

# FORTID

*Historiestudentenes tidsskrift, UiO* NR 4-2009 • 6. ÅRGANG • KR 50,-



## SYKDOM!

**Magnus Vollset:** Spedalskhet i Norge; **Ragnild Hutchison:** Hvordan kaffe og te ble hverdagsvarer; **Tito Correa:** Comenius and The Orbis Pictus; **Inger Hilde Killerud:** Djengis Kahn, Stalin eller bestemor?; **Hilde Bondevik:** Bruddstykker av en hysterianalyse; **Per Holck:** Sykdom og helse i Norge i elder tider; **Christoph Gradmann:** Re-inventing infectious disease; **Elisabeth Solvang Koren:** Fortinnlig skipsmateriell – Fortinnlige sjøfolk; **Arne W. S. Sørensen:** Napoleons nyrer; **Jardar Sørvoll:** Willoch-regjeringens boligreformer; **Espen Olavsson Hårseth:** Nytt perspektiv på Sovjets første femårsplan; **Maren Dable Lauten:** Refleksjoner rundt demokratibegrepet; **Marthe Glad Munch-Møller:** Museum uten formidling

ISSN 1504-1913

**Trykkeri:** Allkopi

**Redaktører:** Haakon Andreas Ikonomou og Øystein Idsø Viken.

**Temaredeksjonen:** Haakon Andreas Ikonomou, Hanne Line Hvalby, Didrik Dyrdal, Marthe Glad Munch-Møller, Espen Thoen.

**Redaksjonen:** Sveinung Boye, Espen Olavsson Hårseth, Didrik Dyrdal, Hanne Line Hvalby, Haakon Andreas Ikonomou, Christoffer Kleivset, Dan Roger Luneborg Kvilstad, Mali Lunde, Marthe Glad Munch-Møller, Nina Maria Rud, Espen Thoen, Øystein Idsø Viken, og Magnus Aasrum.

**Illustrasjon og grafisk utforming:**

**Framsideoillustrasjon:** "E.V.Pavlov by Repin". Kirurg E. Pavlov i operasjonssalen, olje på lerret av Ilja Repin. Biletet er lisensiert under creative commons, og er tidlegare publisert på:

[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/6f/E.V.Pavlov\\_by\\_Repin.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/6f/E.V.Pavlov_by_Repin.jpg). Maleriet heng i Tretyakov-galleriet i Moskva.

**Baksideoillustrasjon:** "Bacterial morphology diagram". Lasta opp til Wikimedia Commons av Mariana Ruiz – "LadyofHats". Bildet er lisensiert under creative commons, og er tidligere publisert på:

[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/69/Bacterial\\_morphology\\_diagram.svg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/69/Bacterial_morphology_diagram.svg).

**Layout:** Randi Holth Skarbø.

**Kontakttelefon:** 414 38 834 (Haakon Andreas Ikonomou)  
og 418 51 200 (Øystein Idsø Viken)

**E-post:** [redaksjonen@fortid.no](mailto:redaksjonen@fortid.no)

**Nettside:** <http://www.fortid.no/>

**Kontaktadresse:** Universitetet i Oslo, IAKH, Fortid,  
Pb. 1008 Blindern, 0315 Oslo

Fortid er medlem av tidsskriftforeningen,  
se <http://www.tidsskriftforeningen.no/>

Fortid utgis med støtte fra Institutt for arkeologi, konservering og historie ved Universitetet i Oslo, SiO og Norsk kulturråd

# INNHold

## 5 *Leder*

Haakon Ikonomou

### *Kortere tekster*

## 6 *Spedalskhet i Norge*

Magnus Vollset

## 10 *Hvordan kaffe og te ble hverdagsvarer*

Ragnhild Hutchison

## 13 *Comenius and The Orbis Pictus*

Tito Correa

## 18 *Djengis Khan, Stalin eller bestemor?*

Inger Hilde Killerud

### *Lengre tekster*

## 22 *Bruddstykker av en hysterianalyse*

Hilde Bondevik

## 29 *Sykdom og helse i Norge i elder tider*

Per Holck

## 36 *Re-inventing infectious disease*

Christoph Gradmann

## 41 *Fortinnlig skipsmateriell – Fortinnlige sjøfolk*

Elisabeth Solvang Koren

## 47 *Napoleons nyrer*

Arne W. S. Sørensen

## 56 *Willoch-regjeringens boligreformer*

Jardar Sørvoll

### *Bokmeldinger*

## 62 *Nytt perspektiv på Sovjets første femårsplan*

Espen Olavsson Hårseth

## 64 *Refleksjoner rundt demokratibegrepet*

Maren Dahle Lauten

## 66 *Museum uten formidling*

Marthe Glad Munch-Møller



# LEDER

*Redaksjonen ved Haakon Andreas Ikonomou*

*Fortid* fyller fem år! Vi er stolte over den veien vi har gått, for den danner grunnlaget for den veien vi skal gå. Som historiestudentenes eget tidsskrift håper vi alltid på flere bidrag fra studenter – dette er jo fremtidens frukter! *Fortid* vil fortsette å være et historisk tidsskrift som gjenspeiler bredden i historiefaget – både når det gjelder emner og bidragsyttere. De fire titlene av året skulle vitne om dette: *Økonomisk historie; Nordmenn og Nazismen; Imperier: Inn- tog og Ideologi* og nå *Sykdom!*

Hva er vel bedre, i disse svineinfluensadager, enn å kalle dette nummeret nettopp *Sykdom!* Da tittelen ble valgt var det dog ikke influensaen som lå til grunn. Tittelen gjenspeiler hvordan man oppfatter sykdom, det setter skrekken i oss. Sykdom er ikke bare noe man har, men noe allmennheten er opptatt av – har en formening om. Det er flere systemer bygget rundt de syke: et tankesystem, et vitenskapelig system og et institusjonelt system.

Forskjellige tidsperioder definerer hva som er det ”syke”, til forskjell fra det ”friske”. Et tankesystem dannes rundt hva som er sykkelig, som kanskje sier mer om samtiden enn om sykdommens karakter. Hilde Bondevik skriver om hvordan hysteri var en kulturdiagnose, betinget av tidsånden, full av bibelsk mening og freudiansk mystikk. Forståelsen av sykdom definerer også samtidens idealer om det normale.

Men sykdommen tilhører ikke det åndelige alene, den kan være et høyst reelt problemkompleks med både menneskelige, politiske og økonomiske aspekter. Elisabeth Koren

forteller i ”Fortrinnlig skipsmateriell – fortrinnlige sjøfolk” om hvordan forebyggende helsearbeid for norske sjømenn like mye var et spørsmål om ideologi og politisk farge, som det var om helse. Det handlet om ordningen av samfunnet – og artikkelen munner ut i den sosialdemokratiske modellen for forebyggende helsearbeid som vi kjenner i dag.

Sykdommen har fulgt mennesket opp gjennom tidene, og så lenge det har vært sykdom har mennesket forsøkt å bekjempe den. Professor i medisin, Per Holck, tar oss med på en reise fra vikingtiden og frem til i dag, der vi følger menneskets evinnelige kamp mot døden. En potpurri av pest og plager, men også historien om vitenskapens fremmarsj.

Historien om sykdom er også historien om moderne vitenskap og fremveksten av dagens medisinske og teknologiske innsikt. Christoph Gradmann argumenterer, i tråd med dette, for at metoden for bakteriologisk eksperimentering på dyr kan spores tilbake til Robert Koch – mannen som fant både kolera- og tuberkulosebakterien.

I dag står vi på skuldrene til kjemper, men kjempene står til knes i blod. Med andre ord: Fremskrittene gjort i medisinsk vitenskap har ikke blitt gjort uten ofre. Dermed inneholder sykdomshistorien også et klassisk etisk spørsmål: Helliggjør målet midlene?

Medisin- og helsehistorie dekker altså politiske, vitenskaps- historiske, institusjonelle, så vel som etiske spørsmål. Så hva er vel bedre, når man kjenner pandemiens klamme grep, enn å skrike ut: Sykdom! Det skulle inspirere til refleksjon.

## Spedalskheten i Norge

Magnus Vollset, stipendiat UiB

*I løpet av middelalderen forsvant spedalskheten fra mesteparten av Europa. Dette var ikke tilfellet i Norge. På 1800-tallet spilte sykdommen en viktig rolle i oppbyggingen av et nasjonalt helsevesen – og lepraforskningen satte Norge på det medisinske verdenskartet. Hvordan ble leprapolitikken i Norge formet, og hvordan var leprapolitikken i resten av verden?*

I Norge har spedalskheten vært kjent siden vikingtiden. I Gulatingslovene fra 900-tallet står det for eksempel spesielt at spedalske var fritatt for militærplikt.<sup>1</sup> I Bergen var det kontinuerlig aktivitet ved leprahospitalet St. Jørgens fra 1411 til siste pasient døde i 1946. Nøyaktig hvor mange som har vært rammet av sykdommen vites ikke, ei heller hvorfor sykdommen overlevde i europeiske utkantstrøk. Sykdommen fikk sporadisk oppmerksomhet; fram til 1831 dukket de spedalske opp i de offisielle innberetningene fra norske sykehus kun som uspesifisert del av gruppen for «veneriske Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge».<sup>2</sup> Historiker Morten Hammerborg har i sin ferske doktorgradsavhandling vist at nettopp det å finne ut hvor mange som var rammet av sykdommen var en viktig del av medisinerens mediko-politiske prosjekt, der målet var å få staten til å bygge opp et «spedalskhetens apparat».<sup>3</sup>

### **En trussel blir skapt**

Den første nasjonale tellingen av spedalske ble utført av landets prester i 1836 etter initiativ fra brigadelege Jens Johan Hjort. Tellingene konkluderte med at det fantes 659 spedalske i landet. Disse befant seg langs kysten, fra Stavanger i sør til Finnmark i nord. 405 av de spedalske fantes i Bergens stift. Det var stor underreportering fordi de spedalske skjulte sykdommen og anså den som uheldredelig. Da St. Jørgens hospital fikk stadig

flere beboere, slo legene fast at sykdommen «har grebet mere om sig end forhen, som det synes, endog i en frygtelig grad».<sup>5</sup>

Da prest Johan Ernst Welhaven ved St. Jørgens Hospital i 1816, som den første forsøkte å engasjere myndighetene i leprapleie, spilte han på medfølelse og at de syke var lidende individer med behov for pleie. Resultatet ble en ambulerende legetjeneste, og at medisinen for første gang ble involvert i leprapleie. Da medisinerne mot slutten av 1830-tallet var pådrivere for en offentlig leprapleie ble spedalskheten framstilt som en trussel, en forferdelig sykdom i ukontrollert vekst som uhindret hadde spredt seg langs hele vestkysten og truet med å komme over fjellene og invadere Christiania. Det var kun én måte å stanse trusselen, og det var å gi medisinerne hva de ba om: penger til et forskningshospital der de kunne utvikle en kur, og senere pleiestiftelser hvor staten kunne tilby pleie til de kronisk syke.

