagnoseinstrument og som behandlingsinstrument.⁹³ I dag ville behandlingen have haft status af et forsøg – for ingen havde påvist, at fremskreden mavekræft kunne behandles vellykket med maveudskylninger. I journalen for 20. april står: „Hun føler sig meget afkræftet, klager over at Ventrikel Udskylningerne generer hende, og at hun efter dem får stærke Smerter.“ De forsættes alligevel kun afbrudt et par dage omkring den 28. april, hvor sonden støder på modstand i struben. Hun spiser næsten intet og forsøges ernæret ved lavedeletter. Ventrikelskylningerne stoppes 9. maj, og hun får ordineret portvin og havresuppe.

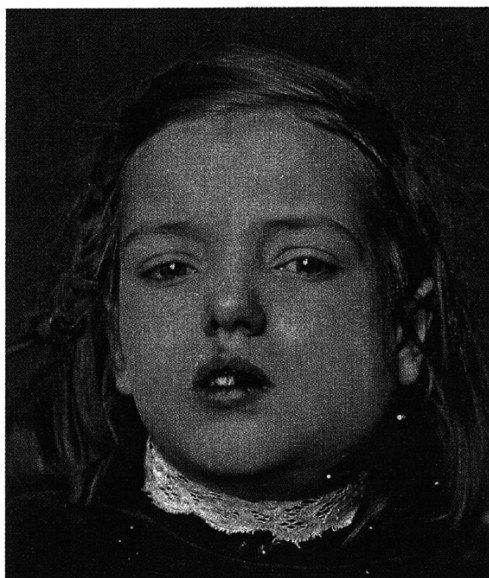


Tegning fra Maren Sofie Nielsens journal af svulstens placering.

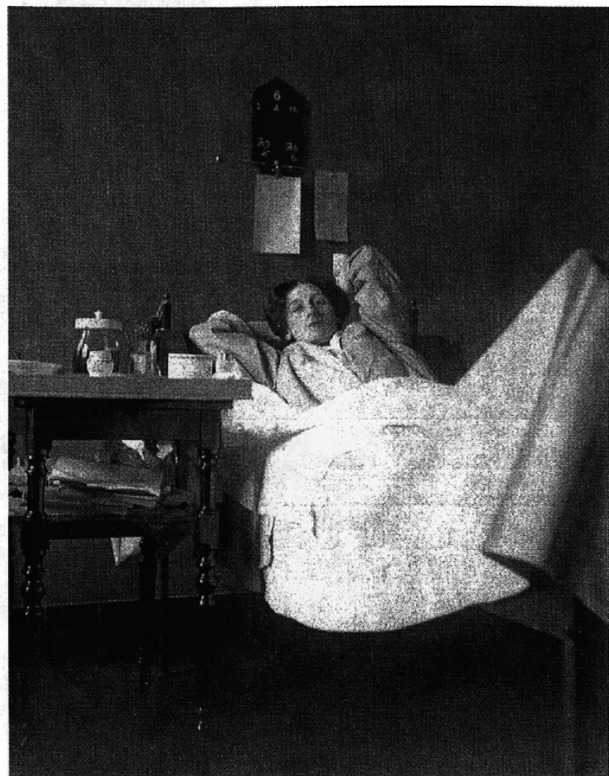


*Dette billede har titlen „m
ning“ i fotoarkivet, men det
påfaldende et opstillingsbill
hvor udstyret holdes i positi
men ikke er i brug.*

Man kan kun gisne om, hvorfor hun ikke bad om at blive udskrevet for at slippe for maveskylningerne. Måske gav det håb at blive behandlet så aktivt, måske var det for uoverskueligt, måske var der for langt til Slagelse. Maren Sofie Nielsen døde den 17. maj. Af protokollen fremgår, at der den 18. maj er betalt 56 kroner og 40 øre for hendes ophold.



*Røntgenstrålerne blev opdag
1895 af den tyske fysiker W
Conrad Röntgen (1845-19
På Kommunehospitalet fik r
røntgenapparat allerede i 11
Frederiks Hospital købte m
1898. Strålerne blev brugt i
diagnose og behandling. Der
eksperimenteret en del, før i
klar over, at der var bivirkni
Både patienter, læger og syg
jersker pådrog sig svære skæ
første år. Pigen her er fra ov
Blochs samling af fotodokun
rede behandlinger. Hun har
behandling med røntgen.*



Patient på kirurgisk afdeling D. Patienterne blev fra hospitalets idligste tid iklædt hospitalets tøj, når de blev indlagt. Den læge, der foretog indlæggelsen, afgjorde, om patienten også skulle bades. Antropologisk tolket kan man sige, at den syge afklæder sig sin sædvanlige identitet og påtager sig rollen som hospitalsindlagt. 1897 var både tøjet og sengeudstyret blevet mere spartansk, men også mere egnet til grundig vask og desinfektion mellem hver patient end i 1797.

KONRADINE J. COLMETZ' GIGT

Mens Maren Sofie Nielsens ophold ikke blev til megen glæde for hende selv og heller ikke bidrog noget særligt til løsningen af kræftens gåde, tyder journalen på, at Konradine J. Colmetz var glad for sin tid på hospitalet. Hun var 70 år og ugift syerske. Hun lod sig indlægge til observation og diagnose for egen regning. En mekanikus Hansen på samme adresse er skrevet på som garant for betalingen. Hun fortalte, at hendes far døde af *febris typhoidea*, moderen af *cancer ventriculi* og en søster af tuberkulose. Ingen af familiens medlemmer havde haft *febris rheumatica*. Hun havde som barn haft mæslinger, men ikke difteri eller skarlagensfeber. Seks år gammel havde hun *febris typhoidea*, hvorfor hun dengang var indlagt på Frederiks Hospital. Hun fik menstruation i 16-17-årsalderen. De havde været regelmæssige, noget sparsomme og havde ikke besværet hende. De ophørte kort før 50-årsalderen. Hun havde altid lidt af stærk hovedpine og plejede kun at have afføring hver anden dag. For tre måneder siden fik hun pludselig en voldsom stivhed i nakken uden at have feber. Derefter svulmede alle led op. En tilkaldt

læge behandlede med *salicyl* og vichyvand. Ledhævelserne svandt efterhånden, men nakke-stivheden bestod – hvorfor hun nu havde ladet sig indlægge, selvom det allerede var blevet meget bedre.

Den undersøgende læge skrev: Patienten „er klagende og synes noget hypokonder.“ Hun fik amerikansk olie for at få afføring hver dag – og fortalte løbende om fornemmelser og smerter rundt om i kroppen. Hun blev udskrevet den 22. april, og de 26 kr. og 40 øre betales et par dage efter. Hun havde fået talt ud og fået mad og omsorg, og sandsynligvis havde mekanikussen med familie fået hvilet ørerne.

