

POUL BASTRUP-MADSEN

EN HÆMATOLOGISK AFDELING OPSTÅR

ÅRHUS AMTSSYGEHUS 1953- 88

Gensyn med Amtssygehuset

Første reservelæge 1953 - 55

SYV ÅR EFTER Forøgelse af sengeantallet

Det var hyggeligt at være tilbage på amtssygehuset efter syv års forløb. Dog skal dette ikke forstås således at jeg efter syv års ulykkelig udlændighed følte at jeg var kommet tilbage i den trygge havn. Tværtimod havde jeg befundet mig så godt på hver eneste af de afdelinger, hvor jeg havde været ansat i den mellemliggende tid, at jeg hvor som helst på disse steder med glæde ville have hilst en varig tilknytning. Snarere må jeg udtrykke det således at da vilkårene i en hospitalslæges karriere er således at man hele tiden må videre, så følte jeg det betryggende da jeg nu var nået til punktet for den formentlig sidste uddannelsesstilling som burde være springbrættet til en blivende stilling, at dette var blevet på en afdeling som jeg kendte i forvejen og kunne lide. Ved min tilbagekomst januar 1953 lignede amtssygehuset sig selv. Der var de samme overlæger, Aa. Th. B. Jacobsen, Fabricius-Møller og Aage Wagner, samt de samme ledende sygeplejersker, søster Grethe og de kendte afdelingssygeplejersker. Kun den evigt skiftende strøm af yngre læger var fornyet. Så meget var ved det gamle at afdelingen virkede velkendt og jeg følte at være kommet hjem. Dog var der også sket ændringer. Dette drejede sig dels om sådanne som skyldtes fagets udvikling i de forløbne 7 år, en udvikling som jeg dér hvor jeg havde opholdt mig i disse år selv havde gennemlevet og som jeg derfor ikke undrede mig over. Dels var der imidlertid sket en forøgelse af afdelingens sengekapalet og forandring i afdelingens struktur ved oprettelse af to nye stillinger, afdelingslæge og klinisk assistent.

Afdelingen var blevet lidt større, var vokset fra 150 til 168 sengepladser. Dette var sket ved at den stue på hvert afsnit hvor afdelingssygeplejersken tidligere havde boet var blevet omdannet til en 3 sengs stue. Alle ledende sygeplejersker, forstanderinde og afdelingssygeplejersker, var flyttet bort fra sengeafdelingen til en ejendom som amtssygehuset havde bygget i Tage-Hansensgade lige over for sygehuset. Foruden at der derved kom en udvidelse af sengekapaciteten, blev der for de ledende sygeplejersker skabt mulighed for en tilværelse som var mere rimelig med større mulighed for fritid og privatliv end de havde haft ved at skulle bo midt i afdelingen. I denne ejendom var der også boliger for læger, kandidater, 2. reservelæger og kliniske assistenter. Den kirurgiske og medicinske 1. reservelæge havde stadigvæk bolig i administrationsbygningen. "Kandidatgangen" var efter nyordningen blevet taget i brug til administrationskontorer. I den sydlige fløj boede som hidtil i stueetagen maskinmesteren, på 1. sal 1. reservekirurg og på 2. sal flyttede jeg ind som medicinsk 1. reservelæge. Bechgaard skulle som fast ansat finde sig en bolig udenfor hospitalet. Imidlertid var der en ledig lejlighed i ejendommen i Tage-Hansensgade som han fik lov til at leje for en tid. Jeg blev spurgt om jeg kunne vente en uge med at flytte fra vores lejlighed på Marselisborg, fordi der gerne skulle bruges en uges tid til at istandgøre den lejlighed som Bechgaard skulle flytte ind i. Dette kunne lade sig gøre fordi *Sv. E. Budolfson* som efterfulgte mig på M.H. stadig havde sin lejlighed udenfor hospitalet. Desuden skulle han ikke overtage min gamle lejlighed der blev inddraget som administrationskontorer. Psykologisk mildnede det mig overgangen til den nye stilling at blive boende en uge og kun gradvist at slippe Marselisborg hospital, som jeg efterhånden var kommet til at elske dybt og inderligt.

Nyoprettet stilling som afdelingslæge

Det var oprettelsen af stillingen som afdelingslæge der havde dannet basis for at den 1. reservelægestilling, som jeg nu havde overtaget, var blevet disponibel. Min forgænger som 1. reservelæge, *Poul Bechgaard*, tiltrådte derfor stillingen som afdelingslæge den samme dag som jeg begyndte på afdelingen. **POUL BECHGAARD** (1912 -) var født i Århus, student fra Marselisborg gymnasium 1931, og cand. med. sommeren 1938. Inden han i juni 1948 kom som 1. reservelæge til Århus amtssygehus var hans uddannelse foregået i København. Som klinisk assistent 1941-44 på Rigshospitalet hos professoren i teoretisk medicin *Eggert Møller* havde han skrevet disputats om efterundersøgelse af 1000 patienter med arteriel hypertension. Det var et stort og grundigt arbejde, som var meget værdifuldt, fordi det gav oplysning om udsigterne for patienter med forhøjet blodtryk på et tidspunkt, hvor der ingen behandling var for denne sygdom. Undersøgelsen skaffede ham også international anerkendelse. Han hørte til det

første hold af læger som i 1947 fik specialanerkendelse i klinisk kemi og laboratorieteknik. Sin uddannelse i dette fag havde han fået i stillingen som klinisk assistent. Det var dengang reglen, at den som var ansat i en sådan stilling, foruden den forskning, som var det egentlige formål også blev pålagt at passe afdelingens laboratorium. Derfor var der blandt de første som fik specialanerkendelse som laboratorielæger en del kliniske assistenter. Det hed sig dengang blandt yngre læger, at man blev specialist som laboratorielæge, når man havde passet afdelingens van Slyke apparat. De, som senere kom til at virke som laboratorielæger, måtte ved selvstudium erhverve sig den nødvendige viden. Bechgaard var i 1943 sammen med *Hans Olaf Bang* med til at oprette lægelaboratoriet i Gentofte. Dette laboratoriums daglige drift blev efter Bechgaards ansættelse i Århus i 1948 og Bangs tiltræden som laboratorieoverlæge i Ålborg 1952 i mange år passet af *Per Lous*, der blev professor i klinisk kemi på Bispebjerg hospital. Under sin uddannelse havde Bechgaard i 1946-47 en 2 måneders ansættelse på fysiurgisk afdeling ved Københavns kommunehospital hos *Svend Clemmesen*. Dette bekendtskab med fysiurgien, omend det var kort, gjorde et stort indtryk på Bechgaard og kom for resten af livet til at præge hans lægelige holdning, specielt visende sig ved en stræben efter forenklet undersøgelsesmetode og en pragmatisk indstilling til kontante og let gennemskuelige behandlingsresultater. Han var specielt i sine yngre år involveret i lægeforeningspolitik bl. a. som medlem af foreningen for yngre læger. Det var så vidt jeg har kunnet forstå Bechgaards organisatoriske og administrative egenskaber, der fik Aage Th. B. Jacobsen til at føle ham som en hjælp og aflastning i sin funktionsperiodes senere år, hvor han følte sig noget arbejdshæmmet af asthma, selv om vi andre ikke til fulde registrerede dette. Det må have være en kærkommen situation, at Bechgaard lige netop var moden til at blive afdelingslæge, således at Jacobsen i sine sidste tre år som overlæge kunne have hjælp til at drive afdelingen videre i de baner han selv havde fulgt i mange år.

Da jeg kom til afdelingen i januar 1953 var Bechgaard begyndt at samle afdelingens behandlingsprincipper i en "*Terapibog*", som dog i en senere udgave på min foranledning fik ændret navnet til "*Retningslinjer for undersøgelse og behandling*". Så vidt jeg forstod var den dannet på grundlagt af en tilsvarende bog fra Blegdamshospitalet. Selv om det i dag er en *conditio sine qua non* med sådanne skriftlige retningslinjer for afdelingers undersøgelses- og behandlingsprogrammer, var dette dengang noget helt nyt som forelå så få steder, at mange ikke havde hørt herom. Det er derfor et udtryk for Bechgaards administrationstalent at han så tidligt gik ind for at skabe en sådan instruktionsbog. Bogen var under udarbejdelse, da jeg blev ansat. Dette betød at jeg fik lejlighed til at udforme de afsnit som jeg specielt var interesseret i. Det var også et udtryk for Bechgaards organisationstalent, at han ikke var bange for at give arbejde fra sig.

Arbejdet på afdelingen skulle efter at lægestaben var øget med en afdelingslæge tilrettelægges på følgende

måde. Afdelingslægen fik ansvar for to sengeafsnit på hver 28 senge. Disse blev afsnit 20 og 120. Til hjælp ved den daglige stuegang havde han anden reservelægen, som hver dag gik stuegang på et af Bechgaards afsnit. Den del af stuearbejdet som blev udført af læger samt journalskrivning over nyindlagte patienter blev varetaget af turnuskandidaterne der som hidtil var tilknyttet afdelingens samtlige 6 afsnit. Både forvagten og bagvagten inkluderede hele afdelingen. Dette vil sige at den vagthavende reservelæge gik aftenstuegang både på professorens og afdelingslægens afsnit. Det havde indgået i motiveringen for oprettelsen af stillingen som afdelingslæge at denne skulle virke som medicinsk konsulent ved Odder sygehus, og at han desuden skulle tage sig af de medicinske tilsyn på kirurgisk afdeling. Den sidste pligt blev dog udvandet i løbet af få måneder. I hvert fald blev jeg herefter næsten hver dag bedt om at tilse et par kirurgiske patienter. Besøg på Odder sygehus blev honoreret. Det var kun i Bechgaards ferier eller når han var bortrejst, at jeg blev kaldt hertil.

Klinisk assistent

Jacobsen var blevet ordinær professor i 1948. Dog gik der et par år inden universitetet bevilgede den stilling som klinisk assistent som almindeligvis følger med et professorat. I 1951 var *Leif Paulsen* (1916 -) blevet ansat i denne stilling og var klinisk assistent da jeg kom til afdelingen i januar 1953. Selv om den egentlige mening med stillingen var at der til professoratet skulle været knyttet en læge som kunne bruge al sin tid til forskning, var det som før nævnt almindeligt at de kliniske assistenter blev anvendt som bestyrer af de laboratorier som var knyttet til de pågældende afdelinger. Denne funktion havde Paulsen også. Dog var han bedre kvalificeret end mange andre i en tilsvarende stilling fordi han tidligere havde været assistent ved centrallaboratoriet i Hillerød.

Da Bechgaard var specialist i klinisk kemi og laboratorieteknik var det også indgået i præmisserne for oprettelsen af afdelingslægestillingen, at han skulle have overopsynet og ansvaret for laboratoriet. I det daglige var dog fortsat Paulsen, som væsentligst kom til at tage sig af driften. Af forskningsarbejde var Paulsen i gang med undersøgelser over organismens syre-base status, undersøgelser som blev foretaget i forbindelse med universitets biokemisk institut. Paulsen var kun på amtssygehuset det første halve år, jeg var der. Herefter kom han som assistent til det nyoprettede farmakologiske institut, og senere på centrallaboratoriet ved Sahlgrenske Sjukhus i Gøteborg. I 1958 blev han laboratorieoverlæge ved Silkeborg centralsygehus. Paulsen blev som klinisk assistent efterfulgt af *Gunnar Søndergaard* (1919-) som var i stillingen til 1956. Søndergaard blev senere, fra 1961, medicinsk overlæge i Nyborg.

KOLLEGER

H. C. Helsborg (1920 -), som var afdelingens 2. reservelæge, da jeg tiltrådte i januar 1953, kendte jeg fra studiet. Vi havde gået til manuduktion sammen i fysiologi hos Warming-Larsen. Helsborg var student fra Metropolitanskolen 1938, blev cand. med. 1946, havde haft turnus på Århus amtssygehus. Efter at have været kandidat på sindssygehospitalet i Risskov blev han fast kandidat på amtssygehusets medicinske afdeling i 1948. I denne stilling begyndte han arbejdet med "psykiatriske undersøgelser af patienter på en medicinsk afdeling".

Selv om det allerede af Hipokrates var fremført at lægen måtte opfatte patienten som et hele og sammen med en sygdoms somatiske manifestationer også tage hensyn til psykiske og sociale [^]/_{•/y} faktorer, så blev den vægt man skulle lægge på de psykiske faktoreres deltagelse i sygdomsbilledet i vor tid i særlig grad pointeret umiddelbart efter afslutningen af den 2. verdenskrig. Det var især i 1946-47 da angelsaksiske tidskrifte [^] begyndte at blive opnåelige, at man her i landet som i den øvrige del af verden tilsyneladende genopdagede at somatiske patienter havde en sjæl. På det [^] tidspunkt begyndte alle at tale om psykosomatiske sygdomme. Vi som var yngre læger dengang oplevede af vore chefer at blive belært om værdien af at "tale med patienten", som det blev kaldt når man skulle undersøge om psykiske faktorer var involveret i den pågældende patients sygdomsbillede. Selv om det var begrebet *psykosomatiske sygdomme* som var tilgangen til den nyopdagede interesse for patientens psyke, så blev interessen snart udvidet til ikke alene at afsløre evt. psykiske årsager til patientens somatiske sygdom, men også til en vurdering af den somatiske sygdoms indflydelse på patientens psyko-sociale situation. Formentlig var det Helsborg som selv havde fået idéen til det nævnte arbejde pga. sin interesse for psykiatri, en interesse som var stimuleret ved hans forudgående ansættelse på Risskov, Aage Th. B. Jacobsen som var lydhør overfor alt nyt blev også interesseret i disse aspekter. Med sin videnskabelige indstilling til tilværelsen var det ham utvivlsomt kærkomment at det blev forsøgt at bringe disse nye strømninger ind i en videnskabelig undersøgelses rammer. I en del af den tid da Helsborg var kandidat på amtssygehuset var Poul Kirketerp 2. reservelæge. Kirketerp var stærkt interesseret i de psykosomatiske aspekter, således at der må have hersket en motiverende atmosfære på afdelingen. Helsborg fortsatte med at bearbejde sine undersøgelsesresultater da han fra september 1950 til februar 1953 var 2. reservelæge. Fra amtssygehuset kom Helsborg til Risskov som reservelæge. Efter yderligere psykiatrisk uddannelse i København blev han i 1964 overlæge ved psykiatrisk afdeling i Vejle.

Psykiatriske undersøgelser af patienter på en medicinsk afdeling blev offentliggjort i *Acta neurologica et*

psychiatrica i 1958, og sygehistorierne udkom samtidig særskilt i en bog. Det var Helsborgs intention, at undersøge hvor hyppigt psykiske problemer af forskellig art var tilstede hos somatiske patienter. Det var meget værdifuldt at Helsborg selv undersøgte alle patienterne således at der kunne foreligge en kompetent og ensartet bedømmelse. Desuden var det vigtigt, at patientmaterialet var neutralt sammensat. Det ideelle ville have været at undersøge samtlige patienter indlagt i løbet af 1 år. Det blev dog straks klart at det ikke ville være muligt. I artiklens indledning angiver Halsborg at der har været forskellige overvejelser fx. gående ud på at undersøge hver anden patient eller patienter indlagt på bestemte dag. Det forhold at den psykiatriske undersøgelse af alle patienterne i materialet skulle foretages af den samme person ville også i nogle perioder hindre den sidste fremgangsmåde. Hvis der blev indlagt 10-15 patienter på et vagtdøgn ville det ikke være muligt for en enkelt person at foretage psykiatrisk undersøgelse på dem alle. Da afdelingens bemanning af læger altid var sparsom i ferieperioderne, besluttedes det fra starten at undlade at foretage undersøgelserne i disse perioder. Derimod bestræbte Helsborg sig på at undersøge så mange patienter han kunne i de nævnte perioder på dagene udenfor ferier, søn- og helligdage. Denne form for randomisering forekommer mig at være lige så adækvat som mange andre metoder man almindeligvis anvender. Jeg finder derfor at sammensætningen af patientmaterialet var tilfredsstillende. De nævnte forudsætninger var specielt af betydning fordi der på det pågældende tidspunkt uværgerligt ville melde sig kritikere af forskellig observans. Man kunne forvente at nyomvendte troende ville finde at der var taget for lidt hensyn til de psykiske aspekter, og på den anden side at hårdnakkede skeptikere fandt at der var lagt for megen vægt herpå.

Der blev foretaget psykiatrisk undersøgelse af 500 patienter der som nævnt var et tilfældigt udsnit af patienter indlagt i 1948 på Århus amtssygehus medicinske afdeling. Det viste sig at ca. en fjerdedel af patienterne frembød psykiske manifestationer i form af psykoser, neuroser, psykopati, intelligensdefekt, samt andre psykiske komponenter fx i form af psykisk traume som muligvis kunne have influeret på den somatiske sygdom. Det kunne tale for at udvælgelsen havde været neutral, at psykiske faktorer i Helsborgs materiale optrådte med nogenlunde samme hyppighed som i de få andre materialer som forefandtes på den tid. Således fandt *Strömngren, Torben Andersen og Schiødt* (1955) at større eller mindre psykiatriske manifestationer optrådte hos ca. 33% af patienter indlagt på medicinske afdelinger i Hillerød og Ålborg. Strömngren havde været en af Helsborgs vejledere. Dette arbejde var inspireret af Helsborg studier og var iværksat som en kontrol af disse. Jeg føler trang til at rose Helsborg fordi han holdt sig fri fra en faldgruppe som hele stemningen på den pågældende tid ellers lagde op til. Han undgik at lade sig indvikle i overfortolkning af psykiske manifestationers betydning for udvikling af begrebet *psykosomatiske sygdomme*. En sådan modefortolkning var fx sygdommen colitis uleerosa dengang udsat for. Den samme sygdom blev få år senere fortolket som en autoimmun sygdom da dette begreb anerkendt. Dog havde jeg

indtryk af at Helsborgs sobre og nøgterne holdning var årsag til nogen kritik af arbejdet fra entusiastiske psykosomatiske apostle.

Det var Helsborgs fortjenstfulde indsats på et så tidligt tidspunkt at være med til at påpege omfanget af psykiske manifestationer hos patienter indlagt på en somatisk afdeling, og dertil ved 500 detaljerede sygehistorier at demonstrere eksempler på, hvorledes arten af de psykiske komplikationer kunne være. Det er velkendt at man lettest opdager det man på forhånd søger efter. Mange somatiske læger gik det således at da de først var blevet opmærksom på det nævnte problem, var de i virkeligheden forundret over at finde flere med psykiske og endda rent psykiatriske komplikationer blandt deres patienter, end de havde forestillet sig. Det var en af Helsborgs konklusioner at problemets størrelse måtte berettige at der til en medicinske afdeling knyttedes en psykiatrisk konsulent. Selv om Helsborgs arbejde måske ikke blev så alment kendt som det havde fortjent, kan det vel alligevel direkte eller indirekte have medvirket til at det i tiden der fulgte blev mere almindeligt at en psykiatrisk konsulent blev knyttet til et hospital. Da dette først var begyndt, viste det sig snart at blive en nødvendighed med et endnu fastere psykiatrisk-medicinsk samarbejde. Dette behov resulterede i at Århus amtssygehus fra 1959 som psykiatrisk konsulent fast engagerede Asger Louw, som da var psykiatrisk overlæge i mødrehjælpen. I 1970'erne blev somatiske afdelingers behov for psykiatrisk assistance så anerkendt at bemanningen på psykiatrisk hospital i Risskov øgedes så meget at der kunne afses læger som på bestemte dage i ugen fungerede som konsulenter ved amttetst somatiske hospitaler.

Torben Iversen (1923 - 1987) tiltrådte som 2. reservelæge 1. april 1953. I de 2 måneder hvor stillingen var ubesat vikarierede min kone Kytte. Iversen blev cand. med. i 1949, havde haft turnus på Ålborg amtssygehus og herefter stillinger som kandidat ved medicinske afdelinger på amtssygehuset i Ålborg, kommunehospital og amtssygehuset i Århus, desuden været kandidat på Rigshospitalets børneafdeling og hudafdeling. Under sin ansættelse i Ålborg skrev han Københavns universitets prisopgave om fedme hos børn, en afhandling som blev belønnet med guldmedalje. Det var hans agt at søge at uddanne sig som pædiater. Vi havde et særdeles godt samarbejde på afdelingen, Torben Iversen og jeg. Han var en naturbegavelse til at komme i kontakt med børn, og han blev en god ven af vor familie, både Kytte og vore børn satte stor pris på ham. Lotte og Bo som børn af en hæmatolog kaldte han for "blasterne". Han blev på afdelingen i de 3 år man kunne være ansat som 2. reservelæge. Dette medførte at han blev specialist i intern medicin. Bagefter kom han til København og fik pædiatrisk uddannelse på Rigshospitalet og Fuglebakken for i 1965 at blive overlæge på en nyoprettet pædiatrisk afdeling i sin fødeby, Næstved. I 1965 blev han professor i pædiatri ved Århus universitet og overlæge ved kommunehospitalens børneafdeling. Den hæmatologiske interesse som han havde fået på Aarhus Amtssygehus udmøntede han

i en disputats om leukæmi hos børn som han udarbejdede under sin ansættelse på Rigshospitalet.

Niels Fjeldborg (1921 -) blev i juni 1953 fast kandidat på medicinsk afdeling. Denne stilling havde midlertidigt været nedlagt som en handel med sygehusbestyrelsen for at få oprettet stillingen - som afdelingslæge. Når den nu blev genoprettet var det Fabricius-Møllers fortjeneste. Han havde planer om at gøre Fjeldborg til narkoselæge på kirurgisk afdeling. Foruden den medicinske og kirurgiske uddannelse han hidtil havde haft, samt 1 år som narkoselægeassistent på Gentofte amtssygehus, havde han brug for endnu 1 års medicinsk uddannelse, som Fabricius altså skaffede ham ved at gøre sin indflydelse gældende hos sygehusbestyrelsen og Jacobsen. Hos den sidste var det ikke svært, da han gerne så at kandidatstillingen blev genoprettet. Den blev da også bestående som en blivende stilling efter at Fjeldborg i juni 1954 blev narkoselæge på amtssygehuseets kirurgiske afdeling med charge af 2. reservelæge. Fra oktober 1956 blev han overlæge på amtssygehuseets da oprettede anæstesiologiske afdeling. Fjeldborg og jeg kom i nær kontakt med hinanden. Vi havde et fælles grundlæggende syn ikke alene på lægegerning, men også på mange af livets foreteelser. Da jeg i 4 måneder fra februar til juni 1954 var på studierejse i USA havde Jacobsen fået det arrangeret således at jeg kunne få orlov med løn fordi afdelingen pga. af Fjeldborgs på det] tidspunkt ekstraordinære ansættelse ikke behøvede vikar. Dog blev det ordnet således at lidt af min løn overgik til Fjeldborg pga. af det mere arbejde der blev ham pålagt. Dette var dog en stor gevinst for mig, da jeg egentlig havde ventet at min orlov skulle være uden løn. Under Kittes og min bortrejse til USA holdt Fjeldborg opsyn med vores lejlighed og vores post.

PATIENTEN ER EN HELHED

Om end det måske ikke direkte blev doceret under studiet så fornemmede vi dog alle at det måtte betragtes som en selvfølge at lægen ved undersøgelsen af en patient, foruden at diagnosticere den tilstand som umiddelbart havde været årsag til henvendelsen, også afslørede alt hvad patienten i øvrigt måtte fejle, og at det som jeg tidligere har nævnt også blev vurderet om sociale og psykologiske faktorer kunne spille en rolle for sygdommen. I hvert fald måtte dette krav blive indlysende for de fleste når man efter eksamen skulle skrive medicinske journaler, nemlig at det var fundamentalt for lægens holdning til sin gerning at patienten blev betragtet som et hele. For mit eget vedkommende fik jeg i min første stilling som turnuskandidat hos Aage Th. B. Jacobsen indpodet meget omhyggeligt at ved undersøgelsen af patienterne skulle alt tages med. Mine andre chefer og lærere i intern medicin, Gregers Nørby og Cai Holten, refererede til deres lærer i intern medicin. Knud Faber, som ved sine klinikker når studenten havde redegjort for sin undersøgelse altid sagde: "Sig mig *alt* hvad patienten fejler" og "Er der nogen sammenhæng?".

Naturligvis har den gode læge siden tidernes morgen været klar over at alle forhold skulle tages i betragtning. Dog er det først i dette århundrede at nødvendigheden af at lægge vægt på sociale og psykologiske faktorer bevidst har været fremhævet. Det har været i forbindelse med at der ved århundredes begyndelse indledtes en politisk kamp for at bedre de dårligt stillede levevilkår, at sociale faktorer indflydelse på helbredstilstanden er blevet registreret. Således omtaler Villars Lunn i sine erindringer at studenter som var knyttet til den "socialistiske medicinergruppe" i 1930'erne foretog undersøgelser over sammenhængen mellem langvarig arbejdsløshed og sundhedstilstanden. Som før nævnt var det især i årene efter 2. verdenskrig at man for alvor var begyndt at fokusere på psykiske faktorer betydning for udviklingen og forløbet af somatiske sygdomme. Det før omtalte arbejde af Helsborg var et eksempel på en undersøgelse, som gav en nyttig oplysning om arten og omfanget af psykiske aspekter hos patienter som for en somatisk lidelse var indlagt på en medicinsk afdeling. Måske kunne man hvis man var ung og urutineret være lidt sky og usikker når man skulle indlede en samtale, hvor man kom ind på lidt mere personlige problemer end lige netop de somatiske symptomer som havde forårsaget indlæggelsen. Dog viste det sig hurtigt at det slet ikke var så svært. Mange patienter ville gerne tale om deres liv og problemer. Ofte havde jeg fornemmelse af at patienterne var orienteret om at det var oppe i tiden at vurdere de psykiske aspekter og at de derfor uopfordret selv bragte disse problemer på bane.

Når jeg altid har syntes at det var noget meget centralt ved undersøgelsen af en patient at 'få det hele med', således som jeg havde lært det, så er det ikke alene fordi jeg har vurderet at det er betydningsfuldt set fra et lægeetisk og menneskeligt synspunkt, men også fordi det rent pragmatisk er den eneste vej til at give patienten den bedste behandling. Og dette må til syvende og sidst være det essentielle i lægegerningen: *At give patienten den bedste behandling.* Det er forståeligt om man på et feltlazaret, en skadestue eller operationsafdeling i første omgang koncentrerer sig om at tage hånd om den foreliggende komplicerede fraktur. Ikke desto mindre kan det være af vital betydning, så snart der er ro til det, at diagnosticere og behandle den sukkersyge som ingen vidste at patienten havde. Når jeg nu i min pensionisttilværelse fra sidelinjen betragter forholdene inden for sygehusvæsnet kan jeg blive lidt bekymret, når det fra nogle politikeres, og gud hjælpe mig undertiden også fra lægers, side fremføres, at det for at begrænse udgifterne må være rationelt på hospitaler kun at undersøge og behandle for den sygdom som patienten er henvist for. Dette er at indføre en kræmmermentalitet i lægegerningen. Det er i sin orden, at man hos købmanden kun får udleveret de varer, som står på den seddel, man er sendt i byen med. Det er nemlig købmandens opgave at sælge de ønskede varer og ikke at være en konsulent, der skal vurdere og opfylde familiens behov. Lægen er imidlertid den, man henvender sig til for at få hjælp, når man er i nød, og som har til opgave af afsløre patientens behov og søge at afhjælpe disse. Det må håbes at læger vil kunne stå imod disse idéstrømninger. Ud fra lægers praktiske erfaring ville jeg tro, at det måtte være indlysende, at de

betragtede patienten som et hele. På den anden side er jeg lidt nervøs for i hvor høj grad læger kan blive påvirket af de management-prægede kurser som de af deres sygehusadministration i dag bliver tvangsindlagt til. Her doceres retningslinjer som i det private erhvervsliv fører til den største rationalitet og 100% effektivitet. Min erfaring er imidlertid at de fleste som går rundt og tror at de er 100% effektive på et eller andet punkt er lidt overfladiske og derfor i virkeligheden ikke er særligt effektive.

FØRSTE RESERVELÆGE

Ansvar

Begrebet afdelingslæge havde man hidtil kun kendt på sindssygehospitalerne. På somatiske afdelinger var det en helt ny stillingskategori. Der var derfor næppe noget at sige til at jeg var spændt og en lille smule usikker på hvorledes den nye ordning ville influere på det ansvarsområde og den handlefrihed jeg ville få som 1. reservelæge. Ville det betyde at man skulle indordne sig under to chefer? Eller var situationen den, at der var blevet skudt en stilling ind mellem overlægen og reservelægen, således at man blev en slags reduceret 1. reservelæge. På dagen for min tiltrædelse bad Jacobsen efter morgenkonferencen mig om at blive tilbage på hans kontor. Han gjorde her rede for den nye organisering af afdelingen. Det var som nævnt anden reservelægen der skulle være knyttet til Bechgaards afsnit, mens jeg som 1. reservelæge udelukkende sorterede under Jacobsen, bortset fra at jeg som de øvrige læger havde vagt over hele afdelingen. Det var mig en stor lettelse at høre dette. Det stod mig nu klart, at jeg som 1. reservelæge skulle følge det sædvanlige mønster og udelukkende arbejde under afdelingens overlæge, og at jeg altså ikke var underlagt afdelingslægen. Dette var for mig tilfredsstillende, fordi jeg i hvert fald var klar over, at jeg var i fuld overensstemmelse med Aa. Th. B. Jacobsens holdning til udøvelsen af lægegerning. Med denne ordning havde jeg i min nye stilling den samme kompetence og handlefrihed, som i den stilling jeg var kommet fra, hvor skæbnen havde forkælet mig ved i det sidste halve år at lade mig fungere som overlæge og varetage den professorale undervisning. Endnu en ting gjorde mig meget glad. Jacobsen konstaterede, at min pædiatrisk erfaring var større end den hans hidtidige 1. reservelæger havde haft, hvorfor han tildelte mig ansvaret for driften af børneafsnittet, afsnit 240, på samme måde som Bechgaard havde ansvaret for sine to afsnit.

Jacobsens udsagn om min pædiatriske erfaring i relation til hans tidligere 1. reservelægers vil jeg søge at belyse i det følgende og herved samtidig give et eksempel på hvorledes et medicinsk uddannelsesforløb på den tid kunne være hvad angår kendskab til børns sygdomme. Pædiatrisk kundskab fik man naturligvis først og fremmest på pædiatriske afdelinger af hvilke der var ganske få i landet. Desuden gav ansættelse på en epidemiafdeling også nogen pædiatrisk erfaring, fordi der blev indlagt mange børn på disse

afdelinger. I det følgende vil jeg nævne rækken af mine forgængere som medicinsk 1. reservelæge ved Aarhus Amtssygehus med angivelse af perioden for deres ansættelse. I parentes anføres, hvor mange år der var mellem embedseksamen og tiltrædelse af stillingen: Viggo Thomsen 1930 - 36 (2 år fra embedseksamen til tiltrædelsen af stillingen som RI), Holger Nielsen 1936 - 41 (5 år), Kristian Transbøl 1941 - 46 (10 år), Poul Kirketerp 1946 - 48 (11 år) og Poul Bechgaard 1948 - 52 (10 år). Af disse havde kun Holger Nielsen og Bechgaard haft ansættelse på en pædiatrisk afdeling, i henholdsvis 6 og 7 måneder. Bechgaard havde yderligere været kandidat på Blegdamshospitalet i 5 måneder. Af de øvrige havde Viggo Thomsen og Transbøl være ansat på epidemisk afdeling i henholdsvis 5 og 4 måneder. Holger Nielsen og Kirketerp fik epidemiologisk erfaring efter ansættelsen på amtssygehuset ved at være 1. reservelæge på Marselisborg hospital i henholdsvis 3 og 2 år. Min pædiatriske erfaring som Jacobsen sigtede til var 12 måneders ansættelse på pædiatrisk afdeling, samt 3 år på epidemisk afdeling. Afgørelsen med at overdrage mig ansvaret for børneafsnittet har haft en stor betydning for mig. Nok var det tænkeligt, at Jacobsen heri så en mulighed for i sine sidste 3 år i embedet at få en yderligere aflastning ved siden af den, som afdelingslægen gav ham. Allerede på det tidspunkt, 1953, var mulighederne for undersøgelse og behandling udviklet betydeligt i forhold til hvad

Situationen var blot et par år tidligere. Derfor var aktiviteten blevet så stor at en medicinsk afdeling på 168 senge, som amtssygehuset havde, var ved at blive en urimelig fordring for en enkelt overlæge. I dag, hvor en afdeling på 60 senge har 2-6 overlæger, er dette let at forstå. Dengang var man blot så småt ved at indse, at det var påkrævet med en reduktion af antallet af senge per overlæge. I lægeforeningen havde et udvalg, hvori bl. a. Bechgaard havde været medlem, et par år i forvejen afgivet en betænkning om mindre afdelinger og flere overlæger. Derfor var det forhold, at Jacobsen af afdelingens 168 senge ville uddelegere ansvaret for 94 til, heraf de 66 senge til afdelingslægen og de 28 til mig som 1. reservelæge, en rationel handling som ikke udelukkende må fortolkes som, at en overlæge søgte aflastning i sine sidste 3 år i embedet blot fordi han nærmede sig de 70 år.