Medisinerens prosjekt var en suksess. I Bergen åpnet først forskningshospitalet Lungegårdshospitalet i 1847, og i 1856 Pleiestiftelsen No. 1. I 1861 åpnet leprahospitalene Reknes hospital ved Molde og Reitgjerdets Pleiestiftelse utenfor Trondheim. Samlet hadde det norske lepraapparatet over 900 sengeplasser.<sup>6</sup>

### *En særegen form for arv*

En viktig grunn til at myndighetene ikke hadde engasjert seg tidligere, var at sykdommen ble sett på som uhelbredelig. Dette var brigaderlege Hjort uenig i. Spedalskheten kunne kureres dersom behandlingen kom i gang tidlig nok, men mer forskning måtte til for å finne ut nøyaktig hvilken behandling som ville fungere, mente han.

I 1847 utga den nyansatte overlegen ved Lungegårdshospitalet i Bergen, Daniel Cornelius Danielsen, og lektor i medisin ved Universitetet i Christiania, Carl Wilhelm Boeck, begge eksperter på spedalskhet, verket *Om Spedalskhet*. Dette var første gang spedalskheten ble klart definert som egen sykdom. Boken på 516 sider beskrev hvilke former sykdommen forekom i, hva sykdommen skyldtes, hvordan den utviklet seg, samt flere titalls obduksjoner som forklarte hvordan sykdommen herjet også inne i menneskekroppen. Verket ble oversatt, og vant i 1855 den prestisjetunge internasjonale utmerkelsen *Prix Monthyon* og fikk en "enestående posisjon som internasjonalt referanseverk".<sup>7</sup>

Danielsen og Boeck var overbeviste om at årsaken til spedalskheten var en særegen form for arv. Det fantes ikke bare spedalske individer men også spedalske familier. Særegenheten som hadde gjort spedalskheten til en medisinsk gåte lå nemlig i at sykdommen kunne hoppe over enkelte generasjoner, og i tillegg spre seg i sidegrener av slektstreet. Også de som ikke var syke, kunne altså spre spedalskheten. I 1850 diskuterte den norske Medicinal-Comite ekteskapsforbud for alle med spedalske i familien, men forslaget ble i 1854 avvist i Stortinget som et tiltak som rammet for mange.<sup>8</sup> Forslaget var likevel viktig idet det banet vei for penger til at staten bygde institusjoner for å ta seg av de spedalske.

### *Verdens første nasjonale pasientregister*

Siden sykdommen var arvelig, var det nødvendig å holde oversikt, ikke bare over den enkelte syke, men også de sykes familier. Legenes løsning ble verdens første nasjonale pasientregister, opprettet i 1856.<sup>10</sup> Blant opplysningene som skulle registreres, var en egen rubrikk for andre spedalske i familien.

Tallene ble hentet inn ved at det fra 1856 ble opprettet sunnhetskommisjoner i alle kommuner der det var registrert spedalske. Kommisjonene var ledet av den lokale distriktslegen og besto av kommunestyre eller formannskap. Den tette koblin-

gen til de folkevalgte ga både legitimitet og en større kontaktflate i jakten på de spedalske. Da Sunnhetsloven trådte i kraft i 1860, også kalt «helsetjenestens grunnlov»<sup>11</sup>, ble det opprettet sunnhetskommisjoner i alle kommuner basert på den «Erfaring, man hidtil har om de mod den spedalske Sydgom oprettede Sundhedscommissioners Virksomhed».<sup>12</sup>

For lepralegene ga pasientregisteret et nytt abstraksjonsnivå som gjorde det mulig å studere sykdommen uavhengig av den enkelte syke; et viktig ledd i utviklingen av den moderne legevitenskapen. Gjennom registrene fant legene sykdomstrekk som gjennomsnittlig levealder, geografisk utbredelse, og forskjeller og likheter mellom de to ulike formene av sykdommen Danielsen og Boeck hadde etablert. Dette gjorde at de kunne gå tilbake til hver enkelt pasient og sammenlikne med den "normale" idealtypen.

Registeret ga også mulighet til å studere endring over tid. For det første viste de at antall spedalske gikk raskt nedover: I 1856 var det 2.600 spedalske registrert, i 1870 var kun drøyt 1.700 spedalske i registeret. Derneft ble det dokumentert at selv med en arvelighet som hoppet over generasjoner og spredte seg i sidelinjene av slekten, kunne arveligheten kun forklare rundt 60 prosent av sykdomstilfellene.

### *Spesiallover og tvangsinnleggelse*

Registrene ble begynnelsen på slutten for arvelighetsteorien. Ved hjelp av registrene argumenterte



lepralegen, og fra 1875 den nasjonale overlegen for den spedalske sykdom, Gerhard Armauer Hansen for at smittsomhet var en bedre forklaring på sykdommens utbredelse. At sykdommen var smittsom ville også forklare hvorfor antall spedalske gikk ned; de som ble institusjonalisert ble hindret i å spre smitten. Sammen med Armauer Hansens banebrytende oppdagelse av leprabasillen i 1873, altså før bakteriologien hadde slått gjennom, gjorde dette at den nasjonale leprapolitikken ble endret. Pleiestiftelsene ble i første omgang bygget for avlaste kommunene fra utgiftene ved å ha langvarig kronisk syke, og ble på 1860-tallet beskrevet av medisinerne som gode hjem. Etter at smitteteorien slo gjennom ble de omtalt som isolasjonsanstalter, der målet var å hindre de spedalske i å spre sykdommen til den friske befolkningen.

I 1876 la Armauer Hansen fram et utkast til en lov som foreslo at pleietrengende spedalske ikke lenger kunne legges i legd, men isteden måtte legges inn ved en av de statlige pleiestiftelsene når de ikke lenger kunne klare seg selv. Loven trådte i kraft i 1877. Åtte år senere ble lovverket strammet inn til at spedalske måtte leve avsondret fra den friske befolkningen, og dokumentere at de levde isolert i egne hjem for å unngå tvangsinnleggelse. I perioden 1891–95 rapporterte forstander A. J. Sand ved Reitgjerdet at tretten personer var tvangsinnlagt ved hans stiftelse alene.

Også lokalt fikk smitteteorien konsekvenser. I Bergen ble det i 1886 slutt på at Årstad menighet brukte kirken ved St. Jørgens Hospital som sognekirke, i 1891 la kommunestyret ned forbud mot at de at spedalske kunne selge varer på torget. Et bakteppe for lovverket, var at de statlige stiftelsene fra 1870-tallet hadde stor ledig kapasitet. Først helt mot slutten av 1800-tallet var det like mange registrerte spedalske som levde i institusjonene som utenfor.

Historiker Astri Andresen har undersøkt de statlige norske leprahospitalene, og omtaler dem som «Goffmanske totalinstitusjoner».<sup>13</sup> Her ble hele livet styrt av medisinerne, fra maten de spiste, til aktiviteter og leggetider. Kvinner og menn levde adskilt. Det var et eget reglement og straffer for dem som brøt det. For å gå utenfor murene måtte man ha skriftlig godkjennelse fra en av de ansatte legene. Andresen har vist at mange døde kort tid etter at de ble lagt inn, og om de var friske nok rømte de hjem. I perioden 1870–74 rømte 27 prosent av de nyinnlagte ved Pleiestiftelsen i Bergen, mellom 1875 og 1879 rømte 17 prosent. Mange så på stiftelsene som et sted å dø, ikke et sted å leve.

Flere søkte seg over til St. Jørgens hospital. Der var det kun en ambulerende legetjeneste, men de syke hadde større kontroll over egne liv.

### *Den hvite manns overlegenhet*

Med unntak av Norge, skjedde Vestens gjenoppdagelse av spedalskheten på 1800-tallet i all hovedsak i sammenheng med kolonialismen. Sykdommen ble ansett å kun ramme laverestående raser, og var et bevis på den hvite manns overlegenhet. Først etter at den belgiske katolske misjonspresten Joseph de Veuster, også kjent under navnet «Father Damien», 15. april 1889 døde av spedalskhet i leprakolonien Molokai nær Hawaii, ble det skapt et bilde av spedalskheten som en fare for vestlige kolonisasjoner. Igjen var det trusselen som utløste politisk handling.

Både diagnosen fra *Om Spedalskhed* (1847), og Armauer Hansens oppdagelse (1873) var viktige deler av det internasjonale kunnskapsgrunnlaget. Under den første internasjonale leprakongressen i Berlin i 1897 ble den norske leprapolitikken trukket fram som eksempel til etterfølgelse.<sup>14</sup> I 1909 ble oppfølgerkonferansen avholdt i Bergen. Et godt eksempel på medisinerens klare overnasjonale ambisjoner var at Folkeforbundet i 1923 satte ned en egen komité for å undersøke mulighetene for en felles global leprapolitikk.



I Norge var spedalskheten en del av befolkningen, sykdommen kom innenfra. For de ulike kolonimaktene var sykdommen en ytre trussel. Verden over ble det laget lepralover og bygget ulike apparater for å beskytte samfunnet mot trusselen spedalskheten ble ment å utgjøre. Sykdommen var den samme, men ble forstått ulikt. Selv om glansbildet den amerikanske historikeren Zachary Gussow under tittelen *The enlightened kingdom* har tegnet av norsk leprapolitikk som human og basert utelukkende på nestekjærlighet neppe er helt dekkende, er det ikke vanskelig å finne eksempler på langt strengere interneringspolitikk i andre land. I Japan, hvor også sykdommen kom fra "egen befolkning", ble tidligere leprapasienter i 2001 tilkjent erstatning etter å ha saksøkt staten for menneskerettighetsbrudd.

Undersøkelleskommissjonen som ble satt ned i etterkant av rettssaken avdekket blant annet at medisinerne fram til 1950-tallet avlivet barna til flere hundre leprapasienter under påskudd av å beskytte samfunnet mot smitte. Samtidig hevdet rapporten at japansk politikk om absolutt karantene ikke hadde vitenskapelig grunnlag, men var et påskudd fra Helsedepartementet for å sikre tilstrekkelige økonomiske overføringer fra Finansdepartementet.