ANTISEPTIK, ASEPTIK OG NARKOSE

Det var stadig kirurgerens tid. Deres overlegne behandlingsresultater i forhold til medicinerne i 1797 var for intet at regne mod den sejrssus og selvbevidsthed, der prægede kirurgerne i 1897. Antiseptik og bedøvelse havde gjort det umulige muligt. Mens de medicinske overlæger måtte engagere sig i forebyggelse og sanatoriebevægelse for overhovedet at præstere resultater, udførte kirurgerne den ene mere dristige operation end den anden.

Oscar Bloch var overkirurg på kirurgisk afdeling C i 1897 og havde som ganske ung oplevet tiden før antiseptikkens indtog på Frederiks Hospital i 1868. Han fortæller i sine erindringer fra 1925 om stuegang med overkirurgen i sin studietid i 1860'erne:



Operation „på kirken“, som
rationsstuen på Frederiks Hc
kaldtes. Billedet er udateret,
må være taget i tiden mellem
1900 og flytningen i 1910. I
af 1890'erne afløste aseptik
sterile tøj og grundige hygiejn
mere aggressive brug af stærkt
bakteriedræbende midler i a.
septikken. Gummihandsker t
taget i brug omkring år 1900

„Nr. 2 var en ung Mand, der saa meget daarlig ud; Tæpperne blev løftet op (...) og en varm Damp slog Én imøde; saa blev det dampende Havregrødsomslag taget af hans Fod, der havde en stor Byld; ud af den væltede en stor Mængde snavset grønlig Materie, der stank ganske rædsomt; og, da der blev trykket paa den svulnede røde Del omkring Hullet, kom der en hel Del mere, sammen med sjaskede Klumper af Blod, medens Patienten vred sig af Smerte. Det hele var kvalmende og uhyggeligt.“⁹⁴

Han fortsætter med at fortælle, at fordi patienterne nu ikke længere fik feber selv efter meget indgribende operationer, var det sjældent, de gjorde et så lidende indtryk som tidligere.

Naturligvis er erindringerne skrevet for at anskueliggøre, hvor store fremskridt kirurgerne havde præsteret i hans levetid – men antiseptikken og især aseptikken var faktisk et stort fremskridt. Antiseptikken bestod i at forebygge infektion under operationer ved hjælp af kraftige midler, der slog bakterier ihjel. Et almindeligt middel var den meget giftige fenol-forbindelse karbolsyre. Det var en revolution, fordi patienterne ikke længere rutinemæssigt fik infektion i operationssårene. Derimod fik de tit fenolforgiftning. Aseptikken blev udviklet internationalt omkring 1890. Her blev ikke brugt gift, men systematisk hygiejne til at holde mikroorganismer borte fra sårene: rengøring, håndvask, sterilt tøj på operationsstuen, handsker, maske og sterile forbindelser.⁹⁵

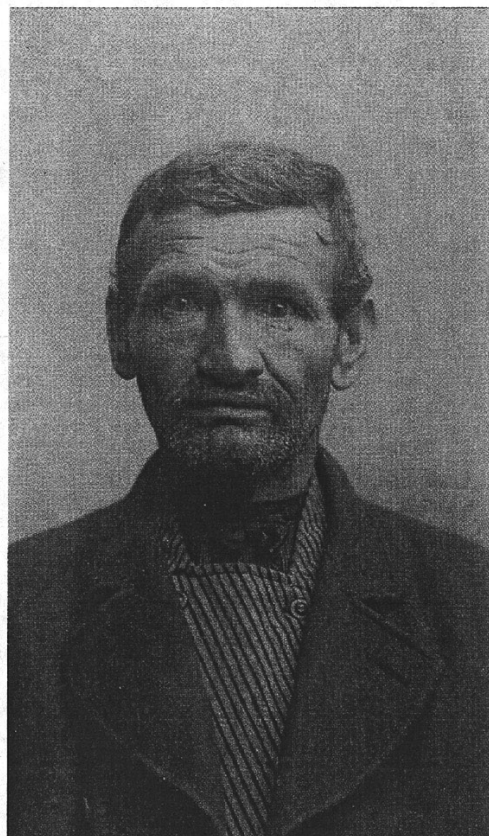
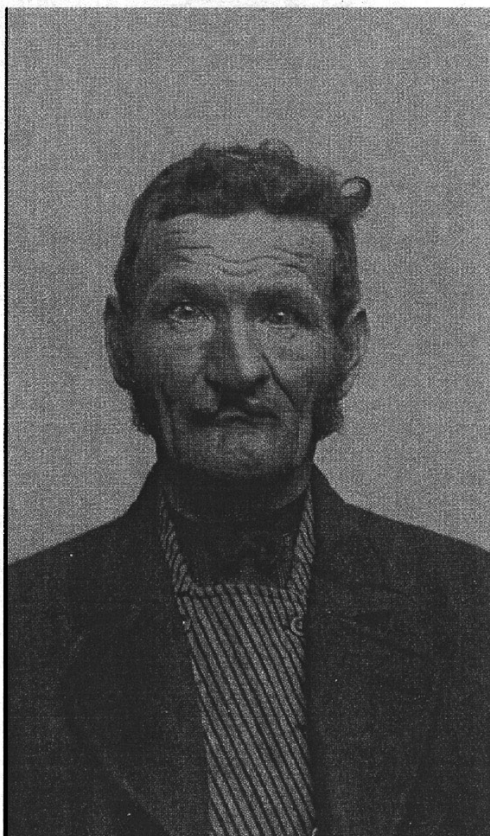
Bedøvelse var på dette tidspunkt blevet standard efter at have været i brug siden 1840'erne.

