

Jan Grande

**Medisinske biografier:
Kunnskap, objekter
og mennesker**

STS-arbeidsnotat 01/06

ISSN 0802-3573-179

**arbeidsnotat
working paper**

Medisinske biografier: Kunnskap, objekter og mennesker

Om syfilisens behandling og beskrivelse, ca.1850-1950

Innledning

Det er ikke så mange norske ikke-medisinere som kjenner til at viktige deler av den moderne medisinske forskningen på syfilis faktisk ble utført her i Norge. Et av de mest berømte vitenskapelige arbeidene på syfilis kalles da også for *Oslo-studien*, fordi denne studien ble utført på syfilissmittede i Oslo-området.¹ Dette er en av svært få livsløpsstudier av syfilisssyke som overhode er utført. I dag er en slik studie ikke etisk mulig å gjennomføre, siden penicillinet effektivt helbreder syfilis. Den norske studien slo for første gang fast hvor stor andel av de syfilissmittede som gjennomløp de ulike stadiene av et langt sykdomsforløp som kunne strekke seg over flere tiår i et menneskes liv. Dermed ble enda et hvitt felt i den medisinske kunnskapens kartlegging av syfilisens vesen fylt med vitenskapelige data.

Syfilis er en sykdom som har vært fulgt av kontroverser, fordommer og mystikk. Dette har ikke bare sammenheng med at dette er en kjønnssykdom som ble knyttet til, og til dels også i dag blir knyttet til prostitusjon, krig og umoral. Rent biomedisinsk har sykdommen også vært svært vanskelig å identifisere og ikke minst vanskelig å helbrede inntil penicillinet ble tatt i bruk etter midten av 1940-tallet. I tiden før medisinene kunne stille syfilisdiagnoser i laboratoriet, ble sykdommen identifisert ved det de erfaringsmessig antok var sykdommens organiske, ofte ytre tegn. Flere av disse tegnene passet imidlertid også på andre sykdommer; derav betegnelsen «den store imitator» på syfilis. Denne artikkelen skal handle om hvordan medisinere anstrengte seg for å tolke ulike tegn som tegn på syfilis, både i diagnosearbeidet og i forsøk på terapi. Artikkelen er delt inn i tre deler: Første og tredje del er empiriske om syfilisforskningen, mens den andre, midterste delen inneholder refleksjoner over endringsprosesser i medisinsk forskning.

1. Syfilistegn og behandling

I dag ser vi ofte at syfilisdiagnoser blir forsøkt stilt retrospektivt: Kom syfilisen til Europa etter eller før Columbus' oppdagelse av Amerika? Var radesyken, som opptrådte i Norge tidlig på 1800-tallet, en form for syfilis? Kan historisk kjente personers irrasjonelle atferd forklares med at deres hjerne var angrepet av en langt framskreden syfilis?² Her blir gamle legejournaler og andre biografiske kilder nitidig gransket i letingen etter tegn som kunne tyde på syfilis.

¹ Gjestland T. *The Oslo study of untreated syphilis : an epidemiological investigation of the natural course of the syphilitic infection based upon a restudy of the Boeck-Bruusgaard material*. Oslo; 1955.

² F. eks. Hayden, D. *Pox: Genius, Madness, and the Mysteries of Syphilis*. New York: Basic Books 2003.

Arbeidet med å bestemme syfilis som en avgrenset, spesifikk sykdom ser ut til å begynne på 1700-tallet.³ Parallelt med dette arbeidet ble den gamle oppfatningen av at alle veneriske sykdommer hadde samme årsak, nemlig en venerisk gift, vedlikeholdt. Denne giften kunne enten produsere et sjankersår på kjønnsorganet, et sikkert tegn på syfilissmitte, eller produsere utflod fra kjønnsåpningen, et tegn på gonoré. Mot slutten av 1700-tallet sto det en heftig strid mellom unister (felles venerisk gift) og dualister (to helt forskjellige sykdommer). Den kjente engelske legen John Hunter lot seg til og med smitte med gonorépuss for å bevise sykdommenes felles opphav.⁴ Han lyktes faktisk med sitt eksperiment, men man antar i dag at smitekilden var rammet av både syfilis og gonoré, visstnok en ikke uvanlig tilstand den gang.

Den franske legen Phillipe Ricord står fram i medisinhistorien som den som slo fast de veneriske sykdommenes *ulike* natur og dermed også syfilisens spesifisitet.⁵ I likhet med endringer innen den medisinske vitenskapen ellers, framheves Ricords utallige og grundige kliniske observasjoner av sine venerisk syke. Det medisinske blikket, som tidligere hadde tatt utgangspunkt i bestemte teoretiske forestillinger, fokuserte fra nå i større grad direkte og nært på pasientenes kropp og de ulike sykdomstegnene som ble manifestert over tid. Dette ble et medisinsk blikk som kunne gjenta sine observasjoner utallige ganger i kontrollerte omgivelser, særlig i de store byhospitalene på kontinentet. I noen tilfeller, men ikke så ofte nevnt i medisinhistoriske beskrivelser, kunne legene utføre eksperiment der de smittet for eksempel fengselsfanger med gonorépuss for å studere sykdommens gang.

For å avgrense syfilis som en bestemt sykdom måtte Ricord også beskrive sykdommens ulike tegn på forskjellige stadier av sykdommens gang. Syfilisens imitering av andre sykdommers tegn gjorde dette komplisert. Kanskje var det mest karakteristiske med syfilisen ikke de spesifikke tegn i seg selv som sykdommen produserte, men de serier med tegn, sykdommens tegnkronologi, som framsto på ulike tidspunkt og på ulike steder på og i kroppen. Ricord hevdet nemlig at tegnene på at en pasient led av syfilis kunne observeres i tre stadier, og der hvert av disse tre stadiene hadde sine særegne komposisjoner av tegn. Tiden mellom disse tre stadiene kunne imidlertid variere sterkt fra pasient til pasient, og alle som var smittet gjennomled av en eller annen grunn ikke alle stadier.

Til tross for at Ricord hadde beskrevet syfilis som en egen sykdom, sto det viktigste spørsmålet igjen, nemlig hvilken medisinsk behandling som kunne helbrede de syke eller i alle fall gjøre disse mindre smittefarlige. I svært mange europeiske storbyer, som i løpet av 1800-tallet var sterkt preget av industrialisering, urbanisering og fattigdom, endte myndighetene opp med å tvinge igjennom periodevis isolering av personer som man mente var smittet.⁶ I Norge ble den herostratisk berømte politivisitasjonen av

³ Quetel, C. *History of Syphilis*. Cambridge : Polity Press, 1990: kap.4.

