

VIDENSKAB OG PRAKSIS

KZ-SYNDROMET

HUNGERDYSTROFIENS FOLGETILSTAND 8 ÅR EFTER

Af KNUD HERMANN og PAUL THYGESEN

I 1947 påbegyndtes en helbredsundersøgelse af 1300 overlevende danske fra tyske KZ-lejre samt en analyse af deportationens sociale følgetilstande. I foreløbigt bearbejdet form blev undersøgelsens resultater forelagt i Ugeskrift for Læger i november 1949 (1). Repatrieringens sociale problemer blev udbyggede i Socialt Tidsskrift i september 1950 (3), og i endelig form blev beskrivelsen af sultsygdommen og dens følgetilstande offentliggjort i 1952 (2).

Allerede den foreløbige meddelelse i Ugeskriftet i 1949 godtgjorde, at nervøse symptomer var årsag til større delen af mange tidligere KZ-fangers ofte langvarigt kompromitterede arbejdsformåen. Det blev også påvist, at selve sultrekonvalescensens varighed, de sjælelige komplikationers omfang og vanskelighederne med social gentilpasning ret nøje fulgte de forskellige grader af belastning, som interneringen påførte forskellige fangegrupper. Denne belastning lod sig praktisk måle ved forskellige grader af kostdeficit i forskellige lejre, ved de udviklede hungersymptomers intensitet og varighed og ved frekvensen af komplicerende infektioner. Vægtreduktionens størrelse viste sig anvendelig som indikator for deportationens sum af belastninger, og deportationens vægttab blev det praktiske mål for dens totale »stress«.

Arbejdets forfattere konkluderede, at loven om Erstatning til Besættelsestidens Ofre kun i ringe grad havde kompenseret de reelle skader, som var forårsaget af deportationens nervøse følgetilstande. Praktisk taget samtlige »neurose«-sager var i Direktoratet for Ulykkesforsikringen afgjort med erstatninger, der svarede til mindre end 15 percents invaliditet efter princippet for »traumatiske neuroser«.

I oktober 1950 fik Retslægerådet af Direktoratet for Ulykkesforsikringen forelagt 6 specielt undersøgte tilfælde som paradigma på disse sagers art.

Fra Rigshospitalets neuromedicinske afdeling.
Chef: Professor, dr. med. Mogens Fog.

I sin udtalelse af 1. december 1950 gav Retslægerådet udtryk for den opfattelse, at der i mange af disse tilfælde foreligger en organisk hjerneskadigelse. Som støtte herfor anførtes sygdomsbilledernes ensartethed, den regelmæssige forekomst af vegetative symptomer, samt den forholdsvis ringe andel et rente-neurotisk moment synes at have. Retslægerådet tilføjede, at der foruden et organisk substrat i ætiologien til de her omhandlede lidelser må antages at indgå et rent psykogent moment med baggrund i de svære og usædvanlige sjælelige belastninger, disse patienter har været udsat for under fangelse og deportation. »At de omhandlede lidelser må betragtes som sygdomme i dette ords almindelige medicinske betydning, kan der efter rådets skøn ikke herske tvivl om«.

I december 1950 meddelte Direktoratet for Ulykkesforsikringen Landsudvalget af Besættelsestidens politiske Fanger, at sager af den her omhandlede art ville blive genoptaget til behandling. I Ugeskrift for Læger's leder den 18. januar 1951 fremhævedes betydningen af, at man på grundlag af Retslægerådets responsum som fuldt erstatningsberettigede har anerkendt nervøse lidelser, hvis symptomer ikke altid lader sig objektivt, endelige somatisk registrere, og i hvis ætiologi psykogene faktorer indgår sideordnet med somatogene.

Herværende forsøg på at udbygge dette nye lægelige erfaringsområde må ses i lyset af nævnte tidligere arbejder og på baggrund af problemets skitserede udvikling. Materialet består af de tidligere KZ-fanger, hvis sag blev genoptaget, og som i 1951—53 for Direktoratet for Ulykkesforsikringen er undersøgt personligt af artiklens forfattere. Materialets tilblivelse giver således gennem ca. 5 års forlængelse af observationstiden mulighed for en væsentlig udbygning af tidligere erfaringer. Dets udvælgelse er social i den forstand, at det består af de tidligere KZ-fanger, hvis svigtende helbred endnu 6—8 år efter befrielsen har hæmmet eller hindret den sociale gentilpasnings proces.

MATERIALETS STØRRELSE OG SAMMENSÆTNING

Ved den skildrede udvælgelse er det på nuværende tidspunkt muligt at bearbejde et materiale

på 120 tidligere KZ-fanger, hvoraf 112 blev deporteret på grund af deltagelse i modstandskampen (4 kvinder), 8 af anden årsag, men til samme deportationsvilkår som modstandsfolkene.

25 tidligere deporterede politifolk er undersøgt, men udeladt af materialet på grund af deres langt mindre belastende deportation og relativ ringe vægtreduktion: Inden for de tidligere materialer reduceredes vægten mere end 35 % hos ca. 1/4 af modstandsfolkene og hos ca. 1/10 af politifolkene. Blandt de nu udvalgte andrager de samme vægttabsgrupper henholdsvis ca. 2/3 og 1/5.

Dertil har repatrieringens sociale gentilpassnings vilkår været for forskellige, til at de to grupper kan betragtes under eet. Numerisk er de undersøgte antal for forskellige og for små til komparativ vurdering af grupperne.

Materialets grupperinger efter alder, deportationsvarighed og -sted samt erhvervene (med tilsvarende tal for det tidligere ikke udvalgte materiale på 572 deporterede modstandsfolk sammenlignende anført i sidste paragraf):

Alder på deportationstidspunktet		
17--20 år	5 (4 %)	(7 %)
21--30 -	38 (32 %)	(49 %)
31--45 -	54 (45 %)	(35 %)
46--62 -	23 (19 %)	(9 %)
Gennemsnit	35,6 år	<30 år

Deportationens varighed		
2½--3 mdr.	10 (8 %)	(27 %)
3 -- 6 -	27 (23 %)	(30 %)
6 -- 9 -	32 (27 %)	(21 %)
9 --18 -	27 (23 %)	(10 %)
18 --22 -	24 (19 %)	(12 %)
Gennemsnit	9,8 mdr.	ca. 6 mdr.

Repatrieringens arbejdsudygtighed belyst i relation til fangernes alder, deportationens varighed og -sted viste inden for skildrede ikke udvalgte materiale på 572 politiske KZ-fanger følgende tendenser:

Deportationssted*)

Dachau	7 (6 %)	(23 %)
Tugthuse	13 (11 %)	(7 %)
Sachsenhausen	15 (12 %)	(6 %)
Husum	5 (4 %)	(4 %)
Stutthof	20 (17 %)	(10 %)
Porta	12 (10 %)	(4 %)
Andre lejre	48 (40 %)	(46 %)

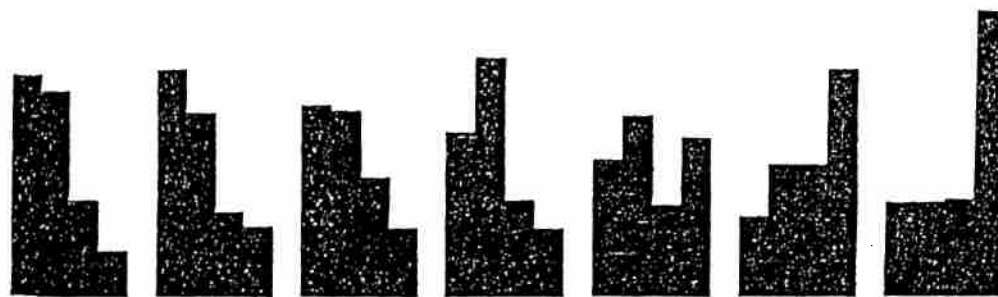
Erhverv ved arrestationen

Bedrestillede erhverv (f. ex. højere embedsmænd, læger, snegførere, direktører, fabrikanter, disponenter, prokurister m. fl., officerer)	0 (0 %)	(28 %)
Faglærte arbejdere, kontorassistenter	44 (37 %)	(24 %)
Ufaglærte arbejdere	40 (33 %)	(15 %)
Heterogen restgruppe (ungåvne erhverv, småhandlende, handelsrejsende, lavere funktionærer, studenter, kunstnere m. fl.)	36 (30 %)	(33 %)

Let aflagende normal arbejdsdygtighed med sligende alder, — tendensen mindsket ved en klart demonstreret overdødelighed blandt de gamle under selve deportationen. Øget omfang af arbejdsudygtighed med øget deportationstid.

Afgørende for deportationens sociale følger var dog dens vilkår: Pågældende lejres kostdeficit og

*) Danske modstandsfolk blev deporteret til ca. 70 forskellige tyske KZ-lejre. Materialet er inddelt efter lejre med forskellige og veloplyste deportationsvilkår, specielt m. h. t. kosttillandet, og hvor til et nogenlunde stort antal danske var deporteret samtidig og i nogenlunde lige lang tid. Hovedparten af de under andre lejres rubricerede har været gennem flere lejre, hvoriblandt hyppigst transitlejrens Neuengamme. Bortset fra, at relativt mange helt unge var kortvarigt deporteret til Dachau, var aldersfordelingen næstens ens i de forskellige lejre.