Hvorvidt der ud over disse betragtninger om at blive aflastet i arbejdet lå andre momenter i Jacobsens afgørelse ved jeg ikke. Dog vil jeg med mit kendskab til hans følsomhed over for sine medmennesker vove at gisne at han havde indlevet sig i min situation som var denne, at jeg nu havde afløst en læge som jeg i nogle år havde følt at være på lige med derved, at vi begge havde været 1. reservelæger på højtrenommerede og ligeværdige afdelinger. Selv om Bechgaard var 7 år ældre end mig, så ville jeg ikke have følt det naturligt, om han som afdelingslæge var blevet et led, der var indskudt mellem overlægen og mig og at jeg derved blev en slags reduceret 1. reservelæge. Det styrkede min selvrespekt at have fået betroet et ansvarsområde, som var nogenlunde parallelt med afdelingslægens, og dette i sig selv gav mig

en stor arbejdsglæde. Det var imidlertid ikke alene det, som jeg var glad for, det var også fordi selve faget pædiatri interesserede mig. I min studietid og i de første år efter embedseksamen havde jeg haft intention om enten at blive pædiater eller intern mediciner. I begge disse specialer kunne der være lejlighed til at dyrke hæmatologi, som havde min store interesse og som netop i disse år syntes at begynde en udvikling. Den uddannelse jeg hidtil havde gennemløbet havde givet en god basis for at gå videre i begge specialer. Nu var imidlertid mulighederne for at slutte i den interne medicin kommet først, så derfor agtede jeg at blive der og i dette fag arbejde med hæmatologi. Det var derfor en gave, at jeg nu fik mulighed for selvstændigt også at varetage mit andet interessefelt, nemlig pædiatri. På det tidspunkt var indlæggelsesforholdene således at børn med bopæl i Århus Amt hørte til amtssygehuset. Det var først efter at amtets og byens hospitalsvæsen blev underlagt den samme sygehusforvaltning at reglerne i begyndelsen af 1980'erne ændredes således at universitets pædiatriske afdeling på kommunehospital kom til at modtage alle børn fra Århus og omegn. At skæbnen har maget det således, at jeg i næsten 30 år skulle komme til at virke både som mediciner og pædiater og herved legalt have lejlighed til at dyrke disse to objekter for min faglige kærlighed må jeg betragte som en lykke på linje med den, der blev tildelt Jacob, som både fik Lea og Rachel.

På Marselisborg hospital havde jeg haft en direkte tilknytning til universitetet ved at være undervisningsassistent, først i bakteriologi og senere i epidemiske sygdomme. Den universitetsopgave på amtssygehuset, som havde været knyttet til Bechgaards stilling som 1. reservelæge, nemlig at afholde reservelægeklinik, var det helt naturligt, at han tog med sig over i afdelingslægestillingen. Derfor måtte jeg affinde mig med januar 1953 pludseligt ikke længere at være universitetsansat, udover at være på en universitetsafdeling, hvor det indgik i det daglige arbejde at undervise de medicinske studenter, som var volontører på afdelingen. Imidlertid blev jeg en måned senere, da det nye semester begyndte, ringet op af professor Holten, som spurgte, om jeg ville give stetoskopi kursus til et hold medicinske studenter. Dengang jeg havde været ansat på Holtens afdeling havde Posborg og jeg givet stetoskopi undervisning til hvert vores studenterhold. Posborg var da klinisk assistent og jeg fast kandidat. Nu var Posborg anden reservelæge hos Holten og skulle give stetoskopi undervisning til et hold. Det var pænt af Holten at betænke mig med det andet hold. I løbet af det næste år blev studenterundervisningen imidlertid udvidet derved at der til hvert ordinært professorat blev knyttet en undervisningsassistent og en tutor, som skulle sørge for en formaliseret undervisning af volontørholdet. I denne undervisning indgik bl. a. stetoskopikursus. Jeg var derfor fra forårssemestret 1954 tutor. Afdelingens 2. reservelæge som da var *Torben Iversen* blev undervisningsassistent. I øvrigt var det ikke undervisning jeg kom til at mangle. Det hørte almindeligvis med til den medicinske 1. reservelæges arbejde at undervise eleverne på sygeplejeskolen i medicin og pædiatri. Jeg lagde et ret stort arbejde i denne undervisning. Til hver time

skrev jeg fyldige notater som jeg overlod eleverne, der duplikere dem, så de kunne fungere som et kompendium. Dette var dem meget kærkomment, da den daværende lærebog for sygeplejeelever var noget forældet og ikke særligt velskrevet.

Kontor

Som jeg før har nævnt var det dengang endnu ikke almindeligt at reservelæger havde et kontor. I midlertidig havde jeg på Marselisborg hospital haft et sådant. Bechgaard havde på amtssygehuset som 1. reservelæge også fået arrangeret det således, at han fik sin eget kontor. Dette beholdt han naturligvis da han blev afdelingslæge. Men han drog dog hensynsfuldt omsorg for, at jeg som hans efterfølger i reservelægestillingen også fik et kontor. Der var i laboratoriet et rum som på en eller anden måde kunne frigøres for sin funktion. Det var et uforholdsmæssigt stort rum. Men det var bedre end hvis det havde været for lille. Det var bekvemt at have et kontor, hvor man kunne sidde og arbejde. Det viste sig desuden at være meget påkrævet efter at jeg havde fået tildelt ansvaret for børneafdelingen. Det var nødvendigt at have et sted hvor jeg uforstyrret kunne tale med forældrene til de indlagte børn. På afdelingen var der besøgstid kl. 15-16. I timen før besøgstid var der taletid for pårørende, som ønskede at tale med afdelingens chef. Efter at jeg havde fået tildelt ansvaret for børneafdelingen fandt jeg, at det var en selvfølge at forældrene på dette tidspunkt kunne have mulighed for at tale med mig. Selv om de havde frit valg til at tale med afdelingens officielle chef professor Jacobsen, fandt de dog snart ud af, at det var mig der specielt tog sig af børnene, hvorfor der altid var mange forældre, som i taletiden sad i kø uden for mit kontor.

Ligesom på Marselisborg hospital kom mikroskopering af hæmatologiske præparater til at spille en stor rolle i mine daglige aktiviteter. Det var så meget at det kom til i for høj grad at belaste kapaciteten af afdelingens mikroskoper. Da man på det mere sparsommelige amtssygehus ikke var slet så beredvillig til at anskaffe et mikroskop til mit formål som på Marselisborg hospital, søgte jeg Chr. X.'s fond om et mikroskop til min klinisk hæmatologiske forskning med pemiciøs anæmi. Dette blev bevilget den 26. september på den gamle konges fødselsdag, hvorefter jeg hurtigt på mit kontor kunne opstille et mikroskop med fotoudstyr.

EN BÆRENDE IDE

Måske besjælet af ungdommelig idealisme havde jeg gjort mig nogle tanker om hvilke krav en 1. reservelæge burde stille sig selv. Der forekom mig at være to fordringer, som begge måtte søges indfriet på basis af det patientmateriale, som man af skæbnen var blevet begunstiget med kendskab til, nemlig at

fremme sin *kliniske uddannelse* og skabe sig en *klinisk videnskabelig forskning*. Begge disse fordringer mente jeg, og mener stadigvæk, måtte være et kategorisk imperativ.

Det er en uomtvistelig kendsgerning, at man kun kan lære klinik ud fra patienter. Naturligvis er studiet af lærebøger og undervisning af betydning, men det gavner intet hvis dette studie ikke opfølges af en udstrakt praktisk klinisk erfaring med iagttagelse af manifestationer og forløb af hver enkelt patients sygdom. Derved får man erfaring for at den enkelte sygdom fremtræder på mange forskellige måder. Den største dygtighed, som kliniker erhverver man ved at involvere sig i alle de patienter man kommer i berøring med. Jo større éns ansvar er, jo større bliver engagementet over for patienten og jo mere lærer man. Som 1. reservelæge bør man føle et ansvar overfor alle patienterne på afdelingen, et ansvar på højde med overlægens. Aage Th. B. Jacobsen havde altid sat en ære i at være orienteret i alle patienters sygehistorie, hvilket inspirerede mig til også at "kunne" alle patienterne lige så godt og helst lidt bedre, for altid at have oplysninger på rede hånd til at overbringe professoren, når han kom på afdelingen, hvor reservelægen teoretisk set altid var til stede. Når jeg derfor søgte at følge en regel som jeg havde hørt Knud Lundbæk udtale, nemlig at en reservelæge skal bestræbe sig på at hjælpe overlægen mest muligt, så var jeg klar over at denne holdning ikke var en tilskyndelse til optræden som fedterøv, men et velovervejede middel til Over for sig selv at demonstrere eget værd og herved værne om sin selvrespekt. Ved en sådan selvinduceret forøgelse af eget ansvar ville man uvilkårligt øge sit engagement i arbejdet og herved få det mest mulige ud af uddannelsen. Det var på det tidspunkt at det blev klart for mig at det af disse grunde var vigtigt for en reservelæge at *identificere sig med sin afdeling*.

For det andet havde man ved sin ansættelse i en 1. reservelægestilling på en god afdeling fået en kolossal mulighed for lade afdelingens patientmateriale danne grundlag for en *klinisk videnskabelig forskning og produktion* som 1) måtte have det almene formål at bidrage til lægevidenskabens fremgang ved at forøge vor viden om sygdomme, 2) den mere specielle hensigt at manifestere den afdeling, som man nu identificerede sig med og 3) befordre éns egen videre fremadskriden i systemet. I denne sammenhæng vil jeg igen nævne Knud Lundbæk, hvis eksempel i denne retning havde gjort et stort indtryk på mig, da jeg under min ansættelse hos Holten på Århus kommunehospital oplevede at han ved sin tiltræden som 1. reservelæge mødte op med en storstilet plan om at foretage en efterundersøgelse af alle diabetespatienter i Århus by. Formålet hermed var at klarlægge hvorledes forløbet af denne sygdom var, efter at man nu havde haft insulinbehandling i en snes år. Dette arbejde med "Longterm Diabetes" var nok inspireret af hans disputats som handlede om insulins fysiologiske virkning, men ikke en direkte fortsættelse af denne. Det drejede sig om en klinisk undersøgelse, som var baseret på en interesse som disputatsarbejdet havde sat i gang. På det tidspunkt havde jeg skævet til andre klinisk arbejdende lægers videnskabelige indsats

efter disputatsen. Nogle lod det blive ved denne og håbede på, at den alene var tilstrækkelig til at befordre karrieren. Hos andre var en fortsat videnskabelig indsats emnemæssigt tilfældig og spredt. Atter andre kastede sig som Lundbæk over en bestemt emnekreds. Denne sidstnævnte arbejdsmetode fandt jeg måtte være den, som gav den største tilfredsstillelse og måtte være den mest attråværdige. Den måtte for det første forudsætte en personlighedsstruktur, som bød én at perseverere med at forske i et emne som havde vakt éns interesse. For det andet krævede den ansættelse i en stilling, hvor man havde mulighed for at udfolde sine forskningsmæssige interesser. For en læge interesseret i klinisk forskning var en stilling som 1. reservelæge ved en universitetsafdeling en ønskestilling til dette formål, hvorfor forskningsmæssige intentioner burde være en forudsætning for opnåelse af stillingen. Der kunne, som det er fremgået af mine overvejelser, være nogen usikkerhed om, hvorledes en 1. reservelæges kompetence og udfoldelsesmuligheder ville være på det tidspunkt begrebet afdelingslæge blev indført. Jeg kan derfor prise mig lykkelig over de gode forhold, jeg fik hos Jacobsen som gav mig rig lejlighed til at forfølge mine egne faglige mål og til selv at tage initiativet hertil.

Da jeg i sin tid søgte stilling som 1. reservelæge ved medicinsk-epidemisk afdeling på Marselisborg hospital havde jeg over for Nørby tilkendegivet, at jeg, da jeg nu var færdig med min disputats, ville fortsætte med kliniske undersøgelser over sygdommen *perniciøs anæmi*. Jeg havde tanker om at videreføre de undersøgelser, som jeg havde begyndt på neurologisk afdeling, nemlig at vurdere værdien af celleforandringer i knoglemarvens hvide blodlegemer som middel til at diagnosticere sygdommen endnu før der havde udviklet sig anæmi. Ved min ansøgning til Aarhus Amtssygehus fremførte jeg dels at jeg ville gå videre i disse baner og dels at jeg ville søge at bidrage til vurderingen af, om det B12 vitamin, som lige var opdaget på den tid på alle måder dækkede virkningen af leverpræparaters anti-perniciøs-anæmiske faktor. Jeg opfattede det som misundelsesværdigt at have fået en stilling, hvor der var mulighed for at udføre en klinisk forskning, som jeg var interesseret i og som jeg selv havde fået impulsen til. At det så senere skulle vise sig at et sådant initiativ ville indgå i den karrieremæssige bedømmelse spekulerede jeg dengang ikke så meget over. Senere ved selv at være med til at bedømme ansøgere til professorater blev jeg klar over, at det var praktisk af anlægge det synspunkt at man foruden at vurdere ansøgerens disputats også måtte bedømme de senere arbejder ud fra den synsvinkel om de havde en sådan sammenhæng, at de kunne danne basis for endnu en disputats, og at dette måtte være en forudsætning for at ansøgeren kunne komme i betragtning. Den plan, som jeg havde ved min tiltræden var som det må være fremgået af det tidligere nævnte, 1) at gøre en aktiv indsats indenfor de kliniske områder, hvor jeg mente at have fået en særlig indsigt, hvilke var indenfor infektionssygdomme, hæmatologi og pædiatri, og 2) at starte en klinisk forskning indenfor hæmatologi. Med henblik på det sidste, min videnskabelige indsats, gjorde jeg op med mig selv, inspireret af Lundbæks eksempel, at jeg

efter min disputats måtte skabe mig en klinisk videnskabelig produktion efter en bestemt linje, jeg måtte have *en bærende idé*.

Som det er fremgået af det tidligere beskrevne havde jeg, mens jeg skrev disputats, selv om jeg fik den ret hurtigt fra hånden, hele tiden haft kliniske stillinger. Fra de afdelinger, hvor jeg var ansat, skrev jeg nogle arbejder for på denne måde at supplere min kliniske uddannelse. Efter at disputatsen var færdig, var jeg så lykkelig på neurologisk afdeling at ramle ind i et hæmatologisk problem vedrørende pernicios anæmi. Når dette problem fangede mig har det hængt sammen med, at jeg tidligt var interesseret i hæmatologi, hvilket også forklarer at jeg til min disputats valgte et hæmatologisk emne. Senere i min tid på Marselisborg hospital fortsatte jeg med at arbejde med denne samme problemstilling, som jeg var kommet ind på neurologisk afdeling. Desuden skrev jeg fra denne afdeling et arbejde om Hodgkins sygdom. Da jeg kom til amtssygehuset havde jeg som nævnt konkrete planer om at fortsætte kliniske undersøgelser over pernicios anæmi. Desuden var det mig ganske bevidst at det skulle være inden for blodsygdomme at jeg ville have antennerne ude og beskrive kliniske iagttagelser. Jeg gjorde mig klart at det ville være tilfredsstillende for mig, når jeg havde skrevet en disputats om virkningsmekanismen af anti-leukæmiske stoffer, om jeg også i praksis kom til at anvende disse stoffer. Jeg meddelte Jacobsen dette og sagde at jeg håbede at han ikke havde noget imod at amtssygehuset ikke som hidtil sendte leukæmipatienter videre til Radiumstationen, men i stedet beholdt dem på afdelingen til behandling. Dette var han straks indforstået med, hvad jeg var ham meget taknemmelig for.

Det var således min *bærende idé* at jeg inden for den interne medicin specielt ville hellige mig blodsygdomme og skabe mig en klinisk erfaring og en videnskabelig produktion inden for dette felt. Når jeg her har anvendt udtrykket *en bærende idé* vil jeg som en digression omtale den russiske forfatter *Anton Tjehov* fra hvem jeg har dette udtryk.

Anton Tjehov (1860- 1904) skrev i 1889 novellen *En kedsommelig historie* som er blevet meget kommenteret af senere litteraturforskere. Den handler om en medicinsk professor, som ved at tænke tilbage på sit liv kommer til den konklusion, at hvad han har opnået af faglig position og hædersbevisninger ikke har været ham til nogen personlig nytte. Det eneste han synes at have nået gennem arbejde, kamp, afsavn og ofre er kedsommelighed. Han tillægger det stor betydning, at årsagen til det han opfatter som sin personligheds fallit er, at han har manglet en "*bærende idé*", et begreb som hans kolleger ved det filosofiske fakultet talte så meget om og lagde så stor vægt på. Forskellige Tjehovforskere har hævdet, at Tjehov på det tidspunkt, da han skrev denne novelle må have været i en dyb forfattermæssig krise foranlediget af at han selv mente at mangle *en bærende idé*. Beviset for denne tese har disse forskere

fundet i det faktum, at professorens oplevelse af sin afmagt var beskrevet så indfølelse og overbevisende at det måtte være et udtryk for at forfatteren havde identificeret sig med sin hovedperson. Dette forekommer mig at være det svagest mulige bevis. Det var netop karakteristisk for Tjekhov, at han gennem hele sit forfatterskab kunne beskrive sine personer på en særdeles indfølelse måde. For øvrigt må det vel kunne forventes, at en god forfatter kan give en overbevisende beskrivelse af mange forskellige sjælstilstande. Når Shakespeare er i stand til at give en god beskrivelse af en morders følelsesliv (Macbeth) uden selv at være morder, må Tjekhov også kunne give en indfølelse karakteristisk af en professor som mangler en bærende idé, uden at han nødvendigvis selv er ramt af den samme skæbne.

Jeg opfatter det således at Tjekhov i perioden sidst i 1880'erne og først i 90'erne som forfatter gennemgik en modningsproces. Denne kom da også til at afspejle sig i hans følgende produktion. I sin studietid havde han for at tjene til livets opretholdelse skrevet noveller til ugemagasiner. Sin skribentvirksomhed fortsatte han efter at han i 1884 havde fået sin lægeeksamen. Da han fra forskellige sider havde fået at vide at disse noveller som var blevet meget populære tydede på at han havde talent, var han efter 1886 begyndt at tage sin skribentvirksomhed seriøst. I 1888 fik han årets Pusjkin-pris. I årene derefter, hvor nogle litterater som nævnt gerne har villet have hans eftermæle behæftet med en dyb sjælelig krise, udfoldede han ved siden af sin lægevirksomhed en betydelig litterær aktivitet. Det er naturligt at han ved den succes han som ca. 30-årig oplevede tænkte over, at han måtte sørge for at strukturere det forfatterskab, han ønskede at fortsætte, altså at få en "bærende idé". Det er desuden nærliggende at tænke sig at han ved at se tilbage på sit hidtidige forfatterskab var tilskyndet til at fortsætte og forfine den linje han var begyndt på, nemlig at beskrive sine medmenneskers liv og tilværelse på en sådan måde at læserne, uden at forfatteren løftede pegefingeren og gav direkte anvisninger, fik impuls til at søge at forbedre deres tilværelse. Han har på et tidligt tidspunkt udtalt, at det var hans hensigt at vise folk hvor slet de lever og herved give dem mulighed for at gøre noget ved det, og at han så det som sin opgave som forfatter at stille de rigtige spørgsmål og herved lade folk få lejlighed til selv at give svarene. Han har i sine forestillinger om hvorledes han skulle forme sit forfatterskab gjort sig tanker om fortsat at lade de her omtalte ingredienser indgå i forfatterskabets struktur. At det var nærliggende at gøre sig en sådan struktur klar, altså at have en "bærende idé", var et ret indlysende krav at stille sig selv på dette tidlige tidspunkt af forfatterbanen. Jeg har ikke svært ved at forestille mig at disse tanker kan have tilskyndet ham til at spekulere over hvorledes det kunne gå, hvis man ikke havde en bærende idé, og at dette har resulteret i novellen om den gamle professor. Dette mener jeg er så selvfølgelig at man ikke nødvendigvis må postulere, at han først selv skulle gennem en sjælelig krise forårsaget af erkendelse af en mangel på en sådan idé for at søge efter et formål med forfatterskabet. Selv om novellen *En kedsommelig historie* beskriver en tragisk og opgivende person, føler jeg at det er berettiget at forestille sig at Tjekhov netop, da han skrev novellen, har haft det

psykiske overskud som satte ham i stand til tilpas at distancere sig fra professorens afmagt således at det resulterede i den indfølelse og dog tilintetgørende karakteristika af professoren, og at han har kunnet gøre dette netop fordi han selv på det tidspunkt har været i en dynamisk sjælstilstand, hvor han var i færd med at skimte perspektiver for sin fremtidige forfatterbane.

Når jeg her så udførligt har beskæftiget mig med en novelle af Tjekhov hænger det sammen med, at jeg efter mine egne erfaringer har kunnet forestille mig Tjekhovs situation, som den var, da han beskæftigede sig med problemet ”*en bærende idé*”, som er et begreb som alle skribenter er stillet overfor, hvad enten de er videnskabeligt eller litterært skabende. Jeg mener at have erfaringer, som har givet mig en vis baggrund for at imødegå de omtalte Tjekhovforskeres kriseteori. Da jeg kom til amtssygehuset i 1953 og skulle planlægge retningslinjer for det videre forløb af min videnskabelige produktion, havde jeg nogenlunde den samme alder som Tjekhov havde da han skrev novellen om professoren, som manglede en ”*bærende idé*”. Nøgternt og velovervejset havde jeg gjort op at det var nødvendigt med en *bærende idé*, selv om jeg ikke på dette tidspunkt kendte dette fænomenalt rammende udtryk. Det var ikke nødvendigt for mig først at gennemleve en krisepræget tilstand, hvor jeg, som professoren og som man har påduttet Tjekhov det, var fortvivlet over ikke at have en bærende idé. Det var blot min sunde fornuft som dikterede mig at indflette et vist system i mine aktiviteter. Det var heller ikke fordi jeg i særlig grad var selvbevidst og sikker på egen formåen, som jeg vil formode at Lundbæk som jeg i mine tanker refererede til, formentlig har været det. Jeg følte mig inderst inde meget usikker på om jeg nu også ville være i stand til at gennemføre det, som jeg anså var fornuftigt. Dette er en følelse, som jeg tror de fleste mennesker ville have under disse omstændigheder og som altså må være det normale, og det har sandsynligvis været denne normalt tilstand, som nogle litteraturkritikere for Tjekhovs vedkommende har bedømt som en krise. Selv om jeg i 1953 ved min ankomst til Aarhus Amtssygehus ikke kunne vide det, men kun håbe på at jeg skulle få mulighed for at afslutte mit livsværk på dette hospital, så faldt det mig naturligt at søge at holde en vis linje i udvælgelsen af objekter for mine kliniske undersøgelser. Disse overvejelser mandede ud i en beslutning om i højere grad end tidligere at koncentrere min litterære produktion om hæmatologiske emner og i at føre mit eksperimentelle arbejde om mitosegifte videre med kliniske arbejder om behandling af leukæmi. På samme måde som jeg dengang følte det, kan Tjekhov i samme alder sandsynligvis have følt det naturligt at gøre sig det klart hvilken gennemgående linje han skulle anlægge med sit forfatterskab, i hvert fald i store træk. Og dette uden at hverken Tjekhov eller jeg på nogen måde var i krise.

KLINISKE ERFARINGER

Nye medikamenter i behandling af ledsygdomme

Det var i disse år at man lige var begyndt at få erfaringer med den kliniske virkning af det binyrebarkstimulerende **ACTH** og binyrebarkhormonet **Cortison** ved febris rheumatica og rheumatoid polyarthritis. Stofferne var blevet introduceret i USA i 1948 og blev i de første år herefter modtaget med begejstring som mirakelmidler ved de nævnte sygdomme. Ved polyarthritis bedredes svære ledsymptomer dramatisk og hermed førligheden og almentstanden. Det blev dog hurtigt klart at ved invaliderende former for polyarthritis, hvor behandlingen var mest ønsket, førte de store doser cortison som var nødvendige hurtigt til betydelige bivirkninger i form af Cushingsymptomer, samt inducering af mavesår og sukkersyge. Man eksperimenterede med at finde en dosering som havde en gavnlig indflydelse på ledfunktionen og mindst mulig bivirkning. Således undersøgte her i landet *Finn Fischer* i disse år virkning af "corticotropin and cortisone in rheumatoid arthritis" på Brøchner-Mortensens afdeling på Rigshospitalet. Med dette arbejde disputerede han i 1955. Fischer blev i 1957 1. reservelæge på medicinsk afdeling på Aarhus Amtssygehus. Nogenlunde samtidig blev på Holtens afdeling på Århus kommunehospital tilsvarende undersøgelser udført af *Harriet Bratlund*, som i 1958 blev dr. med. på samme emne.

Der udviklede sig ret hurtigt en vis skepsis overfor cortisonbehandling af denne sygdom. Vel nok var skuffelsen særlig udtalt fordi forventningerne i begyndelsen havde været store. Derfor blev behandling med guldpræparater (fx sanocrysin) og anvendelse af acetylsalicylsyre bevaret.

Fenylbntazon blev i 1949 introduceret som erstatning for *aminopyrin* til behandling af rheumatoid arthritis og beslægtede ledsygdomme. I Danmark blev stoffet tilgængeligt i 1953. Det blev her i landet fremstillet af Løvens kemiske fabrikker. Aminopyrin eller pyramidon, som præparatet også hed, var i 1920-30 et meget brugt analgetisk stof fordi det havde en bedre smertestillende virkning end fx acetylsalicylsyre. Imidlertid viste det sig i 1930'erne, at det undertiden kunne fremkalde agranulocytose og var herigennem årsag til mange dødsfald. Dette problem er især behandlet i Preben Plums disputats 1937. Jeg overværede Plums forsvar af disputatsen. Det var i mit rusår, så det må betyde, at jeg allerede ved begyndelsen af lægestudiet havde tænkt på at interessere mig for blodsygdomme. På basis af disse egenskaber blev stoffet bandlyst. Dette var på en vis måde uretfærdigt, da det havde en god smertestillende virkning. Grunden til at det havde bragt så mange uheld var, at man ikke var opmærksom på den agranulocytose-udløsende egenskab, hvorfor behandlingen fortsattes længe efter at den infektion, som var opstået pga.

granulocytopenien var begyndt. Endnu havde man ikke lært at være opmærksom på agranulocytosens første manifestationer, som netop var den komplicerende infektion, ofte halsinfektion førende til sepsis. Af denne grund blev behandlingen som regel stoppet for sent. Yderligere var der i den pågældende periode endnu ikke kommet antibakterielle stoffer til rådighed. Derfor var et stof, som kunne fremkalde agranulocytose, på det tidspunkt farligt at bruge. I løbet af 1940'erne blev man klar over at en del nytilkomne stoffer, som var værdifulde i terapien, fx. sulfonamider og antithyreoride stoffer, også kunne fremkalde agranulocytose. Denne bivirkning kunne imidlertid efterhånden bedre håndteres dels pga. af den øgede opmærksomhed på at undersøge blodet ved første tegn på infektion og dels pga. fremkomsten af anti-bakterielle stoffer. Dog havde aminopyrin fået sit uheldige ry før den tid, hvorfor det nærmest blev betragtet som en kunstfejl at ordinere netop dette stof undtagen til uhelbredelige cancerpatienter med stærke smerter. Her gjorde stoffet da også tit gavn pga. af dets gode analgetiske effekt. Når man undertiden stadigvæk oplevede patienter med agranulocytose efter aminopyrin, var det som regel folk som i udlandet havde købt hovedpinetabletter. Lige så snart man kom syd for grænsen kunne pyramidontabletter købes i håndkøb. Stofgruppen fik dog en renæssance omkring 1950 i form af det nævnte fenylbutazon, som blev fremstillet ved en lille ændring af aminopyrins kemiske struktur. Tanken hermed var en bevarelse af den smertestillende virkning samtidig med nedsættelse af toksiciteten. Den smertestillende virkning var straks indlysende. Et stofs toksicitet afsløres som regel først efter længere tids brug, specielt hvis det drejer sig om en allergisk egenskab som var mekanismen ved opståelse af agranulocytosen. Derfor kunne producenterne, da stoffet kom på markedet, fremføre, at der ikke var påvist toksiske bivirkninger og så kunne man håbe på, at dette udsagn også ville gælde for fremtiden. Nogle terapeutisk ivrige læger er tilbøjelige til at sluge en sådan påstand rå. Mere skeptiske vil nok se tiden an. Det var formentlig pga. af mine hæmatologiske tankebaner at jeg, straks da jeg hørte om stoffet, tænkte at det nok skulle vise sig at være aminopyrin om igen. På den anden side var jeg ikke kategorisk afvisende fordi jeg var udklækket som læge på et tidspunkt, hvor man vidste at komplikationen agranulocytose ikke behøvede at være fatal, når lægen gjorde patienten opmærksom på at henvende sig ved mindste infektionstegn og når lægen reagerede på disse tegn ved at undersøge et udstrygningspræparat, og i tilfælde af granulocytopeni seponere stoffet og give antibiotisk behandling.