⁴ Altman LK. *Who goes first? : The story of self-experimentation in medicine*. New York: Random House, 1987: 106.

⁵ Quetel 1990:109ff.

⁶ Brandth, A. «Sexually transmitted diseases». I WF. Bunym & R. Porter. *Companion encyclopedia of the history of medicine, vol.1*. London: Routledge 1997: 562ff.

prostituerte satt ut i livet. Til tross for tiltak som dette, ble syfilis ansett for å være et av de største og viktigste medisinske problem rundt midten av 1800-tallet, og faktisk noe som noen antok kunne true hele moderniseringen av samfunnet. En virksom behandling av syfilis ville derfor være en medisinsk og vitenskapelig bedrift av verdensklasse.

Medisinsk behandling av syfilis

Den medisinske behandlingen av syfilis var lenge dominert av ulike preparater som inneholdt kvikksølv. Kvikksølv er i dag kjent som et stoff som over tid fører til store nerve-/hjerneskader. Syfilispasienter ble før dette var kjent smurt inn med salver som inneholdt kvikksølv. Andre pustet inn kvikksølv som damp. Den mest framtreddende virkningen av akutt kvikksølvforgiftning, som jo denne behandlingen førte til, var sterk spyttproduksjon. Dermed kunne det se ut som om pasientene kvittet seg med syfilisgiften i sin egen organisme. Og noen pasienter ble faktisk bedre etter en slik behandling, selv om mange også påsto at behandlingen for syfilis fikk større helsemessige konsekvenser enn de lidelser sykdommen utløste.

Den eneste medisinske behandling som kunne forebygge smittesykdom i løpet av første halvdel av 1800-tallet, var koppevaksinasjonen.⁷ Ved å smitte, inokulere mennesker med puss hentet fra den milde kukoppesykdommen, ble de samtidig motstandsdyktige mot de langt mer dødelige koppene. Dette var et rent empirisk medisinsk funn som ikke ble forklart teoretisk før immunitetslæra ble formulert etter 1900.

Da naturvitenskapelig tenkemåte i større grad begynte å prege medisinen på 1800-tallet, utløste dette også spredte forsøk på å tenke sykdom og kropp på nye måter. Siden medisinen da også ble ønsket forstått som en empirisk, observerende vitenskap (jf Ricords grundige observasjoner av syfilis) er det forståelig at mulige analogier ble ansett som en intellektuell ressurs for nye medisinske funn.⁸ Det som virket mot en type sykdom, kunne muligens virke mot andre, liknende sykdommer. Koppevaksinasjonen hadde jo også vist at sykdom hos dyr kunne brukes til å forebygge sykdom hos mennesker.

Denne uprøvde muligheten til å tenke om sykdom og å helbrede syfilis ble først grepet av den franske medisineren A. Auzias-Turenne.⁹ På 1840-tallet startet denne legen nemlig et av de første medisinske forsøk på dyr med den hensikt å kunne si noe om sykdom hos mennesker. Han utførte sine forsøk på aper. For å produsere en tenkt motstandskraft mot syfilisgift hos aper, å la koppevaksinasjonen, utsatte han apene for gjentatte inokulasjoner med syfilispuss, dvs han stakk hull i apenes hud og gned puss inn i såret. I starten utløste dette en synlig motreaksjon i huden. Etter gjentatte inokulasjoner reagerte apenes hud ikke lenger på samme måte. Auzias-Turenne antok at apene hadde utviklet en motstandskraft eller en slags immunitet mot syfilisgiften. Auzias-Turennes dristige hypotese var at samme prosedyre utført på mennesker muligens ikke

⁷ Altman 1987:106.

⁸ Ackerknecht EH. *A short history of medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982 og Shryock RH. *The development of modern medicine : an interpretation of the social and scientific factors involved*. Madison: University of Wisconsin Press.; 1979.

⁹ Quétel 1990:112ff.

bare kunne forebygge, men også helbrede syfilis. Og for å understreke den tenkte analogien til koppevaksinasjonen kalte Auzias-Turenne sin behandling også for syfilisasjon.

Auzias-Turenne, som i utgangspunktet var en vanlig lege, ble møtt med skepsis i det ledende franske medisinske miljøet. Lederen på akkurat dette fagfeltet, Ricord, uttalte at han mente at det kunne være svært risikofyllt å utføre slike inokulasjonsforsøk på mennesker siden medisinen fremdeles ikke hadde eksakte måter å fastlå om en pasient led av syfilis eller ikke, eller om pasienten led av en annen, liknende sykdom. Og, fortsatte Ricord, visste nå egentlig Auzias-Turenne om han ikke sto i fare for å forsterke eller forlenge en syfilis-sykdom i stedet for å helbrede? Med seg fikk Ricord majoriteten i det franske medisinske akademi, som så gjorde et vedtak som i praksis forbød Auzias-Turenne å utføre syfilisasjonsforsøk på mennesker i Frankrike.

Akkurat da, rundt midten av 1800-tallet, var Frankrike, og da særlig Paris, anerkjent som Europas ledende medisinsk-vitenskapelige miljø.¹⁰ Flere norske medisinerere hadde både studert i Frankrike i kortere perioder og fulgte derfor også regelmessig med i franske medisinske tidsskrifter. En av disse var den norske legen Carl William Boeck, først lektor og deretter professor i hud- og veneriske sykdommer ved universitetet i Christiania. På et møte i Christiania Medicinske Selskab (1851) kritiserte Boeck sine franske kollegaer i akademiet som han mente hadde fordømt syfilisasjonsmetoden på et alt for spinkelt vitenskapelig grunnlag.¹¹ Boeck foreslo derfor at han selv burde gå i gang med å undersøke metodens eventuelle medisinske nytte ved å prøve den på noen norske pasienter. Det hørte seg så beleilig slik at han i egenskap av lærer i hudsykdommer og venerologi ganske nylig hadde fått tildelt en liten avdeling på Rikshospitalet for å holde klinisk undervisning for sine studenter. Denne avdelingen passet utmerket som et lite laboratorium for et slik behandlingsforsøk.