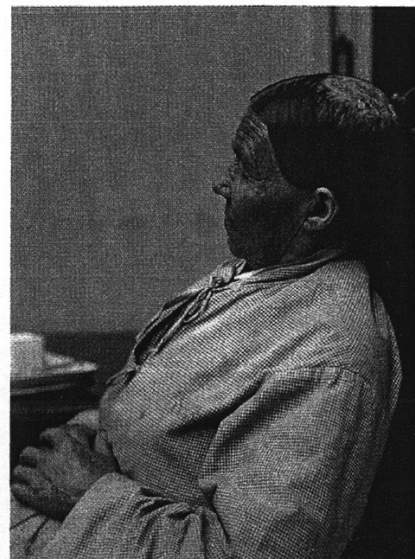
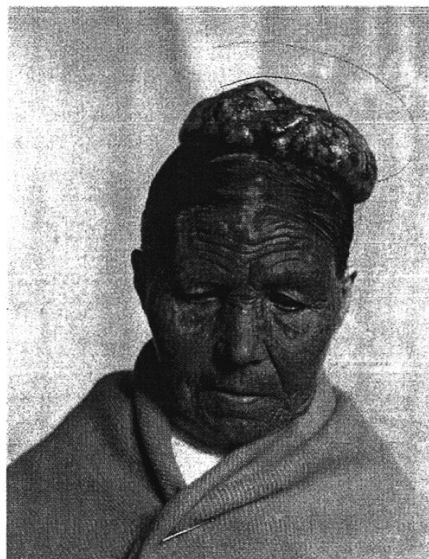
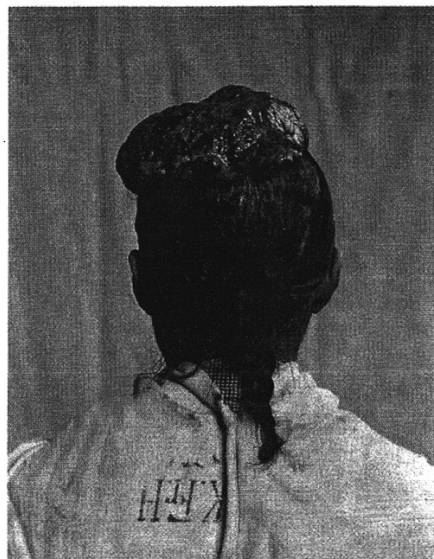
Men der var uenighed blandt kirurgerne, om der skulle bruges æter eller kloroform. Statistik fra Berlin havde i 1892 vist, at der forekom tre gange så mange dødsfald under kloroform-narkose som under æternarkose.⁹⁶ På afdeling C brugte Bloch både æter og kloroform og rapporterede, at patienterne brækkede sig næsten dobbelt så tit i forbindelse med en narkose indledt med kloroform og fortsat med æter som med kloroform alene. Oscar Wanscher på D gik helhjertet ind for æter og brugte næsten ikke kloroform. Han rapporterede ikke noget om opkast, men derimod at han ingen kritiske situationer havde oplevet under narkoserne i 1897. Bloch brugte også lokalbedøvelse (*klorætyl*).⁹⁷

DE KIRURGISKE PATIENTER

I medicinhistorien og i beretninger fra tiden er det de store, nye operationer, der fylder. Operationer i bughulen begyndte at kunne lykkes nogenlunde regelmæssigt i 1880'erne og var det mest grænseoverskridende gennembrud i forbindelse med antiseptikken. Man får nemt det indtryk, at åbning af bughulen var det hyppigste, kirurgerne foretog sig. I det daglige arbejde på de kirurgiske afdelinger var det imidlertid stadig de mange patienter med sår, bylder og kvæstelser, der fyldte mest. Men også på dette område havde bakteriologien og be-

Niels Nielsen var 53 år og gift, da han i 1889 lod sig operere for hareskår på Frederiks Hospital. Allerede i 1600-tallet havde enkelte berømte kirurger opereret hareskår, men indtil antiseptikens indførelse omkring 1870 var faren for dødelige infektioner operationssår så stor, at både læger og patienter veg tilbage for alle operationer, der ikke var strengt nødvendige. I 1897 var det let ved at være en operation, man kunne lade børn gennemgå, så de ikke, som Niels Nielsen, behøvede gennemleve både barndom og voksenalder med et uopereret hareskår. Billederne er fra overkirurg Blochs samling af fotodokumenterede behandlinger.





Antiseptik og aseptik gjorde risikoen for infektion ved operationer mindre, men fjernede den ikke, så mange gik længe med deformerende og generende gevækster, før de besluttede sig for operation. Denne kvinde havde en sarcoma caput, en bindevævsknude på hovedet, som overkirurg Bloch fjernede omkring år 1900.

døvelsen betydet meget. Årsberetningen opdeler i sår og kvæstelser (*traumata*) og betændelser (*inflammationes*), fordi lægerne ikke længere anså betændelse for en normal fase af sårheling, men som en sygelig tilstand i sig selv. Ved hjælp af sæbe, neglebørste og bakteriedræbende midler lykkedes det nu i de fleste tilfælde at få friske sår til at hele uden voldsom infektion. Bylder blev ikke længere behandlet afventende med salver og omslag, men med bakteriedræbende afvaskninger og kniven. I begge tilfælde blev patienten mindre syg, indlæggelsestiden blev kortere og dødeligheden mindre.

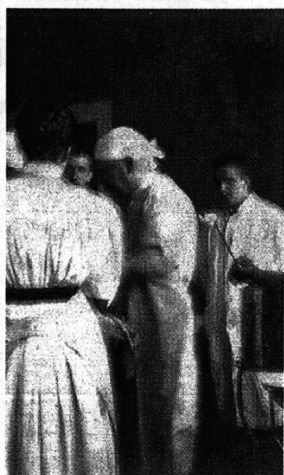
For mange patienter betød antiseptikken, at indlæggelse helt kunne undgås. En bakteriologisk funderet behandling af mindre sår kunne udføres hos egen læge. For de syge, der ikke havde råd til læge, havde Frederiks Hospital åbnet en kirurgisk poliklinik hver formiddag. Denne behandlede i 1897 i alt 5.120 patienter. Omkring halvdelen af dem fik behandlet sår og bylder eller fik fjernet splinter. De fleste af resten, 2.183 patienter, fik trukket en tand ud.⁹⁸

Tilskadekomne behandledes på alle tider af døgnet af hospitalets kirurger. I løbet af 1897 blev 1.316 tilskadekomne behandlet ambulant. Det betyder, at kirurgerne behandlede over fire gange så mange patienter ambulant, som de havde indlagt på afdelingen. Og hovedparten af de ambulante var sårpatienter. Her kan man virkelig tale om en produktivitetsforbedring i opfyldelsen af hospitalets oprindelige formål. Den mere effektive, hurtige og dermed billige sårbehandling forhindrede mange patienter i at blive så dårlige, at de blev uarbejdsdygtige af inficerede sår. Selvom der stadig var mange, der behøvede indlæggelse for mere komplicerede sår og infektioner, gav det plads på afdelingerne til de nye typer af kirurgiske patienter, der nu også kunne gøres noget for.

Her var den vigtigste gruppe de mange svulster (*tumores*), det var blevet rutine at fjerne fra kroppens overflade, og som nu også, omend meget sjældnere, blev fjernet i muskler, ved knogler og i bughulens organer. Brystkassen blev stadig kun åbnet, hvis patienten bogstavelig talt havde en kniv i hjertet. Problemet var at holde lungefunktionen i gang både under og efter operationen.⁹⁹

Der blev ikke lavet ret mange af hver slags operation. Der var tale om kunsthåndværk snarere end om industri. På afdeling C, hvor der i hele året blev foretaget 549 operationer, var der 258 forskellige. Der var for eksempel kun ni fjernelser af brystkræft, en fjernelse af godartet knude i brystet, en blindtarmsoperation (patienten døde), en fjernelse af livmoder og tre kastrationer. Amputationer var en af de mere almindelige operationer, men det vil i alt sige 22 patienter fordelt på begge afdelinger. Af dem døde tre: En 52-årig mand, der fik amputeret underbenet på grund af koldbrand. Han døde af stivkrampe. En 32-årig mand, der var kommet til skade ved en meget voldsom togulykke, fik blodforgiftning i kvæstelsen og døde trods amputationen, og en sukkersygepatient fik amputeret underbenet på grund af koldbrand, men overlevede altså heller ikke.