Da jeg begyndte på amtssygehuset var Bechgaard af Løvens kemiske fabrik blevet bedt om at prøve fenylbutazons virkning på ledlidelser. Han havde fri rådighed over patienter på sin del af afdelingen. Det ville dog være naturligt om undersøgelsen gjaldt hele medicinsk afdeling. Vi talte sammen herom, Bechgaard, Jacobsen og jeg. Jeg indvilgede i at deltage i undersøgelsen under den forudsætning at patienterne blev nøje overvåget i hæmatologisk henseende, og at jeg selv så længe forsøget stod på varetog den hæmatologiske undersøgelse. Vort materiale kom til at bestå af 78 patienter med forskellige

leds sygdomme. De 26 havde arthrosis deformans, 7 arthritis urica, 29 rheumatoid arthritis og 16 havde andre leds sygdomme. Vort formål var at vurdere den kliniske virkning af forholdsvis små doser af stoffet. De små doser for at minimere de bivirkninger som kunne følge med behandlingen, hvilket specielt var dyspeptiske symptomer og allergiske blodmanifestationer som neutropeni, trombocytopeni og aplastisk anæmi. Desuden havde stoffet den virkning at det hæmmede trombocyttaggregationen, hvilket i nogle tilfælde kunne være terapeutisk fordelagtigt som ved tromboflebitis, men i andre tilfælde kunne være en uønsket virkning hos patienter som i forvejen havde blødningstendens af en eller anden grund. Resultatet af undersøgelserne var, at fenybutazon i en moderat dosering, 200 mg dagligt, havde en god smertestillende virkning ved de sygdomme vi anvendte stoffet imod. I den anvendte dosering sås meget få og ganske ubetydelige bivirkninger. Imidlertid havde vi i forsøgsperioden fået indlagt patienter med hæmatologiske komplikationer pga. fenybutazon. Det drejede sig om 3 patienter med agranulocytose. Disse patienter indgik ikke i materialet. De var af deres praktiserende læge sat i behandling med stoffet, havde fået en septisk infektion og var derfor blevet indlagt. To af dem havde frembudt de karakteristiske knoglemarvsforandringer med et modningstop i promyelocytstadiet som førte til at differentialdiagnosen ved den første undersøgelse var akut myeloid leukæmi. Den tredje patient frembød ved den første undersøgelse et knoglemarvsbillede, som var domineret af plasmaceller, således at man kunne overveje diagnosen myelomatose. Da stoffet blev seponeret og granulocytene vendte tilbage til det perifere blod forsvandt også plasmacelleme fra knoglemarven. Denne forbigående plasmacellulære reaktion må tages som tegn på at agranulocytosen er allergisk betinget. Selv om de tre patienter ikke indgik i forsøgsmaterialet blev de alligevel omtalt ved en tilføjelse til materialet, dels for at læserne ikke skulle vildføres og negligere muligheden for bivirkninger ved en ellers god behandling, og dels for at min hæmatologiske samvittighed kunne undgå at blive belastet. Senere er andre præparater i slægt med amionofenazon og fenybutazon blevet meget anvendt ved reumatologiske sygdomme. Da de nævnte hæmatologiske komplikationer som neutropeni, trombocytopeni og aplastisk anæmi har været frygtet, er der i tidens løb fremstillet præparater ud fra en ændring af den kemiske konstitutionsformel med det håb at nedsætte muligheden for bivirkning. Bivirkningerne er dog også knyttet til de nye stoffer. Hvorvidt frekvensen af disse bivirkninger er blevet nedsat er ikke sikkert bevist. Det er derfor stadigvæk af betydning at være på vagt overfor neutropeni, trombocytopeni, aplastisk anæmi, blødningstendens pga. nedsat trombocyttaggregation, samt dyspepsi pga. gastritis og evt. ventrikel ulcera som følge af behandlingen. Min holdning til anvendelsen af *non-steroide-anti-inflammatoriske stoffer*, NSAID som gruppen senere er blevet benævnt, har været præget af, at jeg for en stor del har haft med hæmatologiske patienter at gøre. Det har ikke så meget været at jeg har frygtet de omtalte allergisk betingede hæmatologiske komplikationer som neutropeni, trombocytopeni og aplastisk anæmi. Disse komplikationer burde ikke komme bag på nogen, der var opmærksom herpå og hurtigt reagerede, hvis de optrådte. Holdningen var

mere foranlediget af en frygt for at læger som ikke var ikke hæmatologisk *mindet* skulle ordinere disse præparater med for ringe opmærksomhed henvendt på de mulige hæmatologiske bivirkninger. Den væsentligste grund til at jeg altid har været tilbageholdende med at anvende NSAID til hæmatologiske patienter var dog den hæmmende virkning på trombocyttaggregationen. Denne virkning kunne forøge en blødningstendens hos de patienter som pga. af deres blodsygdom enten havde nedsat trombocyt mængde eller en defekt pladefunktion.

Koagulationsundersøgelser

I 1953 blev jeg bedt om at tilse en patient på kirurgisk afdeling. Det var en 29 årig mand, som var indlagt for priapisme. Denne tilstand blev efter at have været en uge bragt til ophør ved den klassiske behandling som bestod i incision af corpora cavernosa. I forbindelsen med indgrebet og i dagene efter var der betydelig blødning fra operationsstedet, hvorfor der måtte gives transfusion med i alt 11 portioner blod. Ved nærmere udspørgen afslørede det, at han lige siden barndommen let havde udviklet hæmatomer efter mindre traumer og et par gange haft betydelig blødning efter tandekstraktion. Han blev flyttet til vor afdeling til nærmere undersøgelse. De former for blødningstilbøjelighed som man dengang kendte og umiddelbart kunne undersøge for, nemlig trombocytopeni, hæmofili, fibrinmangel og von Willebrands sygdom blev udelukket. Yderligere undersøgte vi om der kunne foreligge en mangel på protrombin. Blodets indhold af denne faktor undersøgte man dengang ved Quicks metode, som var indført i begyndelsen af 1940'erne af *Armand Quick* fra Wisconsin. Denne metode anvendtes over hele verden i mange år til afsløring af mangel på protrombin og som monitorering ved antikoagulationsbehandling. Komponenter af metoden dannede i mange år stadigvæk grundlaget for vigtige trin i koagulationsundersøgelser. Metoden gik ud på at man på en prøve af patientens plasma, som var forhindret i at koagulere ved tilsætning af kalciumbindende oxalat, undersøgte muligheden for at fremkalde koagulation ved tilsætning af calciumklorid og tromboplastin. Det sidste blev udvundet af hjerneekstrakt. Prøven udførtes ved at der til 0,2 ml plasma blev tilsat 0,2 ml calciumklorid og 0,2 ml tromboplastinopløsning. Hvis der var normal tilstedeværelse af de faktorer som indgik i koagulationsprocessens stadier efter tromboplastindannelsen ville den undersøgte prøve koagulere i løbet af ca. 12 sekunder. Ved protrombinmangel var denne tid for koagulationen længere. Man talte om *forlænget protrombintid eller Quick tid*. Foruden fibrin var protrombin den eneste faktor man kendte som deltog i dette stadium af koagulationen. Protrombin blev af tromboplastin omdannet til trombin som igen aktiverede fibrinogen til fibrin, hvorved koagulationen var tilendebragt. Den faktor som manglede ved hæmofili kunne ikke bestemmes på denne måde. Diagnosen hæmofili blev stillet ved en konstatering af forlænget koagulation af fuldblod. En årsag til nedsat koncentration af protrombin kunne være mangel på

K-vitamin. For opdagelsen af dette vitamin havde danskeren *Henrik Dam* i 1943 fået Nobelprisen. Vitaminets navn var et kort udtryk for *Koagulations-vitamin*. Dam havde iagttaget at dets manglende tilstedeværelse medførte blødningstendens hos kyllinger. Tilførsel af K-vitamin kunne derfor i mange tilfælde normalisere et nedsat protrombinindhold og ophæve den deraf følgende blødningstendens. Hos den her omtalte patient fandt vi en forlænget "protrombintid". Han blev derfor behandlet med K-vitamin som imidlertid ikke normaliserede "protrombintiden". På det tidspunkt hørte jeg i Dansk Medicinsk Selskab Henrik Dam holde et foredrag om et nyt og stærkere K-vitamin, *K1-vitamin*. Jeg talte ved den lejlighed med Dam om vor patient og fik overladt noget af dette præparat. Samtidig bemærkede han at hvis præparater ikke virkede måtte jeg have opmærksomheden henledt på, at der for tiden blev foretaget undersøgelser over tilstedeværelsen af andre faktorer, som ligeledes var virksomme i det stadium af koagulationen, som lå mellem tromboplastindannelse og fibrinogenets aktivering. Da injektion af Dams K1 vitaminpræparat ikke ændrede på Quicktiden var jeg tilskyndet til at undersøge de nye faktorer nærmere.

Nu kom det sig så heldigt at ved hæmatologikongressen i Amsterdam, som fandt sted netop på denne tid, september 1953, var et af emnerne koagulationsforstyrrelser. Her fik man indsigt i det vældige skred der i disse år skete i opfattelsen af koagulationsprocessen. Det var først lige blevet klart, at der eksisterede flere end de 4 faktorer, som hidtil havde dannet kernen i den teori om koagulationen som *Morawitz* havde opstillet i 1905. Foredragene om de helt friske opdagelser blev på amsterdamkongressen holdt af forskere, som selv arbejdede med problemerne. Således talte *Paul Owren* fra Oslo. Han havde i 1947 meddelt sin opdagelse af en ny koagulationsfaktor baseret på undersøgelser hos en ung kvinde med blødningstendens, hvis "protrombintid" var abnormt lang, men som ikke manglede protrombin. Denne nye faktor som nu sluttedes til de 4 faktorer som *Morawitz* havde opereret med blev logisk nok kaldt for faktor 5, eller proaccelerin. *Owren* gav en oversigt over sine undersøgelser. På samme kongres talte *Rosemary Biggs* fra Oxford. Hun havde fornyligt beskrevet en blødersygdom med samme kønsbundne arvegang som hæmofili, men som skyldtes mangel på en faktor som ikke var identisk med anti-hæmofilglobulin (AHF). Sygdommen blev givet navnet *Christmas disease*, fordi patienten hed Christmas. Ved et ejendommeligt tilfælde blev artiklen bragt i julenummeret af *The Lancet*. Den manglende faktor blev kaldt for Christmas faktor eller faktor 9. AHF blev benævnt som faktor 8. Jeg var klar over at hvis jeg skulle stille diagnosen på vor patient fra amtssygehuset måtte jeg ud i verden og lære koagulationsundersøgelser. Jeg talte herom med *Owren* på kongressen. Han sagde, at jeg skulle være velkommen hos ham i Oslo, men det var bedst om jeg ventede til "efter høsten", da de lige var i færd med at bygge et nyt koagulations-laboratorium. Det lød jo meget besnærende. Imidlertid ville min planlagte rejse til USA da nærme sig, hvorfor jeg besluttede at vente med at tage til Oslo til efter USA.

Under mit ophold hos *Wintrobe* i Salt Lake City tidligt på vinteren 1954 fik jeg imidlertid mulighed for at lære koagulationsundersøgelser. Som en af de førende hæmatologer i verden var det naturligt at *Wintrobe* havde følt sig tilskyndet til optage bestemmelse af koagulationsfaktorer i sin afdelings undersøgelsesrepertoire således at han kunne være leveringsdygtig med alle den tids gældende hæmatologiske diagnoser. Han havde konstant på afdelingen en del *research fellows* som kom fra hele verden for at studere ved hæmatologiens Mecca. En af sine *fellows*, en kvindelig læge fra Indien, havde han givet den opgave at lære teknikken til undersøgelse af de koagulationsfaktorer man kendte på det pågældende tidspunkt. På denne måde fik hun et uddannelsesområde under sit ophold i Salt Lake samtidig med at afdelingen kom til at beherske koagulationsundersøgelser. En tid fulgte jeg hendes arbejde og fik lært det rent praktiske ved undersøgelsesteknikken, som var ret indviklet. Princippet ved undersøgelsesproceduren var, at man behandlede forskellige prøver af normalt plasma på en sådan måde, at der blev fjernet en bestemt koagulationsfaktor fra hver prøve. Til plasma fra patienten med blødningstendens tilsattes herefter prøver med kendt indhold af koagulationsfaktorer. Herved kunne man se, hvilken faktor der var i stand til at korrigere manglen. Jeg forlod således *Wintrobes* afdeling i Salt Lake City med udførlige opskrifter på koagulationsundersøgelser, og samtidig havde jeg fået en god indøvelse i anvendelse af teknikken, som jeg indførte på vor afdeling straks efter min hjemkomst. På den tid var personalet på laboratoriet så sparsomt, at man selv måtte udføre alt arbejde, som ikke faldt ind under den i forvejen indøvede rutine. Det var derfor heldigt, at *Torben Iversen* fattede interesse for koagulationsundersøgelser. Ofte var det praktisk, at der var 4 hænder i arbejde samtidigt, når man skulle jonglere med reagensglassene. I fællesskab tilbragte vi mange aftener på laboratoriet med at undersøge koagulationsfaktorer, og sammen fandt vi frem til at den patient som havde sat hele interessen i gang havde den samme sygdom som *Owrens* patient, nemlig *faktor 5 mangel*.

Da vi på dette tidspunkt, i 1954, var en af de få afdelinger i landet som kunne undersøge koagulationsfaktorer efter de nyeste principper, mente vi, at der her var et arbejdsområde for *Torben Iversen*. Den første nærliggende opgave var at undersøge, hvorledes patienter, som var diagnosticeret som hæmofili fordelte sig mellem mangel på faktor 8 og faktor 9. Det var en passende opgave for ham, da han havde et fremtidigt mål som pædiater. *Iversen* fik af *Bent Andersen* lov til at undersøge de patienter med blødersygdom som hørte til pædiatrisk afdeling, hvor der fandtes det bedst tilgængelige materiale af *blødere*. I et materiale på ti blødere havde de ni faktor 8 mangel (*klassisk hæmofili*) og én faktor 9 mangel (*Christmas sygdom*). Med den til amtssygehuset hjemførte teknik stillede således for første gang her i landet diagnosen *Christmas sygdom* foruden det lige nævnte første tilfælde af faktor 5 mangel.

Midt i 1950'erne var koagulationsforskningen nået så vidt at man havde fundet næsten alle de

koagulationsfaktorer som kendes idag. Der var som der altid er i tilsvarende situationer lidt forvirring i navngivningen. Dog fandt man hurtigt frem til at nummerere faktorer en nomenklatur, som anvendes i dag. Der var opstillet en teori som er nogenlunde i overensstemmelse med synspunkterne i dag. Denne gik ud på at koagulationen bestod af tre stadier. Det første stadium var det som endte med dannelse af tromboplastin. Dette stof kunne enten være vævstromboplastin, som frigjordes ved vævsbeskadigelse, eller det kunne opstå ved et samspil af plasmafaktorerne 9-12. Andet stadium gik fra tromboplastindannelsen til og med protrombins omdannelse til trombin, altså fra faktor 7 til 2. Det tredje og endelige stadium var omdannelsen af fibrinogen til fibrin, faktor 1. Der var det specielle ved nummereringen, at det var det stof, som udgjorde det første trin i koagulationsprocessen, som havde det højeste nummer, faktor 12. Dette skyldtes, at vor opfattelse af denne proces var begyndt med erkendelsen af slutproduktet, nemlig fibrin. Dette først iagttagne stof som *Panum* skrev disputats om allerede i 1851 blev kaldt for faktor 1. Som omtalt opererede man med 4 faktorer fra 1905 og indtil Owren i 1947 beskrev faktor 5. Herefter opdagedes de resterende faktorer i løbet af få år. Kort efter Owrens beskrivelse fik man kendskab til endnu en faktor i koagulationens 2. stadium, nemlig faktor 7. En formodet faktor 6 viste sig efter nogen tid ikke at være nogen realitet. Nu var imidlertid nummereringen så godt i gang at man har ment at det ville skabe mindst forvirring at lade plads nr. 6 stå ubesat. Med dette nye kendskab til koagulationsfaktorer blev det klart, at det der blev bestemt ved Quicks protrombinmetode var baseret på blodets indhold af faktorer 1-7. Metoden brugtes i den daglige klinik væsentligst til at monitorere en antikoagulationsbehandling med dicoumarolpræparater, hvis virkning bestod i nedsættelse af faktor 2 (protrombin) og faktor 7 (proconvertin). Begge disse faktorer, 2 og 7, blev ved Quicks metode bestemt sammen med faktor 5 som ikke blev påvirket af dicoumarol. For at få en mere sikker monitorering udarbejdede Owren en metode ved hvilken man udelukkende bestemte de to faktorer, nr. 2 og 7, som blev påvirket af dicoumarol, "Owrens protrombin-proconvertin-bestemmelse" eller "P - P" som analysen ofte blev kaldt i daglig tale. Bestemmelserne blev herved nøjagtigere end ved den metode som inkluderede faktorer som ikke blev påvirket af behandlingen, og som derfor optrådte som en dødvægt ved analysen. Owrens metode som vandt frem verden over i begyndelsen af 1950'erne havde den ulempe at den skulle foretages på veneblod. Torben Iversen arbejdede derfor på at omforme Owrens metode til at kunne udføres på kapillærblod. Dette var en praktisk foretagelse dels hos voksne, men i særlig grad hos børn. Da Iversen som nævnt lagde an på en fremtid inden for pædiatrien, havde dette sidste synspunkt i væsentlig grad været hans impuls. Iversens metode til bestemmelse af "P-P" på kapillærblod var nem at udføre og blev i mange år i udstrakt grad anvendt i Danmark. Som et kuriosum kan nævnes at da Iversen i 1954 gik med tanker om ændre metoden til at kunne udføres på kapillærblod, tog han til Oslo og drøftede problemet med Owren. Denne havde åbenbart haft den samme tanke og havde udført nogle indledende forsøg som åbenbart på det tidspunkt ikke var lykkedes. Han udtalte ret kategorisk at så vidt han kunne se kunne

metoden ikke omformes til prøvetagning på kapillærblod. Owren må åbenbart ligesom Iversen have arbejdet videre med problemet. Et par år efter at Iversen havde indført sin metode på Aarhus Amtssygehus kom Owren på markedet med en kommerciel tilsvarende metode, *Thrombotest*. Denne bestod af et *kit* med de nødvendige ingredienser således at man ved tilsætning af patientens kapillærblod fik bestemt faktor 2 og 7.

Perniciøs anæmi

Det som tidligst vakte min interesse inden for sygdommen *perniciøs anæmi* var at jeg havde iagttaget muligheden for at diagnosticere sygdommen endnu inden der havde udviklet sig anæmi. Dette var, som jeg tidligere har omtalt, baseret på, at jeg havde konstateret, at der optrådte karakteristiske morfologiske forandringer i knoglemarvens forstadier til de hvide blodlegemer endnu inden forstadierne til de røde blodlegemer var ændrede, og altså endnu inden der havde udviklet sig anæmi. Denne iagttagelse var gjort på et tidspunkt hvor man endnu ikke havde mulighed for at blive vejledt af serum-kobalaminkoncentrationen eller kobalamin-absorptions-undersøgelse (Schilling test).

Denne min iagttagelse var sket umiddelbart efter at det i USA (*Folkers*) og England (*Lester Smith*) var opdaget, at der fra levervæv kunne isoleres et rødt krystallinsk stof, som blev kaldt *B12* vitamin eller cyanokobalamin, og som hos patienter med en ubehandlet perniciøs anæmi kunne frembringe den samme hæmatologiske reaktion, nemlig stigning i retikulo- og erythrocyter samt hæmoglobin, som injektion af leverekstrakt eller oral tilførsel af ventrikelpræparater kunne gøre det. Spørgsmålet var nu om tilførsel af dette stof, *kobalamin* som det kom til at hedde, var ækvivalent med den tidligere veldokumenterede behandling som udgjordes af enten injektion af leverekstrakt eller oral tilførsel af et præparat som bestod af ventrikelvæv indeholdende slimhinde og muskelvæv. Det var dette problem som jeg oprindeligt havde sat mig for at prøve at opklare.

Den måde, hvorpå man havde kunnet måle styrken af den hæmopoietisk aktive faktor i lever- og ventrikelpræparater var at iagttage den retikulocytreaktion, der frembragtes hos hidtil ubehandlede patienter med perniciøs anæmi. Retikulocyter er de tidligste former af de modne røde blodlegemer. De gøres synlige ved en speciel farvning, som fremhæver et karakteristisk netvært, hvorved cellen bliver let genkendelig. Retikulocyter optræder ved en kraftig nydannelse af røde blodlegemer, således som man netop kan opleve det, når der fx ved perniciøs anæmi tilføres den modningsfaktor, som hidtil har manglet. Antallet af retikulocyter som optrådte i blodet i den første uge efter en behandlings begyndelse var afhængig af to faktorer, 1) anæmiens grad, jo sværere anæmi jo højere retikulocytstigning og 2)

præparatets styrke. Man havde udarbejdet tabeller, som angav den optimale retikulocytreaktion ved en bestemt udgangsværdi for erythrocyter. På basis heraf kunne præparatets styrke så beregnes. De medicinalfabrikker, som producerede lever- og ventrikelpræparater havde aftale med bestemte hospitalsafdelinger, hvor styrken af præparaterne blev vurderet inden de blev sendt i handelen. I mit projekt, som gik ud på om de nye kobalaminpræparater ækvivalerede med de klassiske lever- og ventrikelpræparater havde jeg i 1953 den her nævnte mulighed for et vurderingsgrundlag, nemlig vurdering af den øjeblikkelige hæmatologiske reaktion. Til iagttagelse af retikulocytreaktionen og erythrocytstigningen føjede jeg dog undersøgelse af hvor hurtigt de morfologiske forandringer i knoglemarvscelleme blev normaliseret. Da jeg tidligere havde afsløret, at der optrådte modningsforstyrrelser i knoglemarvens forstadier til hvide blodlegemer (granulocytter) inden der endnu havde udviklet sig manifest anæmi, var det nærliggende i mine undersøgelser at inkludere en vurdering af om der var forskel på, hvor hurtigt knoglemarvens granulocytter blev normale på de forskellige behandlinger. Da jeg under min studierejse i 1954 til USA i Boston besøgte *Castle*, opdageren af intrinsek faktor (IF), så jeg på hans laboratorium en af hans læger som arbejdede med at sætte en mikrobiologisk analyse af kobalamin op. Det blev dog først et par år senere at jeg fik mulighed for at tage kobalaminanalyser med i mine undersøgelser. Dette er et kapitel for sig som jeg senere vil vende tilbage til. Da mangel på leverens aktive princip også påvirkede andre organer end det bloddannende væv, fx mavetarmkanalen og nervesystemet fandt jeg at den eneste måde, hvorpå jeg på det tidspunkt kunne være sikker på at kobalamin var sufficient i behandlingen, måtte være ved siden den nævnte hæmatologiske vurdering at foretage en grundig klinisk undersøgelse af patienterne under behandlingen og at følge dem i lang tid. I de første år efter opdagelsen af kobalamin var der nemlig nogen usikkerhed om hvorvidt dette stof helt dækkede virkningen af den aktive faktor i lever- og ventrikelpræparater. Mange medicinalfabrikker som fremstillede leverpræparater turde ikke uden videre erstatte disse med kobalaminpræparat. Der fremstilledes derfor leverekstrakt hvortil de var tilsat cyanokobalamin for at man kunne være på den sikre side.

Injektionsbehandling. Undersøgelser over sammenligning af virkningen af injektion af *leverekstrakt* og *cyanokobalamin*, som jeg havde begyndt på Marselisborg hospital, fortsatte jeg med. Resultaterne faldt således ud at det i løbet af et par år måtte kunne betragtes som sikkert at leverekstrakt virkede i kraft af sit indhold af kobalamin, og at det ikke indeholdt nogen supplerende faktor. Det viste sig også snart at der var en fordel ved at give behandling i form af injektion af kobalamin frem for leverekstrakt. Patientmaterialer behandlet med kobalamin havde gennemgående et højere erythrocytniveau end sådanne behandlet med leverekstrakt. Dette syntes at skyldes at kobalaminindholdet i leverekstrakt var forholdsvis lavt, og at man ved injektion af opløsning af cyanokobalamin havde mulighed for at give en mere adækvat

dosering. I midten af 1950'erne blev leverpræparater helt erstattet af kobalamin.

Oral behandling. I Skandinavien, og vel nok især i Danmark, havde man længe i behandlingen af pernicios anæmi haft en forkærlighed for præparater til oral brug frem for injektionsbehandling. Miktur af leverkoncentrat havde dog hurtigt vist sig at være uvirksomt pga. den manglende tilstedeværelse af IF. Der var imidlertid blevet fremstillet virksomme præparater bestående af frysetørret pulveriseret væv fra ventriklen (mavesækken) fra svin. Det skyldtes især Meulengrachts arbejder med at lokalisere produktionsstedet for de anti-anæmiske faktorer, som dannede baggrunden for sådanne præparaters udbredelse. Meulengracht viste at IF, som hos mennesker produceres i slimhinden i den øverste del af ventriklen (fundus), hos svin dannedes i nederste del (pylorus), mens muskeltvæggen indeholdt EF. Denne viden førte til fremstillingen af et pulver, som indeholdt både pylorusslimhinde og muskeltvæv. Selv om ventrikelpreparaterne måtte tages dagligt og ikke just var velsmagende, foretrak mange patienter denne form for medikation fremfor at have et arrangement med en læge eller sygeplejersker for at få den ugentlige indsprøjtning af leverekstrakt. Det var ikke alene besværet og ubehaget ved at skulle stikkes, men for nogle patienters vedkommende var det også en feberreaktion på injektionsdagen som var generende. Da nu meget tydede på at man i kobalamin havde isoleret selveste EF, forsøgte nogle medicinalfabrikker at modificere de populære orale præparater ved at erstatte den pulveriserede ventrikeltvæg med krystallinsk cyanokobalamin, mens man i præparatet bevarede pylorusslimhinde som IF kilde. Mængden af pulver patienten skulle spise blev så meget mindre at dagsdosis kunne indeholdes i en gelatinekapsel. Hermed undgik man den ubehagelige smag. Der var derfor al grund til at forestille sig at den orale behandling ville blive endnu mere populær end ventrikelpulveret var det, hvis en gavnlig virkning af kapslerne kunne demonstreres. Her i landet var der tre medicinalfabrikker, som nogenlunde samtidigt arbejdede med fremstilling af et sådant præparat. Som interesseret i behandling af pernicios anæmi var det naturligt for mig at prøve disse nye præparater lige fra begyndelsen. Samtidig kunne jeg vedligeholde mine planer om at undersøge om kobalamin var identisk med den virksomme faktor i levertvæv. Straks efter min tiltræden på amtssygehuset gik jeg i gang med at behandle perniciospatienter med kapsler af cyanokobalamin og pylorusmukosa. Sammen med Leif Paulsen, der som klinisk assistent påtog sig ansvaret for blodprøvernes rette udførelse, samlede jeg i løbet af det første år 15 patienter med pernicios anæmi, som fik denne behandling.

Sammenligning med et kontrolmateriale, som blev behandlet med det sædvanlige ventrikelpreparat viste at kapsler af cyanokoalamin og pylorusslimhinde var lige så effektiv. Efter at blodværdierne var blevet normale fortsatte jeg at følge patienterne. Dette var til nogen fortrydelse for enkelte praktiserende læger, som mente at de, når diagnosen var stillet og man havde fundet frem til en effektiv behandling, selv burde

fortsætte med at tage vare om deres patienter, således som det havde været kutyme ved behandling med de gamle perniciosapræparater. Set fra ét synspunkt kunne jeg godt forstå dem. Imidlertid opfattede jeg situationen således at der her var tale om behandling med et nyt stof. Som specielt interesseret i pernicios anæmi følte jeg både trang og pligt til at følge patienterne så langt at jeg kunne være sikker på at den behandling jeg havde sat dem i var adækvat, ikke blot initialt men også på lang sigt. Det måtte erindres at blot SIO år tidligere var man blevet skuffet af folinsyre som havde vist sig at have en umiddelbar gunstig virkning på pernicios anæmi, en virkning som imidlertid kun var forbigående. Under fortsat behandlingen med folinsyre var der optrådt tilbagefald af blodværdierne og desuden udviklede nogle af de behandlede patienter den perniciose anæmis karakteristiske neurologiske symptomer. Vi undersøgte orale præparater fremstillet af de 3 forskellige firmaer og fandt at den initiale reaktion af tilfredsstillende. Resultatet blev offentliggjort i det internationale hæmatologiske tidsskrift *Acta Haematologica*, som blev udgivet i Schweiz og betragtet som et organ for den europæiske fraktion af *International Society of Haematology*. Jeg er glad fordi jeg fulgte mit forsæt om vedblivende at kontrollere de patienter, som jeg havde sat i gang med den nye orale behandling. I 1957 kunne jeg offentliggøre et materiale bestående af 25 patienter som var fulgt i 2-4 år. På det tidspunkt var jeg begyndt at kunne få undersøgt blodets indhold af kobalamin. I observationsperioden viste 16 ud af de 25 patienter et eller andet tegn på at der var ved at udvikle sig resistens over for behandlingen. Nogle fik et regulært hæmatologisk tilbagefald med anæmi, hos enkelte andre begyndte der at optræde svage neurologiske symptomer og hos mange sås et fald i koncentration af kobalamin i blodet. På samme tid påviste *Michael Schwartz*, som jeg da etablerede et samarbejde med, at der i blodet hos patienter behandlet med cyanokobalamin og pylorusslimhinde fra svin kunne optræde antistoffer mod svine-intrinsik faktor. Hermed havde man en forklaring på udviklingen af resistens mod dette nye orale præparat. Dette var fuldstændigt overraskende, da man ikke kendte til optræden af resistens mod de gamle ventrikelpræparater. Tværtimod syntes de perniciosapatienter som blev behandlet med ventrikelpræparater gennemgående at have en bedre hæmatologisk remission end dem som blev behandlet med leverekstrakt. *Jørgen Jørgensen* havde vist dette i sin disputats af 1949 over vedligeholdelsesbehandling af pernicios anæmi. Man havde ingen fornuftig forklaring på at et præparat, hvis virkningsmekanisme principielt var den samme som de klassiske ventrikelpræparater og som i første omgang tilsyneladende var særdeles effektivt, i den grad skulle vise sig ubrugeligt. Dette understreger nødvendigheden af nøje at kontrollere patienter som sættes i gang med en ny behandling, selv om man ud fra teoretiske betragtninger skulle mene at noget sådant var overflødig. I det nævnte eksempel var der en nærliggende risiko for at undlade denne kontrol, idet indførelsen af det nævnte orale præparat blev opfattet som en forbedring af de gamle og velprøvede ventrikelpræparater. Hvis jeg efter at have konstateret at den orale behandling havde givet et tilfredsstillende resultat havde sendt de 25 patienter tilbage til 25 praktiserende læger til vedligeholdelsesbehandling, ville denne resistensudvikling mod præparatet være

blevet opdaget meget sent Da behandlingen i dette tilfælde af lægerne ville været opfattet ækvivalent med den de plejede at give perniciosapatienter med de hidtil anvendte og gennemprøvede præparater, ville de næppe have institueret en nøjere undersøgelse i tilslutning til receptfomyelsen som evt. foregik telefonisk, og de ville måske have indskrænket sig til at måle hæmoglobin med store mellemrum, fx en gang om året. Man kunne forvente at irreparable neurologiske manifestationer kunne have udviklet sig. Da min behandling var et klinisk forsøg kontrollerede jeg patienternes neurologiske og hæmatologiske status med et par måneders mellemrum, hvorfor den svigtende effekt af behandlingen hurtigt blev afsløret. Fordi det drejede sig om så mange patienter blev problemets sande natur, at det drejede sig om en uventet udvikling af resistens mod det pågældende præparat, straks afsløret.

MEDICINENS BEGYNDENDE SUBSPECIALISERING

Den grenspecialisering som i dag kendetegner mange af landets medicinske afdelinger tog først alvor fat i 1970'erne. Det første speciale som blev udskilt var nefrologi i 1970, dernæst gastro-enterologi i 1973. Hæmatologi blev forholdsvist sent anerkendt som et grenspeciale, nemlig i 1983. I 1950'erne hvortil denne beretning er nået dækkede enhver medicinsk afdeling i landet hele området inden for faget. Dog havde der i mange år eksisteret en vis grad af subspecialisering på den måde, at en læge der søgte sundhedsstyrelsen om specialistanerkendelse i intern medicin samtidig kunne søge om til sin autorisation at få tilføjet et organspeciale, fx. hjerte-, mave-tarm- stofskifte- eller blodsygdomme. Således lød min specialistanerkendelse fra 1954 på "intern medicin (særlig blodsygdomme)". Tilføjjelsen af et organspeciale kunne man få ved henvisning til en række publikationer inden for det pågældende område. Denne organspecialisering gjaldt den enkelte læge og havde egentlig mest betydning for en privatpraksis. Alle landets medicinske afdelinger dækkede samtidige organspecialer. Fra den interne medicin var der i begyndelsen af dette århundrede som specialer udskilt epidemiske sygdomme, tuberkulose, neurologi og pædiatri. Det var imidlertid kun på hospitaler i København, Odense og i Århus kommune at der var oprettet særlige afdelinger for de nævnte 4 specialer. Andre steder måtte en medicinsk afdeling tage sig af sygdomme hørende til disse specialer. Dette gjaldt også Århus amtssygehus. Når man uddannede sig til specialist i intern medicin og ville gøre sig håb om at ende i stilling som overlæge, var det derfor nødvendigt at have en bred uddannelse i alle områder af faget, også de just nævnt fire specialer. Derfor var det lykkeligt for mig at jeg havde alle rimelige facetter i uddannelsen på det tidspunkt, hvor jeg tiltrådte 1. reservelægestillingen ved en afdeling som teoretisk kunne være et springbræt til en overlægestilling. Yderligere var det heldigt at jeg i betragtning af min unger alder havde en netop så bred uddannelse at jeg kunne føle at være en nogenlunde kompetent hjælp for afdelingens chef.