Boeck hadde selv erfart at ledende franske leger kunne fortone seg autokratiske og at de derfor kategorisk kunne avvise ny medisinsk kunnskap som streid imot deres egne ideer uten å utføre empiriske undersøkelser. Slike vitenskapelige fordommer kunne begunstige et lite norsk medisinsk miljø som så på de nye vitenskapelige ideene med et mer åpent sinn, sa Boeck. Men noen få av Boecks kollegaer hadde også lest kritikken av syfilisasjonsmetoden i franske medisinske tidsskrift og i alle fall en norsk professor hadde også snakket med Ricord personlig. Disse legene bar fram mye av Ricords tvil i plenum i selskapet, men disse innvedningene var ikke tilstrekkelig til å få selskapets til å fraråde Boeck å utføre forsøket.

Carl Wilhelm Boeck var da heller ingen hvem som helst, verken hjemme i Norge eller ute i det europeiske medisinske miljø. Sammen med bergenslegen Daniel Cornelius Danielsen hadde Boeck ganske nylig utgitt et betydelig vitenskapelig verk om spe-

¹⁰ Ackerknecht, EH. *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967

¹¹ Faye, FC, CW. Boeck, OMN. Lund, JA. Voss, AW. Münster. «Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania i 1851. November 26». *Norsk Magazin for Lægevidenskab VI, Anden Række*. Christiania 1852:143.

dalskhetens vesen.¹² Her hadde Danielsen og Boeck foretatt grundige observasjoner av de spedalskes kropper etter fransk modell (den franske klinikkens patologiske anatomi). Dette verket ble lenge stående som et referanseverk over spedalskheten og de to norske medisinerne ble da også tildelt en betydelig vitenskapelig pris av det franske medisinske akademi i 1855.¹³

Ikke så lenge etter dette første møtet om syfilisasjonen i det norske medisinske selskapet, kunne Boeck fortelle sine kollegaer at han hadde satt i gang med de første syfilisasjonsbehandlingene.¹⁴ Han publiserte også etter hvert flere vitenskapelige artikler der han la fram både selve metodikken han brukte og de antatte resultater av behandlingen. Det viktigste spørsmålet her ble: Virket denne behandlingen?

Systematikken Boeck la ned i forsøket var helt unikt for et norsk medisinsk arbeid i denne perioden. Hvert enkelt inngrep ble journalført med påfølgende observasjoner av pasientenes tilstand og deres hudreaksjoner. Som figur 1 under viser, tegnet også Boeck inn hvor på hudoverflaten han stakk, når han gjorde det og hvor syfilisgiften stammet fra.¹⁵ Akkurat denne tegningen viser hans første pasient, en 56 år gammel «pike», dvs en tjenestepike, fra Christiania. Hun gjennomgikk 56 syfilisasjonsseanser som til sammen omfattet 260 stikk i huden i løpet av de seks månedene hun lå på hospitalet før hun ble skrevet ut som symptomfri.

Som det ble sagt under den første debatten i det medisinske selskapet (1856-57), var det problematisk for enhver å avgjøre hvorvidt behandlingen virket eller ikke, så lenge det ikke fantes noen sikker metode som kunne avgjøre om tidligere pasienter holdt seg friske.¹⁶ Visstnok kunne Boeck registrere om tidligere pasienter returnerte til hospitalet med syfilissymptomer. Men samtidig kunne han heller ikke være sikker på at alle som fikk nye symptomer ble innlagt ved hans avdeling, eller om de i mellomtiden hadde blitt utsatt for en ny og mer virksom syfilisgift enn den pasientene hadde opparbeidet motstandkraft mot. Det var i det hele tatt svært mange usikre variable som Boeck ikke hadde full kontroll over.

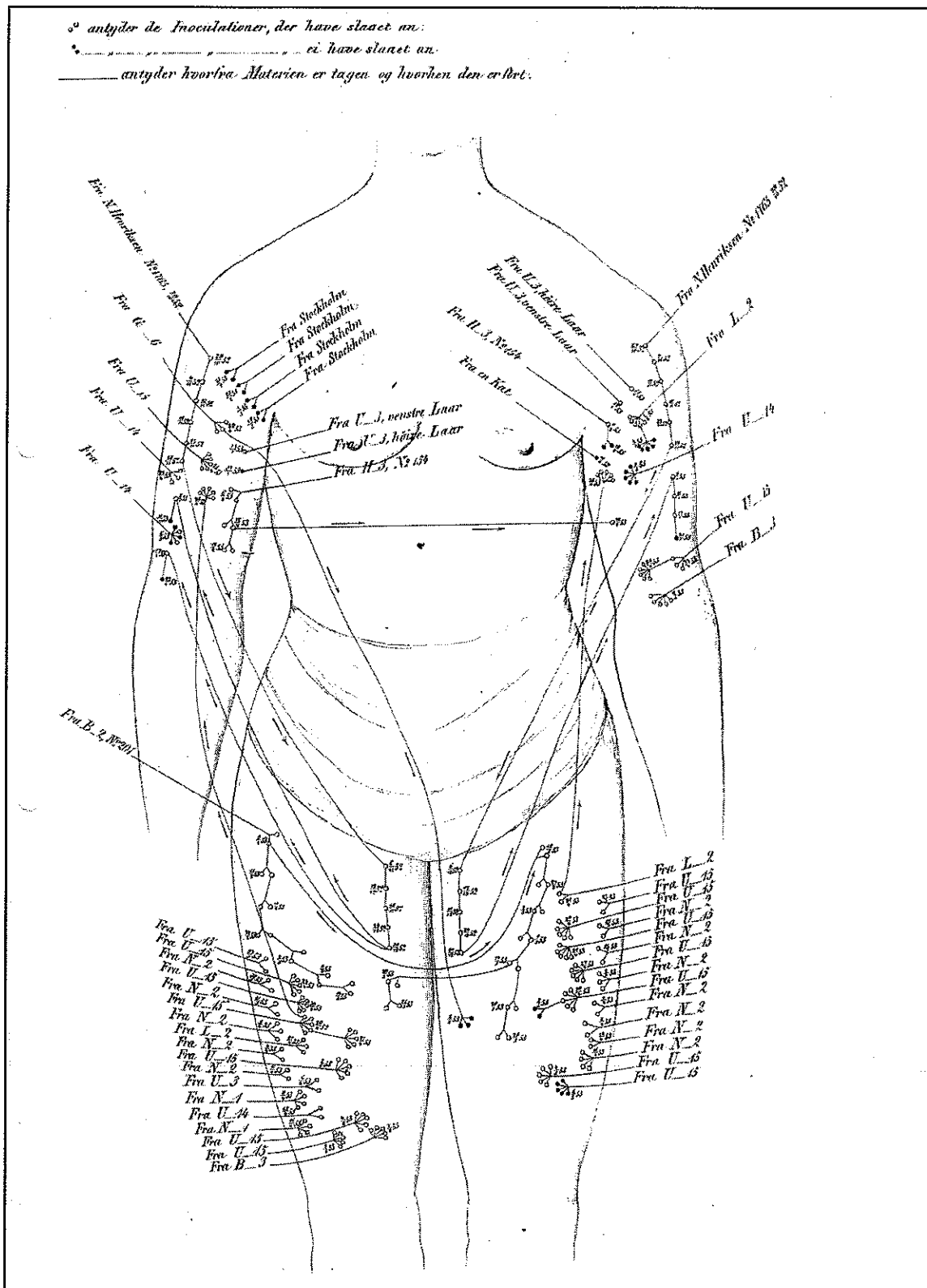
¹² Danielssen DC, CW. Boeck. *Om Spedalskhed*. Med Atlas og 24 lithogr. og ill. Plancher i Fol. Udg. efter Foranstaltning af den kgl. Norske Regjerings Departement for det Indre, Christiania 1847.