Deport.sted	DACHAU	TUGTHUSE	SACHSENH.	NEUENGAMME	HUSUM	STUTTHOF	PORTA
Deport. i:	< 3 mdr.	9-18 mdr.	9-18 mdr.	3-9 mdr.	6-9 mdr.	> 18 mdr.	6-9 mdr.
Mortalitet	4 %	3 %	3 %	2 %	25 %	14 %	44 %
Vægttab > 35 % ..	10 -	39 -	13 -	26 -	31 -	27 -	40 -
Hungerdiarre	20 -	30 -	33 -	37 -	48 -	50 -	54 -
Hungerødem	9 -	43 -	36 -	39 -	72 -	51 -	88 -
Polyuri	40 -	55 -	63 -	50 -	68 -	83 -	96 -

Fig. 1

Arbejdsdygtigheden i relation til deportationens art.

(Over bløks 4 søjler udtrykker procentvis fordeling. Søjle 1: Normalt i arbejdsdygtige (indtil 1947). Søjle 2: Arbejdsudygtige i <4 mdr. + »intermitterende arbejdsudygtige«. Søjle 3: Arbejdsudygtige i 4—12 mdr. Søjle 4: Arbejdsudygtige i >12 mdr.).

hungermanifestationernes intensitet med fanger-
nes vægtreduktion som gyldig indikator og med
fangerne fra Stutthof og Porta som de hårdest
ramte. Forholdet er anskueliggjort i fig. 1 (fra
tidligere ikke udvalgte materiale).

Det ventelige fremgår, at der inden for her-
værende materiale — udvalgt efter de repatriere-
des sociale skæbne — findes relativt mange ældre,
relativt mange langvarigt deporterede og mange
fra lejrene Stutthof og Porta.

Ingen inden for materialet hører til blandt de
grupper af relativt stabile erhverv, som ifølge de
tidligere undersøgelser i højst grad har lettet den
sociale gentilpasnings praktiske muligheder. Rela-
tivt mange er kropsarbejdere, og alle tilhører de
mindre »trygge« erhverv, inden for hvilke en læ-
tent arbejdsudygtighed tilsyneladende i højere
grad er tilbøjelig til at blive manifest.

DEPORTATIONENS BELASTNING

Morbiditeten under de givne forhold var 100 %
og baggrunden KZ-systemets menneskeforagt,
tungt arbejde 12 timer i døgnet og en lejrkost
indeholdende ca. 1000 kalorier. Nogle steder, men
meget uregelmæssigt, supplerende Røde Kors pak-
ker lejrkosten på væsentlig, undertiden livsred-
dende vis. Deportationens vilkår var i langt højere
grad end dens varighed afgørende for morbiditet
og mortalitet. I Dachau døde f. ex. 4 % af de
danske fanger på 2½—3 måneder, i Sachsen-
hausen 3 % på ca. 1 år, i Stutthof 14 % på ca. 1½
år og i Porta 44 % på ¾ år.

Sultsygdommens afgørende læsion under disse
forhold bliver den negative kvælstofbalance. Det
sparsomt tilbudte protein unddrages regenera-
tion ved forbrænding. Under denne såvel kvantita-
tive som kvalitative under- og fejlnæring bevir-
ker livets opretholdelse en nedbrydning af fæn-
gernes eget væv. Formentlig går intet organ eller
organsystem fri for denne selvforbrænding, og
foretagne undersøgelser, delvis under experimen-
telle forhold, viser, at samtlige organismens ken-
delige funktioner kompromitteres kvantitativt og kvali-
tativt.

Det herunder manifesterede sygdomsbillede har rus-
siske læger givet betegnelsen *hungerdystrofi*. I KZ-
lejrene blev slutproduktets betegnelse *Muselmanen*,
— en ung, ældet voksen på 35—40 kg, konturerne
præget af skelettets, hud og muskler atrofiske, uden
vækst af hår og negle, regelmæssigt vansiret af ligge-
sår, et sikkert bytte for infektioner, — alle galope-
rende. Holdning og bevægelse er præget af adynami,
sjælelige funktioner udvaskede i apati. Legemlige og
psykiske partialfunktioner ofres for det ene formål:
Livets opretholdelse. Dystrofikerer er ikke længere et
individ. Han er blevet en del i et hungrende kollektiv,
— har til eksempel mistet evnen til emotionelt udtryk.
Den rene, ukomplicerede sultdød under denne form
for »stress« bliver en jævnt fremadskridende kvalita-
tiv og kvantitativ indskrænkning af normale drifter,
legemlige og sjælelige. De samme processer, der kan
anskues som primært adaptive, betinger sluttelig ho-
meostasens sammenbrud.

Sultsygdommens klinik er tidligere skildret i
Ugeskriftet. Følgende er kun en summarisk over-
sigt på grundlag af de bearbejdede katamne-
stiske oplysninger fra de nu efterundersøgte 120.
Fremstillingen begrænses til det, som er nødven-
digt for at kunne gradere sultsultsættelsens umid-
delbare kliniske manifestationer og senere korre-
lere dem med dens følgetilstande.

Tabel 1.

Deportationens maksimale vægtreduktion udtrykt i
i procent af habituelle vægt for deportationen

Vægtreduktion	Tidligere ikke udvalgte materialer	
	modstands- folk (515 oplyste)	politi- folk (553 oplyste)
Under 10 % ...	0 (0)	57 (10)
11—20 % ...	7 (6)	220 (40)
21—35 % ...	34 (28)	229 (41)
36—45 % ...	50 (42)	79 (66)
over 45 % ...	29 (24)	121 (23)
Beregnet gennemsnitlig vægtreduktion: 38 % (Mindste: 16 %; største: 62 %)		47 (9)

Det her udvalgte materiales »maligne« karakter
fremgår klart af tallene. 2/3 af fangerne tabte in-
den for gennemsnitlig ¾ år over 1/3, undertiden
over 1/2 af deres vægt.

Tabel 2.

Vægtreduktionen i relation til sultsygdommens øvrige
kardinalsymptomer og deres intensitet.

	Ialt	Vægtreduktion		
		16-35 %	36-45 %	46-62 %
Ialt	120 (100)	41 (100)	50 (100)	29 (100)
<i>Hungerdiarree</i>				
svær ¹⁾	55 (46)	10 (24)	27 (54)	18 (62)
moderat ²⁾	33 (27)	10 (24)	16 (32)	7 (24)
let-ingen	32 (27)	21 (52)	7 (14)	4 (14)
<i>Hungerødem</i>				
universelt	34 (28)	5 (12)	20 (40)	9 (31)
begrenset	42 (35)	10 (24)	19 (38)	13 (45)
intet manifest	44 (37)	26 (64)	11 (22)	7 (24)
<i>Hungerpolyuri</i>				
svær ³⁾	70 (58)	17 (41)	36 (72)	17 (58)
moderat ⁴⁾	32 (27)	15 (37)	11 (22)	6 (21)
let-ingen	18 (15)	9 (22)	3 (6)	6 (21)

1) > 10 vandige afføringer pr. døgn under største-
delen af deportationen.

2) > 10 vandige afføringer pr. døgn i begrænset
periode og/et. 5—10 under størstedelen af depor-
tationen.

3) > 5 miktionser pr. nat.

4) 3—5 miktionser pr. nat.

De sværeste hungermanifestationer er udviklet
ca. dobbelt så hyppigt som inden for tidligere
ikke udvalgte materiale af repatrierede modstands-
folk, hvor tilsvarende svær hungerdiarree kun ind-

vikledes hos 22 %, universelt ødem hos ca. 12 % og tilsvarende svær polyuri hos 35 %. Relationen til vægftabel forløber i princippet ens i de 10 materialer, og tabellens tal underskifter berettigelsen af at anvende vægtreduktionen som et nogenlunde gyldigt praktisk udtryk for den belastning, som sultudsættelsen har påført organismen.

Ca. $\frac{1}{3}$ (38) har frembudt sensitive neuritis-symptomer. Omtrent lige så mange var plaget af natlige kramper og ca. $\frac{1}{4}$ af slet helende sårdannelser. Over $\frac{1}{2}$ (65) udviklede flegmoner eller abscesser, oftest recidiverende. Hos 26 bredte behandlingen sig til det ødematøse væv til at omfatte næsten hele den pågældende extremitet.

Tabel 3.
Infektiøse komplikationers frekvens og relation til deportationens vægtreduktion.