Af de tre kirurgiske patienter den 1. april var det kun gårdejer Lars Christian Jørgensen, der fik glæde af kirurgiens fremskridt. I 1797 ville han efter al sandsynlighed have mistet synet på højre øje og have skullet leve med trykkende smerter fra en knude, der fyldte hele den ydre halvdel af øjenlåget. Overkirurg Wanscher tog sig selv af operationen, da Jørgensen blev indlagt første gang i marts måned. Knuden viste sig at have en langagtig forlængelse,



kirurg Røvsing opererer i
bughulen.

kirurg Thorkild Røvsing
(1852-1927) giver kaffe efter
afsluttet operation i bughulen.
Som det var blevet muligt no-
get regelmæssigt at overleve
operation i bughulen, var det
dog et stort og farligt indgreb
med en høj dødelighed. Det er
kirurgen for bordenden med
overskæg. Billedet må være
taget mellem 1904 og 1910.



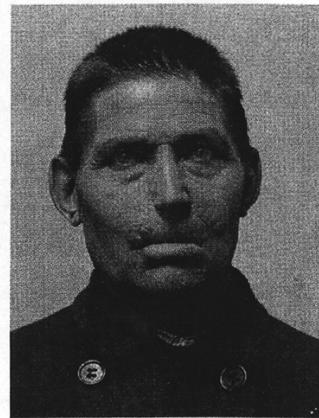
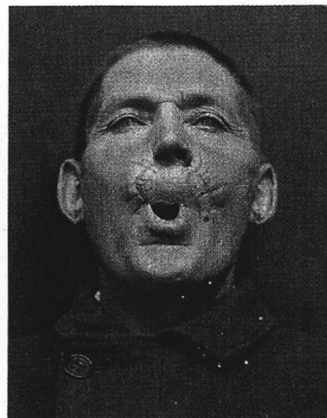
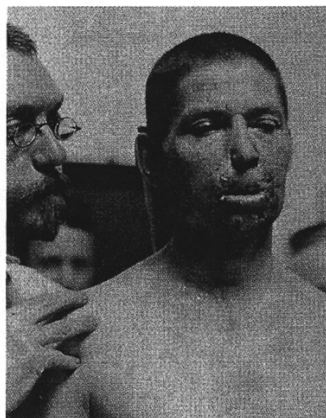
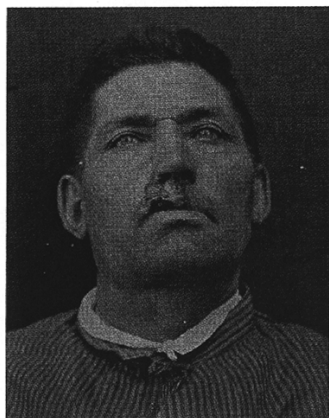
som Wanscher afskar mod knoglen. Det var svært at få lukket såret pænt, fordi Jørgensen var meget urolig og havde opkastninger under narkosen. Dagen efter brækkede han sig to gange og havde en del smerter. Efter otte dage var der en smule infektion i såret, men ikke feber. Efter 14 dage måtte sårrendene afklippes og syes igen, men de havde vanskeligt ved at nå sammen. Et indsnit i tindingen blev lavet, for at huden kunne trækkes sammen over øjet. Mikroskopisk undersøgelse af afklippet væv viste ikke ny svulstdannelse. Så skred suturerne igen, det gav en trekantet sprække i øjenlåget. Uden bedøvelse lagdes en sutur, der fuldstændig lukkede øjet. Der var rødme og betændelse i øverste øjenlåg, hvorfor yderligere operation blev udsat, og Jørgensen fik lov til at tage hjem til Lolland, indtil såret var faldet til ro.

Han blev indlagt igen den 1. april. Øjet blev åbnet, men da der stadig var rødme, ventede man til den 8. april, hvor der udførtes en plastikoperation med en lap fra panden, der blev syet sammen med det resterende øjenlåg. Såret i tindingen forenedes ved vertikalt faldende suturer, således at der ingen stramning kom på lappen. „Om nogen Slimhindebeklædning kan der ikke være tale,“ slutter operationsbeskrivelsen. Ved udskrivelsen var der en lille defekt i øjenlåget, og såret i tindingen var ikke rent, men Jørgensen havde ikke feber.

Om gårdejer Svend Willumsen fra Store Magleby, der var bange for at have tarmslyng, er der ikke meget mere at fortælle end det allerede nævnte, se side 48. Det viser imidlertid meget om tilliden til kirurgerne på Frederiks Hospital, at lægen i Store Magleby bedømte, at Willumsen burde sendes akut til Frederiks Hospital sent på aftenen. Og kulturhistorisk er det spændende, at Willumsen ikke havde tænkt sig at lægge sig roligt og afklaret til at dø, selvom han var 68 år og levede på landet. Så hellere opsøge behandling og betale de 9 kroner og 60 øre, det kom til at koste, samt 8 kroner for transport i sygevoan fra Store Magleby.

Sygekassemedlem Angelica Olivia Hansen var den mindst heldige af de tre. Både socialt og med sin sygdom. Hun var 42 år. Journalen fortæller, at hun tidligere havde haft difteri og bylder i halsen. Mandlerne var fjernet. Ellers havde hun altid været rask, sagde hun. Hun glemte dog at fortælle, at hun manglede venstre øje. Da lægen spurgte, kom det frem, at det mistede hun som niårig. Hendes nuværende indlæggelse skyldtes opsvulmede, stive og smer-

Ikke alle forsøg på at behandle operativt fik et lige heldigt udfald. Denne mand havde et så i ansigtet, der ikke ville læge. Han fik skåret det syge sted af og flyttet væv til under næsen. Han slap af med såret, men rigtig vellykket kan resultatet ikke kaldes. Blochs samling af fotodokumenterede behandlinger, cirka 1900.



Der gøres klar til fødsel 1910.
 I baggrunden ses fødselslejet, der
 var designet, så det gav fødsels-
 hjælperne det bedst mulige over-
 blik over fødselsvejen. Efterhånden
 blev brugen af lejet fast rutine
 ved alle fødsler på såvel stiftelsen
 som ved andre fødselshospitaler
 i Europa. Først i 1970'erne
 begyndte obstetrikere og jorde-
 mødre at få mistanke om, at den
 yggiggende fødestilling kunne gøre
 fødslen mere kompliceret for nogle
 kvinder.



tende led. Det begyndte i fingerleddene tre år tidligere, men havde bredt sig til begge fodled, knæled og håndled. Tilstanden var blevet stadig forværret, så hun nu var meget invalideret. Hun blev sat på fuldkost, hvilket sikkert var en trøst, så længe det varede. Hun fik også massage, men blev udskrevet efter otte dage, fordi der ingen kendt behandling fandtes. Wanscher skrev „*Anthroitis varia*“ og „*Reumat. Chron.*“ (kronisk gigt) som diagnoser på journalens forside.