¹³ En vesentlig grunn til den vitenskapelige anerkjennelsen i utlandet var nok at verket ble oversatt til fransk: Danielssen DC, CW. Boeck. *Traite de la Spedalskhed ou Elephantiasis des Grecs par Daniels-sen et Boeck*. Traduit de Norwegien sous les yeux de Mr. Danielssen par L. A. Cosson (de Nogaret) avec un atlas de 24 pl. color, Paris 1848.

¹⁴ Boeck, CW. «Klinik over Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme». *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1852: 94-124 og 273-330.

¹⁵ Boeck W. «Syphilisationsforsøg». *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1853, VII, 2den Række: 513-527 og 585-617.

¹⁶ Faye FC, CW Boeck, OMN Lund, JA Voss, AW Münster. «Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania i 1856». *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*. Christiania: Det medicinske Selskab i Christiania 1856. Bind X, Anden Række, 45ff.



Figur 1: Tegning hentet fra C. Boecks rapport til det medisinske selskap i Christiania om sine første forsøk med syfilisasjonsbehandling av syfilissmittede. Legg merke til inokulasjonen på pasientens høyre skulder med «syfilisgift» sendt fra Stockholm (Boeck 1853:520-521).

Den internasjonale motstanden mot syfilisasjonsmetoden kulminerte under den første store, internasjonale legekongressen som ble arrangert i Paris i 1867. Ricord og Auzias-Turenne tørnet der høylydt sammen på et av plenumsmøtene og i det kaoset som da oppsto holdt møteordenen på å bryte helt sammen.¹⁷ En av tilskuerne til denne bataljen var en ung norsk lege, Adam Øwre. Han vendte deretter hjem til Norge, fast bestemt på å finne ut av hva som var de vitenskapelige fakta i denne saken, trolig ikke upåvirket av at stemningen på den internasjonale legekongressen nå definitivt vendte seg mot Auzias-Turenne og for Ricord.¹⁸

Etter hjemkomsten skaffet Adam Øwre seg arbeid på Rikshospitalet og dermed også tilgang til Boecks eksperimentjournaler. På et møte i det medisinske selskapet året etter pariskongressen, kom syfilisasjonssaken opp som debatt-tema, og da for siste gang.¹⁹ Det viste seg at Øwre hadde forberedt seg godt til dette møtet, et møte som Boeck selv ikke var til stede på, men der hans meninger ble representert av hans medisinske assistent. Striden kom nå til å stå om Boecks behandlingsstatistikk og resultater. Øwre hadde nemlig i sin granskning av journalene ikke funnet noen vesentlige forskjeller mellom pasienter som ble behandlet med syfilisasjon og de som mottok annen behandling. Boecks assistent, Bidenknap, måtte temmelig alene forsvare Boecks statistikk. Men usikkerheten knyttet til om tidligere pasienter skulle regnes som friske, symptomfrie eller ei, gjorde at ingen av partene kunne innkassere en klar seier.

Likevel synes det nå som om at den generelle stemningen, også blant norske leger, var i ferd med å snu seg mot syfilisasjonsmetoden. En grunn til dette stemningsskiftet kunne være at også koppevaksinasjonen nå ble knyttet til utbrudd av andre sykdommer, blant annet av syfilis (ikke ulikt den frykten som trippelvaksinen for barn vakte i Europa og i USA ganske nylig). De norske legene hadde blant annet kjennskap til den såkalte Rivalta-affæren i Italia. Her antok man at flere titalls barn ble påført syfilis da de ble koppevaksinert. Denne og flere liknende hendelser omtalt både i aviser og medisinske fagtidsskrifter gjorde at også de norske legene tok inn over seg at medisinske tiltak og behandlinger faktisk kunne *påføre* pasientene nye og flere lidelser og sykdommer, mens virkningen mot den sykdommen som forelå i utgangspunktet i mange tilfeller var tvilsom. Møtene i det medisinske selskapet viste at legene, som tidligere hadde handlet ut fra mottoet at «det er bedre å foreta seg noe, enn ingenting», var i ferd med å bli langt mer forsiktige. I tiden framover skulle det vise seg at det som de kalte for den ekspektative (avventende) behandlingsmetode ble valgt der tradisjonell behandling enten var en belastning for pasienten eller hadde uklar helbredende effekt.

¹⁷ Arnesen, DH. «Af syfilisationens historie». *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1898; 1266-9.

¹⁸ Perett, DB. *Ethics and error : the dispute between Ricord and Auzias-Turenne over syphilization, 1845-1870*. Palo Alto, Cal, 1977.

¹⁹ «Forhandling». *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1868: 67-78, 85-133, 144-185.