Talt	Talt	Vægtreduktionen	
		< 35 % "/ ₁₀₀	> 35 % "/ ₁₀₀
Talt	120 (100)	41 (100)	79 (100)
Cutane infektioner	65 (54)	17 (41)	48 (80)
Streptococinfektioner (spec. angina, scarlatina, erysipelas)	27 (23)	8 (20)	19 (24)
Lungeluberkulose (incl. baciller pleuritis)	25 (21)	3 (7)	22 (28)
Formentlig ikke-tuberkuløs pneumoni og el. langvarig febril bronchitis	19 (16)	3 (7)	16 (20)
Gulsot	16 (13)	2 (5)	14 (18)
Sinuitis og el. otitis	15 (12)	4 (10)	11 (14)
Plethyfus	11 (9)	3 (7)	8 (10)

Kun ganske enkelte undgik infektioner. De fleste fik flere. Infektionernes afhængighed af vægftabets størrelse peger på deres karakter af komplikationer til sultsygdommen.

Traumatiske sygdomme var legion under de givne vilkår. Includeres tidspunktet for arrestation og forløb før deportationen pådrog ikke mindre end 24, altså hver 5., sig en commotio cerebri. Nogle henfører stadig muskelsmerter af forskellig lokalisation til mishandlinger under forløb. 4 udviklede hæmaturi efter slag. Hos 3 er senere verificeret discusprolaps. 3 pådrog sig fraktur.

Af deportationslidelser er i øvrigt registreret: Difteri, osteomyelitis, tyfus, blyforgiftning, hernier, astma, galdevejstilstænde, tarmløbninger, varicer. Endelig udviklede nogle allerede under deportationen symptomer tydende på thrombotiserende processer i hjernen.

Sultsygdommens dominerende kredsløbssymptomer er hypotension, bradycardi, nedsat slag- og minutvolumen. Hypokrom proteinmangel-anæmi er hovedreglen. Hypometabolisme og svækket perifert kredsløb helinger KZ-fangens udtalte kuldskaerhed. Terminalt kan tilstanden nærme sig poikilothermi. Det endocrine system beskadiges funktionelt og morfologisk. Bortset fra nævnte sensitive neuriter formår avitaminoser ikke at præge sultsygdommen trods klart deficit m. h. t. de fleste vitaminer. Multiple mangler, og specielt følgerne af kalorie- og proteindeficit, kom-

promitterer tydingen af enkeltssymptomer, som ikke er absolut patognomoniske for de pågældende avitaminoser.

Herværende materiale er karakteriseret ved, at relativt mange er befriet i sultsygdommens terminalstadium. Anvender man til karakteristik af begrebet Muselmand først og fremmest kombinationen af kriterierne emacialis, afvandet subcutan atrofi og muskelatrofi samt alynami og apali har 63 gjort sig fortjent til prædikatet. Det er praktisk taget ensbetydende med, at ca. halvdelen ville have unddraget sig dette materiale, hvis befrielsen havde fundet sted blot få uger senere. 20 af dem var direkte konfuse på tidspunktet, hvor mest medtaget. Lejrene Porta og Slutthof leverede relativt flest af disse Muselmænd. Deres gennemsnitsalder svarer nogenlunde til totalmaterialets.

SULTREKONVALESCENSEN

Inden for de første par år efter befrielsen blev det åbenbart, at den sultsvækkedes problemer ikke er løst ved genopfoeding. De tidligere danske undersøgelser viste, at regenerationen indtil fuld organisk restitution under alle omstændigheder er en meget langvarig proces. Resultatet af vore fortsatte observationer peger på, at restitutionen i nogle tilfælde ikke bliver fuldstændig, -- at den svære hunderystrofi på nogle områder må opfattes som en irreversibel proces, hvis kliniske udtryk vi betegner *KZ-syndromet*.

Det er nævnt, at hungerdystrofi rammer praktisk taget alle organer og funktioner, men på forskellige tidspunkter under udhungringen og i forskellig grad, og at dystrofi samtidig reducerer kravet til forskellige vitale funktioner.

Til eksempel kan dystrofiens bradycardi, hans hypometabolisme og nedsatte transpiration til en vis grad anskues som adaptive reaktioner. Disse fænomener er kritiske indikatorer for legemets tilpasning til den reducerede fødeindtagelse, -- et forsøg på at skåne det atrofiske hjerte og økonomisere med de sparomme kalorier.

Det drejer sig således ved udhungring ikke om en parallel reduktion af de forskellige biologiske funktioner, som opretholder den normale homeostase. Tværtimod bliver en ny ligevægt påkrævet. Men denne autonomt regulerede ligevægt holder kun til et bestemt punkt. Den brydes, hvis de ydre vilkår persisterer ud over en vis tid, eller hvis en ny stress, f.eks. en infektion, adderes til selve udhungringens stress. I disse tilfælde sker der et sammenbrud både af de funktioner, som tjener til at opretholde et fast optimalt niveau, og af de funktioner, som betinger organismens evne til at tilpasse sig mere eller mindre pludseligt opståede nye krav. Homeostasen svigter. Eksempler er Muselmandens akutte hypoglycæmi, hans bradycardi, som accentueres ved legemlig belastning, hans svigtende varmeregulation, der kan nærme sig poikilothermi.

Sultrekonvalescensens særegne problemer beror formentlig i væsentlig grad på restitutionsperiodens ændrede betingelser for den homeostatiske ligevægt samt på det vigtige forhold, at restitutionsprocesserne ikke forløber parallelt.

Habitualvægten genvindes ofte i løbet af få måneder, men vægløgningsprocessen viser experimentelt udpræget tilbøjelighed til at erstalle muskeltvæv med fedt. I hvert tilfælde morfologisk regenererer den atrofiske hungerarm hurtigt, men funktionsforstyrrelser persisterer i form af periodiske diarréer. Selve dysproteinæmiens regenerationstid er ukendt, men i hvert tilfælde de faktorer, som er ansvarlige for det klinisk manifesterede hunderødem, synes normaliserede i løbet af få måneders sufficient genopfoeding. Hungerdystrofiens nedsatte basaltstofskeftle bliver kun langsomt normalt. Dette i forbindelse med det øgede kosttilbud førte til det pseudovelnærede udseende, som var almindeligt i repatrieringens første halve år. Muskulaturens incl. myocardiets restitution er først afsluttet i løbet af 1½—1 år, afhængig af vægttabets størrelse, og resultatet af vore fortsatte observationer tyder på, at den muskulære restitution efter de meget store vægttab aldrig bliver fuldstændig. Funktionelt slæber kredsløbsrestitutionen som helhed efter stigningen i basaltstofskeftle, og deportationens bradycardi afløses af repatrieringens relative tachycardi.

Regenerationsprocessernes manglende parallelitet må antages at skabe uensartede vilkår for den autonome regulation og hermed en autonom reaktionsmåde forskellig fra, — eller i hvert tilfælde labil i forhold til normalorganismens og er formentlig en medvirkende årsag til en række karakteristiske vegetative forstyrrelser. Ved undersøgelsen i 1947 meddelte således over ¾ af de repatrierede modstandsfolk om larmregulationsforstyrrelser og ofte umotiverede palpitationer, svedanfald og hedeblusser. For samtlige vegetativt prægede symptomer gælder, at hvor de er af længere varighed, er de som hovedregel knyttet til en række sjælelige symptomer.

Misforholdet mellem relativt sundt ydre og stadig svækket kraft blev i reglen manifest inden for repatrieringens første halve år. Misforholdet blev sjældent erkendt, endstige forstået, af rekonvalescenten, og måske blev det negligeret af omgivelserne — incl. lægen. Ukendskab til sultsygdommens rekonvalescenstid og dens i nogle tilfælde irreparable følger har herved bidraget til for tidligt genoptaget arbejde og til psykisk lidelse, — bidraget til nogle af de sjælelige symptomer, der ligesom voksede ud af sultrekonvalescensen, og som vel for nogles vedkommende kan anskues som komplikationer til den somatiske svækkelse, men som i andre tilfælde — hvor et KZ-syndrom persisterer eller progredierer — rettelig bør vurderes som sideordnede ytringer i patogenetisk henseende.

KZ-SYNDROMETS INVALIDERENDE VIRKNING

Ved KZ-syndromet betegner vi det sygdomsbillede, som varigt og ensartet præger tidligere udhungrede KZ-fanger. Det er dette sygdomsbillede, som omhandles i nævnte udtalelse af Retslægerådet, og som har betinget herværende materiales ndvælgelse.

Intensiteten af syndromets enkeltssymptomer kan vanskeligt graderes ved beskrivelse, og en simpel addition af deres antal vil heller ikke skabe et reelt indtryk af patienternes reelle helbredstilstand og rimelige arbejdsformåen.

Praktisk kan tilstandens deleteriske virkning kun måles ved den arbejdsudygtighed, syndromet som helhed afstedkommer hos en gruppe personer, som ikke før deportationen har vist tegn på svigtende social tilpasning eller frembragt tegn på psykisk deviation, som kan antages at disponere for social fejltilpasning (se senere).