### Noter

- 1 Knudsen et al., "De fattige Christi Lemmer"... *Stiftelsen St. Jørgens historie*, 3.
- 2 Vollset, *Fra lidelse til trussel. Spedalskheten i Norge på 1800-tallet*, 32.
- 3 Hammerborg, *Spedalsket, galeanstalter og laboratoriemedisin – endringsprosesser i medisinen på 1800-tallet i Bergen*, 58ff.
- 4 "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commisorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commission", 100.
- 5 Andresen, "Patients for life": Pleiestiftelsen leprosy hospital 1850–1920s".
- 6 Irgens og Helle, "Medisinske røtter i Bergen", 251.
- 7 Vollset, *Fra lidelse til trussel*, 44ff.
- 8 Den 28. juni 2001 ble Lepraarkivene i Bergen innlemmet i UNESCOs program for Verdens Hukommelse: [[http://portal.unesco.org/ci/admin/ev.php?URL\\_ID=23111&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201](http://portal.unesco.org/ci/admin/ev.php?URL_ID=23111&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201)]. Tilsammen 8931 personer er registrert i lepraregistrene i perioden 1856–1946. Medisineren Lorentz M. Irgens har brukt det unike og svært detaljerte registeret som datagrunnlag for sin doktorgradsavhandling om lepraens etymologi. Irgens, *Leprosy in Norway: an epidemiological study based on a national patient registry*. Se også lepraarkivenes nettsider: <http://www.digital-arkivet.no/lepra>.
- 9 Schiøtz, *Folkets helse, landets styrke 1850–2003*, 26.
- 10 Odelstingsproposisjon 34/1859, 3.

- 11 Andresen, "Patients for life", 93.
- 12 Pandya, "The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation", 171f.
- 13 Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*.
- 14 Etter BBCs omtale: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/4311679.stm>

### Litteraturliste

- Knudsen S. Å., et al. "De fattige Christi Lemmer"... *Stiftelsen St. Jørgens historie*. Bergen, Stiftelsen St. Jørgen, 1991
- Vollset, Magnus. *Fra lidelse til trussel. Spedalskheten i Norge på 1800-tallet*. MA-oppgave. 2005. Oppgaven er tilgjengelig på nett: <https://bora.uib.no/handle/1956/3060>
- Hammerborg, Morten. *Spedalsket, galeanstalter og laboratoriemedisin – endringsprosesser i medisinen på 1800-tallet i Bergen*. Avhandling til PhD-graden. 2009
- "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commisorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commission". I: *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie no. 13–16*, 1843
- Andresen, Astri. "Patients for life": Pleiestiftelsen leprosy hospital 1850–1920s". I: Andresen, Astri; Grønlie, Tore og Skålevåg, Svein Atle (red.). *Hospitals, patients and Medicine 1800–2000*. Conference Proceedings, 2004.
- Irgens, Lorentz M. og Helle, Karen B. "Medisinske røtter i Bergen". I: *Universitetet i Bergens historie 2*. Bergen [Oslo], Universitetet [Distribuert av Universitetsforlaget], 1996.
- "The Leprosy Archives of Bergen". I: UNESCOs program for Verdens Hukommelse: [http://portal.unesco.org/ci/admin/ev.php?URL\\_ID=23111&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201](http://portal.unesco.org/ci/admin/ev.php?URL_ID=23111&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201).
- Irgens, Lorentz. *Leprosy in Norway: an epidemiological study based on a national patient registry*. [London], The British Leprosy Relief Association, 1980.
- Schiøtz, Aina. *Folkets helse, landets styrke 1850–2003*. Bind 2 av *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003
- Pandya, Shubhada S. "The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation". I: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 10, 2003.
- Gussow, Zachary. *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*. Boulder, Westview Press, 1989
- "Japan's leprosy policy denounced", <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/4311679.stm>.

# Hvordan kaffe og te ble hverdagsvare

ET GLIMT INN I NORSK OG NORDISK FORBRUK AV EKSOTISKE VARER CA 1750–1850

*Ragnhild Hutchison, Ph.D. stipendiat, European University Institute, Firenze*

Skal vi være helt ærlig, smaker ikke kaffe og te særlig godt første gangen man drikker det. Da skomakersvennen Jonas Stolt i 1826 for første gang smakte kaffe likte han det på ingen måte. ”Det var beskt og smakade i mitt tycke illa och var därtill sa forsmädeligt varmt. I ångsten över mina förloerade pengar och den missräknade smaken, måste jag likväl förtära det, men på botten var en smula sirap, så jag hade ändå något för mina pengar. Jag gjorde mig likväl den föresatsen at aldrig mera kosta pengar på detta förnäma förargliga”.<sup>1</sup> Men noe gjør at folk drikker det flere ganger, så mange ganger at det blir godt. Det hjelper selvfølgelig å ha i melk og sukker, men det tar ikke helt bort den bitre smaken. At de begge inneholder stoffer som gjør en avhengig har vel de fleste også merket, men avhengigheten slår ikke inn etter bare en kopp; mange kanner må til. Men hvordan og hvorfor spredde te og kaffe seg i Europa, Norden og spesielt Norge, i den første tiden de kom til denne delen av verden?

## ***Det eksotiske blir sosialt***

Både te og kaffe var fremmede og eksotiske drikker med opphav langt fra Norden, og som ikke kunne dyrkes i Europa. Til å begynne med var de så sjeldne at så å si bare kongehus hadde tilgang på dem, men fra midten av 1600-tallet endret dette seg. Kaffe og te ble blant de store internasjonale handelsvarene, og i løpet av kort tid ble det drukket av store, kanskje til og med alle, deler av den europeiske befolkningen. Mye av årsaken til dette lå i de sosiale og økonomiske mulighetene som te og kaffe åpnet.

Europeerne kom i berøring med te i stor skala i Kina, og utover 1600- og spesielt 1700-tallet utviklet te seg til å bli den kanskje første store internasjonale handelsvaren. Kaffen kom opprinnelig fra Øst-Afrika og var utbredt i de muslimske områdene, før den på 1600-tallet kom til Europa med diplomater og handelsmenn. Begge drikkene kom til å spille viktige roller i utviklingen av nye sosiale arenaer og samværsformer. Te og kaffe kom til som alternativ til alkoholen som tradisjonelt hadde preget de fleste europeiske sosiale sammenkomster. De nye drikkene var dermed fordelaktige for folk som hadde arbeid som krevde konsentrasjon, være det seg finansfolk, politikere eller håndverkere. I tillegg holdt de folk våkne så de kunne være skjerpet og arbeide lengre. Kaffe og te samt kakao ble til å begynne med servert på egne steder, ofte kalt kaffehus. Her kunne man kjøpe en og en kopp kaffe eller te, og man spredde dermed utgiften ved å kjøpe og lage drikkene selv.

Kaffehusene samlet mange ulike grupper: alt fra finansfolk og politikere, til håndverkere og journalister. Det var vanlig at man delte bord, og ansett som alminnelig høflighet og slå av en prat med naboen. Slik brakte kaffehusene nye grupper sammen over kaffe- eller tekoppene. Men mange av kaffehusene kom òg til å spesialisere seg på egne kundegrupper; et eksempel var kaffehuset Lloyds som la til rette for folk som var interessert i skipsforsikring. Også mange aviser hadde sitt utspring fra kaffehusene, det var jo tross alt der mange journalister tilbrakte hoveddelen av tiden sin på jakt etter rykter og tips.

Men kaffe og te la ikke bare til rette for at ulike samfunnsgrupper møttes, de åpnet også opp nye

muligheter for kvinner. De tradisjonelt alkoholpregede sosiale sammenkomstene hadde i stor grad utelukket kvinner, men med kaffe og te åpnet det seg nye muligheter; blant annet kunne man servere ettermiddagste til familie og venner av begge kjønn. Kvinner var utestengt fra gjestehus og andre steder med alkoholservering, men på kontinentet var det vanlig at kvinner besøkte kaffehus. I England var kaffehus først og fremst en maskulin sfære, men som alternativ dukket det opp tebarer der det var lett bevertning med blant annet te og kaker, samt mulighet for å spasere i parken. Dermed var te og kaffe med på ikke bare å øke antallet sosiale samlingssteder for kvinner, men òg antallet sosiale treffpunkt mellom kjønnene. Sagt mer moderne; datingmarkedet ble større.

Knyttet til det sosiale var også signaleffekten som kaffe og te hadde; å drikke dem fortalte noe om den eller de som drakk det. Begge var lenge dyre, så å ha råd til en kopp på et kaffehus, eller å servere det hjemme signaliserte til omgivelsene at man var velstående, eller i hvert fall ønsket å gi det inntrykket. Å ha eget servise til de eksotiske drikkene vitnet enda tydeligere om velstand, og dersom det var ekte kinesisk (eller en hjemlig kopi) var det med på å gi inntrykk av eieren som åpen for det eksotiske slik moderne mennesker i opplysningstiden "burde" være.

### ***Politikk, penger og profitt***

Men politikk, penger og profitt var også viktig for spredningen av de eksotiske drikkene i Europa. At produksjonen av te og kaffe ble kontrollert av fremmede makter var problematisk for de merkantile politikere og økonomer i Europa. De oppfattet verdensøkonomien som et null-sumspill der varer kjøpt fra fremmede stater gikk tapt for hjemlandet. Derfor ble det ansett som politisk ønskelig å få kontroll også på produksjonen av kaffe og te. Dette var en lang prosess som strakk seg fra 1600-tallet og frem til midten av 1800-tallet. Blant annet spionerte europeerne og sørget for å smugle ut kaffe og teplanter, som de så plantet i deler av verden som de selv kontrollerte; deriblant kaffe på de Vestindiske øyene og te i India. For teens vedkommende var spesielt Engleskmennene ivrige etter å sikre seg så mye som mulig. Dette førte til at de alt på 1700-tallet smuglet opium fra India til Kina som de så uten de kinesiske myndighetenes tillatelse solgte til handelsmenn og byråkrater i bytte mot større (og ulovlige) telaster.

Den merkantile politikken førte også til høye tollbarrierer mot fremmede varer som te og kaffe.

De høyeste var å finne i Storbritannia der tollene på te på det meste var 119 %. Men de høye tollavgiftene åpnet også for store profitter, og det utviklet seg raskt et stort marked for smuglede eksotiske varer. Spesielt i England kom dette til å spille en viktig rolle for utbredelsen av te, da smuglet te fra kontinentet ble brakt i land i fjerntliggende landsbyer, for så å bli pakket om og fraktet videre til byen. Gjennom de ulovlige leddene ble te tilgjengelig også for fattige og landlige områder, ikke bare de med penger nok til å betale for den lovlige innførte teen.

### ***Te og kaffe i Norden og Norge***

Så hvordan var te og kaffeforbruket i Norden på denne tiden? I Stockholm var det 15 registrerte kaffehus i 1728, og gjennom hele 1700-tallet ble det gjentatte ganger innført forbud mot kaffe og andre fremmede luksusvarer. Nettopp at forbudet gjentas forteller at kaffedriking må ha vært utbredt. Kaffeforbruket synes ikke å ha vært mindre i København der en analyse i 1790 antok at "at af 80 000 Indvaanere i København drikker halvparten kaffe, og kun beregne 2 skilling for hver, saa udgjør det en daglig kaffe-afsætning for mer end 800 riksdaler, der beløber sig aarlig til henved tre tønder guld".<sup>2</sup>

Kaffe kom til København via St. Thomas, en av Danmark-Norges besittelser i Vest-India. Dette var en frihavn der alle tollfritt kunne selge varene sine, og i krigstid, som på slutten av 1700-tallet, benyttet mange land, deriblant Frankrike og England, frihavnen og dansk-norske nøytrale skip til å frakte kaffen til København for der å få den solgt på det europeiske markedet. Det samme ble gjort for te og andre varer fra Asia. Sverige var også nøytral i denne perioden, og havner som Göteborg hadde mye av den samme funksjonen som København.