2. Et refleksivt intermesso

Mens de norske legene i større grad enn før behandlet sine syfilispasienter ekspektativt (ikke-spesifikk, styrkende behandling) i de siste par tiårene før 1900, så den nye laboratoriemedisinen i samme periode ut til å styrke sin stilling i forhold til den gamle erfaringsbaserte klinikk-medisinen.²⁰ I laboratoriet lyktes det nemlig etter hvert å rekonstruere «syfilisgiften» til en liten mikroorganisme, døpt *trepanoma pallidum* (Schaudinn og Hoffmann 1905). Den første blodtesten på om det forelå syfilissmitte ble funnet rett etterpå (Wassermann 1906). Men det laboratoriearbeidet som imidlertid kom til å vekke mest oppmerksomhet både i samtiden og etterpå, ble Ehrlich og Hiatas eksperiment med kjemikalie nr.606 i 1909.²¹ Dette stoffet, basert på giften arsenikk, kom raskt på markedet som den første moderne, naturvitenskapelige medisin mot syfilis, under produktnavnet «Salvarsan». Salvarsan ble kalt «en magisk kule» (filmatisert i USA med tittelen «Dr. Ehrlich's Magic Bullet» i 1940), nettopp fordi denne medisinen så ut til å kunne passere relativt uhindret gjennom organismens forsvarsverk og ramme den indre, primære sykdomskilde direkte.²² Salvarsan ble derfor den naturvitenskapelige medisins første virksomme kjemisk produserte middel.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på disse berømte naturvitenskapelige oppdagelsene; de er behørig omtalt andre steder i en omfattende medisinhistorisk korpus. Jeg skal her heller konsentrere meg om at omtrent samtidig som at noen medisinske forskere utviklet naturvitenskapelige relasjoner til sykdommenes vesen, så studerte andre forskere relasjoner mellom den medisinske kunnskapen og samfunnet rundt. Kanskje ikke uventet var disse studiene, som ofte brukte historisk materiale som utgangspunkt, basert på grundig kjennskap til medisinsk vitenskap og praksis. Den polske legen Ludwik Fleck, som i 1935 utga boken «Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache : Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv», er i dag forstått ikke utelukkende som medisinhistoriker, men også av som en som reflekterte over utviklingen av medisinsk kunnskap.²³ Det som gjør Fleck ekstra interessant og relevant i vår sammenheng, er at avhandlingen hans nettopp beskrev og analyserte den naturvitenskapelige historien til syfilis med et særlig fokus på wassermann-reaksjonen.

Før jeg går nærmere inn på Flecks betraktninger omkring den medisinske kunnskapens samfunnsmessige relasjoner, skal jeg gi et lite innblikk i datidens vitenskapshistoriske strukturer og kontekst, altså det Flecks arbeid kan sees i forlengelsen av. En måte å beskrive noen av de endringene som foregikk i medisinsk vitenskap fram mot 1900 er at medisinsens måte «å gjøre empiri på» (da legene observerte ved sykesengen i klinik-

²⁰ Ref. Ackerknechts og Shyrocks medisinhistorier.

²¹ Quétel 1990: Kap.6, «The great turning point (around 1900)».

²² Interessant nok ble det i løpet av 1920- og 30-tallet også formulert en «magic bullet theory». Denne teorien, eller hypotesen, sa at bestemte typer av informasjon formidlet gjennom massemedia kunne utløse hysteriske reaksjoner hos en passiv lyttermasse. Virkningsmåten til slike typer informasjon kan minne om virkningen til den ideelle medisin (moderne kjemisk medisin da forstått som en slags «trojansk hest»).

²³ På engelsk: Fleck, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: Chicago University Press: 1979.

ken, slik den før nevnte Phillippe Ricord), ble utfordret og komplettert i andre halvdel av 1800-tallet, særlig siden flere sentrale medisinske oppdagelser (f. eks. Robert Koch og Louis Pasteur) nettopp ikke hadde skjedd ved sykesengen, men i laboratoriet mens forskere studerte innholdet av reagensrør og kikket i mikroskop. Den kliniske medisinen, som for ikke så lenge siden skulle erstatte og renske ut det legene tidlig på 1800-tallet mente var foreldete teorier om sykdommenes karakter, hadde i noen tapninger også en brodd mot det som medisinerne da forsto som teoretisering og spekulative hypoteser uten tilstrekkelig empirisk grunnlag (noe som også truet med å ramme Carl Wilhelm Boecks syfilisasjonsmetode). Siden den nye laboratoriemedisinen ikke var basert på det som øyet umiddelbart kunne observere, men på uttaking og foredling av små biter av organismen (prøver som ble farget og dyrket), betraktet noen klinikere den nye laboratoriemedisinen som en revitalisering av de gamle, spekulative medisinske teoriene.²⁴ Dermed oppsto det en vitenskapelig spenning innen det medisinske fagfeltet mellom praksis og teori, en spenning som trolig også eksisterer den dag i dag, mellom allmennmedisinere (som betrakter sitt arbeid rettet mot pasienter som umiddelbart nyttig) og laboratoriemedisinere (som i likhet med andre naturvitere arbeider med små prøver og forsøk og som har en forsinket og i mange tilfeller svakere tilknytning til nytte og relevans) som kan vurdere hverandres betydning i kampen mot sykdom ulikt.

Den moderne medisins dilemma blir derfor ofte forstått som på den ene siden valget mellom et faglig blikk rettet mot pasientene, og gjennom disse, et blikk rettet mot samfunnet (som består av mange mulige pasienter), og på den andre siden et annet faglig blikk rettet inn mot menneskenes biologiske, indre natur (som igjen består av utallige naturvitenskapte smådelar). Ofte blir dette medisinske dilemmaet beskrevet slik at har du utelukkende øye for sykdom som naturvitenskap, så mister du noe av det viktige blikket på pasienten og mennesket «bak» sykdommen (medisinens kvalitative side). Men hvis du som lege bare har blikk for pasienten og dennes lidelse, så står du også i fare for å ignorere de bio-medisinske tiltak som det til enhver tid er vitenskapelig dokumentert som mest virkningsfulle (f. eks. lagret i databaser som «evidensbasert medisin»).

Dette «dualistiske» medisinske blikket rettet mot henholdsvis pasient/samfunn og sykdom/natur henger i sin tur sammen med et delt syn på hva som skal regnes som de viktigste og «egentlige» årsakene til sykdom. I svært mange tilfeller er det mulig å referere både til biologiske årsaker og til samfunnsmessige/sosiale årsaker til en og samme sykdom. Den biologiske sykdommen kan vi muligens helbrede direkte gjennom å drive medisinsk terapi *etter* at sykdom kan påvises. Samfunnsmessige årsaker til sykdom derimot, kan kun påvirkes *før* sykdom bryter ut, f. eks. gjennom å endre på lokale forhold som virker sykdomsproduserende (f. eks. dårlig drikkevann, slett kosthold eller mangel på arbeid). Overraskende nok har medisinerne som retter sitt blikk mot samfun-

²⁴ Ford, B.J. *The revealing lens. Mankind and the microscope*. London: Harrap, 1973. Borelli, M. «Training the senses, training the mind». I Bynum WF og R Porter (eds.). *Medicine and the five senses*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