2/3 af vort materiale består som anført af kropsarbejdere, og når vi i det følgende taler om »arbejdsudygtighedens varighed«, drejer det sig i reglen om en addition af flere perioder inden for en »intermitterende« arbejdsudygtighed i intervallet fra 1945 til 1951—53. Hovedparten har demonstreret et ønske om at arbejde ved at genoptage deres arbejde, — ikke een, men mange gange.

Det er muligt at inddele i 3 invaliditetsgrupper:

I) <i>Lette invaliderede:</i> 42 (35,0 %).	
1) Helt eller overvejende arbejdsdygtig i oprindelige erhverv, men kun under lidelse eller p. gr. af særlig gunstige arbejdsvilkår.....	23
2) Veldefineret arbejdsudygtighed i oprindelige eller andet erhverv i sammenlagt 1—2 år....	9
3) Mindre veldefineret arbejdsudygtighed, men snarest hørende til gruppe I.....	10
II) <i>Moderat invaliderede:</i> 45 (37,5 %).	
1) Veldefineret arbejdsudygtighed i sammenlagt 2—4 år.....	33
2) Mindre veldefineret arbejdsudygtighed, men snarest hørende til gruppe II.....	12
III) <i>Svært invaliderede:</i> 33 (27,5 %).	
1) Veldefineret arbejdsudygtighed i sammenlagt 4—6 år.....	12
2) Praktisk taget konstant arbejdsudygtighed siden befrielsen.....	19
3) Mindre veldefineret arbejdsudygtighed, men snarest hørende til gruppe III.....	2

Arbejdsevnenes forløb (inden for perioden 1945 til 1951—53):

1) Arbejdsevnen alt i alt aflagende.....	34 (28 %)
2) Arbejdsevnen (el. -udygtigheden) trods eventuelle svingninger alt i alt nogenlunde konstant.....	38 (32 %)
3) Arbejdsevnen alt i alt bedret....	22 (18 %)
4) Kan ikke rubriceres.....	26 (22 %)

Erhvervsskift:

47 af de 120, ca. 40 %, har søgt at råde bod på deres insufficiens ved at skifte erhverv eller har skiftet arbejdsart inden for erhvervet og i reglen med reduceret indlønning til følge. Hos 21 af de 47 er erhvervsinsufficiensen herved bedret, hvilket dog ikke har hindret, at i alt 96 (80 %) af dette materiales tidligere KZ-fanger har undergået en utvivlsom dérouté i forhold til deres sociale standard før deportationen.

Tabel 4.
Invaliditeten i relation til alder, deportationens varighed og vægtreduktion samt repatrieringens vægtdeficit.

	Ialt	Gruppe I Lettere invaliderede	Gruppe II Moderat invaliderede	Gruppe III Svært invaliderede
Ialt	120	42	45	33
Gennemsnitlig alder ved deportationen	36 år	33 år	35 år	40 år
Deportationens gennemsnitlige varighed.....	10 mdr.	10 mdr.	8 mdr.	11 mdr.
Deportationens gennemsnitlige vægtreduktion i forhold til tidligere habitualvægt	38 %	35 %	38 %	42 %
Repatrieringens nuværende gennemsnitlige vægtdeficit i forhold til tidligere habitualvægt.....	8 %	7 %	8 %	9 %

Som i det tidligere ikke udvalgte materiale findes deportationens varigheden som sådan ikke at influere væsentligt på repatrieringens sociale forhold, hvorimod omfanget af arbejdsudygtighed øges med de repatrierendes alder og med deres tidligere vægtreduktion og dermed deres nuværende vægtdeficit (se senere). Forholdet anskueliggøres i fig. 2.

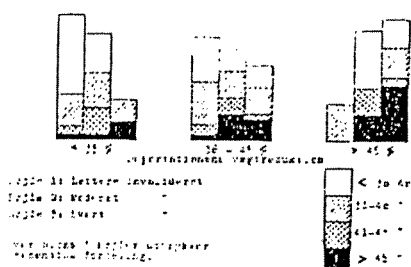


Fig. 2.

Invaliditetsgraden i relation til de repatrierendes alder ved deportationen og deres vægtreduktion.

Et tilsvarende afhængighedsforhold påvistes inden for det ikke udvalgte materiale af tidligere deporterede modstandsfolk, hvoriblandt kun 24 tabte over 35 % i vægt. De aktuelle sociale problemers biologiske oprindelse bekræftes og udbygges i hervedende materiale, hvor 2/3 tabte over 35 % i vægt.

KZ-SYNDROMETS KLINIK

KZ-syndromet bygges op af en række somatiske symptomer — blandt hvilke astheniske og vegetative dominerer — samt af sjælelige symptomer. De enkelte symptomer er ukarakteristiske. Intet er patognomonisk. Men symptomernes næsten fotografiske lighed fra patient til patient nøder os til at anlage en patologisk reaktionsmåde, der bygger på den eller de samme årsager. Symptomkonstellationens fasthed og regelmæssighed berettiger prædikatel »syndrom«. Muselmanen lignede indtil ukendelighed sin lidelsesfælle. Heller ikke i sine følgetilstande levner hungerdystrofien plads til noget væsentligt individuelt.

KZ-SYNDROMETS SOMATISKE SYMPTOMER

Blant KZ-syndromets legemlige symptomer dominerer trætheden. Ikke mindre end 112 (90 %) klager over hurtig udtrætning, som hos 92 er fremtrædende og af 89 angives at være et væsentligt arbejds-hæmmende moment.

Tabel 5
KZ-syndromets symptomer og deres frekvens (Symptomer er kun registreret som patologiske, hvis de ikke har været til stede før deportationen).

Somatiske (incl. vegetative) symptomer	
Træthed	112 (93 %)
Vægtdeficit	88 (73 %)
Svingende legemsvægt	29 (24 %)
Appetitløshed	34 (28 %)
Muskelsmerter	54 (45 %)
Neuritislignende symptomer	49 (41 %)
Svækket infektionsresistens	40 (33 %)
Hovedpine	93 (77 %)
Svimmelhed	84 (70 %)
Periodiske diarréer	75 (62 %)
Palpitationer	88 (73 %)
Svedanfald eller hestedigninger	96 (80 %)
Patensforstyrrelser	78 (65 %)
Sovnførstyrrelser	78 (65 %)
Førøget hårfald	43 (36 %)
Periodisk polyuri	22 (18 %)
Sjælelige symptomer	
Depressiv grundstemning	81 (67 %)
Emotionel instabilitet	43 (36 %)
Affektibilitet	88 (73 %)
Rastløshed	75 (62 %)
Støjoverfølsomhed	52 (43 %)
Hukommelsessvækkelse	104 (87 %)
Svigtende koncentrationsevne	94 (78 %)

klager over hurtig udtrætning, som hos 92 er fremtrædende og af 89 angives at være et væsentligt arbejds-hæmmende moment.

Trætheden føles massiv. Den er tilstede allerede om morgenen, hvor disse patienter vågner uden at føle sig udhvilede. Den øges i dagens løb, så hyppige hvileperioder må indskydes. Efter arbejde går de fleste hjem og lægger sig, og nogle bliver i sengen om søndagen.

Trætheden er i reglen forbundet med snigende legemskræfter. Kropsarbejderens præstationer kan ikke måle sig med tidligere. Han forsættes til lettere arbejde, og kammeraterne må hjælpe og ofte dække over ham. Han kan ikke klare sjakkets tempo og ikke holde arbejdspladsens akkord. At give mål for trætheden og kraftsvækkelsen er ikke muligt; men den legemlige svækkelse illustreres af vognmanden, som bliver forpustet og får hjertebanken, når han har

læsset 15—20 skovle jord på sit lad, og af chaufføren, som nu kun kan løfte 5—10 sække op i vognen, hvor han før klarede 50—100. Sportmanden opgiver sin idret, og familiefaderen henter ikke længere kørsel fra kælderen, og hans kolonihave forfalder, og selv søndagsskolturen opgiver han. Trætheden har dæmpet den personlige udfoldelse både i arbejdet og ved fritidssystemerne.

Trætheden findes rimelig på baggrund af synlig dårlig legemlig almentilstand og reflekteres mest objektivt i legemsvæglens forhold:

Repatrieringens vægtdeficit: 6—8 år efter befrielsen har op mod $\frac{3}{4}$ (88) ikke genvundet den tidligere habituelle vægt. Vægtdeficits størrelsesorden fremgår af nedenstående:

Tidligere habitualvægt genvundet	32 (27 %)
Vægtdeficit under 5 %	10 (8 %)
— 6—10 %	24 (20 %)
— 11—15 %	18 (15 %)
— 16—26 %	20 (17 %)
— ufuldstændigt oplyst	16 (13 %)

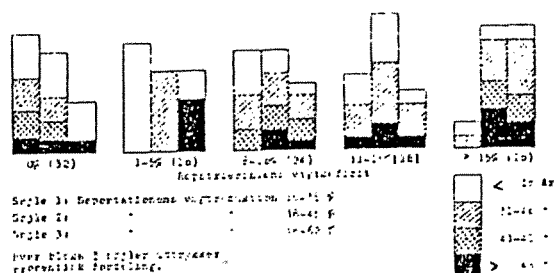


Fig. 3

Repatrieringens vægtdeficit i relation til alder ved og vægtreduktion under deportationen.