DE FØDENDE OG DE FØDTE

Den 1. april 1897 blev der født seks børn på Fødselsstiftelsen. Deres mødre var ugifte, fritliggende og mellem 19 og 23 år. De tre var tjenestepiger, en var syerske, og to fortalte ikke, hvilket erhverv de havde. Alle seks børn blev født uden komplikationer eller indgreb af nogen art. De var levende og fine, selvom de to kun vejede 2.900 gram og bedømtes til at være født en uge eller to for tidligt. Det skete ikke så sjældent for de ugifte mødre, der var nødt til at arbejde hårdt også i den sidste tid af svangerskabet, 29,4% af alle fødsler ved stiftelsen i 1897 var for tidlige. De fire øvrige børn var fuldbårne og vejede mellem 3.000 gram og 3.800 gram. De pattede alle seks fint.

De fem af børnene kom til verden på selve stiftelsen. Moderen til det sjette ankom til stiftelsen klokken 14, hvor der allerede var tre fødsler i gang. Hun blev derfor henvist til en filial. En filial var et værelse i et privat hjem i nærheden, hvor konen havde en aftale med stiftelsen om mod betaling at modtage fødende, der ikke var plads til på stiftelsen, og at passe mor og



Et barn undersøges efter fødslen af Aage Bojesen (1881-1951), der senere blev læge ved de københavnske Børneplejestationer og elskede af generationer af småbørns-mødre. På dette billede følger han den dengang almindelige undersøgelsesrutine og afskærer dermed kontakten mellem moderen og barnet, mens han undersøger. Fødselsstiftelsen cirka 1910.

barn i barselstiden. Hver filialkone havde kun plads til en eller højst to barselskoner, og betjeningen under fødslen blev varetaget af en af byens jordemødre, som stiftelsen også betalte. Næsten halvdelen af fødslerne ved Fødselsstiftelsen foregik i 1897 ved filialerne – 743 fødte i filialerne mod 842 i Fødselsstiftelsens egen bygning.¹⁰⁰

Filialsystemet var blevet indført i 1840'erne, da det var blevet klart, at barselsfeberepidemierne skyldtes et eller andet i forbindelse med Fødselsstiftelsens bygninger, men man endnu ikke anede, hvad det var. Blot havde man iagttaget, at fødsler var mange gange sikrere ude i byens private hjem med en praktiserende jordemoder som fødselshjælper. Efter at bakteriologien havde forklaret, hvordan de voldsomme epidemier af barselsfeber opstod på stiftelsen, fordi smitten førtes fra obduktionsrummet med lægernes hænder til de næste fødende, holdt man filialsystemet i kraft, fordi der ikke var plads nok på selve stiftelsen til at efterkomme efterspørgslen.

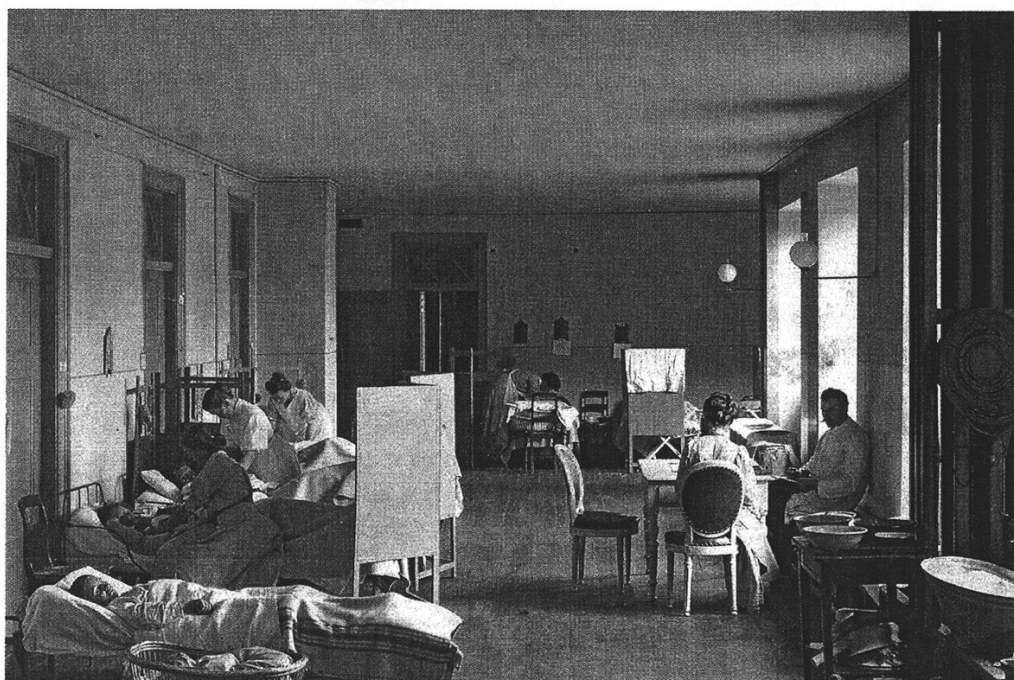
Alle de seks mødre blev udskrevet ved godt helbred, selvom mor nummer 207 ikke undgik barselsfeberen. På fjerdedagen fik hun feber på 39 grader, og hun var først helt feberfri 21. april. Hun blev udskrevet 28. april til plejestiftelsen sammen med sin dreng, Ernst Ferdinand, og allerede to dage efter lod hun sig udskrive og tog sammen med drengen til en grossererfamilie på Ceresvej. Moderen havde ikke samme efternavn som familien, så det var sandsynligvis ikke hendes forældre, men om der var tale om en gift søster, eller om hun havde været så usandsynlig heldig at finde en familie, der ville ansætte hende, selvom hun havde barnet hos sig, er ikke til at vide. Det almindelige var, at hvis moderen igen skulle have

arbejde som tjenestepige, måtte hun sætte barnet i pleje. Kun dygtige kokkepiger var der så få af, at de kunne have held med at få ansættelse, selvom de medbragte et uægte barn, som man så nedladende kaldte det. Det var således ikke usædvanligt, at den 27 dage gamle Astrid måtte i pleje i Adelgade, mens hendes mor¹⁰¹ straks tog ansættelse som tjenestepige hos professor Gram i Bredgade. Astrids mor var svensk og indvandret til københavn i 1892, da hun var 15 år, for at ernære sig som tjenestepige. Også mor nummer 209 satte sin 14 dage gamle Kristian Marius i pleje for at tage tjeneste. Kristian blev senere adopteret af en telegrafarbejder og hans kone. Bevillingen blev givet i 1902, og adoptivfamilien var ikke den, hvor han oprindeligt kom i pleje. Det fremgår ikke af arkivet, hvornår eller hvordan han kom til adoptivforældrene.