²⁵ Silverman, WA. *Where is the evidence? Debates in modern medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

net både blitt betegnet som politiske medisinere og tildels også forstått seg selv som sosial-politiske aktivister, mens de som arbeider med sykdom på biomedisinsk vis er blitt karakterisert som indifferente eller agnostiske i forhold til en samfunnsmessig og politisk problematikk.²⁶

Retrospektive studier av medisinsk kunnskap og praksis avdekker ganske lett hvordan det vi i dag ser var kulturelle/sosiale fordommer er i stand til å penetrere det indre av vitenskapen, blant annet som vitenskapelige feiltakelser. Det at for oss «åpenbare» medisinsk-vitenskapelige feiltakelser en gang ble delt av et høyt kvalifisert medisinsk fellesskap er et merkelig fenomen som vi i dag kan undre oss over. Dette fenomenet, som er bekreftet av uttallige historiske studier også innenfor andre vitenskapelige disipliner, har imidlertid gjort oss oppmerksomme på at det eksisterer bestemte måter å tenke på, bestemte tankemønstre, som er avgrensbare i tid og rom. Vitenskaps-historikeren og fysikeren Thomas Kuhn lanserte på 1960-tallet begrepet paradigme på dette fenomenet, sterkt inspirert av medisineren Ludwik Fleck.²⁷

Slike påstander om den medisinske kunnskapens sosiale karakter (f. eks. som paradigmer) virker trolig ikke umiddelbart provoserende, siden medisinen omfatter svært ulike kunnskaps- og praksisfelt. Medisinen både praktiseres av mennesker, utføres på mennesker, og er omgitt av et samfunn. Mer problematisk blir det når slike påstander berører den medisinsk-vitenskapelige naturen. Historisk sett er imidlertid ikke slike påstander så problematiske: Ricord antok at hans blikk kunne tyde tegnene på syfilis når han kunne se direkte på pasientenes kropp med sine egne øyne. Ricords samtidige var skeptiske til mikroskopet, et instrument som ble plassert mellom øyet og objektet (en utvalgt del av kroppen). Hvordan kunne de da vite sikkert om ikke mikroskopet tilførte elementer i det bildet de så, elementer som ikke fantes i undersøkelsesobjektet? Og hvordan kunne de se hele sykdommen når de bare så en liten del av mennesket? Noen tiår senere var slike innvendinger anakronistiske siden alle «visste» at mikroskopet kun gjenga et forstørret bilde av en liten virkelighet. Men denne lille virkeligheten kunne i enkelte tilfeller fortelle dem hele sannheten om hvilken sykdom dette dreide seg om. Det instrument som legene først antok *fjernet dem fra* den observerbare natur*, ble derfor smått om senn transformert til noe som* brakte dem nærmere *naturen.*

Fleck studerte de «kjernevitenskapelige» relasjonene mellom forskere og forskningsobjekt, mellom medisinere og syfilis. Det grunnleggende spørsmålet han stilte var om forholdet mellom forskernes fortolkende blikk og det de beskrev de så, når de forsket. Som jeg var inne på tidligere, ønsket Ricord nettopp å øve opp sitt eget blikk og beskytte sin direkte medisinske iakttagelse rettet mot syfiliskroppen; dvs. et blikk som i minst mulig grad var påvirket eten av fordommer eller unødvendige instrumenter (f. eks. et mikroskop). På denne måten hevdet Ricord at han forsøkte å *frigjøre seg fra* den kunnskapen som ennå rådet i medisinen syn på syfilis. Fleck derimot, mente at han i sine historiske kilder kunne se hvordan enkelte meningsbærende trekk ved den gamle medisinske kunnskapen om syfilis faktisk ble *vedlikeholdt*, til tross for at syfilis etter 1900 ble observert på det som da ble forstått som en direkte og naturvitenskapelig

²⁶ Falkum, E. *Sykdomsoppfatning, helseomsorg og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget: 1978.

²⁷ Kuhn, TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago : University of Chicago Press, 1962.

måte. Hva ble brakt over fra det ene til det andre kunnskapsregime og hvordan skulle kunnskapsmessige «etterslep» som dette forstås?

Wassermann-reaksjonen er en enkel blodtest som skal vise tegn på om en person har syfilisstoffer i blodet eller ikke. Men denne testen viste seg å være svært vanskelig både å utføre og å fortolke riktig.²⁸ Til tross for slike usikkerhetsfaktorer, ble det i årene etter at testen ble lansert lagt ned mye arbeid i opplæring og bruk av den. Fleck hevdet at det var flere grunner til at denne testen ble implementert så vidt bredt, til tross for alle dens feil. For det første mente han det var mulig å betrakte testen som en forlengelse av den gamle forestillingen om at syfilissykdommens hovedsete lå i blodet (som «dårlig blod»). For det andre krevde syfilis-problemet ute i samfunnet et eller annet virksomt medisinsk tiltak. Og for det tredje kunne medisinen etter 1909 stille både med en syfilis-test og en syfilis-behandling (Salvarsan) til de som testet positive.

Den naturvitenskapsbaserte medisinen la selv stor vekt på en vitenskapelig diskontinuitet, som et framskritt, mellom den gamle forståelsen av syfilis som en gift i blodet (jf Carl Wilhelm Boeck), og den nye forståelsen av syfilis som en mikroorganisme. Den nye forståelsen kunne verifiseres direkte gjennom observasjon, om enn ikke helt enkelt å utføre i praksis, i et hvert moderne mikroskop. Samtidig fant Fleck altså en kunnskapsmessig kontinuitet i forståelsene omkring wassermann-reaksjonen. Bruddet med fortidige forståelser hadde altså ikke vært fullstendig. Denne kontinuiteten eksisterte ikke fordi forskerne så det samme som tidligere, men på grunn av at forskerfellesskapet rent kognitivt videreførte den gamle forståelsen om at syfilisens hovedsete var i blodet og da best kunne konstateres der. Slike delte og «resistente» forståelser innenfor et forskerfellesskap kalte Fleck for *tankestiler*, mens han benevnte slike forskerfellesskap for *tankekollektiv*. Selv om den nye naturvitenskapen hadde en teori som sa at forskerne beskrev sykdommene uavhengig av sosial kontekst, påviste Flecks empiriske studie av wassermann-reaksjonen «rester» av forståelser som i større grad var forankret i forskernes sosiale fellesskap enn i deres observasjoner av natur.