Men hvordan var forbruket av kaffe og te i Norge? I en undersøkelse fra 1742 er te og kaffe kun nevnt en gang, og da kun til medisinske formål. Noe senere, på 1780 og 90-tallet nevnes de i flere topografiske beskrivelser; da ser det ut til at kaffe og te ble drukket i byer og i byenes omland, men i mer fjerntliggende områder som Trysil så man i følge presten Axel Smith i 1784 enda ikke bønder "forlyste sig med Pons, Kaffe eller T-Drikingen. Vee os, komme disse fremmede Sager ogsaa i Brug i denne Fjelddal, da gaaer alt op i Røg".<sup>3</sup> Om Christiania på 1700-tallet var stort nok til å ha et eget kaffehus vites ikke, men alt i 1717 søkte en person om privilegium til å "skienke thee, kaffe og

aqvaviter” i Arendal. Skal man dømme etter en reiseberetning fra 1700 hadde da alt kaffe vært en ofte servert drikk i byens borgerskap i lengre tid. Studier av skiftemateriale støtter også opp under inntrykket av at kaffe og te ble drukket i byer og deres omland, og eventuelt i borgerskapet også i mer landlege dalstrøk og fjorder. Som i andre deler av Europa synes det som om kaffe og te ble viktig for kvinners sosiale deltagelse. Følgelig uttaler presten Hans Strøm i 1780-årene: ”Thee og Coffe er mer end giængse nok blant den, som boe i Hougsund, Vestfossen og andre Dorpere men elers ikke sædvanlig paa Landet. I deres gjestebuder tracteres vel og dermed, men gemeenlig ikkun for qvindekønnet”.<sup>4</sup>

### Kannevis

Det var ikke den gode smaken av te eller kaffe som gjorde at de ble så utbredt, i stedet var de en kombinasjon av sosiale og økonomiske faktorer. Sosialt var de ikke bare en måte å binde vennskapsbånd, men og en måte fortelle omverden noe om seg selv. Samtidig gjorde flyttingen av produksjonen til plantasjer med billig eller gratis arbeidskraft i Vest-India eller Asia at varene ble mer tilgjengelig med hensyn til mengde og pris. Da verdenshandelen ble liberalisert på 1830-tallet ble kaffe og te så tilgjengelig at folk flest hadde råd til ikke bare enkeltkopper, men kannevis. Dermed ble de vant med den bitre smaken og over tid ble de fanget av koffeinen og theinen.

### Noter

- 1 Ahlberger, *Konsumtionsrevolutionen*, s. 92.
- 2 *Underretning om Cichorie-roden, dens avl og behandling til Cichorie-kaffe*, Kbh., trykk Joh. Rud. Thiele, 1790.
- 3 Smith, A.: ”Beskrivelse over Trysild Præstegjeld i Aggershuus Stift, forfattet af stedets Præst Axel Christian Smith, i Aaret 1784”, i *Topographisk Journal*, issue 23, Christiania, 1798, s. 115.
- 4 Strøm, H.: *Physisk-Oekonomisk Beskrivelse av Eger prestegjeld*, Gyldendahl, København, 1784, opptrykk Grøndahl og søn forlag, Oslo, 1980, s. 233

### Litteraturliste

Artikkelen er basert på deler av Ph.D avhandlingen min som er planlagt ferdig vinteren 2009/10.

Ahlberger, C.: *Konsumpsjonsrevolusjonen. Om det moderna konsumtionssambällets framväxt 1750–1900*. Göteborgs, 1996.

Berg, M. and E. Eger: *Luxury in the eighteenth century: debates, desires and delectable goods*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire, New York, 2003.

Brewer, J. and R. Porter (red.): *Consumption and the World of Goods*. Routledge, London, 1994.

Brøndsted, J. (red.): *Vore gamle tropekolonier*. Bd. 1–8. Fremad, København, 1966.

Gervase Clarence-Smith, W. and S. Topik (eds.), *The global coffee economy in Africa, Asia, and Latin America, 1500–1989*. Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

Pomeranz, K. och S. Topik: *The world that trade created. Society, culture and the world economy, 1400 to the present*. M.E. Sharp, London, 2006.

Pendergrast, M.: *Uncommon grounds. The history of Coffee and How It Transformed Our World*. Basic books, New York, 1999.

Walwin, J.: *Fruits of Empire. Exotic Produce and British Taste, 1660–1800*. McMillian Press, London, 1997.

## Comenius and *The Orbis Pictus*

*Tito Correa, Ph.D. candidate, Cambridge University, UK*

*The Orbis Pictus by Johannes Amos Comenius was the first children's textbook to include pictures. Comenius, often called the father of modern education, aimed to teach the nations so that all the world might be saved.*

The *Orbis Pictus*, stands as a milestone in the history of education. It entered history as the first children's textbook to include pictures. In 1657 when it was published, Johannes Amos Comenius (1592–1670) already had a worldwide reputation as a renowned educator. When New England Puritan authorities began searching for the first president of their newly-founded Harvard College in 1642, their choice was Comenius.

### ***Universal Knowledge***

At the time, Comenius was in England establishing his dream experiment: the Universal Pansophic College. The projected college reflected Comenius's philosophy, namely, that education should be a universal human right and that no one, regardless of economic position, race, nationality, or gender should be denied access to it. The word *pansophic*, literally meaning "universal knowledge", reflected Comenius's proposal for a college that should offer men and women the compound knowledge accumulated up to that time. Comenius was a Protestant Bishop in the Unity of Brethren Church in Moravia (now part of the Czech Republic), and such idealistic goals were an extension of the biblical calling to preach the Christian faith to the world. The Christian believer in this post-Reformation era was encouraged to search the scriptures on his or her own and accept or reject God's offer. Thus, knowledge was essential for the salvation of humanity and the establishment of God's kingdom. Jesus would not

return until the entire world had heard the gospel and made their choice. The Universal Pansophic College was to be an instrument that would bring such knowledge to the world. Unfortunately for Comenius, the early 1640's brought on the English Civil War, creating such an upheaval and tumult that the period was appropriately dubbed by historian Christopher Hill as the "world turned upside down."<sup>1</sup> Under such chaotic circumstances, no institutional endeavor of that nature could be started. Comenius was without a job, as it were, and the offer from American Puritan circles was issued. The offer, however, was turned down.<sup>2</sup>

In order to spread knowledge to the world, Comenius vigorously pursued a systematic pedagogical model that could be applied across the globe. Teaching for Comenius was a technical skill, and he endeavored to write a manual for everyone in the pedagogical profession to master the skill of teaching. His greatest efforts in this were directed toward his work, *The Great Didactic*. Comenius wrote in the preface:

We venture to promise a *Great Didactic* . . . the whole art of teaching all things to all men, and indeed of teaching them with certainty, so that the result cannot fail to follow. . . . Lastly, we wish to prove all this a priori, that is to say, from the unalterable nature of the matter itself. . . . that we may lay the foundations of the universal art of founding universal schools.<sup>3</sup>



More than an innovator in education, Comenius should be considered a pragmatic revisionist of many principles that the renaissance of northern Europe was producing. Francis Bacon was already developing the idea of an encyclopedic knowledge and a paring method of inquiry which is now known as the inductive or scientific method. There were also Bacon's ideas of the use of the senses, sight, speech, and interaction between the student and his environment. Such ideas from Bacon and others were mainly abstract. Comenius on the other hand, sought to develop pragmatic applications to these ideas and put them into practice. He set out to train the teachers of the world how to implement the universal knowledge proclaimed at the time. As Comenius aimed to teach the nations, he tackled the challenge of diversity in language by outlining principles of language teaching that are still in use today. The *Orbis Pictus* is the work in which Comenius's pedagogical principles are clearly outlined.

### ***Education as a process***

The *Orbis Pictus* shows that for Comenius, education was a process adaptable to the age, nationality, and environment of the learner. Education in Comenius' day was a nonnegotiable package of knowledge passed on to the student rigorously and unconditionally. The teaching of Latin, for instance, consisted primarily in memorizing long lists of words and declensions as a preparation for the translation of passages from the classic works. Comenius's pragmatic revision of this mode of

teaching included his view that language teaching in particular should go from easy to difficult, and that the learner should be placed into this process from childhood through adulthood. Comenius believed that the educational process should have four kinds of schools: "first, the mother's breast for infancy; secondly, the public vernacular school for children, to which all should be sent from six years old till twelve; thirdly, the Latin school or Gymnasium; and fourthly, residence at a university and travelling, to complete the course. The public schools were to be for all classes alike, and for girls as well as boys."<sup>4</sup> According to Jean Piagett, one of the founders of developmental/child psychology, Comenius intuitively recognized a developmental process within the learner, and could be considered a precursor to the field of child psychology.<sup>5</sup>

### ***Teaching as an interactive process***

In Comenius's view, education took place within an interactive framework at various levels. First, there was the interaction between teacher and learner. So as to encourage this interaction, Comenius advised that teachers and students should communicate in the vernacular language, establishing from the start a relationship based on encouragement and trust. Learning was to take place without fear; thus, corporal punishment was outlawed in Comenius's classroom. Second, the student should interact with his immediate environment. Students were encouraged to acquire vocabulary from things that surrounded them and with which he or she was familiar. Finally, for a third interaction, the learner should, through the senses, interact with the material of study. Accordingly, Comenius was the first to include pictures in a childrens' textbook. Through the illustrations, the study material offered an opportunity for interaction between the student's senses and the material of study. The *Orbis Pictus* presents us with the best examples of Comenius's instructions.