Intet af børnene fra 1. april blev efterladt på stiftelsen. Det kunne man nemlig ikke længere; 1894 var sidste år, Plejestiftelsen modtog børn mod betaling. I begyndelsen af 1890'erne var systemet stadig det, der var blevet indført i 1812: Fritliggende fødende havde pligt til at yde ammetjeneste på Plejestiftelsen, hvis der var behov for det, for ét barn ud over deres eget. Prisen for at efterlade sit barn anonymt på Plejestiftelsen var steget til 500 kroner + 24 kroner til børnetøj. Men efter 1894 måtte alle mødrene altså selv finde ud af at sætte børnene i pleje, hvis de ikke kunne have dem hos sig, eller de måtte træffe aftaler om bortadoption. En løsning som tog fart i disse år.

I 1897 var Plejestiftelsen indrettet til at modtage mødre og børn fra Fødselsstiftelsen, som trængte til ekstra omsorg, enten fordi børnene var svagelige, eller fordi mødrenes sociale situation var endnu værre end normalt. I årets løb blev 226 mødre optaget med 234 børn – hver mor var der i gennemsnit 17,4 dage. Tre af børnene døde under opholdet.

*Pladmangel og overbelægning
er et konstant tilbagevendende
problem for Frederiks Hospital
og Fødselsstiftelsen i 1800-tallet.
Her er senge til kvinder og nyfødte
tillet op på et gangareal, hvor også
personalet har måttet rykke ud
med bord og stole til papirarbejde
og pauser. Cirka 1900.*



Tabel 10. Fødende ved Fødselsstiftelsen 1797 og 1897 fordelt efter civilstand og betaling

	Betalende		Fritliggende		Fødende i alt
	Ugifte	Gifte	Ugifte	Gifte	Antal
1797	38,2%	2,5%	57,7%	1,6%	874 = 100%
1897	1,7%	0,2%	81,8%	16,5%	1.731 = 100%

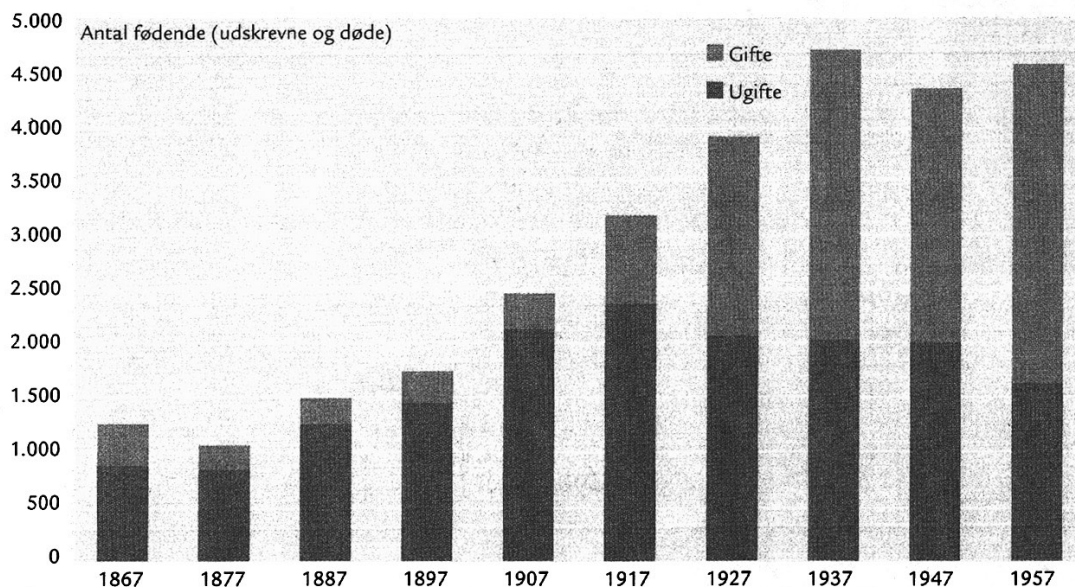
Kilder: Protokol over fødende 1797, Beretning 1897, side 101-103, administrativ oversigt dækkende finansåret.

De første 13 uger af barnets levetid støttede Fødselsstiftelsen de mødre, der havde født der, med såkaldt plejehjælp, hvis moderen var ugift, og det var hendes første barn. Det var et temmelig lille beløb, 1 krone og 50 øre per uge. Det var ikke mere, end hvad en halv liter mælk om dagen kostede.¹⁰² Og det var netop det, der var meningen med plejehjælpen. Den skulle forhindre, at moderen satte barnet så billigt i pleje, at der ikke var råd til at opflaske det på mælk. I årets løb blev der udbetalt plejehjælp til 750 børn. Så mange mødre var altså så fattige, at selv en meget lille hjælp faldt på et tørt sted.

GIFTE OG UGIFTE

Klientellet ved Fødselsstiftelsen havde ændret sig siden 1797. De store barselsfeberepidemier havde fjernet enhver efterspørgsel fra bedrestillede gifte kvinder. Selvom barselsfeberdødeligheden efter antiseptikkens indførelse i 1870 var nede på samme niveau i stiftelsen som i pri-

Figur 8. Fødende per år på Fødselsstiftelsen/Rigshospitalet fordelt efter civilstand 1867-1957



En gang om ugen var der dåb for de uægte børn på Fødselsstiftelsen i et værelse indrettet til formålet. Ordmoderereleverne bar børnene, mødrene blev i deres senge. På børnenes dåbsattest stod „Den kongelige Fødselsstiftelse“. Det var rods de gode hensigter ikke nemt at bære en sådan dåbsattest videre livet.



vate hjem, holdt frygten for at føde på institution sig endnu 50 år.¹⁰³ De fødende i 1800-tallet bestod derfor udelukkende af kvinder, der ikke så anden udvej: Ugifte, der ville skjule fødslen eller ikke havde råd til andre steder at føde, og fattige gifte koner, der havde fattigforstanderens attest på, at de ikke havde råd til at føde hjemme. Kun i tilfælde af meget komplicerede fødsler kunne andre gifte blive indlagt på stiftelsen, og de skulle så betale 4 kroner. Det tilbud, var der ikke mange, der benyttede sig af (se tabel 10).

Københavns øvrige hospitaler havde ikke fødeafdelinger i 1897, og først efter Første Verdenskrig blev der oprettet fødeklinikker, som øvede tiltrækning på et velstillet publikum. I 1937 kunne gravide kvinder til gengæld finde hele 29 forskellige fødeklinikker og fødeafdelinger i Københavns vejviser.¹⁰⁴ Også på Rigshospitalet kom flere og flere gifte fødende ind i første halvdel af 1900-tallet (se figur 8).