Klinisk hæmatologi begyndte for al vor med Paul Ehrlichs indførelse af en metode til farvning af udstigningspræparater af blod i 1891. Herved bragte Ehrlich laboratoriet til sygesengen, hvilket affødte en betydelig aktivitet i den hæmatologiske diagnostik. Der er herudover forskellige begivenheder som i tidens løb har givet anledning til opblussen af interessen for hæmatologi. Den næste opblussen i den hæmatologiske interesse kom med Minot og Murphys opdagelse i 1926 af leverpræparaters kurative virkning på pernicios anæmi. Kort efter ophør af 2. verdenskrig kom der i slutningen af 1940'erne en opblussen af interessen efter opdagelsen af nogle stoffer med virkning på neoplastiske blodsygdomme. I direkte fortsættelse heraf blev interessen yderligere stimuleret ved opdagelsen af kobalamin som identisk med leverens anti-anæmiske faktor. Det var noget varierende i forskellige lande hvilke læger, der tog sig af hæmatologi. I lærebøger over hele verden omtales blodsygdomme i tilslutning til medicinske sygdomme. Siden man var begyndt at give strålebehandling ved en del neoplastiske blodsygdomme havde det her i landet i væsentlig grad været i tilknytning til radiumstationerne i København, Odense og Århus at hæmatologi blev praktiseret. I England var det laboratorielæger, som optrådte som hæmatologer. I USA blev blodets sygdomme dog dyrket under den interne medicin. Det har sandsynligvis været af mangel på behandlingsmuligheder, at der her i landet blandt medicinere ikke var særlig stor interesse for specialet hæmatologi. Den eneste sygdom man kunne behandle med nogen succes var pernicios anæmi, en sygdom som alle medicinske afdelinger tog sig af. Blandt de få intern medicinere fra tiden inden 1950 som ofrede hæmatologi nogen interesse kan først og fremmest nævnes *Einar Meulengracht* på Bispebjerg hospital, *H. C. Gram* på Sundby hospital i København og til dels *Cai Holten* på Århus kommunehospital. I mange år var de fleste hæmatologiske patienter i Jylland blevet henvist til Radiumstationen i Århus. Siden 1943 havde det været *Jørgen Bichel*, der som chef for Radiumstationens forskningslaboratorium og for afdelingen for cancerkemoterapi blev betragtet som *hæmatologen* i Jylland. Der var i den periode som her omtales, årene omkring 1950, blandt medicinere igen ved at opstå en betydelig interesse for blodets sygdomme. På det tidspunkt jeg nu er nået til, nemlig 1953, synes der foruden de 3 nævnte medicinske overlæger, yderligere at være 2 intern medicinere som var ved at gå ind for at opdyrke klinisk hæmatologi, nemlig *Aage Videbæk* og mig, og vi var endda på det tidspunkt kun reservelæger under uddannelse i intern medicin. *Aage Videbæk* havde fået sin hæmatologisk interesse hos Engelbreth-Holm i 1945 og hos Meulengracht i 1948. Efter 1954 kom også *Michael Schwartz* til. Han blev 1. reservelæge hos Meulengracht i 1954 og begyndte her at foretage undersøgelser over kobalamin stofskiftet, studier som han fortsatte da han i 1959 blev overlæge i Glostrup, hvor han varetog den kliniske hæmatologi på sin afdeling. Da nu der var tegn på at kemoterapi ville supplere eller måske afløse strålebehandling, var der god grund til igen at opdyrke faget i det intern medicinske regi. Ved min tiltræden på Aarhus Amtssygehus havde jeg som før nævnt intention om at bestrebe mig på at gøre en fuld indsats på alle de områder som faget intern medicin krævede, og samtidig at yde en ekstra indsats inden for blodsygdommene.

Det var inspireret af udviklingen inden for lægevidenskaben i verden uden for landet at interessen for hæmatologi så småt var ved at manifestere sig i Danmark. I 1948 stiftedes *The International Society of Hematologi* ved en hæmatologisk kongres i Paris, og siden har dette selskab hvert år afholdt kongresser. I 1949 deltog jeg for første gang i kongressen i Montreaux, hvor jeg præsenterede resultaterne af mit disputatsarbejde. I de følgende mange år deltog jeg i disse årlige kongresser. Efter krigen var der kommet en eksplosiv udvikling i undersøgelsesmetoder såvel inden for hæmatologi som indenfor andre områder af lægevidenskaben. Dette var den egentlige årsag til at medicinen efterhånden blev subspecialiseret i en række organspecialer. Hvad hæmatologien angår var man i slutningen af 1940'erne og specielt i løbet af 1950'erne ved at få kendskab til immunologiske mekanismer ved forskellige cytopenier, foranlediget både ved eksogent betingende som ved autoimmune mekanismer. Man fik kendskab til koagulationsprocessens komplicerede natur, hvilket resulterede i erkendelse af en række koagulationsfaktorer og begyndelsen til en effektiv behandling med erstatning af manglende faktorer. Hele denne udvikling fulgte jeg meget intenst med i og forsøgte at bidrage til under mit arbejde på afdelingen.

Min kultivering af hæmatologien på afdelingen bestod dels i at jeg selv så på afdelingens sternalpunktater, og undersøgte udstrygningspræparater af blod hos næsten alle patienter. Beherskelse af den morfologiske undersøgelse var en nødvendighed for at man kunne arbejde som klinisk hæmatolog. *Undersøgelse af knoglemarvspræparater* var der på det tidspunkt kun forholdsvis få som beherskede. Endnu var det ikke blevet almindelig rutine for patologer. Hospitalsafdelinger sendte deres knoglemarvspræparat til de få eksperter i landet, af hvilke jeg især vil fremhæve *Jørgen Bichel* og *Harald Gormsen*. De fleste jyske afdelinger benyttede Jørgen Bichel som knoglemarvseksperter. Efterhånden havde jeg lært mig så megen hæmatologisk morfologi at jeg mente mig i stand til at bedømme et knoglemarvspræparat. Da jeg var ansat på Marselisborg hospital havde vi sendt præparaterne til Bichel. Men altid tog jeg et præparat fra til min egen vurdering som jeg sammenlignede med Bichels beskrivelse, når svaret kom fra ham. Nu på amtssygehuset tog jeg skridtet helt ud og bedømte selvstændigt vore præparater. At jeg herved sparede amtssygehuset for en udgift havde jeg ikke tænkt på, men jeg erfarede at dette blev velvilligst registreret af administrationen. Undersøgelse af udstrygningspræparater af blod foretog jeg hos de fleste patienter så snart der kunne være den ringeste mistanke om at det hæmopoetiske væv var involveret ved den pågældende sygdom. Herved fik vi indtryk af det hæmatopoetiske vævs reaktion ved forskellige sygdomme, og der blev ikke overset nogen hæmatologisk diagnose. Det er meget værdifuldt at det er klinikerne selv som foretager undersøgelsen af de hæmatologiske præparater. Af Wintrobe lærte jeg, da han besøgte Århus i 1949, at der er størst sikkerhed for at intet overses, når den der har følt patientens milt også ser på blodpræparatet. Det hævdedes dengang som man undertiden også hører det nu, at laboratorieundersøgelserne skal stå alene for at undersøgeren ikke skal være *biased*, som det hedder på

nu-dansk. Dette har ofte været en dårlig undskyldning for klinikerens til ikke at lære sig hæmatologisk morfologi. Det er en stor styrke at klinikerens behersker denne undersøgelse, således at han/hun efter at have undersøgt patienten véd hvad opmærksomheden specielt skal rettes imod. Desuden vil klinikerens i det lange løb være den som opnår den største erfaring og sikkerhed, fordi en eventuelt fejlbedømmelse af præparatet vil blive korrigeret af det sygdomsforløb som iagttages. Det giver den største sikkerhed for patienten at hæmatologen selv kan foretage undersøgelsen af de hæmatologiske præparater fremfor at denne undersøgelse sker per korrespondance. Når amtssygehusets medicinske afdeling efterhånden fik præg af at være en hæmatologisk afdeling var det fordi jeg selv varetog den morfologiske diagnostik. Senere hen da jeg blev leder af afdelingen har jeg krævet at vore læger altid har deltaget i undersøgelsen af blodpræparater, kun derved kunne tjeneste på afdelingen virke som en uddannelse i blodsygdomme.

Et år efter min ansættelse var jeg på en 4 måneders studierejse i USA, februar - maj 1954. Størstedelen af tiden tilbragte jeg hos Max Wintrobe i Salt Lake City. Herudover besøgte jeg flere af de førende hæmatologiske afdelinger. Denne rejse havde stor betydning for mig. Foruden at få bekræftet at den måde hvorpå jeg hidtil havde grebet hæmatologiske problemer an ikke var helt ved siden af, fik jeg indblik i en del af de nye ting som netop i denne periode vældede frem. Af disse to årsager blev jeg inspireret til at fastholde min intention om fortsat at opdyrke hæmatologien inden for den interne medicin. Det var lige i den periode hvor der var en kolossal udvikling i kemoterapi mod leukæmi. På basis af det store patientmateriale, som jeg så hos Wintrobe, var der to nye stoffer, amethopterin og myleran, som jeg på få måneder blev fortrolig med at anvende, mens jeg hjemme ville have været flere år om at indhøste de samme erfaringer. Dette resulterede i, at jeg straks efter hjemkomsten fra USA kunne iværksætte behandling af leukæmi på et andet plan og med en betydelig større sikkerhed end da jeg 4 måneder før var rejst hjemmefra. Yderligere var situationen som før nævnt den, at jeg med Aa. Th. B. Jacobsens tilladelse selv beholdt vore leukæmipatienter på afdelingen i stedet for at overflytte dem til Radiumstationen. Dette skete i fuld overensstemmelse med min gode ven Jørgen Bichel, som godt kunne have savnet vore patienter, et faktum som han dog aldrig har ladet sig mærke med.

Vi markerede således efterhånden at afdelingen var interesseret i blodsygdomme. Dette medførte at de praktiserende læger i Århus amt som måske tidligere kunne have været tilbøjelige til at indlægge patienter med mistanke om en neoplastisk blodsygdom på Radiumstationen, nu indlagde sådanne patienter hos os, og ligeledes at de henviste patienter med lidt uklare hæmatologiske diagnoser. Derved var den medicinske afdeling i årene efter 1953 blevet mere hæmatologisk præget end tidligere, men stadigvæk uden at det i mærkbar grad gik ud over afdelingens fordeling af sygdomme inden for den interne medicins organspecialer. Snarere vil jeg sige at det hæmatologiske organspecialer nu blev repræsenteret på en statistisk set naturlig måde.

KILROY

Under den anden verdenskrig er det hændt for soldater fra de Forenede Staters navy, når de gik i land for at befri stillehavsøer, som havde været besat af Japanerne, på klippevægge at møde inskriptionen; "*Kilroy was here*". Stor var deres forbløffelse når de troede at være de første engelsktalende som i lange tider havde været på det pågældende sted. Det var blevet en sport ved *kommando raids*, selv om landgangen kun varede mindre end en time, at efterlade denne meddelelse til overraskelse for efterfølgere, for at få dem ned på jorden ved at gøre opmærksom på, at man aldrig er den første, at der altid har været én som er kommet i forkøbet: *Kilroy was here*. Dette gjaldt ikke blot stillehavskrigen. Det synes at være en almengyldig regel at man på alle tilværelsens områder bør indstille sig på at *Kilroy was here before you*. Da *Columbus* i 1492 opdagede Amerika ville det sandsynligvis have været relevant om han på stranden, hvor han gik i land på et skilt havde læst: "*Kilroy was here* ", om man kan forestille sig dette tankeeksperiment. Dengang *Minot og Murphy* i 1926 opdagede leverbehandlings helbredende virkning på pernicios anæmi og ved vel gennemførte kliniske eksperimenter naglede denne kendsgerning fast så der ingen tvivl var, lød der spredte røster om at noget tilsvarende var iagttaget enkelte steder årene i forvejen, ved til patienter med anæmi at give fx leversuppe.

På min løbebane er der én bestemt person hvis spor jeg har krydset så ofte at jeg til sidst har tænkt: "*Kilroy was here*". Som 1. reservelæge bliver man fra tid til anden af personalet på afdelingen mindet om at man ikke er den eneste læge i verden, som har haft denne stilling, at der har været forgængere, undertiden betydelige personer som omtales med ærefrygt. På amtssygehuset havde jeg personligt stiftet bekendtskab med mine tre nærmeste forgængere i stillingen, hvorfor disse stod for mig som almindelige jordiske skabninger, som ikke var forbundet med nogen større mystik. Imidlertid kom forgængeren til disse tre en tid lang til at figurere i min bevidsthed med en mytisk aura, fordi jeg længe før jeg mødte ham hørte ham omtale med betydelig respekt af overlæger og sygeplejersker på de afdelinger hvor vi begge havde været ansat. Begge havde vi som kandidater haft Cai Holten som overlæge, dog på forskellige hospitaler og med en forskydning på 14 år. Det var dog først i 1953, da jeg for anden gang blev 1. reservelæge på en afdeling, hvor *Holger Nielsen* også tidligere havde været det, at jeg begyndte at blive opmærksom på, hvor ofte tilfældet bragte os i de samme spor. Foruden de før omtalte stillinger, som kandidat hos Holten, samt 1. reservelæge på Marselisborg hospital og Aarhus Amtssygehus om end i modsat orden, skal jeg her nævne de stier, hvor jeg under min færden opdagede sporene af én og samme person som havde været der 10 - 17 år før mig. Allerede i 1949 da jeg blev censor i fysiologi viste det sig at Holger Nielsen for år tilbage havde beklædt denne post. I vore videnskabelige aktiviteter var der også en del lighedspunkter. Begge disputerede vi ganske få (4 og 5) år efter eksamen. Min første videnskabelige publikation handlede om "porfyrria acuta". Bagefter har Holger Nielsen gjort mig opmærksom på at et af hans tidligste arbejder

handlede om denne sygdom. Jeg havde ikke opdaget det da jeg skrev min artikel, fordi jeg i min begynderuvidenhed ikke havde hæftet mig ved at sygdommen også blev kaldt for "hæmatoporfyrinuri", en betegnelse som Holger Nielsen havde brugt i sit arbejde som kom 11 år før mit. I 1950 beskrev jeg "Et tilfælde af gedemælksanæmi", en sygdom som jeg fornyligt er blevet opmærksom på at Holger Nielsen beskrev allerede i 1936. Begge synes vi at have haft en forkærlighed for detektivistisk at afsløre lidt ualmindelige sygdomme. Min tilbøjelighed herfor havde Aage Th. B. Jacobsen øje for da jeg var 1. reservelæge hos ham, hvorfor han opfordrede mig til at skrive en bog om "sjældne sygdomme". Denne opfordring hvor fristende den end var fik jeg dog aldrig tid til at efterkomme, da jeg havde en anden "bærende idé" at pleje. Jeg ved det ikke, men jeg kunne forestille mig at Jacobsen havde givet Holger Nielsen den samme opfordring. Han kunne i hvert fald med god ret have gjort det.

Et tidligt indtryk af hvilke egenskaber Holger Nielsen besad fik jeg når Nørby i min Marselisborg tid i forsøg på pædagogisk vejledning underholdt med at omtale denne min forgænger for at illustrere at der var noget at stræbe efter. Jeg fik indtryk af egenskaber som jeg selv værdsatte og fandt ønskværdige og som Nørby selv var i besiddelse af, fx bestræbelser på at tilrettelægge sin tilværelse ved en bevidst gennemtænkt plan med afvejning af hvad der var ønskeligt og hvad der var muligt. Den måde hvorpå min løbebane til da var kommet til at forme sig skyldtes udelukkende mit eget initiativ kombineret med en god portion held. Alle paralleller i vore løbebaner var som det kan forstås tilfældige og ikke udtryk for at jeg havde udvalgt et forbillede, men udelukkende at *Kilroy was here*.

HOLGER NIELSEN (1905-) fik embedseksamen i 1932. Umiddelbart efter eksamen havde han en 3 måneders ansættelse på Københavns universitets gymnastikteoretiske laboratorium hvor han lærte metoden til minutvolumenbestemmelse. Allerede i studietiden var han ved at være ansat som forsøgsperson ved laboratoriet blevet fortrolig med arbejdsforsøg og luftanalyser. Da han herefter i 2 år var ansat som kandidat på medicinsk afdeling på Ålborg Amtssygehus kunne han straks udnytte sine færdigheder i disputatsarbejdet: "Kliniske undersøgelser over hjertets minutvolumen i hvile og under muskelarbejde, særlig hos mænd med kompenseret hjertelidelse", en disputats som blev forsvaret i 1936, 4 år efter embedseksamen. Dette forløb tyder på en rationel indstilling. Han havde åbenbart gjort sig klart, at en disputats var nødvendig for at komme frem i hospitalsvæsnet. Derfor var det praktisk at få den fra hånden hurtigst muligt. En god metode var afgørende for disputatsarbejdets gennemførelse. Han anvendte de første 3 måneder efter eksamen til at tilegne sig en metode til bestemmelse af minutvolumen, således at han med beherskelse af metoden kunne gennemføre sit arbejde hvor som helst. Det geniale var desuden at det var en undersøgelse som ikke var rutine på medicinske afdelinger. Dette og Holger Niensens øvrige aktiviteter støtter min tidligere vurdering, at han var en rationel sjæl som efter en vel gennemtænkt og

velforberedt plan indrettede sit arbejde efter hvad der på en fornuftig måde kunne føre til det mål han havde sat sig. Efter 2 års kandidatuddannelse i København (turnus, pædiatrisk og dermatologisk afdeling) var han 1. reservelæge på Århus amtssygehus 1936 -41, og på Marselisborg hospital 1941 - 44, hvorefter han var overlæge på medicinsk afdeling på Thisted centralsygehus til 1971. Blandt mange faglige tillidshverv var han bl. a. i flere år medlem af paragraf 14 udvalget, og også i denne egenskab krydsedes vores spor idet han i 1955 var med til at bedømme min ansøgning til afdelingslægestillingen på Århus amtssygehus.

AMTSSYGEHUSET FORBEREDER CHEFSKIFTE

I begyndelsen af 1955 lagde man an til at Jacobsen skulle gå af pga. aldersgrænsen. Ifølge hans fødselsdag 24. feb. skulle dette finde sted 1. marts. Imidlertid havde han fået sin funktionstid forlænget til oktober 1955. Fabricius-Møller og Aage Th. B Jacobsen var i løbet af de 18 år hvor de havde arbejdet sammen som chef for henholdsvis kirurgisk og medicinsk afdeling ved det præg de satte på hospitalet i lokalbefolkningens bevidsthed kommet til at stå som personifikationen af Aarhus Amtssygehus. Det virkede derfor logisk for alle at det forestående chefskifte kom til at foregå samtidigt for begge afdelingers vedkommende. De var næsten lige gamle, Fabricius-Møller ville fylde 70 år i januar 1955 og Jacobsen som nævnt måneden efter. Det var ikke overraskende at amtsrådet ville vise den store veneration det nærede for disse to ved at forlænge deres funktionstid i godt et halvt år, og derved markere at man nødtigt ville slippe dem. Ved et møde i sygehusudvalget i midten af 1954, altså et halvt år før de efter reglerne skulle gå på pension, besluttedes det at opfordre dem til at blive så længe i stillingen at efterfølgerne skulle tiltræde 1. oktober 1955.

Det havde ligget i luften, jeg ved ikke hvorfor, at Bechgaard skulle afløse Aage Jacobsen. Jeg havde allerede årene i forvejen i min Marselisborgtid betragtet dette for givet. Dengang havde Nørby peget på den mulighed at hvis jeg som 1. reservelæge kunne efterfølge Bechgaard når han blev afdelingslæge, kunne jeg igen efterfølge ham i denne stilling når han blev overlæge. Det har formentlig været Jacobsen selv som havde givet Nørby tanken om Bechgaard som sin efterfølger, idet Nørby og Jacobsen kom en hel del sammen. Hvorledes den begivenhed som jeg nu vil omtale skal fortolkes og om den passer i det mønster som mange havde gjort sig, nemlig at Jacobsen satsede meget stærkt på at hans afløser netop skulle være Bechgaard, ved jeg ikke. I efteråret 1953 erfarede jeg, at Jacobsen var i færd med at overbevise sygehusbestyrelsen om at der til den medicinske overlægestilling på Aarhus Amtssygehus i virkeligheden ikke burde være knyttet et ordinært professorat som han selv besad. De notater han dikterede til sekretæren lå fremme om aftenen på kontoret i maskinskrevet stand, således at de for Torben Iversen og mig kunne danne basis for vor interesserede læsning og diskussion. Jacobsen hævdede at et ordinært professorat ville

kræve så meget at det ville gå ud over den tid dets indehaver kunne afse til afdelingens kliniske arbejde, og at resultatet kunne blive en økonomisk belastning for sygehuset, da lægestaben nødvendigvis måtte øges. Han anførte at det derfor ville være mere ideelt for amtet om hospitalets tilknytning til universitet, som Jacobsen dog stadigvæk mente skulle bibeholdes, skete ved at chefen var professor ved den kliniske praktikantundervisning, en stilling som ikke medførte så meget universitetsarbejde i form af afholdelse af eksamen, bedømmelse af disputater og prisopgaver og deltagelse i fakultetsmøder. Denne holdning virkede meget forbløffende på Iversen og mig. Jacobsen havde i hele sin funktionsperiode været stærkt indstillet på amtssygehusets deltagelse i universitetsundervisningen. Så vidt jeg kunne forstå havde han været lidt brystholden over i 1944 blot at blive spist af med en stilling som praktikantprofessor. Derfor mente han i 1948 at retfærdigheden endelig var sket fyldest da han blev udnævnt til ordinær professor. Med argumentet, den økonomiske belastning, kunne han vinde sygehusbestyrelsen og amtsrådet for sin tanke om at nedlægge det ordinære professorat, da amtets politikere altid var lydhøre over for besparelser. Vi var flere der var bange for at resultatet af de bestræbelser Jacobsen nu havde i gang ville reducere amtssygehuset fra det universitetsniveau som Jacobsen ved den indsats han havde ydet gennem hele sin overlægetid havde bragt det op på.

Jeg må indrømme, at jeg var dybt skuffet. Nu var tanken om at blive afdelingslæge ved en afdeling med reduceret universitetstilknøytning ikke længere så tiltrækkende. Jeg begyndte at synes at jeg så alligevel ligeså godt kunne søge overlægestilling i Skanderborg, hvor der netop var planer om oprettelse af en medicinsk afdeling. Jeg var meget usikker på hvad Jacobsens motiver var. Nu da han havde bragt afdelingen til den standard at han kunne aflevere overlægestillingen med et ordinært professorat tilknyttet, så kunne han i det mindste overlade det til eftertiden at afgøre om dette stadigvæk skulle været tilfældet. Den første tanke man kunne få var at han tænkte at hans efterfølger ikke skulle være så meget som ham selv. Noget sådant ville dog slet ikke være i overensstemmelse med Jacobsens indstilling. Der måtte ligge noget andet bag. Det kunne selvfølgelig være at hans argumentation skulle tages for pålydende, nemlig at han efter egen erfaring mente at det ville overstige et amtssygehus formåen at opretholde et professorat. Men dette kunne han overlade til sin efterfølger og til de bevilgende myndigheder. I øvrigt kunne man regne med at kun de som var indstillet på at påtage sig de af Jacobsens påpegede vanskeligheder ville melde sig som ansøgere til stillingen. Man kan undre sig over at amtsrådet ikke var så ærekært angående dets hospitals position at det søgte at opretholde det ordinære professorat i stedet for at gå ind på Jacobsens tankegang. Jeg er overbevist om at amtsrådet ikke uden Jacobsens agitation ville have kommet på andre tanker end at fortsætte i det samme spor. Så meget mere som universitetet havde brug for undervisningsstillingen på amtssygehuset og anmodede amtsrådet om at bevare den. Da Bechgaard var protegeret af Jacobsen som dennes efterfølger, kunne man tænke sig at han havde følt at den gave han fik

herved allerede blev beskåret ved overdragelsen. Selvfølgelig kunne Bechgaard ikke udtale sig så længe stillingen ikke var opslået og før han havde fået den. At han skulle have stillingen, var jo kun noget som han og andre troede. Jeg skævede til Bechgaard for at få et indtryk af hvad hans syn på sagen var, om han var skuffet over at Jacobsen arbejdede på at han nok skulle være overlæge, men ikke professor. Mærkeligt nok kunne jeg ikke spore nogen utilfredshed hos Bechgaard. Tværtimod havde jeg indtryk af at han var fuldstændig enig i Jacobsens synspunkter. Hvorom alting er, sygehusbestyrelsen og amtsrådet fulgte Jacobsens ønske, og kunne vel dårligt gøre andet når Jacobsen hævdede at et ordinært professorat ville være for dyrt for amtet og at det ikke var nødvendigt for amtssygehuset. Amtsrådet meddelte i hvert fald universitetet at det ikke ønskede at den medicinske overlægestilling blev opslået som et professorat. Dette bragte fakultetet i store vanskeligheder fordi lægeuddannelsen lige var nået så vidt at man kunne færdiggøre studiet i Århus. Herved øgedes arbejdet for Holten, der som eneste medicinske professor måtte afholde eksamen og varetage de pligter som påhviler en ordinær professor. At studentertallet øgedes samtidig med at man kunne færdiggøre studiet gjorde ikke behovet for 2 professorer mindre. Amtssygehuset var dog stadigvæk villig til at have studenterhold. Mængden af studenter øgedes oven i købet idet der nu også kom studenter på kirurgisk afdeling efter at Fabricius-Møllers modstand mod studenter ikke længere gjorde sig gældende. *Povl Holm-Nielsen* som efterfulgte Fabricius-Møller i overkirurgstillingen var endda særdeles interesseret i at deltage i undervisningen af studenter. Han blev da også ordinær professor i kirurgi i 1967. Man var nu i en situation som var omvendt fra tidligere, nemlig at overkirurgstillingen var et ordinært professorat, medens modstanden nu var kommet fra medicinerside. Det at stillingen som medicinsk overlæge ikke blev opslået som et professorat kom imidlertid til at betyde at ansøgerne til denne stillingen ikke skulle underkastes en bedømmelse af et af universitetet nedsat sagkyndigt udvalg, som specielt lægger vægt på de videnskabelige kvalifikationer. Hvorvidt dette var indgået i Jacobsens overvejelser er ikke til at vide, men det kan dog ikke have været ham ukendt. Der kom 3 ansøgere til stillingen. Foruden Bechgaard var der Tage Hilden og From-Hansen. Mange var tilbøjelig til at tro at ved en universitetsbedømmelse ville de to andre været blevet placeret før Bechgaard. Universitetet som nu stod og manglede en professor i intern medicin rådede bod på denne mangel ved at lade Nørby foruden sine forpligtelser som professor i epidemiske sygdomme også virke som professor i intern medicin. Med sit arbejdsvillige temperament påtog han sig denne opgave. Samtidig blev stillingen som klinisk assistent og det anuum som fulgte med professoratet flyttet til Marselisborg hospital. Flere år senere, i 1971, udmøntede universitetets behov sig ved at der igen blev oprettet et ordinært professorat ved Aarhus Amtssygehus. Da det blev mig som fik denne stilling, kom jeg i sidste ende til at nyde godt af Jacobsens anfægtelser i 1955.

Der var venner og kolleger som havde opfordret mig til at søge overlægestillingen sammen med

Bechgaard. Jeg var paragraf 14 moden som man benævnedes det, når man havde en uddannelse som gjorde at paragraf 14 udvalget ville erklære én som kvalificeret. Min videnskabelige produktion kunne sandsynligvis holde til en universitetsbedømmelse. Dog tror jeg at både Hilden og From Hansen på det tidspunkt ville have et forspring. Nu var dette imidlertid ikke aktuelt da stillingen ikke skulle opslås som en universitetsstilling og da Jacobsen og sygehusbestyrelsen for længe siden syntes at have satset på Bechgaard. Jeg ville derfor ved at lægge en ansøgning ind kunne risikere at miste Bechgaards good-will, som jeg senere ville være afhængig af når jeg søgte stillingen som afdelingslæge.

VIDERE FREM

Kort efter nytår 1955 blev der opslået en stilling som overlæge ved en nyoprettet medicinsk afdeling på Skanderborg sygehus. Både Jacobsen og Fabricius-Møller opfordrede mig til at søge. Jeg havde imidlertid, da jeg søgte 1. reservelægestillingen på amtssygehuset som allerede nævnt, i tankerne set muligheden for ved Jacobsens afgang at rykke ind i Bechgaards stilling som afdelingslæge, idet man som sagt mente at Bechgaard var designeret til at blive Jacobsens efterfølger som overlæge. Yderligere havde Nørby forudset at tiden snart derefter ville blive moden til en deling af afdelingen. Til Jacobsen og Fabricius-Møller sagde jeg derfor at jeg ville blive siddende og modnes på amtssygehuset lidt endnu. Jacobsen forstod mine motiver, således fornemmede jeg det. Fabricius måske også, men han sagde ud fra sin pragmatiske livsholdning at jeg måtte indse at *enhver er sin egen lykkes smed og der hvor jeg er der er verdens navle*, udsagn som jeg siden hyppigt har husket på.

Da Bechgaard oktober 1955 tiltrådte som overlæge blev stillingen som afdelingslæge opslået ledig. Der var tre ansøgere. De to andre var 1. reservelæger fra København. Ved paragraf 14 udvalgets bedømmelse blev alle vurderet som kvalificeret. På trods af at jeg var den yngste blev jeg fremhævet med speciel henvisning til min produktion. Jeg blev antaget af amtsrådet til stillingen som afdelingslæge ved medicinsk afdeling ved Århus amtssygehus med tiltræden 1. januar 1956.

MEDICINSK AFDELING 1956- 68

AFDELINGSLÆGE 1956 - 58

Den 1. januar 1956 tiltrådte jeg stillingen som afdelingslæge ved den medicinske afdeling på Aarhus Amtssygehus. Derved fik jeg mulighed for på den samme afdeling at fortsætte mine studier af blodsygdomme. Nu kunne jeg oven i købet gøre det i bevidstheden om at det ikke blot var for at dygtiggøre mig selv i dette speciale, men at mine studier også ville tilføre afdelingen et omdømme som en hæmatologisk afdeling, fordi den stilling jeg tiltrådte kunne give mig mulighed for at forblive på afdelingen min tid ud. At jeg ved denne ansættelse havde fået mulighed for vedblivende at arbejde på den

samme afdeling resten af min funktionstid, havde jeg dengang god grund til at være tilfreds med. Som jeg omtaler andetsteds var mulighederne for at opnå slutstillinger inden for hospitalsvæsnet på den tid jeg hidtil har beskrevet ikke ret store. At sigte efter en fremtid inden for hospitalsvæsnet krævede at man søgte at dygtiggøre sig dels ved at opnå gode uddannelsesstillinger og dels ved en aktiv videnskabelig indsats. Dog måtte man desforuden have den samme tiltro til en god skæbne som slædekøreren i snemarken som *driver sine hunde videre frem*.