The *Orbis Pictus* begins with an *invitation* that underscores Comenius's ideal vision of what a teacher should be: a guide in the child's exploration of knowledge. Learning for Comenius was a journey in which the child is invited to partake. The illustration of an educator conversing with a child does not depict a classroom setting; for Comenius, the most effective classroom was nature itself, for the local schools of his time he advocated classrooms with plenty of opportunities for fresh air and time outside the four walls, allowing the child to play and come in contact with his surroundings. We should note, moreover, that this is an invita-

tion not a command. Comenius describes in the author's preface that he intends "to entice witty children" to the activity of learning. The friendly dispositions between teacher and pupil illustrated on this first page follows Comenius's goal to create a comfortable environment for learning, so that the students "may not consider [it] a torment to be in school," he added in the preface. Such an interaction between teacher and learner would not be standardized and encouraged until a century later. The seventeenth century, when Comenius wrote, was a period that stressed very strongly the established hierarchical structure in which the teacher was above and the student below. Historian Richard Schlatter informs us that parents, and this presumably encompasses teachers as well, were advised "to treat their children as inferiors, not as equals, and to rule them at a proper distance. For contempt is the twin of familiarity."<sup>6</sup>

### Invitation

Come boy! Learn to be wise. What doth this mean, to be wise? To understand rightly, to do rightly, and to speak out rightly, all that are necessary. Before all things, thou oughtest to learn the plain sounds, of which mans speech consisteth; which living creatures know how to make, and thy tongue knoweth how to imitate, and thy hand can picture out. Afterwards we will go into the world, and we will view all things.

The invitation is also a dialogue between teacher and student; there again is Comenius's desire for learning to take place within a context of interaction, as mentioned in our general comments. We see here the fundamentals of an inductive method of teaching. There are also questions about meaning; "what does it mean to be wise"? The goal of this method is not the memorization of the material but rather its understanding. In the preface again he argues that the reason he uses pictures and other materials that appeal to the senses is to increase our understanding of what we are studying:

The ground of this business, is, that sensual objects may be rightly presented to the senses. . . . I say, and say it again aloud that this last is the foundation of all the rest: because we can neither act nor speak wisely, unless we first rightly understand all the things, which are to be done, and whereof we are to speak. Now there is nothing in the understanding, which was not before in the sense. And therefore to exercise the senses well about the right perceiving of things, will be the way to lay

down for all wisdom, and all wise discourse, and all different actions in one's course of life. Which, because it is commonly neglected in schools, and the things which are to be learned are offered to scholars, without being understood or being rightly presented to the senses, it comes to pass, that the work of teaching and learning goes heavily onward, and afforded little benefit.<sup>7</sup>

An important point about this initial dialogue is that it comes in two languages, the vernacular and the second language to be learned: Latin. In Comenius's day, Latin was taught through the translation of classic texts: readings from Cicero, Plato, and others. In the *Orbis Pictus*, Comenius does not present Latin as a dead language, but rather as a living one. In this initial dialogue, and throughout the book, we get the impression that Latin was used in everyday conversation when it was mainly the language of scholars and officials. Starting on page three, Comenius includes a list of phrases, which follows the order of the alphabet. These phrases denote actions. Again, for Comenius, Latin was alive.<sup>8</sup> It must also be noted that the list includes practical and everyday things. The student is being led to name the things he could easily recognize from his or her everyday world. Here, Comenius, as a good Christian Bishop, follows the biblical book of Genesis, in which God instructs Adam to name the animals.

In his *Audio-Visual Techniques in Teaching Foreign Languages*, Huebener alerted us to a most recognizable teaching tool depicted in the *Orbis Pictus*: the blackboard. "There is a picture of a blackboard in the *Orbis Pictus* published in 1658, which shows that Comenius – that educator genius who anticipated a number of important teaching devices and principles two centuries ago – realized its value."<sup>9</sup> The presence of a blackboard shows that Comenius was in a constant search for devices to improve his pedagogical principles.

As the complete title of Comenius's work indicates *A World of Things Obvious to the Senses Drawn in Pictures* – the *Orbis Pictus* attempts to be an exhaustive guide to the world as perceived by the senses of the students. Beginning with an environmental vocabulary, which depicts the natural world around the pupil, Comenius includes sections on animals, air, water, and clouds (to mention a few). Included throughout these sections are well-known biblical events related to the forces of nature, such as the Old Testament flood. As the book moves on, it depicts humans beginning with their anatomical parts. Thus, there are sections

listing the “outward parts of man” as well as one for “flesh and bowels.” After the immediate things around the student have been mentioned, the *Orbis Pictus* goes on to describe the human activities that take place in seventeenth-century European society. There is a long list of common professions practiced during this time period: portrayals of bakers, painters, teachers, and so on. The book ends with a depiction of the invisible world, and there are sections about God and its enemy Satan. All of these sections follow a very systematic structure. Each section begins with a picture of the theme it is portraying, followed by a vocabulary related to the particular theme introduced. Each element in the drawing includes a number, which corresponds to the vocabulary list; this way the pupil visualizes what he or she is reading.

To summarize the author’s intentions in the *Orbis Pictus*, we refer again to the preface in which he outlines his purposes. Comenius intended his pedagogy to be “true, full, clear and solid.” By this list of intentions we understand Comenius to want first to be relevant, so that the students are presented with a list of vocabulary pertaining to a familiar realm they easily recognized. Second, by “full” he attempted to be inclusive of his pupils’ complete senses; Comenius sought to engage the students intellectually, audibly, and physically. Finally, the third and fourth elements (“clear” and “solid”) offer constructive advice to all teachers: he advises teachers to avoid being “obscure, or confusing, but apparent, distinctive, and articulate, as the fingers on the hand.”

### Conclusion

As our brief description of this monumental work demonstrates, Comenius’s pedagogical practices were centuries ahead of his time. His approaches to teaching in general have become important fundamentals in all spectrums of the educational field, particularly within language teaching. Glancing through a language instruction book, we can easily recognize Comenius’s principles at work: The interaction between teacher and student; the environmental vocabulary; readings relevant to the learner’s everyday world; the use of the vernacular language; the teaching process from easy to difficult; the attractive visuals; the consideration of different student levels; the use of play; the friendliness and respect for the student; the pauses and spacing of the teaching; the emphasis on clarity; the use of dialogue and conversation; and most importantly, the inclusion of *all* students.

### Notes

- 1 Hill, *The World Turned Upside Down*.
- 2 Morison, *The Founding of Harvard College*, p. 243.
- 3 Piaget, *John Amos Comenius*, pp. 173–96.
- 4 Quick, *Essays on Educational Reformers*, p. 143.
- 5 Piaget, *John Amos Comenius*, p. 1.
- 6 Schlatter *The Social Ideas of Religious Leaders, 1660–1688*, p. 45.
- 7 Comenius, John A. *Orbis Pictus*. Google Book Search. [http://books.google.com/books?vid=OCLC27390661&id=pxkaVd0bpgC&pg=RA3PA1&lpg=RA3PA1&dq=inauthor:Comenius&as\\_brr=1#PPA1,M1](http://books.google.com/books?vid=OCLC27390661&id=pxkaVd0bpgC&pg=RA3PA1&lpg=RA3PA1&dq=inauthor:Comenius&as_brr=1#PPA1,M1).
- 8 Huebener, *Audio-Visual Techniques*, p. 2.
- 9 Huebener, *Audio-Visual Techniques*, p. 17.

### Literature

- Eby, Frederick, and Charles Flinn Arrowood. *The Development of Modern Education: In Theory, Organization, and Practice*. New York: Prentice Hall, 1934.
- Graves, Frank Pierrepont. *Great Educators of Three Centuries: Their Work and Its Influence on Modern Education*. New York: Macmillan, 1912.
- Hill, Christopher. *The World Turned Upside Down: Radical Ideas During the English Revolution*. Penguin, London.
- Huebener, Theodore. *Audio-Visual Techniques In Teaching Foreign Languages*. New York University Press, New York, 1960.
- Louthan, Howard, and Sterk, Andrea. *John Comenius: The Labyrinth of the World and The Paradise of the Heart*. Mahwah, NJ: Paulist Press, 1998.
- Mayer, Frederick. *A History of Educational Thought*. Columbus, OH: Charles E. Merrill Books, 1960.
- Morison, Samuel E. *The Founding of Harvard College*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, 1935.
- Palmer, Joy A., Liora Bresler, and David E. Cooper, eds. *Fifty Major Thinkers on Education: From Confucius to Dewey*. New York: Routledge, 2003.
- Piaget, Jean. *John Amos Comenius*. Prospects in UNESCO, International Bureau of Education, vol. XXIII, no. 1/2, 1993.
- Schlatter, Richard B. *The Social Ideas of Religious Leaders, 1660–1688*. Oxford University Press, H. Milford, London, 1940.
- Smith, L. Glenn, and Joan K. Smith. *Lives in Education: A Narrative of People and Ideas. 2nd ed.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.

# Blodets, seksualitetens, sykdommenes, pasientenes eller legenes historie

Tidsskrift for Den norske legeforening ønsker seg artikler om disse og andre temaer fra norsk medisinsk historie. Vi mener medisinsk historie er viktig for norske leger, og vil gjerne at dere som sitter på stoff deler det med oss! Teksten må ikke ha vært publisert tidligere.

**HAR DU IDEER?** Ta kontakt med redaksjonen på [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no). Artikkelen bør ikke overstige 3000 ord, og referansesystemet utformes i henhold til Vancouversystemet (se vår forfatterveiledning: [http://tidsskriftet.no/?nota\\_id=526](http://tidsskriftet.no/?nota_id=526)).



Tidsskrift for Den norske legeforening er et generelt medisinsk tidsskrift som ble etablert i 1881. Opplaget er på 25 750, og tidsskriftet kommer ut annenhver torsdag. Alle manuskripter gjennomgår grundig faglig og redaksjonell vurdering, og Tidsskriftet er rangert som et nivå 1-tidsskrift. Alt innhold i Tidsskriftet har vært fritt tilgjengelig på Internett siden 2000: [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no).

Tidsskrift for  
Den norske legeforening  
[www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)



# Djengis Khan, Stalin eller bestemor?

## DEN HISTORISKE BIOGRAFIEN I SKOLEN

Inger Hilde Killerud, master i historie fra UiO og lektor ved Frogn vgs., Drøbak

*I Kunnskapsløftets nye læreplan i historie er et av målene for undervisningen at elever i videregående skole skal kunne "presentere en historisk person og drøfte hvordan samtidige ideer og samfunnsforhold påvirket denne personens tenkemåter og handlinger." Den historiske biografien – i miniformat – har således kommet inn i skoleverket. Hvilke muligheter og utfordringer kan dette fagområdet by på? Og hva kan elevene lære av å arbeide med biografier? Med noen forbehold vil jeg argumentere for biografens rolle i historieundervisningen, både ut fra at elevene kan ha interesse og faglig utbytte av å lese biografier og av å jobbe med å skrive egen "minibiografi".*

### **En populær sjanger**

I 2008 lå biografene om eventyreren Thor Heyerdahl, krigshelten Gunnar "Kjakan" Sønsteby, krigshelten og realpolitikeren Jens Christian Hauge og den såkalte "Snåsamannen", Joralf Gjerstad høyt på bestselgerlistene og under flerfoldige norske juletrær.<sup>2</sup> Ja, blant titlene i seinvinterens "mammutsalg" fantes det grovt sett 25 bøker som kunne regnes som biografier. Historiker og werge-landbiograf Odd-Arvid Storsveen har hevdet at vi siden 1980-tallet har opplevd en "biografi-boom" og spekulerer i om dette skyldes at samfunnet har mistet gamle kollektive verdier. Samfunnet har blitt individualistisk og enkeltpersonene blir dyrket også i skjønnlitteraturen, slik vi for eksempel ser det i Jan Kjærstads triologi om tv-kjendisen Jonas Wergeland.<sup>3</sup> Hva det nå enn skyldes, så kan vi slå fast at vi elsker å lese om enkeltpersoner; biografisjangeren er den nest mest populære litterære sjangeren, bare slått av krim. En del barn har nok fått vekket sin historieinteresse gjennom den biografiske barnebokserien "Eliteserien" fra 1960-tallet av. I disse amerikanske bøkene ble historien om presidenter som Abramham Lincoln og John F. Kennedy fortalt, men det fantes også bøker om andre historiske "helter" som Florence Nightingale, Kleopatra og Vincent van Gogh. Dette er altså en sjanger elevene har kjennskap til. På bestselger-

listene og i populærkulturen har den biografiske sjangeren stått sterkt, mens historiefaglige miljøer har vært reservert. Men til tross for at biografier i stor grad har vært skrevet av andre yrkesgrupper, som litteraturforskere og journalister, har mange ledende norske historikere faktisk også skrevet biografier.