Jeg har ikke fundet noget, der belyser med hvilken grad af indlevelse og respekt, stiftelsen behandlede de ugifte fødende i 1897. Men skal man tro en kronik af Robert Wiinblad fra anden halvdel af 1930'erne, stod det ikke godt til på det tidspunkt. Kronikken har titlen „Mærkelige Forhold paa Fødselsstiftelsen“ og er fundet som avisudklip i præstens arkiv på Rigshospitalet.¹⁰⁵ Det viser, at præsten har følt sig berørt af indholdet. Kronikken beskriver, hvordan en ung, ugift kvinde og hendes forlovede bliver diskrimineret af reglementet og ydmyget af personalet, fordi de ikke er gift. En sygeplejerske lader kvinden forstå, at fødsels-smerterne og den hårdhændede behandling, hun udsættes for, har hun selv været ude om, fordi hun har ladet sig gøre gravid i utide. Gifte og ugifte ligger på samme stue, og det er med et stort U ved siden af navnet på tavlen over sengen bekendtgjort, hos hvem vielsesattesten

mangler. Ugifte barnefædre måtte ifølge reglementet ikke besøge deres kærester samtidig med ægtemændene om aftenen. Da kronikkens helt gør det alligevel, smides han straks ud, mens personalet højlydt delagtiggør resten af stuen i brødens art. Han lader sig imidlertid ikke sådan afvise, men opsøger både stiftelsens overlæge og direktør og får i løbet af et par dage udvirket en dispensation. Kronikken er angiveligt skrevet af en ven til barnefaderen for at få ændret de ydmygende forhold for de ugifte. Om det var blevet værre for de ugifte at ligge på stiftelsen i takt med, at de gifte rykkede ind, er ikke til at vide, men man skulle tro, at det gjorde en forskel, at stort set alle var i samme – ugifte – båd i 1897.

KOMPLIKATIONER OG DØDELIGHED

De seks fødsler den 1. april var alle ukomplicerede og uden indgreb af nogen art. Sådan var de 84,2% af fødslerne på stiftelsen i 1897. I de resterende blev foretaget forskellige små og store indgreb, med tangforløsning (4,4% af fødslerne) og fremtrækning på fod (2,4%), fulgt af løsning af moderkagen (2%) som de hyppigste. I løbet af året blev der lavet ét kejsersnit. Årsagen var snævert bækken, og moderen overlevede; barnets tilstand fremgår desværre ikke af beretningen.¹⁰⁶



Håndvask med sæbe og næste og desinfektion med kar revolutionerede fødselshjæl, 1870. Efter Matthias Saxt død i 1800 havde den købeske stiftelse ligesom alle andre fødselsstiftelser i Europa igen været hjemmetsøgt af epidemier af barselsfeber, der gik dødelighed, der var op til ti højere end i jordemoderpraksis uden for stiftelsen. Den antiske håndvask fjernede ikke denne overrisiko ved at føde hospital; den fik også mødreligheden uden for stiftelsen falde yderligere. På Fødselsstiftelsen forvandlede stemningen år fra skyldbetyngt desperat sejrbevidst fremskridtsoptimisme. Det er stiftelsens chef, professor Leopold Meyer (1852-1911) forrest til højre.



Den tyske læge Friedrich Mom-
m (1870-1939) fandt på at
klemme blodforsyningen til
moderen ved afsnøre en kraftig
ummislang om taljen på kvinder,
der var ved at forbløde efter
fødslen. Her ses Aage Bojesen og
Rupold Meyer ved en fødende,
før de har brugt metoden.
Beretningen på billedet antyder, at
det lykkedes at stoppe blødningen.
Fødselsstiftelsen cirka 1910.

Det var stadig strategien at gøre alt, hvad der var muligt, for at fødslen kunne ske *ved naturen*, altså uden indgreb, fordi ethvert indgreb indebar en infektionsfare for moderen. Og når der opereredes, var det primært for at redde moderen.

Blandt de raske kvinder, der fødte ved naturen, var der ingen dødsfald i 1897. Alligevel var mødredødeligheden højere end uden for stiftelsen. Det kan imidlertid ikke undre, når man ser på klientellet. De mest komplicerede fødsler i København blev indbragt til Fødselsstiftelsen, når alt andet var prøvet, og jordemoder og læge endegyldigt havde givet op. Alle byens andre hospitaler sendte gravide, der blev alvorligt syge i løbet af svangerskabet, til stiftelsen, når de gik i fødsel. Disse ekstra højrisikofødende kan ses i dødstallet ved, at 60% af de døde kvinder var gifte, mens de gifte kun udgjorde 17% af samtlige fødende på stiftelsen.

I 1897 døde 15 mødre på stiftelsen, svarende til 0,9%. Det var det niveau, privatpraktiserende jordemødre havde kunnet holde siden slutningen af 1700-tallet.

Nu lå mødredødeligheden uden for stiftelsen på omkring en halv procent. Blandt de ugifte i stiftelsen var dødeligheden 0,5%, altså på samme niveau som udenfor. Uanset årsagen talte ethvert dødsfald i barselsseng på dette tidspunkt med til mødredødeligheden, også selvom der gik en måned eller to efter fødslen, hvis kvinden ikke havde været rask i mellemtiden. Af de 15 døde tre af sygdomme, der ikke havde forbindelse med graviditet og fødsel (tuberkulose, svær hjertesygdom og svulst i hjernen), fem døde af barselsfeber, tre med fødselskrampe, to forblødte på grund af forliggende moderkager (*placenta prævia*), en med forsnævret bækken og for stort barn, og en døde af tarmslyng opstået før fødslen efter at have født et fuldbårent, levende barn ved en tangfødsel. Hun fik lavet stomi efter fødslen, men døde tre timer efter denne operation.

Fødselskrampe var blandt de farligste komplikationer for mødrene. I alt 15 kvinder oplevede fødselskrampe. Heraf døde de tre, og det var medvirkende årsag til endnu en kvindes død. Noget bedre gik det med den også meget farlige tilstand forliggende moderkage. Der var 18 tilfælde i alt; heraf døde to. De blev behandlet ved vending og fremtrækning af barnet. Det er ærgerligt nok ikke muligt at se i beretningen, hvordan børnene klarede sig efter de enkelte typer komplikationer, men børnene til de to kvinder, der døde efter forliggende moderkage, overlevede ikke.

De fem, der døde af barselsfeber, havde meget forskellige historier, men kun et af børnene var fuldbårent: Patient nummer 288, gift, 28-årig førstegangsfødende, blev bragt ind bevidstløs med fødselskrampe. I hjemmet var der gjort forgæves forsøg på forløsning ved perforation af fosterets hoved. På stiftelsen blev fosterhovedet knust og moderkagen fjernet manuelt. Barnet var meget stort, vejede 3.700 gram uden hjerne og blod. Moderen kom til bevidsthed efter fødslen, men døde på fjerdedagen af blodforgiftning (*sepsis*).