Naturvitenskapens forankring i et sosialt fellesskap til forskjell fra natur virker provoserende på mange, særlig med tanke på dagens naturvitenskap: Hva skal vi da feste vår rasjonalitet i, om ikke i evige og konstante naturlover? I sin ytterste konsekvens er individuelle fiksjoner også et tegn på at «virkeligheten har brutt sammen», en ikke uvanlig tilstand blant syfilissyke som gjennomgikk det tredje og siste stadium, da nervesystemet og hjernen ble ødelagt. Vi har altså et sammentreff der både Flecks historiske studie av den vitenskapelige kunnskapen om syfilis og syfilisens organiske virkninger reflekterte vitenskapens og det rasjonelles grenser.

Merkelig nok ble spørsmål knyttet til vår moderne rasjonalitet aktualisert nettopp av en person som mange siden har forsøkt diagnostisere som syfilis-syk. Filosofen Friedrich Nietzsche konstaterte i løpet av andre halvdel av 1800-tallet at naturens utspring fra Gud var sterkt svekket etter hvert som naturvitenskapen fikk økende aksept for at menneskene hadde utviklet seg fra apene og ikke fra Guds skaperverk. Men Nietzsche

²⁸ Porter, R. *The greatest benefit for mankind: a medical history of humanity from antiquity to the present*. London: Harper Collins Publishers: 1997: 452.

anså heller ikke naturvitenskapen som den endelige rammen rundt menneskets rasjonalitet, men kun som en avgrenset periode på vei mot andre og nye rasjonaliteter.²⁹ I ettertid er Nietzsche blitt framstilt som om han avviste ethvert grunnlag for kunnskap i en slags personlig, nihilistisk søken etter undergang og fortapelse. Denne prosessen mot undergangen ble fullført da Nietzsche fikk et nervesammenbrudd i Torino i 1889. I tiden før og rett etter sammenbruddet led Nietzsche av vrangforestillinger. Etter dette var han ute av stand til å arbeide og døde i sin søsters forpleining i 1900.

3. Å skrive hele syfilisens biografi

Fra sykdommens generalitet til ny spesifisitet

Før penicillinet ble satt inn i kampen mot syfilis, her i Norge fra og med 1947 av, sto syfilissmittede i fare for å måtte gjennomløpe syfilisens totale kronografi (syfilisens totale serie med tegn) i tre stadier. Verken salvarian eller noen av de andre midlene som ble forsøkt brukt mot syfilis ga noen fullstendig garanti for at sykdommen var ute av kroppen. Wassermann-testen mistet også i mellomkrigstiden noe av sin verdi/tillit som diagnostisk prøve på om det forelå syfilis på grunn av sin upålitelighet. Likevel så det ikke alltid ut slik at de som en gang var blitt smittet, en gang kom til å dø som en direkte eller indirekte følge av sykdommen tyve-tredve-førti år etterpå. Enkelte individer som en gang hadde vist klare tegn på å være smittet av syfilis, så nemlig ikke ut til å gjennomgå sykdommens siste, alvorlige stadium. De ulike personlige biografiene til de som en gang hadde vært smittet av syfilis, var ennå ikke skrevet. Samtidig var det også klart at syfilisene også måtte få nedskrevet sine egne individuelle biografier, siden disse ikke framsto med like tegn, fra sykdomstilfelle til sykdomstilfelle.

Slike spørsmål stilte medisinerne seg ut over 1920-tallet da midlene som ble satt inn mot syfilis viste ikke seg å være tilstrekkelige. Samtidig var det i flere land nå bygd opp et offentlig helsevesen som både hadde interesse av å stille slike spørsmål og som muligens hadde de instrumenter for hånden som kunne gjøre det mulig å finne et svar. Her i Norge hadde vi en helt spesiell mulighet til å utføre en slik studie, basert på eldre pasientdata. Som jeg var inne på i artikkelens første del, foretrakk flere norske leger å behandle syfilis ekspektativt etter at Carl Wilhelm Boecks syfilisasjonsforsøk ble lagt ned. Den ekspektative metoden hadde, i likhet med syfilisasjonsmetoden, også til hensikt å gi pasientene motstandskraft mot sykdommen, men da ved å gjennomføre et ikke-spesifikt sunnhetsregime, trolig ikke helt ulikt det regime og den tenkning som begrunnet behandlingen av tuberkulose i samme periode.

En fetter av den før nevnte Carl Wilhelm Boeck, denne gang Cæsar Boeck, gjennomførte dette nye behandlingsregimet i tiårene før og etter 1900 ved Rikshospitalet. En side ved hans behandlingsregime, var at det produserte pasientdata over omtrent 2000 personer som en gang hadde vært smittet med syfilis, og som dertil ikke hadde mottatt såkalt spesifikk medisinsk behandling for denne sykdommen. Omkring 1920 hadde det

²⁹ Strong, TB. «Nietzsche's political misappropriation». I Magnus, B og KN. Higgins (eds.). *The Cambridge companion to Nietzsche*. Cambridge: Cambridge University Press 1996.

gått tretti år siden de første syfilissmittede ble behandlet ekspektativt av Boeck. Dette var så vidt lang tid at de som trolig skulle føle konsekvensene av sykdommen, mest sannsynlig hadde gjort det da. Medisineren E. Bruusgaard så hvilken mulighet som lå i dette gamle pasientmaterialet og satte derfor i gang med å gjenfinne så mange som mulig av de 2000 syfilissmittede som sto i Boecks journaler.³⁰ Han klarte å dokumentere tilstanden til 473 av disse i løpet av årene 1925-1927 (det såkalte Boeck-Bruusgaard-materialet). Bruusgaard fant ut at omtrent 30 % av disse 473 tidligere pasientene ikke hadde kjent store plager av sykdommen etter det første smittestadiet. Men hele 70 % av de smittede, mente Bruusgaard, hadde ikke gjennomløpt det siste og mest alvorlige stadiet av syfilis. Bruusgaards studie produserte imidlertid nye spørsmål: Hvorfor ble utfallet så forskjellig, fra person til person og gjennom de ulike stadium av sykdommen? Hvilken effekt hadde salvarsanbehandlingen, som ble forsøkt ut fra og med 1910, på sykdommen? Og fikk en pasient som mottok spesifikk behandling lettere symptomer utover i sykdomsforløpet, enn pasienter som ikke hadde mottatt spesifikk behandling?