### **Faglige krav til biografier**

Til dels er det nok nettopp biografens popularitet som har ført til skepsis blant historikerne. Forlagene forventer en underholdende fortelling som selger. Samtidig skal biografien oppfylle faglige krav. De historiske problemstillingene skal belyses på en litterært sett smidig måte. Det er utbredt å skille mellom biografier (herunder selvbiografier) og historiske biografier. En begrunnelse for dette skillet er knyttet til *metoden* som ligger bak den historiske biografien. Historiker Hans Olav Lahlum, som har fått mye oppmerksomhet rundt sin Haakon Lie-biografi, hevder at den historiske biografi skiller seg fra øvrige biografier ved at de oppfyller fire historiefaglige krav: de bestreber objektivitet, er skikkelig kildebelagt, komplette (det vil si at biografien dekker hele livet) og analytiske.<sup>4</sup> Historikeren Bård Frydenlund, som i høst

har kommet ut med en biografi om Peder Anker, trekker fram de mange ulike tilnærmingene som kombineres i arbeidet med å kontekstualisere en historisk person. En historisk biografi inneholder gjerne nettverksstudier og sosialhistoriske, mentalitetshistoriske og mikrohistoriske tilnærminger i den komplekse oppgaven det er å kartlegge et liv.<sup>5</sup> Slik sett kan det argumenteres for at kanskje nettopp biografien kan være en god inngangsport til å lære historisk metode. Kompetansemålet er da også plassert under "Historieforståelse og metode", ett av fagets to hovedområder (det andre kalles "Samfunn og mennesker i tid"). Gjennom å arbeide med et miniprojekt om en historisk person, kan eleven få forståelse for hvordan historisk kunnskap blir bygget opp i en form for historisk arbeid som hun kjenner fra før. Det synes åpenbart at det ikke er mulig å oppfylle de fire historiefaglige kravene Lahlum ønsker å stille til biografier, særlig ikke kravet om objektivitet og kompletthet, ikke for profesjonelle historikere og i alle fall ikke for elever – men i en forenklet versjon kan punktene like fullt være et interessant utgangspunkt for diskusjon i forbindelse med arbeidet med personportrett i skolen.

Metoden er altså et moment som trekkes fram når det argumenteres for et skille mellom den egentlige biografi og den historiske biografi. Historikeren Dag Jenssen trekker fram et annet skille mellom sjangerne. Den førstnevnte fokuserer på individet og forsøker å bygge et "monument" over en enkelt person. Den historiske biografis siktemål er derimot først og fremst å utforske samfunnsforhold, ved å ta utgangspunkt i et enkeltmenneske som speiler samtida.<sup>6</sup> Enkeltmennesket presenteres i en bred samfunnsmessig og historisk kontekst. Målet er å belyse vekselspillet mellom individet og de historiske hendelsene.

### ***Faglige innvendinger mot sjangeren***

Spørsmålet er om dette er en tilnærming som kan være like fruktbar og faglig relevant som andre typer historiske studier. Den sosialhistoriske bølgen fra 1960- og 1970-tallet gav ny, spennende innsikt i vanlige arbeidsfolks liv, på bekostning av studier av de politiske elitene. Mange ønsket å forandre verden. Det er ikke underlig at særlig biografien ble sett på som uinteressant og utilstrekkelig. Den biografiske tilnærmingen synes nok umiddelbart å passe bedre sammen med politisk historie enn sosialhistorie. Noe av kritikken fra sosialhistorisk hold går på problemene med periodisering.<sup>7</sup> En biografis tidsramme synes gitt; den strekker seg fra den biografertes fødsel og til vedkommendes død.

Dette står i motsetning til historikerens oppgave med å kartlegge endring og kontinuitet over større tidsspenn. Viktige og interessante hendelser og ideer utenfor rammen av fødsel og død kan gjerne bli utelatt i en biografi, selv om en biograf nok gjerne vil begynne med å presentere foreldre og kanskje besteforeldre. Sosialhistorikere har naturlig nok også kritisert fokuset på "store menn" framfor vanlige folks liv. Det er vanskelig å se hvordan biografien helt kan unngå slik kritikk, selv om det også finnes eksempler på historiske biografier skrevet om mennesker som ikke hadde makt og innflytelse. Espen Søbys "Kathe, alltid vært i Norge" fra 2003, om den norskjødiske skolejenta Kathe Lasnik, som endte sitt liv i konsentrasjonsleiren Birkenau, 15 år gammel, er et eksempel. Jelle van Lottum og Sølvi Sogners mikrohistoriske studie av det norske ekteparet Magnus og Barbara som utvandret til Nederland på 1600-tallet<sup>8</sup>, viser at det kanskje også kan være mulig å skrive biografier om vanlige mennesker også fra eldre tid.

Til sist kan en stille spørsmålet om det i det hele tatt er mulig å få noen forståelse for de større historiske sammenhengene ved å se på et enkelt liv. I de foreslåtte definisjonene av en historisk biografi inngår jo nettopp at et menneske skal kunne fungere som et spillbilde eller et prisme av samtida. Men er det i det hele tatt mulig? Mulige begrunnelser for å velge ut et liv å biografere kan gjerne være at personen enten er en typisk representant for sin samtid eller motsatt en utypisk; en betydningsfull person eller rett og slett en som skilte seg ut ved å leve et ekstraordinært liv. Mot det første tilfellet kan en innvende at det vel neppe er mulig å finne en fullt ut "typisk" representant for samtida, til det er jo virkeligheten for kompleks. I det andre tilfellet vil en jo i det minste stå i fare for å rammes av kritikken om skrive om "store menn". Kan hende er det slik at et biografiprojekt med nødvendighet vil forstørre betydningen av den biograferte? Problemet likner det Mao Tse-Tung beskrev slik: "Frosken i brønnen ser brønnåpningen og tror den ser hele himmelen". Biografen overtar den biografertes synsvinkel.

Kanskje ligger det mest interessante aspektet ved biografien et annet sted, nemlig i undersøkelsen av samspeillet mellom aktøren og strukturene. Den britiske historikeren Ian Kershaw presenterer en interessant tilnærming til sitt eget store biografiprojekt om Hitler. Hans Hitler-biografi kom (endelig) ut på norsk i 2008. I forordet til den engelske utgaven tar Kershaw også utgangspunkt i de anti-biografiske trendene på 1970-tallet.<sup>9</sup> Med sin bakgrunn i sosialhistorie tok det lang tid før ide-

en om å skrive en historisk biografi dukket opp. Målet for biografien ble da å utnytte den kritiske holdningen han som "strukturalistisk" historiker hadde til et individfokus, der han kanskje kunne tilføre noe ved sin tendens til å underspille heller enn å overdrive individets rolle i komplekse historiske prosesser, hvor mektig enkeltindividet Adolf Hitler enn var i Nazi-Tyskland. Diskusjonen om et aktørperspektiv eller et strukturperspektiv er langt fra ny i norsk historieforskning. En studie av sentrale aktører kan fungere som en korreks til strukturelle teorier og bidra til å bekrefte eller avkrefte disse.

### **"Store navn" eller bestemor?**

Fokuset på "eneren" som skiller seg ut fra den grå massen kjenner vi, et eksempel på det er barnebiografiene i "Eliteserien", nevnt over. Denne typen biografi har sterke historiske røtter. Vi kjenner panegyrikken, lovprisningen, festtalene for antikens ledere, som ensidig fokuserte på de positive egenskapene ved den biograferte. Slike skildringer har også sine slektninger i romantikkens idé om geniet. Enkeltmennesket som er "larger than life", som overbeviser alle og som kan få til alt. I den såkalte "klassiske historieundervisningen", som særlig stod sterkt i norsk skole før 1. verdenskrig, spilte heltene en stor rolle. Historien skulle tjene som et eksempel eller en advarsel, og heltene skulle fremme fantasi, følelse, vilje og verdsetting av moral hos elevene. I barne- og ungdomslitteraturen har den klassiske historieundervisningen funnet sitt "fristed".<sup>10</sup> Mange elever vil nok også i dag velge å presentere "store navn" som for eksempel Julius Cæsar, Kristoffer Columbus og Djengis Khan. Først og fremst fordi det er personer de kjenner fra før og som de er fascinert av, men også fordi det oppleves som lettere å finne stoff. Det er allikevel ingenting i veien med å velge å presentere bestemora si. Det kan jo også åpne for en spennende diskusjon om objektivitet og ulike kildetyper, for eksempel om de spesielle utfordringene ved bruk av muntlige kilder. Den årlige skolekonkurransen "Min familie i historisk lys", som Hifo (Den norske historiske forening) arrangerer, åpner også for slike muligheter. Ved første lesing av læreplanen oppfattet jeg det slik at den "historiske personen" nevnt i læreplanen skulle være en reell historisk person, men jeg ser at det er åpent for tolkning. Det er fullt mulig å tolke læreplanen dit hen at en kan ta utgangspunkt i en "oppdiktet" person som en case for å belyse en historisk hendelse eller et historisk samfunn, for eksempel en menig soldat i et slag, en nonne i middelalderen eller ei norsk bondekone på 1800-tallet.