Det forhold at enkelte afdelinger på den tid fik oprettet flere chefstillinger, enten i form af afdelingslæge eller sideordnet overlæge, var en manifestation af en begyndende ændring af afdelingernes struktur, en ændring som var blevet nødvendiggjort af de øgede muligheder for diagnose og behandling, hvilket medførte et krav om øget arbejdsindsats. Resultatet af det øgede arbejdspress førte til nødvendigheden af flere stillinger som blivende medarbejder på en afdeling, og også en opsplitting i organspecialer. Disse forhold resulterede senere i et behov for at de tidligere ret store medicinske afdelinger blev flere mindre afdelinger. Inden jeg nærmere omtaler min egen funktion i min nye stilling som afdelingslæge, vil jeg derfor først komme lidt nærmere ind på den ændring i afdelingernes struktur som netop begyndte på den tid og den organspecialisering.

Ændret afdelingsstruktur

I denne sammenhæng er det praktisk først af beskæftige sig noget med afdelingers stillingsstruktur som var en forudsætning for oprettelsen af grenspecialer. Afdelingslægestillingen som jeg havde overtaget efter Bechgaard var en nyskabelse inden for hospitalsvæsnet. Derved åbnedes muligheder for at flere kunne få lejlighed til at udfolde sig og tilføre hospitalsverdenen nye værdier. Det skulle i løbet af de næste årtier vise sig at oprettelsen af denne stillingskategori kun var en spag begyndelse til en total ændring af bemandingsstrukturen på kliniske afdelinger, en ændring som kom til at vise sig at være nødvendig for at man kunne holde trit med en udvikling som antog dimensioner, som man dengang ikke havde drømt om. I dag hvor enhver klinisk afdeling med 60 senge har 4-5 overlæger, nogle afdelinger har endda flere, virker det underligt at tænke på den tid, hvor det var noget af en revolution, at der blev indført et system med to faste læger på en afdeling, og at dette i nogle tilfælde kunne være forbundet med betænkeligheder. Netop derfor kan det være berettiget at beskrive nogle omstændigheder ved indførelsen af denne nye ledelsesstruktur.

Små enheder

Landets medicinske afdelinger var på den tid der hidtil har været omtalt, 1940'erne og 50'erne, nogenlunde

ensartet opbygget mhp. patientbelægning og lægestab. Alle typer af sygdomme hørende til den interne medicin behandledes. Organspecialisering var endnu ikke etableret. Dog var det på den tid at tanken herom spirede. Langt det almindeligste var at patienterne blev behandlet under indlæggelse. Kun i København havde man i mange år haft *poliklinikker*, hvor patienterne behandledes ambulantly. I provinsen var det meget få steder at ambulatorier i tilslutning til sengeafdelinger var begyndt at optræde. Stabsopbygningen havde som jeg tidligere har omtalt været fastlagt i mange år med 1 overlæge, 1 1. og 1 2. reservelæge, 1 årskandidat (eller "fast kandidat") og 3 turnuskandidater. Disse læger dannede to vagthold. Bagvagtsholdet bestod af to el. tre læger (reservelæger og årskandidat) og forvagtsholdet af tre læger (kandidater, som i denne periode var turnuskandidater). Således var strukturen på alle afdelinger, kirurgiske såvel som medicinske, og det hvad enten afdelingen bestod af 100 eller 200 senge, hvilket var den sædvanlige afdelingsstørrelse. Da reservelægernes funktionstid var begrænset, kunne de hvis det ikke var lykkedes dem af opnå en chefstilling ved funktionstidens udløb, hvilket ofte var i 40-50 års alderen, være nødsaget til at gå ud i det frie erhverv som praktiserende læger.

Dette medførte at alm. dansk lægeforening, specielt på initiativ af foreningen af yngre læger, var begyndt at arbejde med muligheder for at oprette flere slutstillinger inden for hospitalsvæsenet. Udviklingen inden for lægevidenskaben gjorde sådanne tanker relevante. De mange fremskridt som så dagens lys efter afslutningen af den anden verdenskrig medførte at man kunne behandle flere sygdomme. Resultatet blev at patientskiftet voksede og indsatsen over for den enkelte patient blev øget. Nu skulle patienterne ikke blot være indlagt for at få pleje til de kom sig efter sygdommens naturlige forløb, således som det tidligere ofte havde været tilfældet. Langsomt begyndte man at indse at en lægestab af den størrelse som jeg lige har nævnt måtte være utilstrækkelig til på en adækvat måde at tilfredsstille arbejdsbehovet. Så småt var man begyndt at spekulere på at det ville være hensigtsmæssigt at erstatte de store afdelinger med *mindre enheder*.

Lægeforeningen havde nedsat et udvalg som udarbejdede betænkning gående ud på at det ville være en udvej hvis man begyndte med at oprette flere overlægestillinger på de allerede eksisterende afdelinger. Det primære sigte i overvejelserne var at skabe mulighed for flere slutstillinger. Man indledte med at foreslå stillinger som afdelingslæger. Dette var den billigste løsning. Desuden kunne en sådan stilling oprettes inden for den gældende overenskomst. Begrebet afdelingslæge havde man dengang hidtil kendt på sindssygehospitalerne, og på en enkelt neurologisk afdeling, nemlig hos *Mogens Fog*. Denne stilling var en blivende stilling ved siden af overlægen, og arbejdet var som overlægens. Det var blot fordi man dengang mente at det stred mod al logik at der kunne være mere end én som kaldtes *overlæge* at betegnelsen afdelingslæge blev brugt. Således blev der på Århus kommunehospital kirurgiske afdeling i

1946 ansat en afdelingslæge (*Vilh. Aalkjær*), og som nævnt på Århus amtssygehus i 1953 (*Poul Bechgaard*).

Som yngre læge havde Bechgaard været medlem af lægeforeningens udvalg, som dog gik ind for flere sideordnede overlæger på en afdeling, således som man havde det i Sverige i form af *'bitradande överläkare'*. Det måtte da have været en tilfredsstillelse for ham at opleve så megen frugt af sit arbejde at han selv fik en af de første afdelingslægestillinger som blev oprettet i landet. I 1959 blev der vedtaget en overenskomst, hvorefter afdelingslæger skulle betegnes assisterende overlæger.

På Århus kommunehospitals medicinske afdeling havde professor *Cai Holten* de samme tanker. Dog var *Holten* så rationel at han fik udskilte en del af sin afdeling, nemlig ambulatoriet med et tilhørende sengeafsnit. Samtidig sørgede han for at chefen, som blev *Knud Lundbæk*, blev overlæge og professor i intern medicin (teoretisk medicin), altså en stilling som ækvivalerede med *Eggert Møllers* stilling på Rigshospitalet.

Nyvurdering af begrebet overlæge

Samtidig med at der på kliniske afdelinger blev oprettet flere lederstillinger, hvad enten det var som afdelingslæge el. sideordnet overlæge, måtte begrebet *ledende læge* vurderes på en anden måde end tidligere. Denne ændring af ledelsesstrukturen krævede uvægerligt en omstilling hos alle implicerede, både overlæger, yngre læger, det øvrige hospitalspersonale og ikke mindst hos hospitalets administration. Det var forestillinger baseret på en årelang tradition som skulle brydes. Som alt andet i tilværelsen gik det lettere for nogle end for andre. Da jeg var blandt de første som kom til at opleve denne nyordning, har jeg lyst til at give en øjenvidners beretning.

Siden gammel tid havde kommandoforholdene på en klinisk afdeling kunnet lignedes ved dem på et skib. Overlægen var ligesom kaptajnen absolut enerådende. Dog var der forskel på overlæger, ligesom der vel kunne være det på kaptajner, afhængig af deres større eller mindre evne til at lytte til deres medarbejdere. Det har vel nok i den tid jeg har oplevet både som student og yngre læge været ret almindeligt at overlæger nok diskutererede tvivlsspørgsmål med de underordnede. Men var situationen kommet dertil at en beslutning skulle tages, var det overlægen som skulle træffe afgørelsen, ligesom skibsloven berettigede kaptajnen at gøre det, uden modsigelse. Selv om jeg også som student har oplevet nogle overlæger som kunne være ret så autoritære og endda tiltale deres underordnede som ulydige matroser, har jeg heldigvis personligt været så heldig kun at have haft chefer med demokratisk og human sindelag.

For os der var yngre læger under uddannelse på den tid var det på en måde kærkomment at der nu blev lidt flere muligheder for at få en slutstilling, fremfor at man i en lidt fremskreden alder måtte etablere sig som alment praktiserende læge. Naturligvis øjnede vi visse farer. Det ville være altafgørende hos hvilken overlæge man blev afdelingslæge eller medoverlæge. Det var forståeligt om der i begyndelsen af den periode som jeg her omtaler, i 1950'erne og 60'erne, med nyoprettelse af flere lederstillinger på en afdeling, måtte optræde forskellige vanskeligheder som bl. a. kunne ytre sig ved at en chef, som i 20-30 år havde været enerådende, stadigvæk opførte sig som autoriteten og behandlede den nye afdelings- el. overlæge som en blivende 1. reservelæge. Det var jo ikke i selve stillingen defineret i hvilken grad man skulle have eget ansvar og albuerum, eller om man skulle være en slags permanent reservelæge, som overlægen kunne hundse med og kritisere sønder og sammen, således som i hvert fald nogle overlæger af den gamle skole havde haft for skik med deres reservelæger. Det var ikke alene afhængigt af den forhåndenværende overlæges alder, vaner, og på hvilken måde han opfattede at hans pligtfølelse og ansvarsbevidsthed skulle udmøntes. Den nyansattes personlighed spillede også en rolle. Der kunne især opstå komplikationer hvis den gamle overlæges fastholdenhed ved gamle vaner kolliderede med at den nye souschef følte at have en så solid viden inden for sit felt at hans intentioner ligeledes på autoritativ vis og for enhver pris måtte gennemtrumfes. Yderligere ville situationen blive katastrofal hvis ingen af parterne var forhandlingsvillige eller diplomatiske. Det var derfor en ikke ualmindelig tankegang hos overlæger, at hvis de nødvendigvis skulle have en afdelingslæge, så måtte de se sig godt om for at få en som de var sikker på kunne være samarbejdsvillig. Ofte har jeg hørt fremført at det at få en afdelingslæge til en vis grad kunne sammenlignes med et ægteskab, dog med den forskel at en skilsmisse ikke ville være mulig.

I det store og hele må jeg sige at de delinger af lederstillinger som jeg var vidne til da ordningen var ny, altså i 50'erne og 60'erne, forløb harmonisk. Jeg har kun hørt om ganske få tilfælde hvor situationen kunne have været håndteret smartere. På det pågældende tidspunkt havde jeg en god bekendt som på Rigshospitalet var blevet forfremmet fra 1. reservelæge til ass. overlæge, endda hos en overlæge som almindeligvis blev anset for at være fremskridtsvenlig og human. Den nævnte kollega, som var højtbegavet og meget interesseret i det speciale han gerne ville deltage i opbygningen af, følte sig stækket og ofte urimeligt kritiseret, således at tiden for ham som assisterende overlæge var en meget ulykkelig tid. Han oplevede det som en befrielse, da han efter et par års forløb fik mulighed for at søge en regulær overlægestilling på et andet hospital og dér opbygge det speciale, som han havde arbejdet for. Et uheldigt forløb afspillede omkring 1960 på både neurokirurgisk og neurologisk afdeling på Århus kommunehospital, hvor de sideordnede overlæger, de gamle og de nye, udviklede så store kompetencestridigheder, at den eneste udvej var deling af afdelingerne, hvilket egentlig for afdelingernes

funktion var helt overflødig, fordi de nye afdelinger i begge tilfælde kom til at varetage de samme funktioner som de oprindelige. Dette forhold må ikke forveksles med de delinger, som fandt sted fordi oprettelse af nye afdelinger var baseret på at hver overlæge udviklede et grenspeciale, som logisk førte til oprettelsen af en grenspecialiseret afdeling. Dette sidste var heldigvis det hyppigste resultat af ansættelsen af flere overlæger på en afdeling.

Hvorledes den ny situation med flere personer i chefstillinger blev tacklet afhang i høj grad af de pågældendes personlighed, både de gamles og de nytilkomnes. Det ville være en lykke, når man skulle være afdelingslæge resp. assisterende overlæge, at det blev hos en chef som var så demokratisk og udviste en sådan respekt og finfølelse over for sine medmennesker som Aage Th. B. Jacobsen. I den henseende havde Bechgaard været heldig da han blev afdelingslæge.

De nævnte problemer synes at have været begyndervanskeligheder, som da også stort set blev overstået da systemet blev accepteret og overlæger blev vant til at de skulle være flere på en afdeling. Efterhånden fandt man ud af at fordelen ved flere overlæger, foruden deling af opgaverne, også var at sikre stabiliteten i gennemførelse af afdelingens undersøgelses- og behandlingsprocedurer. Fra midten af 1960'erne begyndte der at lyde røster om at afdelinger kun burde været berettiget til anerkendelse som specialafdelinger, hvis der var ansat mere end én overlæge. Som tiden gik ændredes den følelse, som hos de gamle overlæger havde været ængstelse ved at få en medoverlæge, til et nødvendigt behov om at få flere faste læger på afdelingen. Det problem om det skulle være en assisterende (stk. 3) eller en sideordnet (stk. 1) overlæge, blev efterhånden et problem, som kun bekymrede sygehusadministrationens økonomiske samvittighed. Så vidt jeg i dag, sidst i 1990'erne, er blevet orienteret er kategorien stk. 3 overlæge langt om længe på vej ud.

Som tiden er gået er stabiliteten i hospitalsbehandlingen blevet prioriteret højt således at der lægges vægt på at flere bliver ansat i blivende stillinger. Som det vil kunne forstås af det foregående havde situationen tidligere været den at lægestaben i en hospitalsafdeling bestod af én fast læge, og en stor mængde yngre læger under uddannelse. Kontinuiteten var bortset fra overlægen baseret på sygeplejepersonalet. Efterhånden blev det indlysende at den store og hastigt fremadskridende udvikling kun kunne udnyttes ved flere permanente stillinger. Ikke alene blev der derfor ansat flere overlæger, stk. 3. el. 1, men der er også inden for de senere år, efter 1990, blevet oprettet nye kategorier af blivende læger. Først kom *vagtbærende overlæger* som skulle være fuldt uddannede til en overlægestilling, altså være paragraf 14 kvalificerede. Dog skulle en del af deres arbejde bestå i at de på skift med 1. reservelægerne havde vagt. Desuden er der ligeledes efter min tid kommet en kategori som hedder *afdelingslæger*, som ikke behøver

at være paragraf 14 kvalificerede, men som dog er nået så langt i uddannelsen at de i stillingen kan blive overlægekvalificeret. Stillingen er således en overgang mellem 1. reservelæge og overlæge. Fordelen ved denne stilling er, at lægerne under alle omstændigheder er sikrede at forblive i hospitalssystemet. Denne kategori af afdelingslæger må altså ikke forveksles med de afdelingslæger som omtales for perioden omkring 1950, og som måtte betragtes som havende status af souschef. Da den stilling jeg i 1953 indtog på amtssygehuset hed afdelingslæge er det naturligvis praktisk i denne sammenhæng at pointere denne forskel.

Organspecialer

Oprettelsen af den nye kategori af overlæger imødekom dog ikke nødvendigvis at disse fik et selvstændigt arbejdsområde, hvilket ville have været betydningsfuldt for fagets udvikling. Tidens medicinske fremskridt medførte nemlig et behov for *organspecialisering*. Hidtil havde landets medicinske overlæger som chefer for afdelinger hvor sygdomme i alle organer blev behandlet haft pligt til at være specialister i det hele. Ved siden heraf var der dog en del som udviste særlig interesse for enkelte organers sygdomme, enten i forskningsmæssig øjemed eller som basis for en specialpraksis. Enkelte eksempler fra den tid var *Erik Warburg* som blev betragtet som en særlig kapacitet i hjertesygdomme, *H. C. Hagedorn* og *Aage Th. B. Jacobsen* i diabetes samt *Einar Meulengracht* og *H. C. Gram* i blodsygdomme. Den begyndende interesse for organspecialer inden for den interne medicin blev i 1950'erne omtalt i forsigtige vendinger som fx *specielt interesseområde* eller *subspeciale*, inden de blev officielt anerkendt som organspecialer, eller *grenspecialer*, hvilket blev betegnelsen. Denne grenspecialisering under den interne medicin foregik altid på afdelinger som på sædvanlig vis i øvrigt modtog patienter med alle typer af intern medicinske sygdomme. Det var i den periode som jeg her omtaler, at vi arbejdede henimod at få etableret disse organspecialer som selvstændige discipliner. Dette vil jeg senere komme nærmere ind på. Man skulle helt hen til 1970-80 inden organspecialisering, som kom til at hedde *grenspecialisering*, manifesterede sig ved at sundhedsstyrelsen begyndte at give anerkendelse i grenspecialer efter bestemte definerede krav og at visse afdelinger blev udnævnt til grenspecialiserede afdelinger. I hele den tid jeg var med i denne udvikling var det princippet at en grenspecialist i en sygdomsgruppe som oprindeligt var indbefattet i intern medicin skulle være specialist i intern medicin, og en grenspecialiseret afdeling altid skulle modtage et vist antal uselekerede almen intern medicinske patienter både fra ventelisten og som akut henviste.

Mit arbejde som afdelingslæge

Da jeg i 1956 havde opnået en fast stilling som afdelingslæge var jeg befriet for den usikkerhed som jeg har nævnt var en betydelig bekymring for alle yngre læger, og frigjort for en usikkerhed for fremtiden

som gennem længere tid havde redet mig som en mare. Desuden skulle det senere vise sig at lykken i høj grad havde tilsmilet mig fordi denne position som afdelingslæge ved skæbnens gunst åbnede mig adgang til over en sideordnet overlægestilling at blive chef for en selvstændig afdeling som skulle komme til at give mig mulighed for at deltage i udviklingen af specialet hæmatologi. Derved blev der grundlag for at der på amtssygehuset opstod en hæmatologisk afdeling. Det er om denne udvikling at beretningen i det følgende væsentligst vil komme til at handle.

Den medicinske afdeling på Aarhus Amtssygehus havde i 1956 et sengetal på 168. Stabsopbygningen var som tidligere nævnt: 1 overlæge, 1 afdelingslæge og den traditionelle stab af yngre læger, altså 1 1. og 1 2. reservelæge, 1 fast kandidat og 3 turnuskandidater. Det var Bechgaards tanke, at jeg som afdelingslæge skulle have de samme arbejdsbetingelser, som han selv havde haft under Aage Th. B. Jacobsen, nemlig det fulde ansvar for et bestemt afsnit. Således fik jeg ansvaret for 2 voksenafsnit på hver 28 senge. Herudover fortsatte jeg, ligesom i Jacobsens tid, med at have bemyndigelse over børneafsnittet, som ligeledes var på 28 senge. På den måde kan man sige, at vi havde delt afdelingen ligeligt mellem os, med 84 senge til hver. Dette var jeg særdeles tilfreds med. De yngre læger gjorde tjeneste på hele afdelingen, altså hos os begge. Den kliniske assistent var desværre overgået til Marselisborg hospital. Efter at Jacobsens ordinære professorat som tidligere nævnt ikke længere var knyttet til amtssygehuset, havde Nørby overtaget undervisning og eksamen i intern medicin og var herefter professor både i epidemiske sygdomme og intern medicin.

Bechgaard gav mig således ideelle og frie arbejdsforhold på de tre sengeafsnit jeg havde fået ansvaret for. Jeg havde fuld frihed til at følge mine klinisk videnskabelige interesser og følte ikke på nogen måde at være under pression til at blive involveret i Bechgaards idéer og interesser som undertiden adskilte sig fra mine. En væsentlig rolle for at vores samarbejde foregik så gnidningsløst spiller det at vi som nævnt klart havde delt afdelingen geografisk mellem os, at vi holdt os til hvert vort afsnit og ikke gik stuegang hos hinanden eller blandede os i hinandens beslutninger. Yderlige var et vigtigt moment tilstedeværelsen af den tidligere nævnte "Terapibog" som Bechgaard havde indført. I disse forskrifter havde vi beskrevet de væsentligste undersøgelser og behandlinger som skulle gælde for afdelingen. Da vi begge havde godkendt alle bogens afsnit inden den gik i trykken, kunne de daglige rutiner ikke give anledning til diskussion eller uoverensstemmelser. Personligt havde jeg skrevet de afsnit, som jeg var interesseret i eller som jeg havde særlige forudsætninger for. Desuden havde jeg sørget for at komme til at skrive de afsnit om hvilke jeg havde på fornemmelsen at Bechgaards og mine holdninger måske kunne være forskellige. Da jeg åbenbart som skribent var den mest aktive og hurtigst formulerende, blev mine synspunkter accepteret inden der blev mulighed for nogen videre diskussion.

Samarbejdet mellem Bechgaard og mig foregik således mere gnidningsløst end man åbenbart havde erfaring for fra andre afdelinger, hvor der var oprettet stilling som afdelingslæge. Dette var åbenbart rygtedes i København. En dag havde vi besøg af *Kurt Iversen* fra Københavns kommunehospital. Efter at have gået rundt skiftevis med Bechgaard og mig på vore afdelinger, sagde han at nu kunne han godt forstå at arbejdet forløb så glat på amtssygehuset. Vores styrke var, at afdelingen i virkeligheden fungerede som var den reelt delt i to afdelinger. En ting som vist også har spillet en rolle var den, at jeg lagde vægt på altid at være tilstede. På et tidligt tidspunkt blev jeg kontaktet af foreningen af overlæger i provinsen med forespørgsel om jeg var villig til at lade mig vælge til bestyrelsen. Man skulle have repræsentanter for forskellige kategorier og havde brug for en repræsentant for afdelingslæger. Selv om jeg blev hårdt presset, fordi der ikke var mange afdelingslæger i landet, måtte jeg dog svare nej, og motiverede mit svar med at jeg selv syntes at det gik så godt på vor afdeling. Da mit arbejde som afdelingslæge var nyt ville jeg gøre alt for at bestræbe mig på at dette kunne fortsætte ved at gå 100% ind i afdelingens arbejde, og at jeg ville være bange for at deltagelse i foreningsarbejde ville tage for megen tid herfra. Jeg havde set at det havde været lige ved at give Bechgaard vanskeligheder med sygehusbestyrelsen at han som afdelingslæge var en hel del bortrejst pga. foreningsarbejde.

Således følte jeg mig ikke på nogen måde trykket eller trådt på i mit arbejde. Det eneste som hæmmede mig en smule var det forhold at vi skiftede afsnit en gang om året. Efter et års forløb byttede vi om på 2 voksenafsnit, børneafdelingen beholdt jeg permanent. Formålet med denne rotation, som jeg i begyndelsen bifaldt, var at da det nu engang var én afdeling med to chefer skulle sygeplejerskerne og cheferne ikke være fremmede overfor hinanden. Selv om jeg hele tiden havde været indstillet på at dyrke min interesse for blodsygdomme, så havde jeg ikke forestillet mig i hvilken grad dette skulle medføre at der meget hurtigt kom til at ligge mange hæmatologiske patienter på mine afsnit. En del af de problemer der var ved undersøgelse og behandling af blodsygdomme adskilte sig på flere måder fra den rutine som krævedes ved andre sygdomme. Ofte var arbejdet ret tidsrøvende. Det manglede ikke på de yngre lægers interesse i at deltage i det hæmatologiske arbejde. Da staben af yngre læger imidlertid var sparsom og da de skulle deltage i arbejdet over hele afdelingen med de tilsammen 168 patienter, var det begrænset hvad de yderligere kunne overkomme. Derfor fandt jeg det praktisk at inddrage sygeplejerskerne i arbejdet med observation og behandling og desuden i information af patienterne i lidt højere grad end det på dette tidspunkt var sædvane. Således oplærte jeg fx sygeplejerskerne i at måle blodtryk, hvilket det ellers på den tid kun var sygeplejerskerne på anæsthesiologisk afdeling som gjorde. Jeg havde indtryk af at sygeplejerskerne satte pris på dette tætte samarbejde, hvor de i langt højere grad end det på den tid almindeligvis var tilfældet blev taget med på råd. Da vi to år senere ophørte med at skifte afdeling, faldt det naturligt for mig fortsat at drage den yderste nytte af sygeplejerskernes medvirken.

Jeg er overbevist om at dette ret tætte samarbejde har haft betydning for den gode stemning som jeg mener altid at have observeret blandt personalet på min afdeling.

Det var således særdeles tilfredsstillende og inspirerende arbejdsbetingelser jeg havde fået. Undersøgelser og behandling kunne jeg tilrettelægge således som jeg personligt følte var rigtigst. Jeg sørgede for at se hver patient hver dag, og brugte den metode som jeg havde annammet hos Nørby og Aage Jacobsen, nemlig at huske hver patients sygehistorie. For intet at overlade til tilfældighederne sørgede jeg for, de dage hvor det var den reservelæge som var knyttet til Bechgaards afsnit der havde vagt, selv at gå aftenstuegang på min del af afdelingen. Dette fortsatte jeg med indtil jeg fik en reservelæge specielt knyttet til afdelingen, hvilket meget heldigt faldt sammen med at vi flyttede uden for byen til Skåde. Med en omhu og glæde gik jeg op i arbejdet og ydede en indsats som var jeg ikke blot af navn, men også i virkeligheden officielt var chef for min del af afdelingen, blot med det savn at jeg ikke var det.

Universitets annuum

Min nye stilling indgav mig frimodighed og vel også en vis berettigelse til at søge universitetet om et annuum. Dengang Jacobsen var ordinær professor tilkom der ham et vist beløb til indkøb af materialer som var nødvendige for undervisning, dette hed et *annuum*. Da dette professorat forsvandt ved Jacobsens afgang, rådede afdelingen heller ikke længere over dette annuum. Imidlertid fik Bechgaard da han blev praktikantprofessor et annuum til sin stilling. Bechgaards annuum var dog ikke så stort som det som fulgte med det ordinære professorat og kunne kun i ringe grad række til afdelingens indkøb af undervisningsmateriel, fx. bøger og tidsskrifter. Da imidlertid de bøger og tidsskrifter som Bechgaard var interesseret i, ikke var de samme som jeg havde brug for, havde jeg efterhånden opnået en ret stor privat udgift til hæmatologisk litteratur. Selv om jeg til dels kunne trække dette fra i skat, kom jeg dog op på en del udgifter, som det kunne være rart at få dækket på en universitetskonto. Jeg søgte derfor om et annuum til min stilling. På et tidspunkt var jeg oppe på universitetskontoret for og tale min sag. Fuldmægtig Pihl tvivlede på om ansøgningen ville gå igennem. "Det er jo ikke almindeligt at man giver annuum til et lektorat". Imidlertid havde jeg åbenbart så gode fortalere i fakultetet, i dette kapitel tror jeg nok det var Nørby som simpelthen overlod mig det annuum han i sin tid havde overtaget fra Jacobsens professorat. Jeg opfattede det dels som en økonomisk fordel og dels som en manifestation over for amtssygehusets ledelse at jeg på denne måde blev anerkendt af universitetet.

Bolig

Da jeg blev afdelingslæge havde jeg ikke længere krav på at have bolig på hospitalet. At finde en lejlighed

i byen kunne være et problem. Som hidtil i mit karriereforløb var vi også heldige i denne henseende. Jørgen Scherwin, der havde været 1. reservelæge på Marselisborg hospital dengang jeg var kandidat, fortalte at han i sin private praksis havde en arkitekt Frederiksen som havde en ejendom på Kystvejen. En af hans lejere, pastor Helmig, havde lige sagt sin lejlighed op fordi han havde fået en embedsbolig. Scherwin anbefalede os som lejere. Arkitekt Frederiksen aflagde besøg hos os i vor lejlighed på amtssygehuset for at se om vi kunne gå an i hans ejendom. Han ville åbenbart sikre sig at have agtværdige personer boende af hensyn til sit eget og husets renommé. Selv om han var medlem af menighedsrådet, eksaminere han os dog heldigvis i vort forhold til Jesus. Selvfølgelig kunne jeg have beroliget ham med at jeg i min tidligste ungdom havde været medlem af KFUM, uden at jeg nødvendigvis havde været tvunget til at afsløre at tvivlen senere var kommet ind. Det umiddelbart værste problem for os var at vi havde en puddelhund som vi under ingen omstændigheder ville skille os af med, men uheldigvis var et af hans principper at han ikke ville have hunde i sin ejendom. Vi gjorde det klart at vi ville beholde hunden, men at vi også meget gerne ville have lejligheden. Han sagde at han ville tale med sin kone om problemet. Et par dage efter fik vi besked om at både vi og vor hund var fundet værdige til at bo i hans ejendom. Herefter flyttede vi ned på Kystvejen, hvor vi boede i 2 år. Det var et rart sted at bo. Selv om vor lejlighed var i stueetagen, havde vi en dejlig udsigt over bugten til Mols. Der var på den tid ingen bebyggelse mellem den ejendom vi boede i og havnen, hvad der senere er kommet. Da vi flyttede ind var det en svær isvinter med tyk is på vandet i havnebassinet. Dagligt så vi biler fra Falck som kastede kød på isen som mad for mågerne. Skulle vi bo i byen kunne vi ikke have fundet et bedre sted. Imidlertid ville vi meget gerne have vort eget hus med have, hvorfor vi snart begyndte at se efter et sted hvor vi kunne tænke os at tilbringe resten af vort liv. En dag i denne vinter tog vi med børn og hund i en taxa ud til Hørhaven i Skåde Bakker. Vi bad taxaen om at komme igen og hente os i Hørhaven tre timer senere. Der havde vi tilbragt en god tid med at børnene kælkede og vor hund, som hed *Klump*, boltrede sig i sneen. Det var virkelig en dejlig dag. Fra Hørhaven bemærkede vi hvilken dejlig beliggenhed de huse som lå lige op til skovbrynet havde. Vi sagde til hinanden at det måtte være dejligt at bo et sådant sted, uden at vi dog i vor fantasi kunne forestille os at vi to år senere skulle komme til at bo i et af disse huse.

I efteråret 1957 købte vi huset i Skåde Bakker, midt ude i skoven. Grunden grænsede umiddelbart op til skoven. Det var kontorchef Ehrin, som under krigen havde skaffet så mange til Sverige, som nu skaffede os dette hus. Han vidste at det skulle sælges fordi dets ejer, kreditforeningsdirektør Skjoldager, havde fået en stilling i København, endnu før han var nået at flytte ind i huset inden den ombygning han havde foranlediget var blevet færdig. Vi flyttede ind 1. december 1957, og kunne holde jul i huset. Vi er kommet til at bo her i mange år. Endnu i skrivende stund, 39 år efter, bor vi her stadigvæk. Det har været en stor lykke for os at bo her. Vi har hver dag gået tur i skoven og langs Århusbugten med hunden. I den tid vi

har boet her har vi haft 3 hunde. De to første var *pudler*, som hed *Klump* og *Tot*. De blev henholdsvis 17 og 10 år gamle. Vor sidste hund, *Nessie*, var en *border colli* som vi havde til 1994.

Det var et halvt år efter at vi var flyttet til Kystvejen at vi fik vores bil. Dengang var situationen den, at man ved køb af bil kunne slippe for at betale en afgift til staten hvis det kunne dokumenteres at det var betydningsfuldt for samfundet at man havde bil. For praktiserende læger var det oplagt at en bil var en nødvendighed. For en overlæge kunne det være mere problematisk, da alle reservelægerne dengang boede på hospitalet og de vagthavende således hurtigt kunne tilkaldes. Jeg anførte at jeg måtte have mulighed for hurtigt at kunne være til stede på afdelingen i visse tilfælde. På børneafdelingen kom der dengang sommetider børn med åndedrætsbesvær som følge af falsk strubehoste. Hos disse var der undertiden behov for at foretage tracheotomi. Da jeg på det tidspunkt var den eneste på afdelingen som havde erfaring i dette indgreb, måtte jeg kunne tilkaldes. Et andet argument var dette, da afdelingen var ved at opbygge et nyt speciale måtte jeg undertiden tilkaldes som eneste ekspert hvor der i akutte situationer skulle stilles en diagnose og institueres en behandling. Jeg fik tilladelse til at købe en bil uden statsafgift. Dette betød at den Ford Taunus som vi købte kostede 12.000 kr. i stedet for 15.000 kr. Således var priserne dengang.