Ved undersøgelserne i 1947 og 1948 fik man det indtryk, at hovedparten ret hurtigt havde genvundet deres tidligere vægt, men ikke deres tidligere kræfter. Vore erfaringer nu viser, at **hovedparten af de svært hungerdystrofiske udrig genvinder deres gamle vægt, især blandt de ældre.** Ikke helt få mangler $\frac{1}{3}$ af deres gamle vægt, og vel at mærke: Det drejer sig ikke specielt om tidligere overvægtige.

Hertil føjes, at 29, altså ca. $\frac{3}{4}$, gennem årene efter befrielsen har frembudt udtalte variationer i legemsvægten.

Vægtdeficit skyldes ikke blot mangelfuld opbygning af fedtpolstret. Musklerne hos disse kropsarbejdere er ofte spinkle og slatte og ømme og hos ca. halvdelen (54) sæde for **muskelsmerter**.

Neuritislignende symptomer, overvejende i form af distale extremitetsparæstesier og ledsaget af areflexi hos ca. $\frac{1}{5}$, er registreret hos 49 og bidrager formentlig også til muskelkræfternes reduktion.

Den persisterende almene svækkelse ytrer sig hos ca. halvdelen også ved **nedsat infektionsresistens**. 40 har været tilbøjelige til katarrhalia i langt større omfang end tidligere. Herudover har 12 haft behandlingskrævende tuberkulose, 10 gul-

sol nå et eller flere tidspunkter efter repatrieringen, og 6 har været plagede af recidiverende cutane abscesser.

Mere end $\frac{3}{4}$ (93) er generet af **hovedpine**, næsten lige så mange (84) af **svimmelhed**.

Hovedpinen er gerne diffus og trykkende, i reglen til stede ved opvågning, svinder måske op ad dagen, men øges ofte ved arbejde og i reglen ved spekulationer. Kun hos $\frac{1}{4}$ (24) kan commotio, oftest påført under forhør ved arrestationen, tilhægges ætiologisk betydning.

Svimmelheden er ikke gyrotatorisk. Ofte udløses den ved stillingsændringer, specielt ved hurtig oprejning og med et **ortostatisk** præg, hos enkelte kulminerende i en kortvarig besvimelse.

Blandt syndromets mange **vegetative fænomener** bliver **periodiske diarréer** ved sin specificitet symptomt par excellence, — til stede hos 62 % (75).

Diarréerne optræder i perioder på få dage, sjældnere uger og ofte uden påviselig provokation. Halvdelen (36) erkender dog, at deres diarrée ofte udløses ad psykisk vej. Ringe irritationsmomenter og ubehagelige spekulationer kan starte turen til klosettet. Tanken om at skulle forhandle med en eller anden autoritet kan gøre det, — eller et brev med lidt ubehageligt indhold. Flere af vore patienter tilbragte formiddagen på toilettet, fordi de skulle til undersøgelsen. Nogle mener, at grove spiser kan provokere diarréen, men kun få holder diæt. Hos mange er symptomet så tilvænnt, at det primært henægtes under examinationen, — det har vi jo allesammen.

I alt 32 anfører lettere **dyspeptiske tilfælde**. Hos 4 er påvist **ulcus ventriculi**.

Palpitationer bidrager væsentligt til KZ-syndromets vegetative præg og er oplyst af $\frac{3}{4}$ (88), hyppigst manifesteret ved en heskeden legemlig anstrengelse, men hos 56 også uden sådan.

82 får palpitationer og bliver samtidig forpustede, skal de f. eks. op ad trappen, eller cykler de i lidt modvind. En simpel spadseretur kan gøre det. Ved grundig medicinsk specialundersøgelse findes i reglen ingen objektive holdepunkter for cardio-vaskulær lidelse. På grund af ukendskab til sultsygdommens lange, berettigede rekonvalescenstid er passende træning i reglen blevet forsømt, og det er rimeligt at antage, at den cardio-vaskulære funktion ikke har fået fair betingelser for at tilpasse sig de nye krav under rehabilitationens vægtøgning efter svær hungerdystrofi. Som anført har hovedparten været henvist til legemligt, ret hårdt arbejde. Selv er mange af de tidligere KZ-fanger tilbøjelige til at udtrykke en forklaring på dette og andre symptomer ved replikken: "Man er jo blevet ældre. Og mange synes i realiteten også ældede ud over de ca. 10 år, som er forløbet, siden de blev deporteret. Ikke få af deres symptomer bærer præg af aldersfænomener.

Hos 23 kan palpitationer indtræde helt spontant og uforklarligt, og hos 33 regelmæssigt ved nervøsitet, spekulationer, uventede begivenheder o. s. v. I nogle tilfælde er **angstneuratiske momenter** uomtvistelige, — specielt vel hos de 34, som har natlige anfald af hjertebanken. Her vil forklaringen ofte være drømme af ængstende indhold eller spekulationer under vedholdende søvnløshed.

Anfald af sved, ofte ledsaget af *hedefornemmelser*, følger hos 67 palpitationerne ved let legem- anstrengelse. Men hos 70 % (84) optræder disse fænomener spontant, og 47 generes heraf om natten. Sveden kan rende af pågældende, så han må skifte tøj, og ikke sjældent hører den tidligere KZ-fange 2 undertrøjer for at opfange sveden.

Potensen svigter eller er ophævet hos ca. $\frac{2}{3}$ (78). Mekanismen er sikkert kompliceret ved en kombination af somatisk-vegetative samt psykogene faktorer. Hos nogle er det plagsomme symptom kontinueret fra deportationens ophævede libido, hos andre svigter en genvundet potens, — måske som led i alment svigtende kræfter, — måske på grund af de sjælelige forstyrrelser, som ændrer den tidligere KZ-fanges attitude over for miljøet i almindelighed og hustruen i særdeleshed. Hun er beklageligt ofte den person, som bliver skiven for den syges almindelige irritabilitet og opsparede ressentiment gennem en dags fortrædeligheder.

Søvnforstyrrelser meddeles også af $\frac{2}{3}$ (78), hos 55 ledsaget af drømme eller mareridt, der tegner deportationens oplevelser med sensuel klarhed.

Blandt de vegetative forstyrrelser, hvis hyppighed vanskeligt lader sig registrere, har forøget hårfald formentlig været en realitet hos ca. $\frac{1}{3}$. (Kriterium: Skaldethed eller påfaldende tyndt hår, først observeret efter repatrieringen og hos relativt unge, og uden at fænomenet er almindeligt i pågældendes familie).

40 % (48) klager over *hyppig vandladning*. Hos ca. $\frac{1}{5}$ (22) kan der næppe herske tvivl om en *polydisk polyuri*.

Sluttelig pointeres, at udseendet hos ca. $\frac{1}{4}$ (28) må betegnes som *ældre end svarende alderen*. Derudover findes ca. $\frac{1}{3}$ (37) af *slet alment udseende* med dårlig hudfarve og -turgor og hule kinder. Dette forhold — i forbindelse med de store vægtdificil og i forbindelse med de ensartede vegetative symptomer, generelt til stede hos $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ — bekræfter den gennemgribende og varige ændring, som svær hungerdystrofi har påført KZ-fangen. Et *accelleret aldersforfald* er det totalindtryk, som bunnfældes efter en undersøgelsesserie som her-værende.

KZ-SYNDROMETS SJÆLELIGE SYMPTOMER

Den svære hungerdystrofi følges i lige grad af somatiske og psykiske symptomer, — emotionelle, affektive og intellektuelle. $\frac{2}{3}$ af vore patienter angiver, at de sjælelige tilfælde i væsentlig grad medvirker til at forringe arbejdsevnen.

81 føler *grundstemningen varigt forskudt i depressiv retning*.

De er næsten altid i trist humør, der tydeligt differerer fra den præmorbid stemningsbetoning. Tristheden har ikke konstant noget psykotisk præg; men episodiske forstemninger — endogene eller exogene — kan vare i dage eller uger og ledsages af depressive idéer i form af ringhedsforestillinger stigende til selvbekræftelser. Også suicidale tanker strejfer den sørgmødt forstemte, og enkelte har forsøgt at tage sig af dage.

Hos 43 har vi fundet en udpræget stemningslabilitet med depressive udsving af psykotisk karakter, men dog i reglen så kortvarige, at indlæggelse på psykiatrisk afdeling kun undtagelsesvis har været fornøden.

Tristheden er et tyngende symptom, men ikke så plagsomt som *irritabiliteten* med de hurtige og overdrevne affektudsving, som fører patienten ud i hidsighed, vrede, forbitrelse eller sandt raseri. 88 lider herunder.

