

Hva feiler pasienten?

En sykehistorie fra 1700-tallet er utgangspunkt for artikkelen. I første omgang bekrefter den at vi har lite å lære av fortiden. Men historien bør få oss til å tenke. Dagens etablerte sannheter er også historisk betinget. Hva tar vi for gitt? Hva er det vi ikke ser?

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Åge Wifstad

aage.wifstad@ism.uit.no
 Institutt for samfunnsmedisin
 Universitetet i Tromsø
 9037 Tromsø

I løpet av året 1775 ble den skotske filosofen David Hume (1711–76) mer og mer plaget av feber nattetid og kronisk diaré (1). Han gikk raskt ned i vekt. Vennene forstod at situasjonen var alvorlig, selv om Hume gjorde gode miner til slett spill (2, 3). Det medisinske fagmiljøet i Edinburgh var den gang kanskje ledende i Europa, så det manglet ikke på velkvalifiserte leger til å behandle Hume. I april 1776 klarte likevel sir John Pringle (1707–82), president i Royal Society i London, å overtale sin venn til å komme sørover. Pringle mente at Hume tross alt ville få bedre behandling hos ekspertisen i hovedstaden.

Hume gikk bare motvillig med på forslaget. Tre dager før avreisen skrev han *My own life*, tidenes kanskje mest originale selvbiografi, ikke lengre enn vel 3 000 ord (4). Av denne selvbiografien fremgår det at Hume var fullt klar over sin situasjon: «I now reckon upon a speedy dissolution,» skrev han. Han tvilte også på at han kom til å overleve den lange og strabasiose reisen sørover – antakelig var dette grunnen til at selvbiografien ble skrevet ned i all hast umiddelbart før avreise.

Da han omsider ankom London, ble han undersøkt av Pringle, som overraskende nok konkluderte med at tilstanden var relativt ufarlig. Pringle konstaterte riktignok visse sammentrekninger i tarmen, men mente at et kuropphold i Bath ville gjøre underverker. Hume var en lydig pasient. Vel fremme i Bath ble han behandlet av John Gustard, som raskt slo fast at både Edinburgh-legene og sir John Pringle tok feil. Det dreide seg egentlig om et enkelt gallebesvær, mente han. Og til det hadde man effektive vannkurer. Hume, som bare så vidt hadde klart å kare seg ned fra Edinburgh, fikk altså høre fra ekspertene at han med enkle midler snart ville få helsen tilbake. De var riktignok uenige om diagnosen. Men begge poengterte at det hele egentlig var en bagatell.

Kirurgen John Hunter (1728–93) var tilfeldigvis også i Bath. Hunter ble regnet som den fremste i sitt fag. Han undersøkte Hume og kjente straks – med Humes egne ord: «... a tumour or swelling in my liver ... This fact, not drawn by reasoning, but obvious to the senses, and perceived by the greatest anatomist in Europe, must be admitted as unquestionable, and will alone account for my situation». (Hume i et brev til Hugh Blair (5).) Ved ganske enkelt å trykke på Humes mage kom altså Hunter til en helt annen konklusjon enn Pringle og Gustard. Og det ble klart for alle at situasjonen var ytterst alvorlig.

Legene, med Gustard i spissen, gav seg imidlertid ikke. I flere dager holdt de Hunters oppdagelse hemmelig for Hume: «They kept, very foolishly, this opinion of mr Hunter's a secret from me till yesterday, and now they pretend, that the tumor, being small, may be discussed by medicines and regimen: A very silly expectation, that an inveterate disease of long standing and in a vital part, will yield to their feeble remedies, in a man of my years» (5). Kontrasten mellom pasientens saklige nøkternhet og legenes manglende realitetsans er slående, og at Hume knapt hadde annet enn sarkasmer til overs for denne inkompetansen, er lett å forstå.