Min aktion for omnormering til sideordnet overlæge

Da jeg i sin tid søgte til Århus amtssygehus, havde jeg forudset lovende fremtidsmuligheder pga. den medicinske afdelings størrelse og faglige niveau, samt den udvikling som var i gang inden for lægevidenskaben. Da jeg havde arbejdet i stillingen i 1 år var jeg bestyrket i troen på denne udvikling. Jeg var glad fordi jeg havde kastet min interesse på specialet hæmatologi som netop på dette tidspunkt så ud til at gå en rivende udvikling i møde. Egentlig var jeg forbløffet over så mange hæmatologiske patienter der viste sig at være inden for afdelingens optageområde, blot fordi læger og befolkningen opdagede at der var én på afdelingen som interesserede sig for denne kategori af sygdomme. Dette afspejlede sig både i antallet af patienter som var indlagte og som fortsatte i det efterbehandlingsambulatorium som jeg havde oprettet og som var nødvendigt for den fortsatte behandling af blodpatienterne. Mine erfaringer fra det første år som afdelingslæge viste som det vil kunne forstås, at hvis man skulle opdyrke et organspeciale var det vigtigt med den stabilitet og kontinuitet i arbejdet som kun kunne opnås ved gennem længere tid at bevare det samme personale, både læger og sygeplejersker. Dette var en væsentlig grund til at jeg begyndte at arbejde for at få min stilling ændret til sideordnet overlæge og at få afdelingen officielt delt. Det var at forudse, at en sådan deling ville være nødvendig for at komme udviklingen så meget i møde at amtssygehuset kunne bevare sit ry som et godt og moderne hospital. Imidlertid var jeg ikke indstillet på passivt at afvente at hospitalets ledelse uopfordret skulle foretage de ændringer og udvidelser som tiden

var moden til. Ved blot at vente kunne jeg risikere at udviklingen ville blive udskudt i tyve år og at en anden ville drage fordel heraf. Et hospitals ledelse har vel også en rimelig grund til at forestille sig at det går nok meget godt, hvis der ingen krav stilles af lægerne, og det er jo fint at udgifterne kan holdes nede. Efter at have arbejdet 1 år i stillingen, mente jeg at det var på tide at gøre opmærksom på at den selvstændighed i varetagelsen af det arbejde jeg foretog og i udfoldelsen af mine interesser inden for hæmatologien, som Bechgaard havde været så forstående at tillade mig, havde haft betydning for at øge afdelingens kliniske aktivitet, både med hensyn til omsætningen af patienter og tilførelse af nye aspekter i undersøgelse og behandling af blodsygdomme. Som en konsekvens heraf fandt jeg det rimeligt og for mig mest tilfredsstillende om mine ansættelsesforhold kom til at manifestere dette ved at min stilling blev ændret til sideordnet overlæge. Det er mig meget på sinde at fremhæve at mit ønske om at få afdelingen delt ikke på nogen måde skyldtes uoverensstemmelse med Bechgaard. Selv om vi var forskellige af gemyt og i vor holdning til mange af dagliglivets problemer, havde vi det bedst tænkelige samarbejde, som jeg ikke vil tage i betænkning at betegne som gnidningsløst. Da jeg nu havde ansvaret for halvdelen af afdelingens senge og altså lige så stort et ansvar som Bechgaard, ville det være logisk og mest tilfredsstillende for mig at være regulær overlæge og som sådan være berettiget til på lige fod med hospitalets andre overlæger at forhandle med bestyrelsen om min afdelings ønsker. Desuden ville jeg som mere selvstændig føle at have større albuerum til at udvikle det hæmatologiske organspeciale. Da jeg kendte den indstilling Bechgaard havde dengang han var yngre læge, forestillede jeg mig disse ønsker fuldt ud var i hans ånd.

Jeg talte med ham om at vi skulle arbejde på at ændre min stilling til sideordnet overlæge og at dele afdelingen officielt, som den nu var reelt. Opbygningen af en stab af yngre læge kunne da komme efterhånden som vi kunne påvise et behov. Dette sidste måtte ske hvad enten afdelingen blev delt eller ej. Selv om de udvalg som Bechgaard havde siddet i som yngre læge var gået ind for oprettelsen af flere stillinger som sideordnet overlæge ved en stor afdeling, så mente jeg ikke at kunne forvente at han på eget initiativ ville foranstalte nogen forandring så hurtigt som jeg, måske i ungdommelig utålmodighed, syntes at det var ønskeligt. Jeg kunne godt forestille mig at det var menneskeligt, når man som han efter 17 års forløb endelig havde nået sit mål at blive overlæge for en stor medicinsk afdeling, næppe som første skridt ville begynde at udstykke denne afdeling. Hvilke synspunkter man end havde haft i sin ungdom, ville en ændring til en vis reserveret holdning være meget forståelig. Dette antydede Bechgaard da også ærligt nok, men ville ikke gå imod mine ønsker. Han mente endda at under de nævnte omstændigheder ville jeg selv være bedst i stand til af udforme argumentationen. Samtidig sagde han at han ville tale med Holm-Nielsen, idet de var blevet enige om at holde hinanden underrettet om vigtige afgørelser for de to afdelinger. Da Bechgaard sagde at han ville drøfte problemet med Holm-Nielsen, gik jeg selv omgående

til denne for direkte at erfare hans inderste mening. Holm-Nielsen sagde at, da han ingen afdelingslæge havde, var dette problem ikke aktuelt for ham. Det var dog nok muligt at kirurgisk afdeling pga. af den stigende arbejdsmængde også snart måtte have en afdelingslæge. Imidlertid var hans indstilling denne, at en afdelingslæge var en afdelingslæge, og hvis denne ønskede at blive overlæge måtte han søge hen et andet sted hvor der var en sådan stilling ledig. Dette havde han selv gjort. Det lød jo ikke så lovende for mig mht. at få støtte fra Holm-Nielsen ved sygehusbestyrelsens forhandlinger. Jeg kunne blot håbe på at han ville indskrænke sig til at fremsætte dette som sit synspunkt, og undlade på ixoid måde at søge at overbevise bestyrelsen.

I sommeren 1957 udarbejdede jeg en argumentation som jeg sendte til hospitalets inspektør, Peder Borgholm. Samtidig vedlagde jeg kopi fra U. f. L af den betænkning som Bechgaard som yngre læge havde medvirket til. Jeg fremhævede at det gode resultat vor arbejdsform havde haft i det forløbne år måtte være en dokumentation for rigtigheden af de tanker som lå til grund for det nævnte udvalgsarbejde, nemlig at når der var flere overlæger på en afdeling måtte de være selvstændigt arbejdende, altså sideordnede. For at styrke mig selv havde jeg henvendt mig til *Mogens Iversen* i Hillerød og overlæge *Erik Schiødt* i Ålborg. I Hillerød var Mogens Iversen blevet afdelingslæge i 1953. I 1956 blev hans stilling ændret til sideordnet overlæge. Han fortalte om sine erfaringer i stillingen og anbefalede mig ikke alene at arbejde på at blive sideordnet, men også på at få afdelingen delt, idet han følte at dette ville være det mest tilfredsstillende og effektive i det lange løb. Dette forekom at være logisk fordi motiveringen med at have to overlæger på det tidspunkt var at afdelingen var for stor. Dette arbejdede han på i Hillerød, hvor afdelingen da også blev delt i 1958. Overlæge Schiødt som i Ålborg sad som eneste overlæge på en stor medicinsk afdeling havde i sin tid været med i det samme udvalg som Bechgaard. Jeg skrev til ham og spurgte om han havde bevaret sit synspunkt, at flere overlæger på en afdeling burde være sideordnede. Han svarede at det stod han stadigvæk ved, så meget at han for tiden forhandlede med sin sygehusbestyrelse om oprettelse af en sådan stilling. Ved et møde i Dansk Selskab for intern Medicin i København engang i 1958 kom Schiødt hen til mig og sagde at han nu var så langt i forhandlingerne at han mente at stillingen ville blive oprettet i begyndelsen af 1959. Om jeg var interesseret? Dog kunne jeg svare at jeg var ret langt i forhandlingerne på Århus amtssygehus, og at disse forhandlinger tegnede lovende.

Mit ønske havde medført en del møder med sygehusbestyrelsen. I min argumentation fremhævede jeg at Bechgaard og jeg havde forskellige arbejdsområder. Mens Bechgaard helligede sig behandling af hypertension og sygdomme i bevægeapparatet, tog jeg mig af blodsygdomme ligesom børneafsnittet sorterede under mig. Sygehusinspektør Borgholm var mig så venligt sindet at han lod mig føre

forhandlingerne med sygehusbestyrelsen. Det kunne ellers have været naturligt at lade Bechgaard som var medlem af sygehusbestyrelsen forhandle. Men Borgholm så at det ville være mest fair og det sikreste for at opnå et for mig tilfredsstillende resultat at jeg selv førte forhandlingerne.

Alt imens jeg havde disse overvejelser arbejdede lægeforeningen på en ny overenskomst. Dens enkeltheder var jeg ikke inde i på det pågældende tidspunkt. De blev som det er skik og brug i sådanne tilfælde først afsløret i sidste øjeblik, da de forhandlende parter var blevet enige. Et af punkterne var at betegnelsen "afdelingslæge" skulle ændres til "assisterende overlæge", og at man i øvrigt ville arbejde for oprettelsen af flere af disse stillinger. Det kunne måske nok tilfredsstille en del på denne måde at få titlen "overlæge" i stedet for afdelingslæge. Om kendskab til dette ville havde tilfredsstillet mine ambitioner tror jeg dog næppe. I hvert fald var det heldigt at jeg i min aktion ikke var hæmmet af denne viden. Og heldigt var det også at vor sygehusbestyrelse ikke havde taget problemet med i sine overvejelser. I foråret 1959 fortalte Koldste, som var formand for sygehusudvalget, mig at man ved det amtsrådsmøde som lige var afholdt havde indstillet mig til at blive sideordnet fra 1. juni 1959 at regne. Det var desværre en måned efter at den nye overlægeoverenskomst blev vedtaget. Efter denne overenskomst blev overlæger rykket ned fra 28. til 27. lønningsklasse. Dette kom til at betyde noget for pensionen. De overlæger som var ansat efter den gamle overenskomst vedblev at være i 28. lønningsklasse. Hvis de interne forhandlinger om min stilling på amtssygehuset var gået lidt hurtigere således at min stillingsændring, der som nævnt var ganske uafhængig af de nævnte forhandlinger om en ny overenskomst, var foregået to måneder tidligere, ville det senere have gavnet mig ca. 1000 kr. mere om måneden i pension.

SIDEORDNET OVERLÆGE 1959 - 68

Arbejds-mæssigt gjorde det ingen væsentlig forskel da jeg i juni 1959 blev sideordnet overlæge. Dette vil jeg tage som et udtryk for at jeg var blevet pænt behandlet som afdelingslæge. Efter udnævnelsen var det nu sikkert at Bechgaard og jeg ikke skulle bytte afdelinger en gang om året. Denne *agreement* kunne vi sikkert være kommet til alligevel med de argumenter jeg tidligere havde anført. Det mest umiddelbart håndgribelige jeg fik ud af at blive sideordnet var at jeg fik lidt mere i løn end jeg ville have fået som assisterende overlæge, hvilket da ikke var at foragte. Desuden havde jeg indtryk af at den nye stilling dels gav mine ansøgninger til fonde om støtte til videnskabeligt arbejde en større vægt, og dels var medvirkende til at jeg senere fra universitetet fik tildelt et klinisk praktikantprofessorat.

Kommentarer til modtagelsen af det nye ledersystem

I højere grad end man måske i begyndelsen tænkte sig har oprettelsen af flere chefstillinger på

afdelingerne fremmet udviklingen af dannelsen af organspecialer. I det følgende vil jeg beskrive forløbet på Aarhus Amtssygehus, hvor ansættelsen af flere overlæger med hver sin specialinteresse i det lange løb havde resulteret i et hospital af høj standard med flere specialiserede afdelinger, som hver for sig kom til at indtage en naturlig plads i den institution som efter 1990 kom til at hedde *Århus Universitetshospital*. I tilbageblik er det tydeligt at den nævnte deling af ledelsen efterhånden var blevet accepteret over hele landet. Indledningsvis kunne det dog nogle steder godt gå lidt trægt. Det var tydeligt at den vekslende imødekommenhed og hastighed hvormed forskellige afdelinger i begyndelsen gik ind for de nye principper beroede på forskelle hos de implicerede overlæger, forskelle som dels kunne begrundes med alder og anciennitet, men også med individuelle egenskaber som fx åndelig smidighed. Da Bechgaard, Holm-Nielsen og jeg er af samme generation med kun 3 års forskel mellem hver af os, havde jeg forventet den samme fordomsfri indstilling til de nye signaler inden for hospitalsvæsnet hos os alle tre. Derfor var jeg mildest talt forbløffet, da jeg ved min tidligere nævnte henvendelse til Holm-Nielsen i 1957 erfarede, at han stadigvæk havde den i mine øjne gammeldags og traditionelle holdning, at overkirurgen måtte være enevældig på den kirurgiske afdeling. At netop Holm-Nielsen havde denne indstilling overraskede mig fordi jeg egentlig havde jeg indtryk af at han var progressiv i højere grad end Bechgaard. Der har således været andre momenter at tage i betragtning end alderen. Dog må man huske på at det var noget nyt og uprøvet der skulle sættes i gang.

Den vægren mod at dele ledelsen af en afdeling mellem flere, som mange overlæger på den tid udviste, må ses i lyset af den måde hvorpå lægestaben havde været opbygget gennem mange år. Det havde hidtil været overlægen som ene mand tegnede afdelingen fordi han teoretisk var den eneste som var fuldt kvalificeret. Hele den øvrige lægestab var under uddannelse. En 1. reservelæge skulle have været ansat i stillingen i 4 år for at blive betragtet som kvalificeret til at opnå en overlægestilling. Dette vil sige at han først blev overlægemedoden lige før sin afgang som reservelæge. Dette gav overlægen en følelse af et stort ansvar, og resulterede i en vane til at bestemme alting selv og en tro på sin egen uundværlighed. Da det nu begyndte at hedde sig at to fuldt kvalificerede i fællesskab skulle lede en afdeling, kunne et stort inertimoment hos nogle vanskeliggøre udviklingen. Nogle søgte at drage paralleller med forholdene i det private erhvervsliv eller i en hær i krig og hævdede at "der må altid være én som har det afgørende ord", glemmende at det burde være muligt for akademisk skolede og dannede mennesker at opnå enighed ved at tale om sagerne.

Denne proces med at dele ansvaret eller give magten fra sig, hvordan man nu vil udlægge det, forekom mig at være særlig svær for landets kirurgiske chefer. Forskellen mellem indstilling hos mediciner og kirurg viste sig dengang amtssygehusets bestyrelse i 1952 vedtog at aflaste de to afdelingers chefer for de

store arbejdsbyrder der efterhånden var kommet. Mens medicineren (Aa. Th. B. Jacobsen) ønskede en afdelingslæge, syntes kirurgen (Fabricius-Møller) at det var bedst for ham med en ekstra 1. reservelæge. Dette kan hænge sammen med at en kirurg måske kunne føle sit arbejde mere belastende end andre lægelige chefers. Således skulle der under operationen handles hurtigt og præcist, ofte træffes pludselige afgørelser ved uforudsete situationer. Når først operationssåret var lukket, kunne handlingen ikke gøres om. Ved siden af at kirurgen af denne grund under operationen var anspændt til det yderste med det rent operativt tekniske arbejde, havde han yderligere den belastning at skulle holde styr på narkosen. Den skulle være tilstrækkelig dyb til at patienten var afslappet, men ikke for dyb eller for langvarig for der ikke skulle opstå hjerneskade. Det er forståeligt at pligtfølelse og omsorg for patienten, kædet sammen med fornemmelse af et stort ansvar og følelse af at være den som havde størst erfaring og kompetence, medførte at en kirurgisk chef ofte kom til at virke dominerende og autoritær. Det var helt oplagt at indførelsen af specialet anæsthesiologi, hvorved narkosen kunne overlades til narkoselægen og narkosesygeplejerskerne, medførte en afstresning af kirurgerne, og at dette i løbet af en halv snes år bevirkede en mere afslappet holdning til forholdet mellem chef og medarbejdere.

Dette kan være forklaringen på at Holm-Nielsen i 1957 stadigvæk virkede som en repræsentant for den gamle tids overkirurger. Imidlertid kom han 10 år senere, da han havde slugt kamelen, til at fremstå som et endda særdeles fremskridtsvenligt eksemplar af en moderne kirurg. Denne omvendelse kan illustreres ved følgende udvikling. I 1956 var *Bent Barfod* blevet 1. reservelæge på kirurgisk afdeling. I 1960 blev han udnævnt til assisterende overlæge, en stilling som Holm-Nielsen åbenbart accepterede muligvis fordi den var underordnet overkirurgen. Derefter begyndte Barfod med henvisning til min stilling at plædere for at blive sideordnet overlæge. Nu kom den indstilling som jeg i 1957 havde erfaret Holm-Nielsen havde, nemlig at der kun burde være én chef på en kirurgisk afdeling, til at virke som en forhindring. Vi havde nogle til tider ret skarpe diskussioner i lægerådet, hvor vi var nogle, vel specielt mig, men også den ellers så stilfærdige Wagner, som foreholdt Holm-Nielsen at han var ude af trit med udviklingen. I 1964 blev Barfod da sideordnet overlæge. Herefter var det åbenlyst at det progressive sindelag, som i virkeligheden var Holm-Nielsens natur, nu også manifesterede sig inden for faget kirurgi. I 1968 gik han med til at udskille Barfods afsnit som en selvstændig *ortopædisk kirurgisk afdeling*. På sin egen afdeling som blev kaldt *parenchymkirurgisk afdeling* fik han hurtigt ansat 2 sideordnede overlæger med hver deres specialområde. I 1967 blev *Peder Unnet-Jepsen* ansat til at tage sig af *gynækologi og cancerkirurgi*, og i 1970 *Daniel Andersen* som *kirurgisk gastroenterolog*.

Udskillelsen af specialer fra den interne medicin på amtssygehuset var som det er nævnt, forløbet således, at jeg fra 1956 fik et selvstændigt arbejdsområde og frie muligheder for at udvikle faget *hæmatologi*. Selv

om Bechgaard var specialist i *klinisk kemi* og leder af amtssygehusets laboratorium, arbejdede han dog på at udskille dette område fra medicinsk afdeling som en selvstændig overlægestilling som i 1957 tilfaldt *Søren Christian Heilskov* (1921- 89). Bechgaard havde siden sin ansættelse med stor entusiasme dyrket faget fysiurgi som på det tidspunkt de fleste steder i landet stadigvæk blev drevet i tilslutning til medicinske afdelinger. Også for udskillelse af en særlig *fysiurgisk afdeling* arbejdede han varmt. En sådan afdeling blev oprettet i 1967 med *Johannes Fos green* (1927) som chef. I 1964 blev der ved medicinsk afdeling ansat endnu en sideordnet overlæge, *Niels Schwartz Sørensen* (1923 -) som ved siden af at have et afsnit på amtssygehuset, desuden var medicinsk konsulent ved Odder sygehus. Schwartz Sørensen var specielt interesseret i *sukkersyge*, og fortsatte Aa. Th. B. Jacobsens tradition med diabetesforskning på amtssygehuset. I 1968 deltes den medicinske afdeling i 3 afdelinger, som alle tre ved siden af at være almen medicinske afdelinger havde forskellige subspecialer. Bechgaards afdeling: *med. afd. I* blev subspecialiseret i *hjerter-karsygdomme*, min afdeling *med. afd. II* i *hæmatologi* og Schwartz Sørensens afdeling *med. afd. III* i *endokrinologi*.

Det var i overensstemmelse med tidens krav at amtssygehusets her omtalte nye overlæger ikke alene førte deres enheder videre som specialiserede afdelinger, men også at de af hensyn til de nye afdelingers funktion hver især stræbte efter i tidens løb at få ansat 2 eller flere medoverlæger. Dette skete for hæmatologisk, endokrinologisk og fysiurgisk afdeling, såvel som for laboratoriet og røntgenafdelingen. Ligeledes kom der efterhånden tre overlæger både på den ortopædkirurgiske afdeling og som nævnt på den parenchymkirurgiske som Holm-Nielsen stod for. Efterhånden var det paradoksalt nok kun Bechgaards afdeling som fungerede videre med ham som eneste overlæge, selv om denne afdeling pga. det kardiologiske speciales udvikling havde ligeså stort behov for både to og tre overlæger som de øvrige afdelinger. Udviklingen var efterhånden nået så vidt at en afdeling med respekt for sig selv mente at måtte have flere overlæger. På et tidspunkt tilbød sygehusadministrationen, som man ellers før havde måttet tigge og bede om at få udvidet overlægestaben, Bechgaard en medoverlæge. Han afslog og mente at dette måtte vente til han gik på pension. Tilbuddet blev da et hængeparti som Bechgaards efterfølger også hurtigst muligt benyttede sig af. Bechgaards vægring var en gåde for alle. Schwartz Sørensen og jeg kunne ikke lade være med at tænke at han måske, trods visionerne i ungdommen, havde fundet at vi i vores selvstændighedsbestrebelse havde været så besværlige at han nu i sin alderdom ville have fred.

Professor ved klinisk praktikantundervisning 1964

Et i min bevidsthed væsentligt resultat af min udnævnelse til sideordnet overlæge var at universitet fandt lejlighed til at markere at Bechgaard og jeg nu var ækvivalente. Som lektor var jeg med til at stille

eksamensopgaverne i skriftlig medicin. En dag i foråret 1963 da jeg var til møde hos professor Holten for at drøfte emnet for medicinsk stil ved den kommende eksamen, bragte Holten på bane at det nu vel egentlig var rimeligt at jeg havde den samme universitetsstilling som Bechgaard, nemlig "professor ved den kliniske praktikantundervisning". Denne stillingsbetegnelse havde set dagens lys ved Københavns universitet i 1936. Den blev da givet til de overlæger som afholdt overlægeklinik. Disse var dengang, for medicinernes vedkommende var: *Bing, Gram og Meulengracht*, og for kirurgerne: *Abrahamsen, Ole Chievitz og Svend Hansen*. I Århus havde *Aa. Th. B. Jacobsen* været praktikantprofessor fra 1944 indtil han i 1951 blev ordinær professor. Det var meningen både i København og Århus at titlen skulle ændres til lektor, når den sidste praktikantprofessor var ophørt at virke. Det havde derfor været fakultetets mening, da amtssygehuset ikke ville have en ordinær professor ved Jacobsens afgang, at overlægeklinikkerne skulle gives på lektorbasis. Bechgaard havde fra sin afdelingslægetid været lektor og afholdt overlægeklinik. I 1955 mente man at have brug for endnu en underviser på dette niveau, hvorfor jeg var blevet lektor. Efter Jacobsens afgang i 1955 var amtets sygehusbestyrelse pludseligt blevet ked af at der alligevel ikke var en professortitel ved amtssygehuset. Man havde derfor med amtmanden i spidsen gået til universitet og næsten krævet at Bechgaard blev udnævnt til praktikantprofessor, således som Jacobsen havde været i begyndelsen. Fakultetet var lidt i en knibe fordi det havde besluttet ikke at genindføre denne titel. Så vidt jeg har forstået havde amtmanden gjort Bechgaards tildeling af et praktikantprofessorat til en betingelse for at amtssygehuset fortsat skulle deltage i studenterundervisning. Da studentertallet var stigende kunne dette hospital ikke undværes i undervisningen, hvorfor man gav efter. Holten forudså at han måske kunne få vanskeligheder i fakultetet med sin idé om at gøre mig til praktikantprofessor, fordi denne titel egentlig var nedlagt. På den anden side var der i Bechgaards tilfælde skabt præcedens, og han ville fremføre at det ville være urimeligt om ikke to overlæger ved det samme hospital havde den samme titel for den samme undervisning, og at det kunne være lidt barokt hvis folk fik det indtryk at jeg var lektor under Bechgaards professorat. Han ville gøre hvad han kunne. Jeg lovede at sende ham mit curriculum, på basis af hvilket han ville skrive en indstilling til universitetet. Marts 1964 blev jeg udnævnt til "professor ved den kliniske praktikantundervisning".

Den omtalte præcedens kom også til at smitte af på den kirurgiske overlæge *Povl Holm-Nielsen*, som året efter i 1965 blev praktikantprofessor, hvorefter han i 1967 blev ordinær professor. Snart efter viste det sig at tilstedeværelsen af praktikantprofessorater ved amtssygehuset midlertidigt rummede en fordel som fakultetet ikke havde været klar over. Der skete nemlig en ændring af studieplanen på den måde at der blev indført et propædeutisk kursus i medicin og kirurgi i 1. semester. Man stod imidlertid uden undervisere til dette kursus. Staben af yngre læger var spændt til bristepunktet med klinisk arbejde. Dette gjaldt ikke alene på amtssygehuset men også på de øvrige hospitaler. Universitet måtte derfor oprette og

lønne stillinger til dette formål. Universitet kunne ikke lønne almindelige kandidatstilling, men derimod *kliniske assistenter*. Formelt var der ikke noget i vejen for at tildele amtssygehusets praktikantprofessorer hver en klinisk assistent, som foruden pligt til forskning havde en begrænset undervisningspligt.

Medarbejdere

Indførelsen af to chefer på en afdeling burde efter en matematisk vurdering gøre arbejdet mindre. Dette ræsonnement var dog ikke helt fyldestgørende. Naturligvis kunne jeg godt indse at min arbejdsbyrde måtte være mindre trykkende med ansvar for 84 patienter frem for det dobbelte. Imidlertid mærkede jeg dog hurtigt at det krævede mere end min fulde arbejdskraft at jeg skulle tage mig af de 84 indlagte patienter, foruden de ambulante som snart kom til. Umiddelbart ville det have været naturligt om hele staben af yngre læger var blevet fordoblet. At foretage noget sådant på én gang ville dog af økonomiske grunde have været en umulighed. Det foregik på amtssygehuset ligesom på de andre hospitaler i landet hvor der på samme tid blev foretaget en lignende deling, at man var indstillet på at øge anstallet af yngre læger efterhånden som behovet viste sig. Jeg er ikke utilbøjelig til at tro at mange sygehusbestyrelser forestillede sig at behovet aldrig ville vise sig. I de første mange år havde Bechgaard og jeg således både bag- og forvagtholdet af yngre læger fælles. I dagarbejdstiden ordnede vi det således at vi hver havde attachederet en af de mere erfarne læger, 1. og 2. reservelæge, sammen med hvem vi afviklede stuegang. Dog forekom det mig efterhånden at det væsentligste problem ved delingen af afdelingen var at man nu havde ansvaret for en enhed med kun halv bemanning af yngre læger. Man må huske at det som havde affødt nødvendigheden af flere overlæger, ikke blot var arbejdet med at se til så og så mange patienter hver dag, ej heller at tidens overlæger var mindre arbejdssomme end tidligere tiders, men at det var det faktum at mulighederne for undersøgelse og behandling og dermed arbejdsmængden var forøget. For den som foruden at dyrke den traditionelle interne medicin også kultiverede et organspeciale, blev det snart ønskeligt at have yngre læger som havde kendskab til dette speciale. Da jeg nu var interesseret i specielt at dyrke hæmatologi var det naturligt at jeg brugte megen ekstra tid herpå. Da vi var så heldige at have særdeles velkompetente 1. reservelæger som var fortrolige med hæmatologi i det niveau som på den tid var almindelig på en intern medicinske afdeling var der dog i de første år ingen komplikationer med den begyndende udspecialisering.

De 1. reservelæger vi havde i de første år indtil afdelingen i 1968 blev delt, vil jeg nævne i det følgende. *Svend Erik Budolfson* (1916-87) havde disputeret i 1952 på undersøgelser over absorptionen fra tyktarmen, et arbejde som var udført under hans ansættelse på fysiologiske institut. Han efterfulgte mig som 1. reservelæge da jeg i 1956 var blevet afdelingslæge, ligesom han havde efterfulgt mig som 1.

reservelæge på Marselisborg hospital i 1953. Budolfson blev i 1957 overlæge i Hjørring. *Finn Fischer* (1920 - 77), som ligeledes kom fra Marselisborg hospital hvor han havde efterfulgt Budolfson som 1. reservelæge 1956 - 57, havde på Rigshospitalet skrevet disputats om kortikosteroiders virkning i behandlingen af rheumatoid arthritis (1955). Fischer var ansat hos os indtil han i 1960 blev overlæge på den nyoprettede medicinske afdeling på Frederikshavns sygehus. Herefter fulgte *Niels Schwartz Sørensen* (1923 -) som 1. reservelæge fra 1960 indtil han i 1964 blev udnævnt til overlæge ved afdelingen. Vi havde således fra 1964 tre sideordnede overlæger. Schwartz Sørensen fik som overlæge et af Bechgaards afsnit på 28 senge. Desuden fik han som opgave at være fast medicinsk konsulent på Odder sygehus som stadigvæk var et blandet sygehus under ledelse af kirurgen Jens Vamek.

Hurtigt efter min udnævnelse til sideordnet overlæge, altså ved begyndelsen af 1960, syntes både Bechgaard og jeg at arbejdsmængden med de 168 patienter var blevet så stor at det var nødvendigt at øge staben af yngre læger. Spørgsmålet var nu hvilken kategori af læge skulle vi søge, en 1. eller 2. reservelæge eller en kandidat. Vi kunne indskrænke os til at søge om bevilling til en kandidat. Da dette var billigere, ville vi have størst chance for ikke at få afslag på vor ansøgning. Dette mente Bechgaard at vi skulle søge om. Dog var det en 1. reservelæge vi havde brug for, således at der kunne være en 1. reservelæge på hvert af afdelingens to afsnit, som jo fungerede som to selvstændige enheder. Jeg anførte, at jeg naturligvis var helt indforstået med at man ikke skulle ødsle med det offentlige penge ved luksusanskaffelser. Imidlertid ville en urimelig sparsommelighed let kunne føre til at afdelingen blev kørt i sæk. Ganske vist kunne man i første omgang af sygehusbestyrelsen opnå ros, hvis afdelingen blev drevet billigt. På den anden side kunne man være sikker på at den samme bestyrelse ikke et øjeblik ville betænke sig på at bebrejde den overlæge, som ikke havde gjort opmærksom på, hvilken bemanning var nødvendig, den dag bestyrelsen selv blev bebrejdet ikke at have levet op til nutidens fordringer. Vi blev da enige om at søge om endnu en 1. reservelæge. Denne blev da også bevilget. I denne stilling ansattes i 1961 *Kurt Schultze* (1925 -) som fra 1956 - 60 havde været 2. reservelæge ved afdelingen. Han var hæmatologisk interesseret, havde været en tid på radiumstationen, hvor han havde lært knoglemarvsmedicin og var dér begyndt et større arbejde om knoglemarvens sammensætning ved mononukleose. Selv om det oprindeligt havde været vores hensigt at 1. reservelægerne en gang om året skulle skifte mellem Bechgaard og mig for at sikre dem en alsidig uddannelse, fik jeg udvirket at Schultze pga. sin større hæmatologiske orientering under hele sin ansættelse blev attachedet min afdeling, hvorfor jeg følte mig godt hjulpet med vor nyordning.

Da Schwartz Sørensen i 1964 blev sideordnet overlæge efterfulgtes han som 1. reservelæge af *Bjørn Nordentoft*. Da denne i 1967 blev overlæge i Odder efterfulgtes han som 1. reservelæge af *Hans Yde*, som

i 1971 blev overlæge i Randers. I 1964 efterfulgtes Kurt Schultze af *Jørgen Skall-Jensen* som i 1968 blev overlæge i Svendborg. Efter Skall-Jensen blev *Finn Gammelgaard* 1. reservelæge oktober 1968. Gammelgaard blev i 1974 overlæge i Grenå. I maj 1968 var der blevet ansat en tredje 1. reservelæge *Vagn Mohr Drewes* i en stilling som var oprettet i forbindelse med at den oprindelige medicinske afdeling var blevet delt i tre afdelinger. Drewes blev i 1971 overlæge i Skive.