### **Praktisk arbeid med "presentasjon av historisk person"**

Hvordan kan arbeid med biografier foregå i praksis i skolen? Her finnes det mange muligheter, og som historielærer er det mulig å prøve seg fram. En mulighet er naturligvis å bruke den populære Hifo-konkurransen. Selv har jeg arbeidet som historielærer i to år, i fjor som lærer i eldre historie for en idrettsklasse på vg2. Elevene har hatt muntlige presentasjoner av historiske personer foran klassen, med spørsmålsrunder etterpå. Presentasjonene har vært fordelt utover hele året, slik at personene som har blitt presentert har hatt sammenheng med de ulike historiske periodene vi har arbeidet med. Det beste ville være om elevene fikk velge person selv. Det var også meningen i idrettsklassen, men elevene ville at jeg skulle komme med ei liste med forslag som de kunne velge blant. På denne lista var det bare virkelige historiske personer – men som tidligere nevnt, kunne elevene også ha presentert oppdiktete personer for å illustrere et menneskeliv fra en annen tidsperiode. Jeg forsøkte å finne fram til et utvalg der overvekten av menn ikke var for stor (Jeanne d'Arc og Elisabeth 1. har blant annet blitt presentert) og der det også fantes ikke-vestlige representanter (Saladin, Zheng He, Akbar den store). Lista hadde likevel åpenbare mangler – det ble jo mange kongelige og det fantes for eksempel ikke en eneste afrikaner på lista. De første elevene som presenterte hadde den vanskeligste oppgaven, for vi har klargjort mer underveis hva presentasjonen skal inneholde. Når det er mye å si om en person – og det har det som oftest vært – har vi blitt enige om at vi skal legge vekt på det som kan belyse årsak og virkning; årsakene til at en person tar de valgene personen gjør og hva disse valgene fører til. Tim Lomas anbefaler *ikke* biografier som en måte å lære om årsak og virkning på, fordi det er vanskelig å plassere et individuelt livsløp i en videre historisk kontekst.<sup>11</sup> Til dette er det å si at vi har erfart at det har vært vanskelig, men vi har forsøkt og elevene har vist stor interesse for forsøket. Siden vi har arbeidet med "berømte" personer, har vi også kommet fram til at det er viktig at den som presenterer forsøker å forklare hvorfor personen har blitt så kjent at vi fremdeles husker han/henne. Det vi har snakket om at presentasjonene bør kutte ned på, er rene biografiske faktaopplysninger, men som elevene sier: "Det er ganske gøy å få vite det hvis en person har vært gift tre ganger", så disse kriteriene har nok ikke vært praktisert så strengt.

Som historielærer ser jeg det som min oppgave at elevene ved siden av historisk allmennkunnskap, skal få noe innsikt og forståelse for noen typiske

historiefaglige problemstillinger og arbeidsmåter. Samtidig er det ikke mitt mål å drille elever i historiefaglig metode – det aller viktigste, også for å få gode faglige resultater, tror jeg er å vekke interessen og nysgjerrigheten, gjerne å få elevene til å gruble. Med biografarbeidet i idrettsklassen har jeg forsøkt å skape en diskusjon om hvorfor folk handler som de gjør. Vi har sett på hvordan andre verdier enn de vi setter høyt i dag styrte valg. Noe av det som gjør historie så fascinerende er nettopp det som skiller ”oss” og vår verden fra ”de andre” og verden av i går. Gjennom å arbeide med historisk biografi håper jeg å belyse hvilke muligheter og begrensinger enkeltmennesket kunne ha i ulike historiske perioder. Forsøket på å forstå en historisk aktør kan også fremme empati, innlevelse i en annen persons situasjon. Den enkelte aktør har mål, håp, drømmer, ideer – gjerne av sosial eller politisk art, men også individuelle. De individuelle prosjektene må imidlertid justeres i forhold til hvilke muligheter samfunnet gir og hva det i det hele tatt er mulig å tenke seg til. Motstand av strukturell art kan dreie seg om kultur, religion, normer eller gamle stridigheter. Samspillet mellom aktør og struktur fascinerer, blant annet er min erfaring at særlig de kvinnelige elevene er svært opptatt av hvordan kjønnsnormer historisk har begrenset handlingsrommet for kvinner. Elevene kan forhåpentligvis også bli mer bevisste på sin egen posisjon i samfunnet og som historiske aktører. Hvilke valgmuligheter har de, sosialt og individuelt? Hva slags motstand, for eksempel i form av kjønnsnormer, finnes i dag? En biografisk tilnærming, en ”casestudie”, kan være fruktbar for å reflektere også rundt eget liv.

Historiefaget handler om *mennesker*, plassert i tid og i samfunn. Selv om vi skal forstå og tilegne oss kunnskap om samfunn og strukturer, er det viktig å holde fast på at ”historikeren er som trollet i eventyret – han kjenner sitt bytte når han lukter menneskeblod”, som Marc Bloch understreket.<sup>12</sup> I den gamle læreplanen, Reform’94, het det at historie er et kulturfag, et humanistisk fag, et samfunnsfag, ferdighets- og holdningsfag, men at det også er noe mer – et opplevelsesfag.<sup>13</sup> Historieundervisning som fungerer, vekker glede, interesse og stimulerer til engasjement. Kanskje er det nettopp dette som kan fenge: at historie handler om mennesker og levde liv, selv om de ikke var helt som deg og meg.

## Noter

- 1 Dette er kompetansemål for elever i vg3. For vg2- elever er målet at de skal kunne ”presentere en historisk person og diskutere hvordan samtidige samfunnsrammer påvirket denne personens handlinger.” Læreplanen i historie: [[http://www.udir.no/templates/udir/TM\\_Læreplan.aspx?id=2100&laereplanid=166874&visning=5](http://www.udir.no/templates/udir/TM_Læreplan.aspx?id=2100&laereplanid=166874&visning=5)]
- 2 Bok og samfunn – Bestselgerliste.
- 3 Storsveen, Innlegg om biografisjangeren.
- 4 Lahlum, ”Den historiske biograf”.
- 5 Frydenlund, ”Biografien – populært stebarn i historiefaget”.
- 6 Samme sted.
- 7 Salvatore, ”Biography and Social History”.
- 8 van Lottum og Sogner, ”Magnus og Barbara”.
- 9 Kershaw, *Hitler*, s. xii.
- 10 Bøe, *Faget om fortiden*, s. 74.
- 11 Lomas, *Teaching and Assessing Historical Understanding*.
- 12 Her sitert etter Kjeldstadli, ”Struktur, norm og interesse”.
- 13 Læreplan i historie for VK1, Reform 94.

## Litteraturliste

Bok og samfunn, bestselgerliste: <http://www.bokogsamfunn.no/Bestselgerlister/92150>. Lesedato: 3. mars 2009.

Bøe, Jan Bjarne. *Faget om fortiden. En oversikt over det historiedidaktiske området*. Universitetsforlaget, 1995.

Frydenlund, Bård. ”Biografien – populært stebarn i historiefaget”. I *Fortid* nr. 1/2005.

Kershaw, Ian. *Hitler 1889–1936. Hubris*. Penguin Books, London, 1999.

Kjeldstadli, Knut. ”Struktur, norm og interesse – om historikernes behov for handlingsteori”. I *Historisk Tidsskrift*, nr.1/1991.

Lahlum, Hans Olav. ”Den historiske biograf som aktor, forsvarer og dommer – og som akademisk balansekunstner”. I *Fortid*, nr.1/2008.

Lomas, Tim. *Teaching and Assessing Historical Understanding*. Historical Association, 1990.

Læreplan i historie for vg2 etter Kunnskapsløftet: [http://www.udir.no/templates/udir/TM\\_Læreplan.aspx?id=2100&laereplanid=166874&visning=5](http://www.udir.no/templates/udir/TM_Læreplan.aspx?id=2100&laereplanid=166874&visning=5). Lesedato: 3. mars 2009.

Læreplan i historie for VKI, Reform’94: [[http://www.udir.no/upload/larerplaner/Felles%20allmenne%20fag/lareplan\\_eldre\\_nyere\\_historie.rtf](http://www.udir.no/upload/larerplaner/Felles%20allmenne%20fag/lareplan_eldre_nyere_historie.rtf)]. Lesedato: 15. april 2009.

Salvatore, Nick. ”Biography and Social History: an Intimate Relationship”. I *Labour History*, bd. 87, nettutgave på *The History Cooperative* 2008 [[www.historycooperative.org](http://www.historycooperative.org)]. Lesedato: 3. mars 2009.

Storsveen, Odd-Arvid. Innlegg om biografisjangeren, mandagsseminar for historie, Blindern, 9. mars 2009.

van Lottum, Jelle og Sølvi Sogner. ”Magnus og Barbara. Mikrohistorie i Nordsjø-regionen på 1600-tallet”. I *Historisk Tidsskrift* nr. 3/2006.

# BRUDDSTYKKER AV EN HYSTERIANALYSE

*Et mannlig kasus anno 1900*

*Hilde Bondevik. Førsteamanuensis, Senter for tverrfaglig kjønnsforskning, UiO*

*Hysteri er en av medisinens eldste diagnostiske kategorier, men også blant de mest kontroversielle og kjønns-ladete sykdommene i medisinens historie. Hysteriets moderne historie startet imidlertid i andre halvdel av 1800-tallet da stadig flere sykdomstilfeller – eller kasus – ble diagnostisert med sykdommen. På de følgende sidene skal det handle om et hysterikasus hentet fra en sykejournel fra Gaustad asyl, fra hysteriets egen gullalder. Det skal handle om hvordan tegn omgjøres til symptomer og samles i en diagnose avgrenset fra andre diagnoser. Det skal handle om produksjonen eller konstruksjonen av hysteri innenfor asyls tykke murer. Men også om et a-typisk hysterikasus – en mannlig hysteriker.*

## **Kontekst: Hysteriets gullalder og historie**

Flere kommentatorer har omtalt perioden mellom 1870 og første verdenskrig som hysteriets gullalder.<sup>1</sup> Dette er selvsagt knyttet til Sigmund Freud som utformet psykoanalysen på basis av sine møter med hysteriske pasienter, og som sammen med Joseph Breuer publiserte deres studie av hysteri i 1895 og 10 år senere sin kanskje mest kjente og komplekse sykefortelling, Dora-analysen eller *Bruddstykke av en hysterianalyse*.<sup>2</sup> Men begrepet gullalderen knytter også an til den berømte nevrologen Jean Martins Charcots spektakulære iscenesettelser med hysteriske kasus på det store sykehuset La Salpêtrière i Paris omkring 1880, hvor leger (blant andre Axel Munthe, Knud Pontoppidan og Sigmund Freud), intellektuelle og forfattere fra hele Europa (inkludert August Strindberg og Bjørnstjerne Bjørnson) strømmet til sykehuset for å overvære begivenhetene. Hysteriets moderne historie kan sies å starte på La Salpêtrière, og med Charcot. Hysteri fremstår fra da som en særlig sentral kulturdiagnose, hvilket vil si en hyppig anvendt diagnose fra et bestemt tidsrom, som plutselig dukker opp for så nærmest å forsvinne ut fra fagmedisinske tidsskrifter og som diagnostisk kategori.<sup>3</sup> Hysteri var med andre ord en av *fin-de-siecle*-kulturens store nevroses, som også ble eksponert i skjønnlitteratur og drama og som inngikk i den kulturelle og intellektuelle sjargongen i den grad at man kan snakke om en av tidens viktigste metaforer. Hysteriet antok nærmest epidemiske former, og var en av de store nøttene

for en samlet medisinsk profesjon. Både i fagmedisinske og i skjønnlitterære tekster så vel som i statistiske oversikter fra asyls, nervesanatorier og kurbad finner vi materiale om hysteriske pasienter fra denne perioden. Ifølge Michel Foucault er det snakk om en hysterisering av kvinnen som inngår i selve produksjonen av seksualiteten.<sup>4</sup>