Nødvendig distanse

Hvordan kunne Pringle og Gustard unngå å oppdage svulsten? Svaret er etter alt å dømme at de ikke hadde foretatt noen fysisk undersøkelse av pasienten. Det hadde

ikke falt dem inn å kjenne etter der pasienten sa han hadde vondt. En lege på 1700-tallet la riktignok avgjørende vekt på det pasienten selv fortalte om sin tilstand. Og han var nøye med å betrakte vedkommende, spesielt ansiktsuttrykket. Oppførselen ble også notert. Legen undersøkte – i betydningen så nøye på – pasientens urin, avføring, spytt og eventuelt puss fra sår (6). Men den kanskje eneste fysiske kontakt mellom lege og pasient var når pulsen ble undersøkt – var den sterk eller svak, regelmessig eller uregelmessig? Og om legen likevel skulle finne det formålstjenlig å trykke på pasientens mage, for eksempel, la han sjelden vekt på det han kjente (7).

Flere forhold kan kaste lys over disse holdningene. 1700-tallets lege betraktet seg først og fremst som akademiker. Det var viktig å markere avstand til kirurgene, barbererne og feltskjærene – grupper hvis kompetanse nettopp lå i fingrene. Datidens mentalitet i mer allmenn forstand spilte også inn. Å se – og ikke minst det å berøre – naken hud var tabubelagt, selv for legene (5). Et tredje moment var legens underordnede sosiale posisjon i forhold til pasienten. Det var som regel hoffet, adelen og de mest velstående som hadde råd til legebehandling. Følgelig var fysisk kontakt mellom lege og pasient ekstra vanskelig.

Men den kanskje viktigste grunnen til at en lege på 1700-tallet stort sett lot være å undersøke pasienten rent fysisk, var at han *ikke så noe behov for det* (3). Den kliniske vurdering ble langt på vei oppfattet som en teoretisk oppgave. Legen tok utgangspunkt i humoralpatologiske prinsipper om balansen mellom de fire kroppsvæsker og sammenholdt dette med, i første rekke, pasientens egen fortelling. På dette grunnlaget ble det så forordnet en behandling.

Hva er en lege?

Hume døde 25.8. 1776, noen uker etter at Pringle, en av datidens fremste leger, hadde slått fast at intet alvorlig feilte ham. Selv om det her er snakk om et enkelttilfelle, gir omstendighetene rundt denne feildiagnosen oss likevel et innblikk i hvor annerledes den medisinske tenkemåte og praksis var på slutten av 1700-tallet, sammenliknet med dagens medisin. Avstanden er så stor at det kan fortone seg vanskelig å kjenne igjen Pringle og hans kolleger som medisinere, slik vi bruker dette ordet i dag. En ting er



David Hume (1711–76). Foto Christie's Images/CORBIS/SCANPIX

at legen på denne tiden uansett hadde lite å hjelpe seg med. Men avstanden vi for- nemmer til legene som behandlet Hume, går ikke bare på at de «manglet» kunnska- per. De tenkte på en annen måte enn oss (5).

Skal vi først trekke en linje bakover, er det kanskje mer nærliggende å sammenlikne dagens medisiner med datidens kirurg. Det er viktig å huske at kirurgene ikke først og fremst beskjeftiget seg med dramatiske operasjoner, men med behandling av sår, byller, beinbrudd, hudproblemer, kjønns- sykdommer og øyelidelser (8).

Det kliniske blikk

Michel Foucault (1926–84) er kanskje den som gikk lengst i å understreke hvor radikal endringen fra 1700-tallet til 1800-tallet var (9). Ifølge Foucault gjennomgikk medisi- nen i løpet av få år på slutten av 1700-tallet en brå og radikal omstrukturering. Det var først på dette tidspunktet, sa Foucault, at *sykdommens* kropp og *den sykes* kropp ble oppfattet som ett og samme fenomen. Legene var opplært til å klassifisere syk-

dommer etter modell av botanikken. Det gjaldt altså å plassere et enkelttilfelle i et system av arter, slekter og familier. I en slik modell var det ikke nødvendig å tenke at sykdommen eksisterte i et bestemt organ. Tvert imot kunne sykdom- men uttrykke seg på ulike måter og i ulike organer. En velkjent forestilling var for eksempel at sykdommer kunne vandre rundt i kroppen. Kroppen var *et felt* hvor sykdommer kom til uttrykk, men ikke i den forstand at sykdommen hadde sitt sete ett bestemt sted.