Patient nummer 671b var 29 år, ugift tredjegangsfødende. Hun fik betændelse i bughinden efter at have født ufuldbårne tvillinger, den ene levende, på 2.000 gram, og den an-



I 1897 var Fødselsstiftelsen bygget så mange gange, at a trappe var det eneste, der var tilbage af de kostbare 1700C interiører. Den blev til gengæld flittigt brugt, hvis man skal seddel ved Det Kongelige Biblioteks eksemplar af dette billede. Her står med let rystende sl „Paa denne trappeafsats læ Danmarks læger endnu i 15 de vaginale, kunstige forlør. paa de fødende. Der var god plads, ofte gennemtræk – is opvarmning.“ Sedlen er ikke dateret og underskrevet, men fotoalbummet angiver, at en de to fotografere er læge V. P (1886-1971), og at billedet taget i 1910.

den dødfødt og i forrådnelse. Hun viste allerede tegn på infektion ved fødslen og døde på fjerdedagen af septisk infektion i livmoderslimhinden. Patient nummer 652 var en 25-årig, gift andengangsfødende. Hun havde været i fødsel i to døgn hjemme med fosteret liggende i underkropstilling. Hjemme var forsøgt fremtrækning på højre fod. På stiftelsen gik det ret let at lave fremtrækning på sædet. Barnet var ufuldbårent, 2.900 gram, 47 cm. Moderen fik feber på tredjedagen og døde niendedagen.

De to sidste dødsfald kan meget vel være forårsaget af infektion ved uheldigt forløbende forsøg på provokerede aborter – udført enten af kvinderne selv eller af uheldige eller uprofessionelle hjælpere. Den 28-årige, ugifte tredjegangsfødende nummer 494 fødte 2 ½ time efter at være bragt ind på stiftelsen en dreng på 1.250 gram, 39 cm. Med den fostervægt har hun sandsynligvis været omkring 30. graviditetsuge. Barnet døde tre dage efter fødslen. Moderen fik feber otte dage efter fødslen og døde 21 dage efter fødslen.

Patient nummer 472 var 25 år, ugift førstegangsfødende. Hun gik i for tidlig fødsel efter at have haft høj feber i fire dage. Hun angiver smerter i halsen som årsagen. Hun fødte spontant otte timer efter indlæggelsen en ufuldbåren, dødfødt pige på 1.250 gram, 41 cm. Hun viste tegn på bughindebetændelse i barselssengen (*peritonitis*). Ved obduktionen konstateredes, at hun var død af meget kraftig betændelse i æggestokke og bughinde.

Provokeret abort var illegalt i Danmark indtil 1973, men efterhånden med flere og flere muligheder for dispensation. I 1897 kunne abort kun finde sted, hvis der var overhængende fare for moderens liv. Når kvinder i desperation forsøgte at lave abort på sig selv eller hinanden med strikkepinde eller udskylningsapparater med et rør, de stak op i livmoderen, endte hvert år nogle af dem med at dø af infektion. De kan ikke ses i statistikken. Var aborten

endnu ikke lykkedes, var de „fødende“ som disse to. Havde de aborteret, var det „underlivs-betændelse“ på de gynækologiske afdelinger.

Aborterne, både de spontane og de illegalt provokerede, gør også statistikken over børnenes dødelighed på stiftelsen vanskelig at bruge, hvis man vil sige noget om, hvor god fødselshjælpen var med hensyn til at holde liv i børnene. For en hurtig betragtning var børnenes dødelighed tårnhøj – 7,6% af børnene rapporteres som dødfødte eller aborter. Det er et tal, der er mere end dobbelt så højt som landsgennemsnittet for dødfødte i 1897. Men i tallet for fødsler uden for stiftelsen er aborter ikke talt med (abort defineredes som fødte uden tegn på liv før 27. svangerskabsuge). Da Fødselsstiftelsens beretning endvidere fortæller, at nogle af de dødfødte, man tog med i optællingen, var så små, at man ikke kunne se kønnet, og da knap en tredjedel af fødslerne angives at være førtidige, må man gå ud fra, at der er temmelig mange aborter og mange meget for tidligt fødte blandt de dødfødte. Men det kan altså ikke ses af årsberetningen.

OLSENS KONE I FREDERICIAGADE

Den 1. april havde klinisk assistent, cand.med. & chir. Cold fra Fødselsstiftelsen første arbejdsdag i denne stilling, som i dag ville hedde reservelæge.¹⁰⁷ Han blev kaldt ud i *Obstetrisk Poliklinik* klokken 11 om formiddagen. Det vil sige, at byens jordemødre kunne tilkalde en obstetriker fra stiftelsen, hvis der var komplikationer, de ikke selv kunne eller måtte tage sig af. Den praktiserende jordemoder, Gregersen, havde søgt hjælp til kusk Olsens kone i Fredericiagade 69. Det er sådan, hun betegnes i journalen. Når nu det var hende, der skulle føde, skulle man jo mene, at hun fortjente sit eget navn, men det var ikke tidens skik. Hun var 21 år og havde født to gange før, naturligt. Barnet lå i skråleje med venstre skulder forliggende. Vandet var gået en halv time i forvejen, og livmodermunden var udslettet. Konen havde haft veer siden dagen før klokken 17. Med venstre hånd foretog lægen vending og fremtrækning på barnets højre fod. Resultatet var en levende, fuldbåren dreng. Moderkagen fødtes uden problemer, og moderen fik ikke infektioner eller andre problemer efter indgrebet.¹⁰⁸ Når det gik så fint for Cold denne første arbejdsdag, skyldtes det uden tvivl, at han i månederne før havde været kandidat på stiftelsen. Rutinen var, at tre kandidater tog med den kliniske assistent i byen, når stiftelsen blev tilkaldt til en kompliceret fødsel.¹⁰⁹

I alt blev Fødselsstiftelsens læger kaldt ud til fødende i deres hjem 169 gange i løbet af året. Knap hver fjerde gang behøvede de ikke gøre noget eller kunne nøjes med at ordinere medicin. I otte tilfælde overflyttedes den fødende til stiftelsen. Tilbage var 123 fødende, på hvem der blev udført 149 operative indgreb. De hyppigste var tangforløsning (62), vending og fremtrækning (18), som Cold gjorde hos Olsens, fjernelse af en fastsiddende moderkage manuelt (12), med Credés håndgreb (10) og fjernelse af en abort, hvor der var kraftig blødning (9). Beretningen fortæller ikke, i hvilket omfang mødre og børn overlevede.¹¹⁰

Vyfødte tvillinger.