Stigende behov for flere yngre læger

Således kunne hvert af de to afsnit som repræsenterede forskellige *interesseområder* have en 1. reservelæge i det daglige arbejde. På samme måde var 2. reservelægen og den på 1 år ansatte faste kandidat tilknyttet hvert sit afsnit således at disse to læger fik ækvivalente funktioner. Vi havde da hver for sig en 1. reservelæge og enten en 2. reservelæge eller en årskandidat til hjælp ved den daglige stuegang. Af hensyn til alsidigheden i disses uddannelse skiftede de afsnit en gang om året med Schultzes omtalte undtagelse. De nævnte læger havde bagvagt som dækkede hele afdelingen. Turnuskandidaterne havde forvagt på alle afdelingens 168 senge. Det var min intention på længere sigt at arbejde for at de nyoprettede enheder fik hver sin stab af yngre læger. Dog var jeg klar over at man måtte gå gradvist til værks for at opnå dette.

Jeg kan forestille mig hvorledes en chef for tidligere tiders blandede sygehuse må have følt sig bundet til sygehuset, fordi han var den eneste som beherskede behandlingen af de sygdomme sygehuset tog sig af, men at denne følelse også måtte være blevet opvejet af en tilfredshed ved at føle sig uundværlig. En lignende fornemmelse tror jeg nok, når jeg nu tænker tilbage, at jeg havde da jeg begyndte at specialisere mit afsnit i hæmatologi. Dog må jeg dertil sige, at da afdelingen senere i min karriere fik sin egen fulde stab, som ikke alene bestod af ikke-reservelæger, som udelukkende arbejdede på denne afdeling og som var så uddannede, at de var specialister eller næsten hæmatologiske specialister, men også af overlæger, da blev glæden ved at være uundværlig afløst af en endnu større tilfredshed. Nemlig glæden ved at have medarbejdere som havde fattet interesse for det fag som jeg havde arbejdet med i mange år ved at have medarbejdere som jeg kunne drøfte problemerne med som ligemænd.

Ændring af ansættelsesforholdene

Som før nævnt var det en følelig mangel at hele staben af yngre læger ikke blev øget ved oprettelse af nye overlægestillinger. En yderligere forøgelse af staben af yngre læger skete efter 1968. Inden da blev det ringe antal af yngre læger dog til dels kompenseret ved en ændring af reservelægers ansættelsesforhold som gjorde manglen mindre følelig. *Turnuskandidaterne*, som var ansat på et halvt år, blev i 1965 afskaffet

og erstattet med reservelæger. Disse kunne blive i stillingen i 3 år, hvis de ønskede det. Den ordning at man for at få autorisation som læge skulle gøre tjeneste 6 måneder på henholdsvis medicinsk og kirurgisk afdeling gjaldt stadigvæk. I begyndelsen af århundredet, op til midt i 1930'erne, var der et misforhold mellem antallet af turnusstillinger og kandidater, således at de ofte skulle vente 2-3 år efter eksamen inden de kunne få en turnusstilling. Herefter blev der en aftale med alle landets hospitaler, hvorved der blev turnusstilling til alle. De medicinske studenter trak lod om disse stillinger en måneds tid før eksamen begyndte, således at de kunne begynde turnustjenesten kort efter eksamen. Imidlertid var landet i årene efter 1960 kommet i den situation at lægerne kunne få de nødvendige ansættelser ved at søge stilling på de afdelinger, hvor de gerne ville være. Da de derfor selv kunne skaffe sig den fornødne uddannelse, blev begrebet turnusstilling ophævet i 1965. Stillingen blev først genindført 15-20 år senere, da ansættelsessituationen igen ændredes. Konjunkturerne går op og ned. Nu er de yngre læger igen begyndt at klage over at de ligesom i 60'erne af hensyn til turnustjeneste kan risikere at blive tvangsansat på hospitaler beliggende langt fra hvor deres familie i øvrigt bor, mens de igen undertiden har mulighed for selv at skaffe sig plads på en afdeling, hvor de ønsker at være.

Samtidig med ophævelse af turnusstillingerne blev stillingerne *årskandidat* og *2. reservelæge* slået sammen på den måde at de to kategorier kom til at hedde *reservelæger* med ansættelsestid i 3 år. Stillingen 1. reservelæge blev bevaret med en ansættelsestid på 5 år. Det var en fordel for en afdeling som vor som var på vej til at udvikle sig til en organspecialafdeling, at vi som regel altid kunne få mere erfarne læger og have dem ansat i længere tid. Dette bedre afdelingens stabilitet og kompenserede for det lidt sparsomme antal af læger. Desuden var der i yngre lægers overenskomst taget hensyn til arbejdstiden. Yngre lægers arbejdstid havde i mange år endnu været således at den først ophørte når arbejdet var gjort. Efterhånden som arbejdsmængden steg var dette en grov udnyttelse. I begyndelsen af 1960'erne kom der en overenskomst, som fastsatte en bestemt arbejdstid på 40 timer om ugen. Hvad der var derudover måtte betales som overarbejde. Tanken var, at en vis mængde overarbejde skulle resultere i en ekstra stilling. Da arbejdsbyrden på hæmatologisk afdeling åbenbart var større end på de to andre medicinske afdelinger, kunne betalingen for overarbejde udløse et par ekstra stillinger som reservelæge. På den måde fik vi efterhånden en tilfredsstillende bemanning.

Om undersøgelse af den hæmatologiske patient

Lyndiagnose

I det følgende skal jeg omtale visse punkter i min kliniske erfaring med undersøgelse af hæmatologiske patienter. Når man står over for en patient som man mener lider af en blodsygdom skal man ligesom alle

andre patienter foretage en omhyggelig undersøgelse med udspørgen og klinisk undersøgelse. Dette forhold er en selvfølge, som jeg ikke behøver at omtale nærmere. Dog vil jeg plædere for at man ved en klinisk undersøgelse straks man ser patienten har alle sine sanser vågne for at iagttage patienten og søge at slutte sig til hvad det mon kan dreje sig om. Det er dette jeg mener med at skal søge at stille en *lyndiagnose*.

På en væg i *St. Bartholomew's Hospital* i London er der en plade med følgende inskription : "*You have been in Afghanistan, I perceive.* " Den refererer til en fortælling af *Conan Doyle* : " *A Study in Scarlet*" hvor dr. Watson for første gang møder Sherlock Holmes. I laboratoriet er Sherlock Homes beskæftiget med at udarbejde en kemisk reaktion til bestemmelse af hæmoglobin til afsløring af blodpletter. Da de bliver præsenteret for hinanden siger Sherlock Holmes:" How are you?" og tilføjer uden nærmere begrundelse: "You have been in Afghanistan, I perceive". Nogle dage senere da de kommer til at tale om Sherlock Holmes's arbejdsmetode er dr. Watson noget tvivlende om værdien af Holmes metode med anvendelse af deduktion og analyse. " Holmes siger da: Observation with me is second nature. You appeared to be surprised when I told you, on our first meeting, that you had come from Afghanistan". "You were told, no doubt", svarer Watson. " Nothing of the sort. I *knew* you came from Afghanistan. From long habit the train of thoughts ran so swiftly through my mind that I arrived at the conclusion without being conscious of intermediate steps. There were such steps, however. The train of reasoning ran," Here is a gentleman of a medical type, but with the air of a military man. Clearly an army doctor, then. He has just come from the tropics, for his face is dark, and that is not the natural tint of his skin, for his wrists are fair. He has undergone hardship and sickness, as his haggard face says clearly. His left arm has been injured. He holds it in a stiff and unnatural manner. Where in the tropics could an English army doctor have seen much hardship and got his arm wounded? Clearly in Afghanistan".

Dengang jeg var 1. reservelæge og undervisningsassistent hos *Nørby* fortalte han denne historie til studenterne for at lære dem at en læge skal bruge sine øjne og tænke sig om. Hos *Nørby* lærte jeg kunsten at stille en *lyndiagnose*, og tilfredsstillelsen ved at kunne gøre det. Ikke alene var det en sport at man ved første øjekast kunne danne sig en sådan forestilling om diagnosen som senere viste sig at holde ved den nærmere og indgående undersøgelse. Det var også en opøvelse i at bruge sit kliniske blik til hurtigst muligt at få sat de rigtige undersøgelser i gang. Jeg har hørt flere som på denne måde dyrkede kunsten at stille *lyndiagnoser*. Således har jeg hørt *Jan Waldenstrom* tale om glæden ved og værdien af at stille *snappediagnoser*. Da jeg som 1. reservelæge på *Marselisborg hospital* gik aftenstuegang med *Nørby* var det nærliggende at søge ved sin iagttagelse og intuition at stille diagnosen på en nyindlagt patient. For at planlægge et undersøgelsesprogram og iværksætte en omgående behandling var dette nødvendigt, fordi man ved aftenstuegangen ofte ikke havde ret mange oplysninger. Vi fandt begge tilfredshed ved at udøve

denne kunst, og begge havde vi en tilpas drenget sjæl til at glæde os over også at lade indgå et vist konkurrencemoment. Som eksempel kan jeg nævne at vi ved aftenstuegang kom til en ung kvinde som var indlagt under diagnosen gastroenteritis. Sygeplejersken sagde at patienten kort efter indlæggelsen havde haft en opkastning og at hun hele tiden havde klaget over kvalme. Da hun ved den øjeblikkelige undersøgelse ikke klinisk virkede dehydreret, var der ingen grund til væskebehandling. Nørby ordinerede havresuppe, hvilket dengang var hans stående kosttilbud ved maveinfektioner. Jeg lagde mærke til at der på sengebordet stod en buket røde roser. Da vi skulle til at forlade sengen for at gå videre på stuegang gik jeg hen til hende og sagde: "Sikke nogle smukke blomster De har dér. Er det Deres kæreste som allerede har nået at sende dem". Hertil svarede hun ja. Da vi kom ud på gangen, nikkede Nørby anerkendende og sagde: "Det var godt sluttet". Det viste sig da også ved nærmere undersøgelse at hendes "maveinfektion" skyldtes at hun var gravid.

En anden gang, da Nørby var bortrejst, blev jeg ringet op af en overlæge på et hospital i Vestjylland. De havde lige fået indlagt en patient med en svær infektion han ikke kunne få rede på. Han var ikke tryk ved situationen. Hun var højfebril og bevidstløs. Det var en gymnasieelev, datter af den stedlige apoteker. Vi modtog hende og foretog naturligvis straks ved indlæggelsen relevante undersøgelser for infektionssygdom som fx lumbalpunktur, røntgen af lunger, blodtryk, men kunne ikke finde nogen forklaring på den dybe bevidstløshed. Jeg forestillede mig at det kunne være et suicidalforsøg, idet hun som datter af en apoteker let kunne skaffe sig adgang til sovemedicin. I en lille provinsby havde apotekeren bolig i samme bygning hvori apoteket lå. Vi tog blodprøve til undersøgelse for barbiturater, hvilket var de stoffer, som man på den tid brugte som sovemidler. Dengang måtte man sende en sådan prøve til København, hvorfor der godt kunne gå 2-4 døgn inden man fik svar. Indtil da instituerede jeg den behandling man dengang brugte ved sovemiddelforgiftning, nemlig forsøg på at holde frie luftveje ved hyppig bronchialsugning, vedligeholde hydreringen med saltvand og glukose intravenøst, og regelmæssig lejeskiftninger for at undgå decubitus. Da Nørby kom hjem næste dag, var hun stadig dybt bevidstløs. Dette var hun også 3 dage efter indlæggelsen. Han begyndte at tvivle på min diagnose, fordi bevidsthedsniveauet ved barbituratforgifter almindeligvis på det tidspunkt kunne forventes at være lidt mindre dybt. Jeg holdt stadigvæk fast ved mit vigtigste argument, at hun var apotekerdatter og havde adgang til sovemidler. Da vi om morgenen var samlede i laboratoriet spurgte Nørby om jeg stadigvæk ville holde så sikkert på min diagnose, hvis blodprøven ikke var positiv. Det sagde jeg selvfølgelig at jeg ikke ville. Kort efter kom portøren med morgenposten. Jeg gik straks hen til ham og søgte i bunken. Der var et telegram fra København. Laboratoriet havde fundet en meget høj koncentration af barbiturater i blodet. Jeg overrakte Nørby telegrammet med ordene: "My dear Watson". Det var den vending han plejede at bruge, når han ville drille os når vi havde overset eller misfortolket et fund. Og det var en spøg han godt

kunne tage, når den var rettet mod ham selv.

En kvinde som havde fået en aftale om konsultation hos mig kommer ind på mit kontor. Hun virker som om hun er i god almentilstand. Ansigtshuden har et let brunligt skær. Da det er en årstid hvor man ikke er solbrændt, noterer jeg mig dette. Mens jeg trykker hende i hånden som velkomst iagttager jeg hudfarven på hendes håndrygge. Huden her er af normal farve, bortset fra en antydning af pigmentering på knoerne og fingerleddenes dorsalside. Kun en antydning som man ikke ville lægge mærke til hvis man ikke direkte så efter det. Allerede inden hun havde sat sig, og inden vi havde vekslet andre ord end "goddag", var følgende differentialdiagnoser løbet gennem mit hoved: Addisons sygdom, uræmi, hæmokromatose. Ikterus havde jeg udelukket fordi jeg havde konstateret at hendes scleræ ikke var gulfarvede. Efter nogle konventionelle indledende bemærkninger spurgte jeg hende om hvorledes hendes sygdom viste sig. Selv om hun virkede frisk sagde hun, at det væsentligste var at hun var træt. Og så tilføjede hun meget slagfærdigt, at hun også snart var træt af at folk spurgte hende om hun havde været på Mallorca. Jeg følte da straks på hendes puls, som jeg fandt lidt blød, hvorfor min næste undersøgelse var at jeg allerede på dette tidlige tidspunkt målte hendes blodtryk, som viste sig at være lavt. Min tentative diagnose var da allerede efter få minutters forløb: Addisons sygdom. Naturligvis ordinerede jeg herefter de undersøgelser som skulle bekræfte denne diagnose.

Et andet eksempel som jeg vil nævne er dette. Dengang jeg var 1. reservelæge havde jeg til opgave at gå aftenstuegang på afdelingslægens afsnit og sige godnat til 56 patienter som jeg ikke kendte. Jeg skulle blot være garant for at der ikke var opstået akutte ting som der skulle tages hånd om. Der var en kvinde midt i 30'erne som jeg flere aftener havde tænkt over hvad hun i virkeligheden var indlagt for. Hun virkede spinkel og sart, håret var noget tyndt, huden så ud til at være lidt atrofisk. Mit hovedindtryk var at hun så dyskrin ud. Diagnosen på sengetavlen lød: *facetsyndrom*. Det var på det tidspunkt Bechgaards yndlingsdiagnose, opstået af hans fysiurgiske fascination. Det dækkede over muskulære smerter som formodedes at have sin årsag i tryk på en nerverod, tryk opstået pga. columnaabnormitet eller en muskulær spændingstilstand. Sygdommen blev behandlet med manipulation, en behandlingsform som Bechgaard på dette tidspunkt gik meget ind for.

Uden ønsket om at gå nærmere ind på rigtigheden af denne diagnose, var jeg interesseret i om der var en forklaring på hvad jeg opfattede som patientens dyskrine udseende. Dette stod der ikke noget om i journalen. Jeg tillod mig at supplere anamnesen og fik at vide at hun havde haft amenoré siden en fødsel for 5 år siden. Jeg spurgte nærmere om omstændighederne ved denne fødsel, og fik at vide at der havde været en meget svær blødning, som havde ført til en så dårlig almentilstand at den kunne fortolkes som en

choktilstand. Jeg gjorde en tilføjelse desangående i journalen og skrev, at jeg havde en mistanke om at hun havde *Shehans syndrom*. Dette er hypofyseinsufficiens, netop opstået som følge af ckok i tilslutning til fødsel.

Der var en anden patient som jeg på samme måde på min aftenvandring stødte på. Hun klagede over smerter i nakken og var bange for at hun ikke ville kunne sove af denne grund. På hendes kurve stod der også *facetsyndrom*. Der var en stærk distinkt ømhed af en af de midterste halshvirvler, hvilket rimede godt med diagnosen. Hun var om formiddagen blevet manipuleret af halscolumna, den tekniske betegnelse for håndgrebet var *nakkevid*. Det havde ikke hjulpet på hendes smerter. Dog heller ikke gjort dem værre, heldigvis. Da jeg i journalen så, at der var en forhøjet sænkingsreaktion, gjorde jeg et notat om, at man måtte overveje *myelomatose*, og frarådede at man foretog sig yderligere behandling før end man havde set resultatet af et røntgenbillede og en stemalpunktur. Et par dage senere fik vi patienten overflyttet for myelomatose.

Altid har jeg indskærpet mine læger og studenter at det er vigtigt at have al sin opmærksomhed henvendt på mulige sygdomstegn ved det første møde med en patient. Det er lægens vigtigste opgave at stille en diagnose. Kun herved vil man være i stand til at hjælpe patienten. Som regel har jeg når jeg ved et semesters begyndelse fik et nyt hold studenter til klinik sørget for at den første patient var én som havde iøjnefaldende sygdomstegn, fx. ikterus, cyanose, dyspnø, exoftalmus el. struma. Ved klinikken sad deltagerne i stolerækker ordnet hesteskoformet omkring sengens sider og fodenden, således at patienten var i midten og kunne iagttages af alle. Ved den første kliniks begyndelse brugte jeg de første ca. 5 minutter til at fortælle lidt om hvorledes det hele skulle gå for sig, hvornår og hvor den student som skulle undersøge patienten skulle komme. Derefter bad jeg en af studenterne om at rejse sig, vende ryggen til patienten og fortælle hvilke iagttagelser han havde gjort. Sommetider kunne studenten fortælle at patienten var cyanotisk, havde akromegale træk eller hvad der nu måtte være at se. I mange tilfælde viste det sig at studenten ikke havde iagttaget noget. Jeg indskærpede dem derefter at de i hvert fald efter denne time skulle føle sig som læger, og det hver dag og hele døgnet, og ikke kun i konsultationstiden. For at skærpe deres kliniske iagttagelsesevne måtte de iagttage deres medmennesker, hvor de end befandt sig. I bussen, i køen ud for biografen måtte de se for at stille diagnoser. En læge er ikke nogen ordentlig læge, hvis han ikke opdager at en kvinde i 8. måned er gravid.

Meningen med at søge at danne sig et indtryk af en diagnose ved første øjekast er at man tidligt skal have et udgangspunkt for at iværksætte de rigtige undersøgelser. Herved kan man hurtigere komme frem til den rigtige diagnose uden at spille patientens tid og samfundets resurser med overflødige undersøgelser.

Det er også vigtigt at gøre sig klart, at en lyndiagnose har det omtalte formål, nemlig at danne udgangspunktet for en grundig og tilbundsående undersøgelse så man er sikker på den rigtige diagnose. Yderligere kan metoden bidrage til at man får skærpet sin kliniske iagttagelsesevne. Man må altså ikke lade sig nøje med det første indtryk. Dette vil blot resultere i dårlige og overfladiske læger, som måske er tilfredse med diagnosen facetsyndrom uden at afsløre den egentlige årsag. Hvis man står over for en patient med anæmi, kan man hvis patienten er sort få idéen at undersøge for seglceller og hæmoglobin S, eller hvis patienten har orientalske træk foretage undersøgelse for det DNA som er karakteristisk for thalassæmi. Derimod vil det være uoverkommeligt ved enhver sygdom at begynde med molekylærbiologiske undersøgelser.

Patienten skal undersøges uden tøj

Gamle klinikere fra den tid hvor man ikke havde så mange parakliniske undersøgelsesmetoder, fx røntgen, scanning og laboratorieundersøgelser, som nu, var afhængige af en minutiøs klinisk undersøgelse. Når man læser journaler og klinisk litteratur fra første halvdel af dette århundrede bliver man imponeret over den omhu der er lagt i beskrivelsen af den kliniske undersøgelse, og over hvor langt den har kunnet føre i diagnostisk henseende. Jeg har haft den lykke at have gennemlevet en tid hvor jeg er blevet uddannet af lærere, *Aage Th. B. Jacobsen*, *Gregers Nørby* og *Cai Holten*, som har haft deres rod i den periode hvor man stadigvæk var stærkt afhængig af den omhyggelige kliniske undersøgelse, og som utrætteligt docerede at man trods fremkomsten af nye metoder ikke måtte slække på den omhu hvormed man undersøgte patienten.

Synspunktet var dette, at selv om man med andre metoder end den kliniske undersøgelse kunne opnå en sikrere diagnose, så kunne den kliniske undersøgelse give formodning om en diagnose her og nu, mens en mere avanceret undersøgelse, det være sig røntgen, scanning el. en laboratorieundersøgelse, kunne bekræfte diagnosen et par dage senere.

Foruden at situationen kunne være således at det var nødvendigt at man handlede omgående, så er repertoire af de teknologisk højt avancerede parakliniske undersøgelser blevet så stort at det kræver en velbegrundet indikation at henvise til en sådan undersøgelse. I dag hvor der kan være flere ugers ventetid på visse former for scanning, fx MG scanning, er det vigtigt både for patienten og for den undersøgende institution at have en god indikation for henvisningen, dels fordi undersøgelserne som er centraliseret de ganske få steder, hvor man har apparaterne og dels fordi der kræves medvirken af højt uddannet teknisk personale. Derfor er det stadigvæk ikke blevet umoderne at gøre sig umage med den kliniske undersøgelse.

Opfordring til at stille en lyndiagnose må ikke opfattes som tilskyndelse til overfladiskhed. Det kan ikke tilstrækkeligt understreges at man ved undersøgelsen af sin patient må udvise en meget stor grundighed. Det er også værd at fremhæve at bestræbelser på hurtigt at nå frem til den endelige diagnose styrker intentionen om grundighed fremfor at svække den. Når man straks ved den første iagttagelse af patienten søger at skærpe alle sine sanser for at danne sig en forestilling om diagnosen, skulle dette gerne medføre, at man herefter går grundigt til værks ved den videre undersøgelse, både ved sin udspørgen og ved den objektive undersøgelse. I forbindelse med denne vil jeg fremhæve det ganske elementære for at foretage en grundig undersøgelse nemlig, at det er vigtigt at *tage tøjet af patienten*. Nørby sagde altid: "Den dygtige læge tager tøjet af patienten ved undersøgelsen". Desuden havde han et slogan som lød: "Ondt i halsen. Se på maven". Det havde naturligvis sin oprindelse fra den tid da scarlatina var en almindelig sygdom.

Jeg kan nævne en episode jeg har været ude for. Det var på den tid da amtssygehusets intensive afdeling lige var indrettet i en nybygget afdeling, hvor der var så relativ god plads at afdelingen også blev brugt som modtageafdeling for alle patienter som blev indlagt akut efter kl. 16. Der var en aften indlagt et barn med feber og ondt i halsen. Jeg skulle gennemgå barnet næste formiddag ved stuegang. Jeg indledte med at inspicere barnet og se hende i halsen, og konstaterede at der var hævede tonsiller og diffus rødme og ødem af svælgslimhinden. Sygeplejersken som medvirkede ved undersøgelsen mente at jeg nu var nået så vidt at jeg ville stetoskopere hjerte og lunger. Hun begyndte derfor at trække barnets skjorte lidt op så jeg kunne få plads til stetoskopet. Jeg må her indskyde at jeg kun var på en slags gæsteoptræden på intensivafdeling for at vurdere om barnet skulle overflyttes til vores børneafdeling, og den pågældende sygeplejerske ikke vant til at gå med mig på stuegang. Jeg sagde, at jeg fandt at det hørte med til en undersøgelse, at man tog skjorten helt af patienten, og særligt i et tilfælde som dette med et barn med halsbetændelse, fordi det kunne dreje sig om scarlatina. Forsynet var så pædagogisk at vi, da barnet lå med nøgen overkrop, kunne iagttage et begyndende scarlatina exanthem på skuldre og øverste del af bryst og ryg.

Det med at tage skjorten helt af patienten, var noget som jeg ofte måtte kæmpe lidt for at få sygeplejerskerne til at acceptere, således som i det her nævnte eksempel. Hvis man i mange tilfælde havde kunnet henvise til at det ikke gav yderligere oplysninger at tage tøjet helt af patienten, ville man ved undladelse af denne procedure i følge sagens natur have været afskåret fra at konstatere hvornår man overså vigtige fund. Der kunne både fra lægers og sygeplejerskers side være forskellige motiver til at undlade en for voldsom afdækning, fx. at tage skjorten helt af patienten fremfor at løftede lidt op hist og her fx for at give plads til stetoskopet. Dels kunne man have fornemmelse af at imødekomme patientens blufærdighedsfølelse. Især for de kvindelige patienter kunne det måske være lidt ubehageligt at sidde med

nøgen overkrop på en stor stue, og måske især hvis der i stuegangen deltog flere mandlige studenter. Dog tror jeg at opmærksomheden henledes mere på blufærdigheden ved at løfte lidt op og skynde sig at dække til end når afdækningen betragtes som et naturligt led i den kliniske undersøgelse. Jeg tror dog at det oftest er af mageligheds hensyn at prøve at slippe lidt let om ved afklædningen. Og dette gælder både de sygeplejersker som lægger op hertil og de læger som godtager fremgangsmåden. Når yngre læger ikke magtede at tage kampen op mod sygeplejerskerne i denne henseende, kunne de let få det indtryk at det var en skør idé hos mig at kræve det, når andre læger kunne klare sig uden. Og der var vitterligt læger og det ikke blot de yngste som syntes at der ikke var grund til at spille for megen tid på denne afklædningsprocedure. Jeg har gjort mig umage for at indskærpe sygeplejerskerne at de ved gennemgang af en patient måtte være hurtige til at tage tøjet af patienten, for på den måde at stimulere lægen til at foretage en grundig undersøgelse. Jeg selv har da på denne måde et par gange diagnosticeret en herpes zooster selv om der havde været et par læger før mig. Yderligere synes jeg det er forargeligt at patienten kan få overset en cancer mammæ af flere læger, selv om hun er til undersøgelse for andre ting. Det hører man fra tid til anden. Jeg har gjort mig umage for at undgå en sådan fejl. Jeg håber at det er lykkedes. Udgangspunktet for denne tankerække var lyndiagnoser. Jeg vil igen benægte at denne arbejdsform fører til overfladiskhed, men at den tværtimod fremmer iveren til at undersøge grundigt for at nå frem til den rigtige diagnose, og så at det stimulerer til at finde ud af alt hvad patienten fejler, også selv om det er en sygdom ved siden af det aktuelle.

Absolutte værdier for hæmoglobin og erythrocyter

Siden sidste halvdel af 1800-årene er en persons hæmoglobinværdi opgivet som *procent af det normale*. Derfor blev hæmoglobinkoncentrationen i mange år kaldt for "blodprocenten". Den normale "blodprocent" for mænd var logisk nok 100 %. En kvindes "blodprocent" skulle normalt være 80% af det normale. Set fra et mandschauvinistisk synspunkt var der vel næppe noget selvmodsigende i denne formulering. Den værdi som på skalaen af hæmoglobinometrene angav 100% repræsenterede en hæmoglobinkoncentration på 15 g hæmoglobin per 100 ml. Kvinders normalværdi på 80% betød 11,6 gram per 100 ml. Man kunne ligeså godt have ladet tallene for hæmoglobin i gram per 100 ml figurere på skalaerne Men det var nu så let at overse at et tal i nærheden af 100% betød at patienten ikke havde anæmi. Det viste sig da også at da man begyndte at indføre de absolutte værdier for hæmoglobinkoncentrationen var der en ret betydelig modstand imod at man skulle belemre sin hukommelse så mange og svære tal. På samme måde var det gjort let for lægerne at man havde angivelser for erythrocytstørrelsen som var bekvemme for hukommelsen. Man opererede med indices, og det skulle blot huskes at et indeks på 1 repræsenterede en normal værdi, og at et indeks over eller under 1 var patologisk. Det var i lang tid ikke

indlysende at individuelle forskelle kunne forekomme, således som tilfældet er med legemshøjden, som man ikke kunne finde på at angive i procent af det normale. I 1930'erne udarbejdede Wintrobe en metode til bestemmelse af erythrocytstørrelsen i absolutte værdier. Ud fra antallet af erythrocyter og hæmatokritværdien kunne størrelsen angives i kubikmy fremfor med et farveindex. Til dette formål fik han fremstillet nogle hæmatokritrør som var små reagensglas med centimeterinddeling. Disse hæmatokritrør, som kom til at hedde *Wintrobe tubes*, var betydeligt mere praktiske end de hæmatokritrør som man hidtil havde brugt. Samtidig følte han sig tilskyndet til også at angive hæmoglobinværdien i absolutte værdier fremfor i procent af det normale. Resultatet blev at Wintrobe indførte inddeling af anæmier i normo- makro- og mikrocytær anæmi afhængigt af om erythrocytstørrelsen, MCV el. middelcelle-volumen, var lig med, større eller mindre end 96 kubikmy. Desuden kunne anæmierne inddeles i normo-, hyper- eller hypokrome afhængigt af om middelcelle - hæmoglobin - koncentrationen, MCHC var lig med, større eller mindre end 36 g%.

Dette inddelingsgrundlag stod at læse i hans lærebog i hæmatologi og blev i løbet af 1940'erne indført overalt i USA. I Europa fortsatte man dog længe med den gamle inddeling. Jeg havde læst om Wintrobes grundlag for inddeling af anæmier i hans lærebog og havde intention om at anvende den allerede i begyndelsen af 1950'erne. I hvert fald begyndte jeg i 1953 efter min tiltrædelse som 1. reservelæge ved Aarhus Amtssygehus at spekulere på indførelsen heraf. Det var dog ikke uden vanskeligheder at hæmoglobinværdierne blev opgivet som gramprocent. Dels krævedes en ændring af skalaen på afdelingens hæmoglobinometer, og dels en lydhørhed hos afdelingscheferne mhp. at operere med andre hæmoglobinværdier end de var vant til. Dette var der nogen modstand mod. Det ville også være mest praktisk at gennemføre det hele på én gang, altså indførelse af absolutte værdier for hæmoglobin, størrelse og hæmoglobinindhold i erythrocyter. Da de hæmatokritrør man dengang arbejdede med langt fra var så praktiske som jeg mente at Wintrobe tubes var, var jeg afventende og håbede at der ville komme en mulighed for at vi kunne komme i besiddelse af Wintrobe tubes. Lejligheden bød sig under mit USA ophold. Jeg henvendte mig til firmaet *Clay-Adams* i New York som forhandlede *medical equipment*. Her købte jeg en del Wintrobe tubes som jeg medbragte til Århus. Straks efter hjemkomsten fra USA gik jeg sommeren 1954 i gang med at indføre klassificering af hæmoglobin- og erythrocytværdier samt inddeling af anæmier efter Wintrobes system. Samtidig skaffede jeg et normalmateriale efter dette system. Ethvert laboratorium har pligt til at have et normalmateriale for de metoder laboratoriet anvender. Vor afdeling blev således den første i Danmark, og så vidt jeg er orienteret den første i Europa, som anvendte dette nye inddelingsgrundlag, som senere overalt i verden skulle afløse den gamle inddeling. Jeg skrev en leder i *Nordisk Medicin* om dette inddelingsprincip i 1955. For at hjælpe synspunkter med angivelse af hæmoglobinbestemmelse i absolutte værdi på vej fik jeg i begyndelsen af 1960'erne medicinalfabrikken

DUMEX til at fremstille en lineal hvor der foruden et centimetermål var et mål til aflæsning af hvorledes de gamle hæmoglobinprocenter ækvivalerede med de nye angivelser som var hæmoglobin i gram % og den senere af laboratorielægerne anførte værdi for hæmoglobin i millimol per liter. I 1960'erne da der var blevet oprettet centrallaboratorier på de fleste af landets sygehuse, og da der var kommet mange laboratorieoverlæger i Danmark blev opgivelsen af hæmoglobin og erythrocyter i absolutte værdier almindelig. Det var en for en laboratorielæge logisk angivelsesmåde, og jeg tror ikke at den blev indført hurtigere fordi jeg havde agiteret herfor i 1950'erne. Dog er det meget morsomt at have været den første.