Foucault hevdet at denne klassifikatoriske medisin ble utfordret først da det vokste frem en ny forståelse av det man *så* ved obduksjonen. Xavier Bichats (1771–1802) «oppdagelse» av ulike vevstyper represen- terte her en revolusjon på linje med den kjemiske «oppdagelsen» av grunnstoffene. Anførselstegnene indikerer at det for Foucault ikke var tale om en oppdagelse i empirisk forstand, men heller en omstruk- turering av kriteriene for hva man oppfattet som medisinsk relevant.

Så vel Owsei Temkin (8) som Toby Gelfand (10) var langt på vei enige med Foucault i at det skjedde noe epokegjørende på slutten av 1700-tallet. Men mens Temkin la vekt på kirurgiens betydning og Gelfand fremhevet profesjonaliseringen av legeyrket, betraktet Foucault etableringen av den moderne medisin som uttrykk for en ny måte å tenke om mennesket på. Den kanskje mest innfly- telsesrike medisinhistoriker de siste tiårene, Roy Porter (1946–2002), hevdet på sin side at utviklingen gikk mye langsommere, og at vesentlige endringer i kunnskapsdanning og praksis først inntrådte på 1900-tallet (11).

Avslutning

Uansett hvilken stilling vi tar til dette spør- målet – Pringle og kolleger hørte til i en annen tid. Siden 1700-tallet har legene flyttet blikket fra ansiktet til andre deler av kroppen. Avanserte instrumenter har redefi- nert hva det er mulig «å se». Dette skiftet av blikkretning og måter å se på har skapt en rekke medisinske fremskritt.

Men på tross av sine feilvurderinger hadde kanskje datidens leger noe vi med rette kan misunne dem? Den ensidige vektleggingen av ansiktet og fortellingen gav antakelig noe som i dag kan føles truet i en hektisk produksjonshverdag, nemlig rom og mulig- heter for utvikling av menneskekunnskap. Kanskje blikket i dag kan bli for fiksert på det objektive og målbare? Hva går man glipp av med alle dagens muligheter til å *slippe* å dvele ved ansiktet og fortel- lingen?

Litteratur

1. Wilkinson J. The last illness of David Hume. Proc R Coll Physicians Edinb 1988; 18: 72–9.
2. Mossner EC. The life of David Hume. 2. utg. Oxford: Clarendon Press, 1980.
3. Porter R, Porter D. Patient's progress: doctors and doctoring in eighteenth-century England. Cambridge: Polity Press, 1989.
4. Hume D. My own life. I: Hume D. Essays moral, political, and literary. Bd. I. Aalen: Scientia Verlag, 1964: 1–9.
5. Porter R. The rise of physical examination. I: Bynum WF, Porter R, red. Medicine and the five senses. Cambridge: Cambridge University Press, 1993: 179–97.
6. Nicholson M. The art of diagnosis: medicine and the five senses. I: Bynum WF, Porter R, red. Companion encyclopaedia of the history of medicine. London: Routledge, 1993: 801–25.
7. Reiser SJ. Medicine and the reign of technology. Cambridge: Cambridge University Press, 1978.
8. Temkin O. The role of surgery in the rise of modern medical thought. Bull Hist Med 1951; 25: 248–59.
9. Foucault M. The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London: Tavistock, 1976.
10. Gelfand T. Professionalizing modern medicine. Paris surgeons and medical science and institu- tions in the 18th century. Westport: Greenwood Press, 1980.
11. Porter R. The greatest benefit to mankind. A medi- cal history of humanity from antiquity to the present. London: Fontana Press, 1997.