Symptomet er sammen med trætheden KZ-syndromets mest generende. Irritabiliteten vækkes på ganske ringe foranledning. Komplet ligegyldige ting kan sætte affekterne i voldsomt sving. Mange reagerer konstant på den foreliggende situation med udskælden og slag i bordet, mens andre kan beherske sig, specielt når de er på arbejdspladsen eller blandt fremmede for derefter at give deres indestængte affekter des friere forløb hjemme over for kone og børn. Irritabiliteten veksler i styrke, men vil i reglen accentueres jo mere grundstemningen forskydes i negativ retning.

Hos den stemningslabile vil de episodiske forstemninger ofte få karakter af *dysforier*, når irritabiliteten er et dominerende træk. Sådanne dysforier vil ikke sjældent være ledsaget af indre spænding, angstelse og rastløshed, som fører til planløs vanilren for at være alene.

Den svigtende affektive balance afspejles hos nogle i en *emotional inkontinens*.

Pludselige depressive affekter overvælder patienten, der brister i kortvarig gråd, som han ikke kan beherske. Han må afbryde samtalen, tager lommelørklædet frem og skjuler ansigtet deri, eller han vender ryggen til, for at man ikke skal se disse følelsesudbrud, som han generer sig for. Symptomet kan være yderst plagsomt og næsten hindre patienten i at færdes blandt andre mennesker. Et venligt ord, forstående imføling over for hans situation, meddelelsen om noget sorgeligt, en sentimental episode i teatret eller radioen, ja sågar blot læsningen om en trist tildragelse får ham til at briste i gråd. Således sad en tidligere KZ-fange, når han fulgte familien i biografen, helst med lukkede øjne for ikke at blive overvældet af sine følelser.

Symptomet, som kan lyde på dyberegående cerebral beskadigelse, registreres udtalt hos 21, men 34 derudover viser tegn til let vakte depressive affekter.

Hukommelsessvækkelsen er KZ-syndromets mest markante intellektuelle symptom.

Denne viser sig fortrinsvis ved en svigten af indprentningsevnen, mens erindringsbeholdningen i reglen er intakt. 104 beklager sig over en dårlig hukommelse og hos de 70 har indprentningssvækkelsen en sådan intensitet, at de må skrive op for at huske.

Nye navne og telefonnumre glipper, ordrer glemmes, løftet om at besørge et ærinde er svedt ud o. s. v. I nogle tilfælde kan indprentningssvækkelsen være så massiv, at den syge glemmer, at han har en dosmerseddel med sig, og en patient gik med adressen i hånden på hele turen til undersøgelsen. Defekten i indprentningen er ikke blot plagsom, men yderst hæmmende for den, der i det daglige har brug for at huske.

Hukommelsesforstyrrelsen er utvivlsomt medansvarlig for det ringe udbytte, som mange patienter har af intellektuelle sysler: Aviser, bøger, tidsskrifter, foredrag, diskussioner. Mange kan ikke huske, hvad de har læst, når de er kommet et par sider frem i teksten. Man finder derfor blandt de tidligere KZ-fanger litterært interesserede, der foretrækker at læse de samme bøger om og om igen, som de glædede sig over før deportationen, da de nu ikke kan huske eller fatte pointen i nyt stof.

Men også en *svækket koncentrationsevne* bidrager til de intellektuelle præstationers svigten.

Koncentrationsevnen er en kompleks funktion, og forstyrrelser på forskellige psykiske områder er ansvarlige for symptomet: Nedsat opmærksomhed, svigtende hukommelse, ulysbetonede emotioners hæmmende indflydelse på initiativ og udholdenhed. 94 angiver, at deres koncentrationsevne svigter dem, og af de forskellige forklaringer fremgår, at adspredthed, hurtigt indsættende hjernetræthed, rastløshed, manglende lyst og energi er blandt de træk i funktionsforstyrrelsen, som den syge specielt har mærket sig.

Ved undersøgelserne af de ikke-udvalgte materialer i 1947 og 1948 fandt man somatiske og vegetative symptomer af samme art som her skildret, og 78 % af de tidligere modstandsfolk frembød nervøse symptomer, der også dengang tegnede sig så ensartet, at man følte sig berettiget til at tale om et syndrom, — »the neurasthenic syndrome«, — særlig markeret ved symptomerne rastløshed, irritabilitet, hukommelsessvækkelse og vegetativ-nervøse symptomer 2½ år efter befrielsen.

Vi ved, at et neurostheniformt sygdomsbillede fortsat har sat sit stempel på hovedparten af de tidligere deporterede. Vi genfinder symptomerne hos de invaliderede i dette materiale, — men nu, 8 år efter, med en dominans af depressiv grundstemning, en udtalt emotionel instabilitet, ofte med inkontinens og en betydelig indprentnings-svækkelse, — symptomer, der tyder på en organisk beskadigelse af hjernen, der hos nogle, og navnlig hos de ældre, viser tydelig tendens til progression.

Det er her nærliggende at parallellisere til det neurostheniforme initialstadium, som vi blandt andet kender det til den arteriosclerotiske demens.

DISKUSSION AF KZ-SYNDROMET

.... en læge skal være i god tro. Ens opgave er ikke i første omgang at opdage simulasyon eller lignende, men at godta patientens udtalelser.

Braatøy

Når KZ-syndromet trods sin brogede symptomrigdom fremtræder så ensartet, skyldes det ikke mindst dets sjælelige symptomer. Disse kommer let til at dominere, fordi de har en mere »offentlig« karakter, ved at de umiddelbart kan iagttages af omgivelserne (man tænke her på tristheden, stemningssvingningerne, irritabiliteten, erotismen, grådanfaldene o. s. v.), mens de somatiske og

vegetative ytringer er af mere »privat« karakter, — kan fornemme af den syge selv. Løst ud af sammenhængen vil de i sig selv ukarakteristiske psykiske symptomer let blive anskuet som »neurotiske«, og de risikerer specielt etiketten »renteneurotiske«, hvor en rutinemæssig eksamination kun når at belyse det, som iøjnespringende og direkte præger den syges holdning ved undersøgelsen, f. eks. de hyppige og ofte voldsomme affektudsving. De psykiske symptomer er dermed centralt i søgelyset, mens andre og specielt somatiske træder i baggrunden. Dette sker også, fordi den syge ikke selv er klar over sin svækkede tilstand, men negligerer eller ganske overser en række symptomer (oftest de vegetative, — tilvante som de efterhånden er) eller direkte dissimulerer, hvad ikke sjældent er tilfældet.

Diskussionen skal primært gælde det praktisk vigtigste problem: *Renteneurose contra specifikt KZ-syndrom.*

Neuroser er som bekendt sjælelige lidelser, der opstår ad psykogen vej, uden at der kan påvises noget organisk (læsionelt) grundlag for sygdommen. Neuroserne udvikles fortrinsvis hos personer, der forud er disponerede enten ved en psykopalhi eller lignende konstitutionel karakterafvigelse eller ved legemlig og sjælelig belastning gennem sygdom eller uheldige miljøforhold.

Hos 7 inden for vort materiale på 120 var den præmorbid personlighed indiskutabelt afvigende: 1 var intellektuelt inferior (IQ = 86). 1 måtte karakteriseres som hyperthym psykopat og 2 som holdningsløse. 1 led af en karakterneurose, og 2 udmærkede sig ved et stenisk, eretisk temperament.

1 af dem havde været straffet for kriminelle handlinger. 2 unddrager sig vurdering med hensyn til social tilpasning ved at være for unge (17 og 18 år), mens 4 af de 7 — trods psykisk afvigelse — var upåklageligt tilpassede i social henseende før deportationen.

Materialets øvrige 113 havde alle klaret sig socialt tilfredsstillende, og man kan herefter konstatere, at *fangerne med hensyn til social ydeevne før deportationen har repræsenteret et normalt eller snarere et positivt udsnit af gennemsnitsbefolkningen.*

Ud over de nævnte 7 egentlig patologisk afvigende havde 6 præmorbidt frembudt karakterologiske ejendommeligheder inden for det normale rammer, — havde tidligere været påfaldende følsomme, indesluttede eller rastløse, og en enkelt havde gennemgået en psykogen psykose. Men hverken 7 eller 13 patologiske personligheder belaster materialet i forhold til gennemsnitsbefolkningen. Efter Erik Strømberg's arvebiologiske undersøgelser må man regne med, at 10 %, eller snarere 12 % af den danske befolkning er eller på et tidspunkt har været sjæleligt afvigende eller psykiatrisk påfaldende, og hos halvdelen af disse med reduceret social ydeevne til følge.

Inden for dette specielt udvalgte materiale af tidligere deporterede er altså heller ikke oplyst sjæleligt forud abnorme personer, der kan antages at være særlig tilbøjelige til at reagere neurotisk.

6 af de førstnævnte 7, som præmorbidt var patologisk afvigende, tabte under deportationen over 35 % i vægt. 5 frembød ved undersøgelsen et typisk KZ-syndrom uden speciel nuancering i symptomerne, — selv om man nok sporede deres særlige personlighedstræk i den måde, de forholdt sig på.