Omkring 1930 ble slike og liknende spørsmål stilt i USA av de sentrale helsemyndighetene, som også var godt kjent med den norske Boeck-Bruusgaard-studien. I USA ble det særlig fokusert på den hyppige forekomsten av syfilis blant fattige sorte i enkelte av sørstatene.³¹ Der levde mange smittede ubehandlet gjennom hele sykdomsforløpet og disse utgjorde et forsøksmateriale som liknet på Boeck-Bruusgaard-materialet, men som til nå ikke hadde vært utnyttet, forsto helsemyndighetene.³²

Muligens kan urimeligheten i denne syfilisstudien i USA forstås gjennom å trekke inn Flecks begrep om tankekollektiv? Flecks begrep ble riktignok primært anvendt på internvitenskapelige forståelser av natur, men ligger det ikke «forståelser av natur» bak ignoreringen av dette etiske bruddet? Amerikanske leger hevdet at en syfilisstudie av sorte var spesielt vitenskapelig interessant fordi sykdommen antok en særlig karakter blant sorte, enn hos hvite. Denne forskjellen i sykdomsforløp var ansett for å være så stor at en lege til og med hevdet at «dette så noen ganger ikke ut til å handle om samme sykdom». Denne «tankestilen» ser også ut til å ha omsluttet deler av den sorte befolkningen, siden eksperimentet ble drevet både med hjelp både fra sortes organisasjoner, akademia og med hjelp fra sort personell.

Etter 1945 ble det norske Boeck-Bruusgaard-materialet gjenstand for nok en undersøkelse.³³ På dette tidspunktet måtte man regne med at de fleste som en gang hadde vært smittet hadde gjennomløpt et fullstendig sykdomsforløp. I alle fall hadde de som ennå levde muligheten til å bli behandlet med penicillin, noe som i trolig ville stoppe sykdomsforløpet ganske effektivt. I samme periode i USA, ble av en eller annen grunn det vi i dag ser som et klart brudd på etiske regler de smittede ikke behandlet mot syfilis, for å kunne studere syfilisens forløp i hele livslengden. Selv om de smittede til da ikke

³⁰ Bruusgaard, E. «Über da Schicksal der nicht spezifisch behandelten Luetiker». *Archiv für Dermatologie und Syphilis* 1929;157:309-32.

³¹ Jones, JH. *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. New York: Free Press, 1981.

³² Gjestland 1955: 27ff.

³³ Ibid.

hadde mottatt noen medisinsk behandling mot syfilis av ulike årsaker, ville det å utnytte disse i en vitenskapelig studie etter at penicillinet ble tatt i bruk, utgjøre en intervensjon og en ressursbruk som like gjerne kunne vært brukt til å gi disse relevant behandling.

I årene etter 1945 var det tett kontakt mellom de amerikanske myndighetene og de norske medisinerne som studerte Boeck-Bruusgaard-materialet. De norske medisinerne besøkte også USA og mottok pengestøtte fra de amerikanske helsemyndighetene, noe som gjorde det mulig både å gjennomføre, men også å utvide omfanget av den norske studien.³⁴ I 1955 ble arbeidet publisert under tittelen «The Oslo-Study of Untreated Syphilis». Denne andre undersøkelsen av Boecks pasienter hadde avdekket den medisinske skjebnen til omtrent 1000 personer av den opprinnelige gruppen av 2000 personer, iberegnet en stor del av de 473 personene som Bruusgaard hadde kartlagt på slutten av 1920-tallet.

Tallene fra Oslo-studien styrket anslaget som Bruusgaard gjorde i 1929 over de som ikke fikk varige men av syfilis i forhold til de som ble alvorlig syke. I Oslo-studien refereres det også til den såkalte «Alabama-gruppen», som da var den eneste andre livsløpsstudien av syfilissmittede ved siden av Oslo-studien. Oslo-studien baserte seg på et gammelt materiale («en klassisk retrospektiv studie»), mens Alabama-studien fortsatte som en følgestudie av ubehandlede syfilissmittede, selv etter at penicillinet ble et kurant behandlingsmåte. Dette ble fra myndighetenes side begrunnet med at en forlengelse av eksperimentet var svært «gunstig medisinsk-vitenskapelig». På 1960-tallet ble det satt et offentlig, kritisk lys på dette eksperimentet, dels på grunn av interne «whistleblowers», men også trolig fordi at stemningen i det amerikanske samfunnet generelt i forhold til de sorte hadde endret seg i løpet de 30-årene som hadde gått siden eksperimentet ble initiert. I amerikanske media ble ikke historien eksponert før i 1972, da under navnet Tuskegee-affæren. Og det skulle gå enda 20 år før USAs sentrale myndigheter, gjennom daværende president Clinton, ga de få gjenlevende og de dodes slektninger en unnskyldning for det som hadde hendt.

Avslutning

Denne artikkelen er delt i tre deler; to empiriske deler først og sist og et refleksivt intermesso i midten: I artikkelens første del beskrev jeg medisinerens arbeid med å definere syfilis som en unik sykdom som er forskjellig fra alle andre sykdommer (en sykdom med visse spesifikke tegn) omkring midten av 1800-tallet. Samtidig beskrev jeg et eksperiment som gikk ut på å behandle syfilis, utført av en norsk medisiner i samme periode, der denne medisineren forsøkte å «oversette» en behandling som hadde virket mot annen sykdom (kopper) og som også hadde sett ut til å virke på dyr (aper) til å bli en behandling for mennesker. Hva var likt og dermed overførbart, og hva var ikke det?

I artikkelens andre del reflekterte jeg over den medisinske kunnskapens sosiale og kognitive basis med utgangspunkt i de biomedisinske oppdagelsene av syfilisens na-

³⁴ Gjestland 1955: Preface.

turgitte årsak omkring 1900. I den forbindelse så jeg på medisineren Ludwik Fleck som gjorde liknende refleksjoner med utgangspunkt i den medisinske kunnskapen om syfilis. Jeg brakte også inn en filosof som mot slutten av 1800-tallet verken tenkte eller skrev om syfilis, men som flere forskere i dag antar led av syfilis, nemlig Friedrich Nietzsche. Nietzsche formulerte et så radikalt syn på betingelsene for menneskelig kunnskap at hans meninger ofte er blitt årsaksforklart med at syfilisen hadde gjort ham irrasjonell, på grensen til sinnssyk.

I artikkelens tredje del kom jeg tilbake til medisinerens forsøk på å avdekke syfilisens totale biologiske og samfunnsmessige uttrykk, noe som faktisk ikke skjedde i laboratoriet, men gjennom epidemiologiske livsløpsstudier av syfilissmittede mennesker før penicillinet viste seg å virke effektivt mot syfilis i årene etter andre verdenskrig.