Undersøgelse af et udstrygningspræparat

Morfologisk diagnostik

Da der i den første halvdel af 1800-årene blev fremstillet praktisk anvendelige mikroskoper opstod specialet histologi. Det kan ikke undre at dette fag fik betydning for udviklingen af hæmatologi ligesom det fik for andre kliniske specialer. Imidlertid skulle det yderligere vise sig at netop for den kliniske hæmatologi kom mikroskopi til at indtage en ganske særlig plads i lægens daglige arbejde med patienten. *Paul Ehrlichs* indførelse i 1891 af metoder til farvning af et udstrygningspræparat resulterede i at fremstillingen af et sådant præparat kunne foregå hvorsomhelst blot man havde de nødvendige farvevæsker ved hånden, og krævede derfor ikke rådighed over et histologisk laboratorium. Det var således muligt at foretage en vurdering af blodpræparatet i direkte tilslutning til den kliniske undersøgelse. Man har sagt at *Ehrlich førte laboratoriet til sygesengen*.

Det var denne indførelse af hæmatologiske farvemethoder som gjorde det muligt ved hjælp af indgående cytopatologiske studier af udstrygningspræparat af blod og knoglemarv på et morfologisk grundlag at foretage en systematisk inddeling af blodsygdomme med hensyntagen til hvilket cellesystem der var involveret i sygdomsprocessen, og til hvilket stadium i udviklingen den patologiske celle var nået. I de første mange år i denne periode, som blev kaldt *den morfologiske æra*, resulterede den nye viden i en inddeling på en streng morfologisk basis. Med større eller mindre konsekvens opstillede forskellige undersøgere morfologiske kriterier for cellernes art. Svagheden var imidlertid at det var vanskeligt at bevise om et synspunkt var rigtigt og herved at få bekræftet at den oprindelige cellulære diagnose havde været korrekt. Blandt mange som deltog i den første udforskning af blodsygdomme kan bl. a. nævnes: *Otto Naegeli* (1871- 1938) fra Schweiz, *Arthur Pappenheim* (1870* 1916) fra Tyskland, *Adolfo Fer rata* (1880-1946) fra Italien, *Florence Sabin* (1871-1953) og *Hal Downey* (1877- 1959) fra USA. Efterhånden lærte man at cellemes morfologi ikke blot er et udtryk for hvilket cellesystem, erythro- leuko- el.

trombopoiesen, som er involveret i sygdomsprocessen, men også afspejler den patofysiologiske tilstand. Således blev det klart at forekomsten af røde blodlegemer som var polykromatiske og store var udtryk for en øget aktivitet af erythropoiesen, og at man ved supplerende undersøgelse måtte søge at afgøre om den øgede aktivitet var et svar på blødning, hæmolyse eller på behandling. Man lærte at vurderingen af cellens type og modenhedsgrad havde betydning for hvorledes den pågældende sygdom skulle behandles og ville forløbe. De klinikere som beskæftigede sig med den morfologiske diagnostik havde ved at følge patienterne mulighed for at iagttage hvorledes sygdommen udviklede sig og herved at få bekræftelse på om den oprindelige cellulære diagnose havde været rigtig. Det viste sig da også at det var klinikere frem for teoretikere som opstillede de mest holdbare kriterier, fx for stamcellers lymfoide eller myeloide tilhørsforhold. Senere er der kommet cytokemiske og immunologiske metoder som måske giver mere endelige svar på en celledans art, og som derved beviser rigtigheden af den oprindelige morfologiske diagnose. Den første morfologiske vurdering som foretages i sygdomsforløbet angiver dog hvilke af de mange videregående metoder man skal vælge. Derfor gælder det stadigvæk at *den hæmatologiske undersøgelse begynder med en morfologisk vurdering af udstrykningspræparatet.*

Den sædvanlige kliniske undersøgelse af en hæmatologisk patient, optagelse af sygehistorie og iagttagelse af objektive sygdomstegn, er således først afsluttet når den ansvarlige kliniker har mikroskoperet et udstrykningspræparat af blod. Fordelen ved et udstrykningspræparat er ikke alene at det er let tilgængeligt og hurtigt kan være til rådighed således at klinikeren kan sætte det i sit mikroskop og studere det mindre end en time efter at have undersøgt patienten, men det giver også andre oplysninger end et histologisk præparat. Mens man i et histologisk præparat væsentligst får præsenteret vævets opbygning hvilket også har diagnostisk betydning, er udstrykningspræparatet en undersøgelse hvor cellerne er placeret i et enkelt plan. Herved har man bedre mulighed for at bedømme cellens art og konstatere enkeltheder som kan give oplysning om funktionen, og om evt. malign karakter. Det er derfor vigtigt for den kliniske hæmatolog at beherske den morfologiske diagnostik. Desuden er det vigtigt for faget hæmatologi at dets udøvere behersker teknikken. Man kan ikke behandle hæmatologiske patienter hvis man ved bedømmelsen af præparater er afhængig af den vurdering som en udenforstående person, det være en nok så dygtig laborant, laboratorielæge eller patolog, kan give. Lige såvel som en psykiater selv må tale med sin patient, må en hæmatolog se på blodpræparatet.

Jeg har altid hævdet at man ikke kan drive hæmatologi per korrespondance, altså ved at læse andres beskrivelse af præparatet. Ikke alene for at kunne stille diagnosen må klinikere beherske den morfologiske undersøgelse. Da en behandlings forløb og specielt reaktionen på kemoterapi må vurderes ved at følge ændringen i blodpræparaternes cellulære sammensætning, er det også af denne grund af stor betydning at

det er en morfologisk kyndig hæmatolog som følger patienten hele vejen igennem.

Det var karakteristisk for de klinikere som her i landet indførte hæmatologien at de var så meget eksperter i morfologisk hæmatologi at de personligt var i stand til at bedømme blodpræparaterne. Dette har også været tilfældet for dem som senere har udviklet specialet til det grenspeciale det er i dag. Selv om der i tidens løb er kommet mange andre aspekter til ved siden af de morfologiske, synes et sikkert kendskab til den hæmatologiske morfologi at være en nødvendighed for at en kliniker kan dyrke faget med kompetence. Blodudstrygningspræparatet er klinikerens vindue til den enkelte patients hæmatologiske problem. De første som her i landet dyrkede hæmatologi i et sådant omfang at man vil kalde dem kliniske hæmatologer var *H. C. Gram* og *Einer Meulengracht*. De udgav i fællesskab i 1924 en lærebog i hæmatologisk teknik, som var til stor nytte for hospitalsafdelingens hæmatologiske arbejde, både hvad angår blodtællinger og bedømmelse af udstrygningspræparat. Denne vejledning kom i en ny udgave i 1950 bearbejdet af *Bichel og Videbæk*. H.C. Gram har jeg ikke selv været i kontakt med. Af hans lærebog i blodsygdomme fremgår det at han lagde så megen vægt på morfologien at det ville være utænkeligt om han ikke havde behersket denne. Meulengracht havde haft et års uddannelse i 1915-16 som assistent på Bispebjerg hospitals patologiske institut hos professor Ellermann, som sammen med O. Bang i 1908 havde påvist virusætiologi ved fugleleukæmi. Meulengracht var derfor tidligt blevet fortrolig med at anvende et mikroskop som et diagnostisk redskab. Fra kolleger som har været ansat på Meulengrachts afdeling ved jeg at han dels personligt involverede sig i den morfologiske diagnostik, og dels at han sørgede for at de af afdelingens læger som blev sat til at foretage denne undersøgelse blev oplært til at være eksperter heri, og at han selv ofte kontrollerede dem.

Morfologisk hæmatologisk diagnostik i min uddannelsestid

Den her givne redegørelse har bl. a. til formål at belyse hvorledes hæmatologi i min tid har udviklet sig til et klinisk grenspeciale, og hvorledes jeg på Århus amtssygehus fik lejlighed til at grundlægge en hæmatologisk afdeling. Af hensyn til det historiske perspektiv vil jeg give en kort oversigt over hvorledes klinisk hæmatologisk arbejde i den nævnte periode er blevet administreret på landets hospitaler.

Før der i 1950-60'erne blev oprettet klinisk-kemiske afdelinger ledet af laboratorielæger havde enhver klinisk afdeling et laboratorium med et par laboranter. De laboratorieundersøgelser som havde relation til hæmatologi, fx mikroskopi af udstrygningspræparat og tælling af blodlegemer, blev derfor foretaget af afdelingen selv. Kandidaterne deltog i visse former for laboratoriearbejde, som overlægen teoretisk havde ansvaret for. De fleste steder var det dog kun meget lidt at denne bekymrede sig om laboratoriearbejdet. Under min uddannelse studsede jeg over at de fleste medicinske overlæger, hvad angår hæmatologisk

diagnostik, lod sig nøje med en differentialtælling foretaget af en laborant eller den sidst ankomne kandidat. Den morfologiske diagnostik kom oftest til at afhænge af om tallene ved differentialtælling afveg meget fra det normale, og det var laboranternes eller kandidaternes opgave at afgøre dette. En finere morfologisk diagnostik kunne almindeligvis ikke udføres, men var med de sparsomme muligheder for behandlinger man da rådede over heller ikke så påkrævet. Fandtes en makrocytær anæmi blev der givet leverpræparat. Hvis denne behandling resulterede i en retikulocytstigning og senere normalisering af hæmoglobin og erythrocyttal, havde man diagnosen pernicios anæmi, hvilket var den blodsygdom man bedst kunne behandle. Diagnosen jemmangel blev stillet hvis der var mikrocytær, hypokrom anæmi. Undertiden blev der givet jern blot ved fundet af en lav hæmoglobinkoncentration. Havde man mistanke om en malign blodsygdom, hvad man ofte havde hvis det ikke var en pernicios anæmi, blev patienten henvist til en Radiumstation.

Fra midten af 40'erne var man begyndt at foretage knoglemarvsaspiration og at sende præparatet til en knoglemarvsekspert. Her i landet var det væsentligst til *Jørgen Bichel* og *Harald Gormsen* afdelingerne sendte præparater, når man ville have en nøjere hæmatologisk vurdering. Bichel sad på Radiumstationen i Århus og passede de hæmatologiske patienter, og havde således stor erfaring både i hæmatologisk morfologi og i blodsygdommes klinik. Gormsen havde under ansættelser i Århus, dels på Radiumstationen og dels på patologisk institut, skrevet disputats om plasmacellers forekomst i knoglemarv ved forskellige sygdomme. Disputatsen var en hel lærebog i knoglemarvmorfologi. Det blev reglen at man foruden et fikseret koagel til vævsnit, også sendte udstrygningspræparat af knoglemarv og samtidig hermed også af blod. Afdelingerne fik således mulighed for at få en morfologisk hæmatologisk vurdering som de ikke selv kunne præstere. Denne fremgangsmåde var praktisk på det tidspunkt da spektret af hæmatologisk sygdomme blev udvidet, og mens man endnu manglede klinisk ekspertise i hæmatologisk diagnostik. Der er ingen tvivl om at *Jørgen Bichel* og *Harald Gormsen* ved de beskrivelser de leverede til landets hospitaler havde stor betydning for hos landets læger at øge kendskabet til de aspekter i hæmatologien som da var ved at bryde frem.

Da der efter 50'erne blev oprettet specielle laboratorieafdelinger ved sygehusene følte laboratorielægerne at de burde være i stand til at bistå klinikerne med bedømmelse af blodpræparater. Først efter 1960 er der for alvor kommet gang i oprettelse af institutter for patologisk anatomi ved sygehusene i provinsen. Før den tid var der kun sådanne institutter i København, Odense og Århus. Disse institutter kunne bistå de kliniske afdelinger med hæmatologisk morfologisk diagnostik. Der var dog ingen steder mandskab som kunne overtage den daglige rutine med undersøgelse af udstrygningspræparater. Det var først da hæmatologi begyndte at udkrystalisere sig til et klinisk grenspejale at patologerne

specialisere sig i hæmatologi, de steder hvor der var klinisk hæmatologiske afdelinger.

Min egen uddannelse i hæmatologisk morfologi

Jeg har erfaret at det er gået andre som det er gået mig, nemlig at oplevelse af skønheden af de farvestrålende celler i det hæmatologiske præparat har været en medvirkende årsag til den tiltrækning faget hæmatologi har udøvet. Mikroskopi blev jeg allerede fascineret af under 1. dels studiet. Histologi var det af fagene som tiltrak mig mest. *Harald Okkels* som underviste i histologi og som vi havde kontakt med på det mikroskopiske kursus havde en interesse for den mikroskopiske anatomi som jeg følte mig smittet af. Okkels brugte engang dette billede, at det at undersøge et mikroskopisk præparat var som at kigge ind i skaberens forgård. Dette har jeg siden syntes var en betagende sammenligning. At blive hæmatolog var for mig en ideel måde at sammenkæde interessen for både klinisk arbejde og mikroskopi. På et tidligt tidspunkt i min faglige udvikling sørgede jeg for at få kendskab til morfologisk hæmatologi. De to personer som jeg umiddelbart betragter som mine lærer i hæmatologi er *Jørgen Bichel* og *Maxwell Wintrobe*. Som jeg tidligere har omtalt henvendte jeg mig til Bichel fordi jeg gerne ville skrive disputats om et hæmatologisk emne.

I den tid jeg arbejdede på Radiumstationens forskningslaboratorium havde jeg næsten daglig kontakt med Bichel, hvorved jeg fik mulighed for erhverve kendskab til morfologisk hæmatologi. Selv om mit disputatsarbejde bestod i at jeg mikroskoperede kromosomer i hønsefibroblaster, udnyttede jeg dog lejligheden til at lære af det righoldige materiale af blod- og knoglemarvspræparater som Radiumstationen rådede over. Bichel fremhævede at den eneste måde at lære hæmatologisk morfologi på er at se tilstrækkeligt mange patologiske præparater, og han fortalte at det han selv havde fået mest ud af var at sidde alene og ganske roligt at se på cellerne og ved siden af sig at have et godt hæmatologisk atlas. Da selvstudium altid har været mere berigende for mig end at gå på kursus, var denne tilskyndelse meget stimulerende. Bichel var dog altid beredvillig til at vejlede mig når jeg under mit selvstudium var stødt ind i konkrete problemer. Dette medførte at jeg allerede i mine kandidatstillinger på de afdelinger hvor jeg var ansat blev betragtet som lidt af en hæmatologisk ekspert. Det skulle vise sig at det var de få der selv undersøgte præparaterne som senere kom til at skabe specialet klinisk hæmatologi.

En af de tekster jeg konsulterede i mine stunder hvor jeg studerede morfologisk hæmatologi var *Clinical Hematology* af *Maxwell M. Wintrobe*. I 1948 havde vi på Radiumstationen i Århus besøg af Wintrobe. Det var inspirerende for mig at møde denne kapacitet hvis bog jeg havde studeret så nøje. Da Bichel ville vise hvad der foregik af undersøgelser på hans laboratorium, blev bl. a. jeg sat til at fortælle om mine

undersøgelser med cytostatica på celledelingen i vævskulturer. Wintrobe udviste stor interesse for denne måde at undersøge antileukæmiske stoffers virkningsmekanisme på, og spåede at disse stoffer ville få stor betydning i fremtiden. Samtidig holdt Wintrobe en forelæsning om undersøgelse af hæmatologiske patienter. Han klargjorde hvilke oplysninger man kunne få ved den morfologiske undersøgelse af blodpræparater og han fremhævede det værdifulde ved at klinikerer selv foretager denne undersøgelse. Han sagde at det er vigtigt at den samme som føler på milten også ser på blodpræparatet, fordi denne undersøger vil være opmærksom på betydningen af små afvigelser fra det normale. At jeg på et tidligt stadium meget indgående studerede Wintrobes lærebog gør at jeg føler ham som en af mine lærere i hæmatologi. Denne følelse forstærkes af at jeg i 1954 opholdt mig i 3 måneder på Wintrobes afdeling i Salt Lake City og herved fik lejlighed til dagligt at iagttage den måde hvorpå han praktiserede klinisk hæmatologi.

Hæmatologiens placering i mønstret af specialer

Blodets sygdomme omtales i lærebøger over intern medicin. Dette skete allerede i Oslers *Principles and Practice of Medicine*, hvis 1. udgave udkom i 1880. Fra et tidligt tidspunkt har det således følt naturligt at lade blodets sygdomme høre under intern medicin. Helt så ukompliceret vedblev dette dog ikke at været. Placeringen af det lille speciale, *hæmatologi*, under det store speciale *intern medicin* var i begyndelsen begunstiget af at der ikke var så mange store kliniske specialer at vælge imellem. Desuden af at man ingen behandling havde over for blodsygdomme ud over pleje og omsorg, hvad englænderne kalder TLC, *tender loving care*.

Den første behandling man havde mod anæmi var *jern*, som i form af ferrocyanat eller *Blauds* piller blev indført før århundredskiftet. Jernbehandling kom dog i miskredit fordi den ikke virkede så hyppigt som man havde håbet. Dette skyldtes dels at behandlingen blev givet i mange tilfælde hvor anæmien ikke skyldtes jernmangel, og dels at man var tilbøjelig til at give for små doser. Det var *Meulengracht* som med sin praktiske sans og kliniske flair genoplivede jernbehandlingen ved at vise at der skulle gives betydeligt større doser end man hidtil havde anvendt.

Indførelsen af *leverbehandling* mod pernicios anæmi i 1926 var en anden begivenhed som slog fast at hæmatologi hørte til intern medicin. Det var kort efter 1930 at man begyndte at fremstille leverekstrakter til injektion. På det tidspunkt var der på mange hospitaler her i landet sket en deling i medicinske og kirurgiske afdelinger. For de medicinalfabrikker som fremstillede leverekstrakt var det en nødvendighed at måle præparatets styrke, dvs. indhold af *anti-anæmia perniciosa faktor*, således at det kun var

standardiserede præparater som blev sendt på markedet. Derfor etablerede de pågældende medicinalfabriker aftale med medicinske afdelinger som på nydiagnosticerede og ubehandlede patienter med pernicios anæmi målte stigningen i retikulocytter og erythrocyter under behandlingen for at fastslå det anvendte præparats styrke inden det blev sendt i handlen. Samarbejdet mellem medicinalindustrien og afdelingerne var absolut nødvendig for at man kunne sikre patienter med pernicios anæmi en forsvarlig behandling. På samme tid iværksatte E. Meulengracht som var intern mediciner en klinisk forskning for at finde andre veje end injektionsterapi til behandling af pernicios anæmi. Alt dette medvirkede til at interessere intern medicinere i blodsygdomme.

I USA havde hæmatologi almindeligvis være knyttet til den interne medicin. Det var dér blevet almindeligt at der til medicinske afdelinger blev knyttet *technicians*. Den hæmatologisk kyndige mediciner oplærte sine *technicians* og satte dem i stand til at vurdere blodpræparateme med samme ekspertise som han selv havde, samtidig med at han også selv bevarede denne funktion. Da jeg i 1954 besøgte forskellige hæmatologiske[^] afdelinger i USA bemærkede jeg med hvor stor kyndighed hæmatologiske præparater blev bedømt af afdelingens personale, ikke alene af afdelingens chefer som var *hematologists*, men også af de øvrige læger og af *technicians*. Jeg bemærkede også med hvilken selvfølge man registrerede de morfologiske manifestationer.

I Danmark havde jeg oplevet at mange demonstrerede en lidt skeptisk holdning til en morfologisk vurdering, og nærmest gav udtryk for at det at lægge vægt på morfologien blev opfattet som en germanistisk perfektionisme, som var forældet, og i hvert fald ikke helt realistisk. Denne holdning var formentlig en kombination af to faktorer, 1) reaktion på at der i begyndelsen af *den morfologiske æra* hos nogle, specielt tyske, forskere var foretaget en vis grad af overfortolkning af morfologiske manifestationer som forklaring på sammenhænge i sygdommenes systematik, 2) manglende forsøg hos mange læger til selv at sætte sig ind de basale morfologiske manifestationer. Det var velgørende i USA at opleve at det opfattedes som en selvfølge at registrere morfologiske forandringer, fx. tilstedeværelsen af hypokrokome mikrocyter eller leukocytter med umoden kromatinstruktur, og herefter at inddrage disse sammen med alle andre fund i forsøg på at opbygge en diagnose. For at gøre dette krævedes et sikkert kendskab til hvad der er normalt og hvad der er patologisk. Hvis den kliniske hæmatologi skulle drives i tilslutning til den interne medicin var det nødvendigt at medicineren tog blodpræparatet alvorligt. For de medicinere som fortsat skulle behandle blodpatienter var det vigtigt at være fortrolig med alle aspekter af hæmatologien, også morfologien. Det er muligt at det for nogle laboratorielæger og patologer ville være i overensstemmelse med deres professionelle holdning at lægge den nødvendige vægt på de morfologiske ytringer og dygtiggøre sig heri. Imidlertid ville det så være en mangel at de med kendskab til morfologien

ikke fortsat havde ansvaret for patienternes behandling og tilstand.

Omkring 1930 medførte udviklingen at der her i landet, og også i andre lande fx. Norge, opstod en deling af interesserne således at de godartede blodsygdomme forblev i medicinsk regi, mens de maligne blodsygdomme blev varetaget af radioterapeuter på radiumstationerne. Da det i begyndelsen af dette århundrede havde vist sig at røntgenbestråling kunne have en regredierende virkning på nogle former for malign vækst, prøvede man denne behandling også på hæmatologiske neoplasmer. Behandlingen viste sig at have en gavnlig virkning på forstørrede lymfeknuder ved lymfom og kronisk lymfocyt leukæmi, og der kunne fremkaldes hæmatologisk remission ved bestråling af milten hos patienter med kronisk granulocyt leukæmi. Enkelte medicinere fik de stedlige radioterapeuter til at foretage bestråling mens de selv fortsat beholdt patienterne og kontrollerede behandlingens effekt med undersøgelse af ændringerne i blodbilledet.

Omkring 1930 fik en del radiologiske afdelinger egne senge til patienter i radioterapi. Der oprettedes radiumstationer under landsforeningen for kræftens bekæmpelse. Således indviedes i 1935 i Århus en fuldt tidssvarende radiumstation med faciliteter til strålebehandling, sengeafdeling, laboratorieafdeling som både var forsknings- og rutinelaboratorium, ved siden af at der også var en røntgendiagnostisk afdeling. Følgen blev at de fleste afdelinger henviste deres patienter med neoplastiske blodsygdomme til indlæggelse på en radiumstation. De læger som på radiumstationen tog sig af disse patienter fik stor erfaring i morfologisk undersøgelse af maligne blodceller, mens omvendt de fleste medicinere ophørte med at foretage denne form for undersøgelse. Det var kun ganske få medicinske afdelinger som beholdt patienterne og kontrollerede deres blodbillede under behandlingen, som fx H.C.Grams og Meulengrachts afdelinger. Holten forsøgte også at bevare leukæmi på sin afdeling, men det kunne ikke rigtigt lykkes fordi de praktiserende i læger i byen indlagde patienterne direkte på Radiumstationen.

I England var det en overgang laboratorielæger som tog sig af hæmatologien. Det var kommet på den måde at det var laboratorielæger som fik de hæmatologiske præparater til diagnose samtidig med de øvrige blodprøver. Når den hæmatologiske diagnose var stillet fortsatte disse laboratorielæger med at behandle og overvåge patienterne. De følte nemlig at det krævede kendskab til blodmorfologien at lede behandlingen på forsvarlig måde, og at det var laboratorielægerne som var eksperter i at bedømme blodpræparaterne. Da jeg i 1963 var på besøg hos *Dacie* på Hammersmith's hospital i London var man dér som andre steder i verden ved at revurdere specialistforholdene ved hæmatologi. Det var da Dacies synspunkt at en hæmatologisk afdeling burde ledes af både en laboratorielæge og en mediciner. Dette udmøntede han rent praktisk derved at han i det hæmatologiske ambulatorium, som var blevet knyttet til

hans afdeling og hvor patienterne fortsat blev behandlet, havde ansat en medicineren *Galton* som *consultant*.

Det var altså fra begyndelsen af 30'erne at behandlingen af neoplastiske blodsygdomme og hermed ekspertisen i morfologisk hæmatologi her i landet overgik til radiumstationerne. Da det i 1950'erne begyndte at blive muligt at give anti-neoplastisk kemoterapeutisk behandling, var det lægerne på radiumstationerne som var de første til at indføre denne behandling. Det blev dog denne behandlingsmulighed som igen vakte medicinernes interesse for hæmatologiske neoplasmer. Fra 1950'erne var der yderligere nogle intern medicinere som begyndte at opdyrke klinisk hæmatologi. Der var *Aage Videbæk* og mig, der på det tidspunkt som 1. reservelæger henholdsvis på Rigshospitalet og Aarhus Amtssygehus var under uddannelse i intern medicin. Videbæk havde fået sin hæmatologiske interesse hos Engelbreth-Holm hos hvem han som forskningsassistent i 1945 havde skrevet disputats om arvelighed ved leukæmi. I 1948 havde han været ansat som kandidat hos Meulengracht. Jeg havde som nævnt fået min hæmatologiske uddannelse på radiumstationen i Århus hos Bichel som igen var blevet uddannet hos Meulengracht. I 1954 kom også *Michel Schwartz* til kredsen af medicinere med hæmatologisk interesse. Han blev i 1954 1. reservelæge hos Meulengracht på Bispebjerg hospital, og begyndte dér at foretage undersøgelser over kobalaminstofskiftet Disse studier fortsattes da han i 1959 blev overlæge i Glostrup, hvor han på sin afdeling varetog hospitalets kliniske hæmatologi, både den benigne og den maligne hæmatologi. De steder hvor der opstod medicinske hæmatologiske afdelinger kom det af sig selv at de udøvende læger lærte den hæmatologisk morfologiske undersøgelse, simpelthen fordi det var nødvendigt at beherske denne undersøgelsesmetode for diagnosens og behandlingens skyld. Det skulle vise sig, efterhånden som udviklingen af den antineoplastiske kemoterapi skred frem, at det havde stor betydning med en nøjagtig cytologisk diagnose for valg af præparater. Det viste sig også, at pga. de kemoterapeutiske stoffers påvirkning af organismen, var det praktisk at behandlingen lå i hænderne hos læger som var uddannede i intern medicinske sygdomme. Dette hænger sammen med at den antileukæmiske kemoterapeutiske behandling foruden at påvirke det hæmapoietiske væv også påvirker funktionen af hjerte, binyrer, elektrolytstofskiftet og ikke mindst resistensen over for infektioner. Det er derfor i særlig grad vigtigt at hæmatologen har erfaring i behandling af infektionssygdomme. Derfor skete der her i landet den forskydning da man i årene 1970-80 arbejdede på at få anerkendt hæmatologi som et særligt speciale, at det igen blev et speciale under den interne medicin. Der blev dog gjort den undtagelse at de to radiumstationer som gennem mange år havde behandlet hæmatologiske sygdomme, og gjort det med stor dygtighed, blev anerkendt som hæmatologiske afdelinger, dog på en sådan måde at ansættelse på disse afdelinger kun talte delvist i uddannelsen.

Af det forannævnte mener jeg at kunne slutte at et afgørende kendskab til hæmatologisk morfologi ikke er en kunst som kun skal dyrkes for denne kunsts egen skyld. Det er en færdighed som det er en forudsætning at have for den som behandler hæmatologiske patienter. Som det er omtalt bevarede medicinerne i USA, som ikke gav hæmatologien fra sig, kendskabet til morfologisk hæmatologi. De danske radioterapeuter som i 1930'erne overtog den kliniske hæmatologi fra medicinerne lærte sig samtidig den morfologiske undersøgelse til fuldkommenhed, ikke fordi det var noget som tilsyneladende traditionelt hørte til, men fordi faget simpelthen ikke kunne drives uden beherskelse af denne undersøgelsesform. Når engelske laboratorielæger en overgang begyndte at behandle hæmatologiske patienter var det fordi de fandt at kendskabet til morfologisk undersøgelse af blod var en nødvendig forudsætning for at behandle blodsygdomme, og at laboratorielægerne på det pågældende tidspunkt og sted var dem som bedst beherskede undersøgelsen. Da den kliniske hæmatologi fra omkring 1950 igen begyndte at vække danske medicinernes interesse pga. af kemoterapi af leukæmi og opdagelse af immunologiske mekanismer ved alle typer af blodsygdomme, erkendte medicinerne at morfologisk undersøgelse var et nødvendigt redskab ved diagnosen såvel som ved kontrollen af patienterne.

På de interne medicinske afdelinger som specialiserede sig i blodsygdomme blev der efterhånden så meget arbejde med hæmatologiske patienter pga. af øgede undersøgelses- og behandlingsmuligheder, at alle læger på disse afdelinger måtte deltage i arbejdet på et højt niveau. Derfor førte ansættelse på en afdeling for klinisk hæmatologi uvilkårligt til kendskab i morfologisk hæmatologi som derfor blev en naturlig frugt af uddannelsen til specialistanerkendelse i dette speciale. Derfor måtte den interne undervisning man gav lægerne på afdelingen sigte efter at lægerne fik lært de færdigheder som var nødvendige for en hæmatolog, heriblandt undervisning i hæmatologisk morfologi.

Som tidligere nævnt lærte jeg af Wintrobe at der er størst chance for en korrekt bedømmelse af et udstrygningspræparat når det er den læge som har ansvaret for patienten der foretager undersøgelsen. For patologer og laboratorielæger som havde fattet interesse for morfologisk hæmatologisk diagnostik kunne det måske godt lyde lidt storsnudet at hævde at den hæmatologiske kliniker var i den bedste position for at foretage en korrekt bedømmelse. Imidlertid må man huske at lægen som har undersøgt patienten vil lettere kunne indse betydningen af en lille variation i erythrocytemes morfologi eller ændring i leukocytemes udseende eller fordeling. Det er mere sandsynligt at man ikke overser en lille variation i nogle erythrocyter som kan identificeres som seglceller, når man selv ved sin undersøgelse havde følt en stor milt og mærket sig at patienten var neger. Det gælder ofte i klinikken at man finder det man leder efter. Jeg ved godt at man undertiden hos laboratoriefolk støder på den opfattelse at et laboratorieresultat bør stå alene, og ikke må være påvirket af at undersøgeren af sine øvrige undersøgelser skulle være *biased*

som det hedder på nudansk. Men således er det ikke. En læge er at sammenligne med en detektiv som skal søge at drage nytte af alle sine iagttagelser. Klinikerer har desuden mulighed for at drage erfaring af en evt. konsekvens af sin diagnostiske vurdering ved iagttagelse af sygdomsforløbet. En patolog i København bliver ikke berørt af at han stiller diagnosen myeloblastleukæmi i stedet for lymfoblastleukæmi på en patient i Vestjylland. Dengang man ingen behandling havde for leukæmi døde patienten lige godt hvilken diagnose der blev stillet. Giver der i dag en kemoterapeutisk behandling rettet mod en anden leukæmiform end det i virkeligheden er, så opdages i det nævnte tilfælde ikke, og patologen kan ukonigeret forsætte med sine selvbestaltede diagnostiske kriterier. Dette syn på diagnostikken kunne gælde før den tid hæmatologien blev udskilt som et grenspeciale, altså før 1982. I dag vil de fleste patienter med en neoplastisk blodsygdom på et tidspunkt i det diagnostiske forløb blive undersøgt på en grenspecialiseret hæmatologisk afdeling.