En af dem, som havde været Muselmand, frembød en række af syndromets somatiske og vegetative symptomer, men sjæleligt var hans sygdom domineret af renteneurotiske træk (aggravation og vidtløftige påstande om sygdomssymptomer, grænsende til plattenslageri). Kun hos een kunne et egentlig KZ-syndrom ikke påvises. Deportationen havde derimod slået ham ud i en angst-præget neurose, hvis opståen sikkert har været begunstiget af den forud bestående karakterneurose, præget af stærke ambitioner, som han realiserede i dagdrømme.

De øvrige 6, som præmorbidt — inden for det normale rammer — frembød særlige karakterologiske træk, udviklede alle et typisk unuanceret KZ-syndrom.

Det kan herefter konkluderes, at KZ-syndromet ikke er resultatet af en særlig præmorbid psyke.

Det er fremhævet, at hovedparten af KZ-syndromets sjælelige symptomer i sig selv er uspecifikke. Men det samme gælder renteneurosen, hvis da ikke oplagte hysteriske træk umiddelbart afslører den neurotiske flugtmekanisme. I den aktuelle differentialdiagnostiske diskussion bliver det derfor vigtigt at konstatere, hvordan vore patienter forholder sig til deres arbejde. Til trods for, at 80 % gennem årene efter repatrieringen har undergået en utvivlsom social deroute i forhold til deres sociale standard før deportationen, har langt de fleste snarest overvurderet deres arbejdsdygtighed og flere gange forsøgt at genoptage deres arbejde. For de fleste har arbejdsindsatsen formet sig som en hutlen sig frem gennem perioder med fuld arbejdsindsats, afvekslende med perioder med delvis arbejdsindsats og fuldstændig arbejdsudygtighed. 40 % har søgt at råde bod på deres insufficiens ved at skifte til andet arbejde.

Denne holdning til arbejdet er ganske anderledes end renteneurotikerens opgiveness og »hvervsspærring«, og man kan også på dette område konkludere, at *KZ-syndromet intel har til fælles med renteneurosen.*

Patienternes holdning under eksaminationen fortæller det samme. De fleste forholder sig — i modsætning til renteneurotikerens — passivt. De er ikke demonstrative, og de dramatiserer ikke. Selvfølgelig taler de fleste nødt til om. Også hvor det drejer sig om recente symptomer er de lidet meddelssomme. Mange bagatelliserer eller negligerer deres sygelige tilfælde. Andre direkte dissimulerer. Den pinefulde træthed og irritabilitet oplyses spontant af de fleste, mens mange andre, også meget generende symptomer, ganske overses eller anses for noget selvfølgeligt: »Det har vi jo

allesammen« — »jo, man er jo også blevet ældre«. Ikke få er først ved undersøgelsen kommet til klarhed over deres tilstand, som de ellers var tilbøjelige til at skamme sig over som »noget skaberis«, — undertiden meret af omgivelserne.

Man kan måske få et indtryk af neurose i de ikke helt få tilfælde, hvor en patient kredser om et tilsyneladende irrelevant symptom og fremhæver det som årsag til sin arbejdsinsufficiens, — f. eks. smerter i et knæ eller i en skulder. Der er noget helt urimeligt i, at han hele tiden vender tilbage til det knæ eller den skulder, og han kan umiddelbart komme til at virke hypochonder-neurotisk. Men en nøjere indføling i og analyse af situationen viser, at det drejer sig om en patient, som slet ikke forstår sin tilstand, og han hæfter sig ved noget betydningstomt, men direkte begribeligt. Han får i det irrelevante symptom en »forklaring« på sin tilstand, men udsætter samtidig eksaminatoren for en alvorlig diagnostisk vildfarelse.

Renteneurosens definitive exclusion af de differentialdiagnostiske muligheder udelukker naturligvis ikke, at KZ-syndromets sjælelige symptomer kan være af psykogen oprindelse. Livet under modstandskampen, arrestation, forhør, mishandling og livsfaren og KZ-lejrenes nedværdigende og retsløse liv må naturligvis antages at spille en rolle for de overlevendes sjælelige tilstand. Symptomer som hjertebanken ved nervøsitet og de under nallige materielt genoplevede KZ-lejre må ansues på denne baggrund. Men disse angstneurotiske træk tegner sig som isolerede og underordnede fragmenter inden for KZ-syndromet, og dettes store ensartethed fra person til person må i sig selv tale mod en psykogen oprindelse.

Blandt de 113, som ikke præmorbidt var disponerede for sjælelig lidelse, har i realiteten kun 3 efter repatrieringen udviklet specielle psykiske symptomer. Hos en tidligere Muselmand fandt vi KZ-syndromet kompliceret med et paranoidt syndrom og en hysterisk hemiparese, som især var udviklet før deportationen i tilslutning til mishandlinger under forhør. En anden patients KZ-syndrom var kompliceret med ambulatoriske automatismer. Tilstedeværelsen af »uncinate fits« pegede mod organisk hjernelidelse, men resultatet af pneumo- og elektroencefalografi var negativt. En dybdepsykologisk exploration sandsynliggjorde psykogene mekanismer som i hvert tilfælde delvis medansvarlige, idet pågældende var plaget af skyldfølelse over at have angivet nogle kammerater under forhørens mishandlinger, — altså også i dette tilfælde for deportationen. Den tredje patient var inden undersøgelsen hos os blevet helbredt for en angstneurose med rod i illegalitetens sjælelige belastning.

Man kan undre sig over, at selve *deportationsoplevelserne* ikke har besiddet større dynamisk kraft i psykogen og patoplastisk henseende. Gruppens beskyttende virkning yder måske forklaringen i nogle tilfælde. Deportationstidens afstumpning og hungerdystrofisens apathi kan have virket lige så beskyttende. Neuroser og hysteriske reaktioner hørte til KZ-lejrenes sjælelige foreteelser.

En detaljeret analyse af *repatrieringens mentale vilkår* er ikke mulig på dette sted. Derfor er disse forhold for komplicerede og for nogle ved-

kommende for individuelle, men følgende faktorer — har vi erfaring for — kan tillægges en bred gyldighed.

Mange modstandsfolk voksede med den opgave, det illegale arbejde pålagde dem, og undergik en betydelig personlig udvikling. Men kun et mindretal var politisk trænet, og modnede til denne store erfaring og berigelse, som det sociale og politiske fællesskab blev. Det var andre mennesker, som vendte tilbage til det befriede Danmark, — mennesker, som ikke blot havde erfaret KZ-lejrenes lidelser og fornærelse, men også det menneskelige fællesskabs styrke og mulighed. Deres tro på og krav til fremtiden var baseret på en udbygning af dette fællesskab. Men det samfund, de vendte tilbage til, var kun overfladisk afficeret af krigen. Den nye fællesskabets ånd var for svag til virkelig at præge det og for svag til at effektivere sine målsætninger, og samfundet formåede kun i et begrænset omfang at udnytte den store personlige modenhed, som mange havde nået. Modstandsbevægelsen mistede sit emotionelle sammenhold. Politiske skillelinjer trængte ind i og splittede også modstandsbevægelsens folk. Efterkrigsudviklingen som helhed — og detaljer som f. eks. forløbet af retsopgøret mod besættelsestidens kollaboratører og senere den tyske genoprustning — har ført mangen en modstandsmand til den konklusion, at hans indsats i og for sig var overflødig.

Hertil kommer så det mere personlige eller familiære konfliktstof. I KZ-lejrenes inferno var erindringer om hjemmet, børnene og et fredeligt arbejde ofte blevet idealiseret ved en simpel psykologisk mekanisme. De romantiserede forventninger til fremtiden blev yderligere accentueret og inspireret med dynamisk styrke ved selve hjemkomstens entusiasmer, — og den helledyrkelse, som den hjemvendte ofte blev et offer for. Den nævnte personlige udvikling, som mange havde undergået, skabte i en del tilfælde en afstand mellem den repatrierede og hans tidligere omgivelser. Den nedsatte arbejdsformåen blev en neurotiserende faktor. Ægteskabet blev belastet. — ikke mindst på grund af den hjemvendtes ofte varige potensforstyrrelser.

De her nævnte faktorer blandt flere har utvivlsomt været af betydning for syndromets neurastheniforme træk. Men reaktionerne har været specifikke og uden væsentlig betydning for symptomernes udformning.

Konklusionen må blive: *Samtlige nævnte psykogene faktorer spiller en rolle. — men en underordnet rolle. Trods deres intensitet har sjælelige traumer ikke formået patoplastisk at præge KZ-syndromet.*

Hos mange af vore patienter er de sjælelige symptomer progredieret gennem repatrieringens 8 år parallelt med de somatiske, — svarende til, at arbejdsevnen hos mere end $\frac{1}{4}$ er i stadig aftagende. Hos $\frac{2}{3}$ ligger legemsvægten under den tidligere habituelle. $\frac{1}{4}$ må karakteriseres som decideret ældede af udseende. Derudover er almentilstanden synlig slet hos $\frac{1}{2}$. Disse tidligere svært udhungrede har øjensynlig undergået en gennemgribende legemlig forandring, der tyder på et somatisk-vegetativt forfald, som man kender det fra seniets involution. Sammenholdes dette bil-

ede af somatiske reduktion med fremtrædende psykopatologiske træk som indprentningssvækkelsen og de forskellige grader af emotionel inkontinens, påvinges man samtidig fornemmelsen af at stå over for en parallel sjælelig reduktionstilstand. Irritabiliteten, rastløsheden, den svigtende koncentrationsevne, generelt til stede hos 60—90 %, er symptomer, der kan pege i samme retning.

6 af patienterne er massivt demente, — helt ude af proportion til deres alder.

8 års stadig kontakt med disse patienter og talrige undersøgelser af dem har bundfældet et indtryk, som går ud på, at mange inden for dette materiale af de dårligst stillede og tidligere svært udhungrede koncentrationslejringsfanger er underkastet en cerebral reduktion, hos nogle fremadskridende, hvor de »neurastheniforme« symptomer i sygdomsbilledet i virkeligheden er udtryk for en begyndende demens.

I denne forbindelse kan dels henvises til det neurastheniforme forstadium, bl. a. ved arteriosclerosis cerebri og dementia paralytica, dels til det neurotisk-vegetative forløb af visse veldefinerede oranske hjernelidelser (Economo-encephaliten, den kroniske kulilteforgiftning og lignende). Der foreligger fra den aller seneste tid nogle tilfælde (deriblandt kun enkelte egne) af luftencephalografisk påvist hjerneatrofi hos relativt unge, tidligere svært sultramte patienter med KZ-syndrom. En eventuel udbygning af denne erfaring vil afgørende bekræfte vort indtryk, at KZ-syndromet inkluderer en morfologisk hjernebeskadigelse, — på linje med disse patienters kroniske vægdeficit og legemlige forfald iverigt.

I omtalen af genesen til de vegetative symptomer under selve den ukomplicerede sultrekonvalescens er hovedvægten lagt på organregenerationernes svigtende parallelitet og dermed forstyrret samspil organerne imellem. Det bliver nærliggende at antage, at en hypothalamisk dysfunktion — som led i en hjerneatrofi — i hvert tilfælde kan være delvis ansvarlig for de persistente vegetative symptomer hos de kronisk syge i herværende materiale.

Formodningen om en organisk hjernelidelse som en faktor i KZ-syndromets patogenese bestyrkes desuden ved det forhold, at mindst 6 af vore 120 patienter har manifesteret cerebrale, vaskulære attacker, — formentlig alle thrombotiske.

Endnu foreligger kun autoptisk verifikation hos een. Han døde 43 år gammel i november 1951. Obduktionen viste foruden den friske også ældre emollitioner, som klinisk havde ytret sig gennem årene 1945—1949. På undersøgelsestidspunktet 1951—1952 var gennemsnitsalderen for de 6 patienter 45 år, — kun 3 år over det samlede materiales gennemsnitsalder på samme tidspunkt. Disse cerebrale attacker er altså ikke udviklet hos gamle mænd. Genesen kan dårligt have været hypertensiv: Deres blodtryk varierede fra 110/65 til 160/120 med et gennemsnitligt systolisk blodtryk på 127 og diastolisk på 85. Klinisk har tilfældene været typiske: Anfaldsvis hovedpine, ofte

med opkastninger; svimmelhedsanfald; nogle bevidsthedstilfælde; scotomer; transitorisk afasi; motoriske og sensitive bortfaldssymptomer. 5 udviklede mere eller mindre komplette og delvis remitterende hemipareser, alle objektivt påviselige, i hvert tilfælde ved neurologiske restsymptomer. Hos mindst 3 var sygehistorien overbevisende for multiple thrombotiske processer.

Vi anser det ikke for strengt videnskabeligt bevist, — men på det her foreliggende føler vi os overbeviste, og vi anser det også for videnskabeligt sandsynliggjort, at KZ-syndromet hos flertallet af de patienter, som stadig frembyder de skildrede somatiske og psykiske symptomer, er udtryk for en organisk beskadigelse, der også har ramt hjernen. Al rimelighed taler for en læsionel lidelse, og vore erfaringer taler for progression i en række tilfælde. Påregner man helbredelse, bedrager man sig selv, — og måske patienten. Men dermed bør han ikke være afskåret fra forsøg på en i hvert tilfælde delvis resocialisering gennem passende erhvervsforanstaltninger og anden hjælp.

SAMMENDRAG OG KONKLUSIONER

KZ-syndromet er en kronisk svækkelsestilstand som følge af udhungning ved kalorie- og specielt proteinfattig kost i den 2. verdenskrigs tyske koncentrationslejre.

Syndromets biologiske oprindelse er underbygget ved den statistisk dokumenterede relation til udhungningens grad, og KZ-syndromet bliver således ikke alene en nosografisk — men også en nosologisk enhed.

KZ-syndromet invaliderer i lige høj grad ved legemlige og sjælelige symptomer.

De enkelte symptomer er ikke specifikke. Men prædikatet »syndrom« berettiges ved en række af ensartede astheniske og vegetative symptomer i fast konstellation med emotionelle forstyrrelser samt tegn på intellektuel reduktion, som sammen med et synligt legemligt forfald hos mange vidner om en accelereret ældningsproces.

KZ-syndromet må generelt opfattes som udtryk for en organisk molest, der også rammer hjernen.

Fortrinsvis blandt ældre progredierer lidelsen til et demens-syndrom. Komplicerende milieu-provokerede symptomer kan saneres, og invaliditetens omfang mindskes ved passende kur- og erhvervs-mæssige foranstaltninger. Men en begrænset erhvervs-evne må i reglen forudses på baggrund af tilstandens principielt irreversible karakter.

KZ-syndromet må forsikringsmæssigt vurderes i overensstemmelse med dets dokumenterede invaliderende virkning og dets prognose.

Da invaliditetsansættelsen ikke lader sig gradere efter grænse objektive kriterier, og da hverken arten eller summen af syndromets enkelte symptomer reflekterer det praktiske omfang af den pågældendes invaliditet, må den ideelle af-

gørelse bero på en kombineret social og lægelig vurdering. Konsekvensen af den usikre prognose må blive, at muligheden for senere revision holdes åben.

Litteratur:

- 1) *Helweg-Larsen, P., H. Hoffmeyer, J. Kieler, E. H. Thaysen, J. H. Thaysen, P. Thygesen, M. H. Wulff*: Sultsygdommen og dens følgetilstande hos koncentrationslejr-fanger. *U. f. L.* 111: 1217—1240, 1949.
- 2) *Helweg-Larsen, P., H. Hoffmeyer, J. Kieler, E. H. Thaysen, J. H. Thaysen, P. Thygesen, M. H. Wulff*: Famine disease in German concentration camps. Complications and sequels. With special reference to tuberculosis, mental disorders and social consequences. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica. Suppl. 83*, 1952.
Acta Medica Scandinavica. Suppl. 274, 1952.
- 3) *Hoffmeyer, H. og P. Thygesen*: Sociale problemer i tilslutning til repatrieringen af danske koncentrationslejr-fanger. *Socialt Tidsskrift* 26: 211—236, 1950.

POSTOPERATIV OG POSTTRAUMATISK SALTRETENTION

Af J. U. SCHLEGEL

Natrium retention er en tilstand, der uundgåeligt følger alle former for traumer. Hvor en sådan retention er særlig udtalt, som efter alvorlige for-bændinger, større operationer etc., kan denne komplikation være meget alvorlig, især da en vand retention er en obligatorisk følge. Når det ekstrarenale tab af vand og elektrolyter er ringe, rummer det almindeligvis ikke større vanskeligheder at undgå dehydrering såvel som overhydrering af patienten. Anderledes forholder det sig derimod, når det ekstrarenale tab er stort og, hvad ofte er tilfældet, vanskeligt at bedømme, selv med tilnærmelsesvis nøjagtighed. Oliguri eller anuri som følge af dehydrering vil under sådanne forhold nemt føre til irreparable nyrebeskadigelser, muligvis på grund af den høje koncentration af toksiske stoffer i nyretubuli. Overhydrering kan på den anden side føre til dannelsen af enorme intra- såvel som extracellulære ødemer og vil ikke sjældent resultere i et hurtigt opstående og muligt fatalt lungeødem.

Den gængse behandling af patienter, der har været udsat for et alvorligt traume med stort tab af vædske og elektrolyter, accepterer vand og salt retention som et uundgåeligt faktum. Som følge heraf begrænser man vand- og saltindgift til det minimale, det vil sige, hvad der anses for at være erstatning for det lidte tab. Da dette som tidligere nævnt kan være vanskeligt at fastsætte, og da urinproduktionen under sådanne forhold kun giver et dårligt og ofte misvisende billede af patientens vædskebalance, er denne behandlingsmetode

The University of Rochester, School of Medicine and Dentistry. Department of Surgery, Buswell Urological Research Laboratory, Rochester, New York.