Hysteriets historie går imidlertid like langt tilbake som medisinens historie. Noe som kan tolkes som hysteri finnes i egyptiske papyrusruller datert til omkring 1900 f. Kr. Disse beskrivelsene er blant de eldste dokumentene vi overhodet kjenner i medisinens historie. Etymologien bak ordet ”hysteri” reflekterer de tidligste oppfatningene om sykdommen og dens årsaker. Selve begrepet ”hysteria” kommer fra det greske ordet for livmor, *hysteria*, og den hippokratiske forestillingen om at en vandrende livmor skulle forklare ubalanser i kropp og sjel og symptomer som svimmelhet, pustevansker, brekninger, kramper og smerter av ulike slag. Det har vært stadige endringer i forståelsen av hysteri (det skjelves gjerne mellom gynekologiske, nevrologisk og psykologiske forklaringsmodeller). På tross av hysteriets mange ulike symptomer og uttrykk, samt at det har vært registrert mannlige tilfeller, har den lingvistiske forbindelsen mellom hysteri og den kvinnelige kroppen, ikke minst den kvinnelige seksualiteten, vært påfallende stabil og preget både den medisinske sykdomsforståelsen og kulturens metafo-

riske forestillingsunivers. Mens hysteri har vært konstruert som en konstant kvinnelig sykdomskategori, har menns liknende symptombilder vært konstruert inn i mer skiftende diagnoser: Som tendens har de kjønnsesifikke polene vært: hysteri/melankoli i renessansen, hysteri/hypokonderi på 1600 og 1700-tallet, hysteri/nevrasteni på 1800-tallet, hysteri/granatsjokk under første verdenskrig og hysteri/angstnevrose i freudiansk psykoanalyse. Hysteri fremstår altså gjennom dets historie som en kvinnesykdom, og også som en metafor for det kvinnelige. Kvinnen ”er” potensielt hysterisk, liksom hysteri ”er” kvinnelig.

Hysteriet i moderne tid har imidlertid også vært en mannlig sykdom. Da hysteriet ble forstått som en nevrologisk lidelse ble sykdommen løsrevet fra sin eksklusive binding til kvinnens kropp. Allerede på 1600-tallet er det registrert menn med diagnosen. Men det skulle gå nesten 300 år før mannlig hysteri ble et større tema. Charcot offentliggjorde eksempelvis over 60 beskrivelser av mannlige hysteritilfeller, hvilket vil si nesten like mange som kvinnelige tilfeller. Ifølge Charcot er hysteri en arvelig, degenerativ lidelse som kan ramme begge kjønn, og som manifesterer seg i fysiske, særlig nevrologiske symptomer og abnormaliteter han kalte hysteriske stigma, deriblant kramper, spasmer, lammelser og synsforstyrrelser. I tillegg har også Freud beskrevet og behandlet mannlige hysterikere. Medisinhistorikeren Mark S. Micale taler om mannlig hysteri som en glemt og skjult del av hysteriets historie, men også som glemt og skjult – ja undertrykt – del av medisinsens historie så vel som av vitenskapens og maskulinitets historie.<sup>5</sup> Litteraturviteren Elaine Showalter snakker om en kulturell fornektelse av mannlig hysteri.<sup>6</sup> På de neste sidene skal vi nærmere oss et mannlig hysterikasus fra Gaustad asyl anno 1900. Vi befinner oss med andre ord midt i hysteriets norske gullalder og på Norges eldste og mest sentrale asyl. Her var det i år 1900 registrert henholdsvis 49 kvinner (av 266 behandlede) og 10 menn (av 278 behandlede) innlagt med diagnosen *insania hysterica*, som i 1894 hadde erstattet den diagnostiske kategorien *hysteria*. Årene 1889 og 1899 peker seg ut ved at de hadde flest registrerte pasienter, totalt vil det si at 64 innlagte pasienter begge årene hadde fått anført diagnosen i sine journaler. På det meste var 9,1 prosent av alle de innlagte pasienter på Gaustad asyl innskrevet med diagnosen *insania hysterica*. Denne toppen ble registrert i perioden 1896 til 1905. Første gang en pasient fikk anført diagnosen *hysteria* var i 1885. I 1925/26 utgår *insania hysterica* som diagnostisk kategori på Gaustad asyl, og erstattes av kategorien *insania ex constitutione*, som samler flere tidligere diagnostiske benevnelser.<sup>7</sup>

### ***Teoretisk og metodisk inngang: Avkodning***

Et kasus (latinsk *casus*) befinner seg i spenningen mellom det generelle og det allmenne på den ene siden og det singulære og individuelle på den andre. Det er en type historisk hendelse på mikronivå som illustrerer medisinsk symp-

tomatologi, etiologi og diagnostikk, men også overordnede historiske tendenser og kollektive forestillinger i tillegg til noen mer særegne individuelle eller subjektive forhold. Når en mann i Kristiania omkring forrige århundreskifte fikk diagnosen *insania hysterica* skjedde det mot en bakgrunn hentet både fra norsk dagligliv og fra den innflytelsen kontinental medisin hadde på norsk medisin, og når det gjelder hysteri, særlig fra Charcots innflytelsesrike virke ved La Salpêtrière i Paris. Men hvordan skal man gå fram for å si noe meningsfylt om et hysterikasus anno 1900? Hvordan bevege seg mellom tekst og kontekst, mellom legeblikket materialisert i journalen og pasientens stemme og erfaringsverden som bare unntaksvis kom til uttrykk?

Analysen og lesningen som følger er inspirert av og orientert mot kodebegrepet i Roland Barthes' tekstanalyse i boken *S/Z*, hvor han utfolder en avkodning av Balzacnovellen *Sarrasine*.<sup>8</sup> Barthes opererer her med fem koder, som kortfattet kan presiseres som ulike perspektiver i teksten. *Den hermeneutiske koden* vil særlig omfatte ”gåtene” i teksten, uklarhetene som alltid synes å hefte ved hysteriet og omtalen av det, mens den *semantiske koden* bærer de konnotative tematikkene i journalene, og dessuten karakteristikk av personer og relasjoner, eksempelvis de vi finner som *status præsens*-kommentarer. Videre har vi *handlingens kode*, som omfatter de handlingene journalen beskriver, pasientens dramatiske atferd, samt selve følgerekken i atferdsmønsteret, og *den kulturelle koden*, som omfatter vitenskapens, medisinsens, farmasiens og kulturens totale og allment aksepterte kunnskap og innsikt. Til sist er det mulig å registrere det Barthes kaller en *symbolsk kode*, som snarere er et felt enn en kode, og viser til et kroppslig og et språklig felt. Her vil betydningen av kjønn og seksualitet, begjær, drøm og billedspråk finne sin plass.

Barthes' kodebegrep har en allmenn verdi, og er nyttig for å kunne få frem ulike perspektiver og den kulturelle *impact* i en tilsynelatende homogen tekst. Kodebegrepet retter seg mot ønsket om å kunne si noe nytt, få frem betydninger som ellers ville ha forblitt uforløste. Mer enn å representere et fastlagt skjema, supplerer tanken om tekstens ulike koder en narratologisk undersøkelse, og gir instrumenter til å undersøke også sykejournalenes tekstmasse og dens måte å organisere seg på. I likhet med Freuds sykehistorier kan sykejournaler betraktes som fortellinger med et litterært fortolkningspotensial. Sykejournalen utgjør et rikt, men generelt et forholdsvis uutforsket materiale i medisinsens historie. De representerer på sitt vis også en tekstform som kan sies å være definert som en asylets hverdagsrealisme, men som, lest med Barthes' koder som instrument, likeledes viser seg å være en *palimpsest*, en tekst som kan vise til noe annet og som gjerne har en underliggende betydning. Med ”kode” forstår jeg her et perspektiv som samler utsagn, talemåter og former for beskrivelser. For hysteriet omtales på mange vis, på én gang, innenfor sykejournalenes tilbaketrunkne, konfidensielle og strengt regelbestemte tekster. Kodene retter seg mot å løsne

disse tekstenes sikring, få dem til å vise sitt mangfold. Det er hysterikerens verden jeg forsøksvis vil åpne opp for. Lesningen følger journalens kronologiske gang.

### **Kasus: Kjørekarren –pasient XXXXX/1900-M<sup>9</sup>**

28. august 1900 innlegges det på Gaustad en ugift, mann som i sykejournalen får anført diagnosen *Insania hysterica*. Han er 19 år, og har ”kjørekarl” som oppgitt yrke. Sykdommens ”sandsynlige Aarsag” angis som ”Masturbation og Drik”. Han er innrekvirert av fattigvesenet (markert ”ftg”), og det noteres at hans foreldre er ”ubeslegtede”.<sup>10</sup>

Innledningsvis kan vi merke oss, som del av *handlingsbildet*, at pasienten er ”kjørekarl”. Dette var et yrke på linje med stallgutt, tjenestekar, gårdsarbeider, kvægrokker; omkring 1900 var flertallet av den norske mannlige yrkesbefolkningen sysselsatt med utendørsarbeid, ofte i flere yrker samtidig. ”Kjørekarl” kunne man være ved siden av å fungere som fisker, bonde eller skogsarbeider. Yrkesangivelsen er representativ for Gaustad-arkivens mannlige hysteripasienter, som domineres av yrkesgrupper som gårdbruker, husmann, snekker, sveiser, tømmermann, smed, tjenestegutt (inkludert lærlinger knyttet til yrkesbetegnelsene og sønn av, for eksempel ”husmandssøn”) med enkelte signifikante unntak (studenter, skreddere, lærere, kunstmaler, musiker). Disse yrkesgruppene er i stor grad typiske norske yrker, særlig i kombinasjon. Den norske, mannlige hysteriker er i tråd med Charcots forståelse av det maskuline hysteriet en kroppsarbeider, men med typiske, nasjonale trekk. Alder og sivilstand er også typisk, idet de fleste mannlige pasientene som er diagnostisert med *hysteria* eller *insania hysterica* på Gaustad er mellom 18 og 30 år og ugifte (blant de kvinnelige pasientene forekommer en langt større spredning i alder og sivil status).

Videre kunne det som kan kalles *opprinnelsens gåte* utdype journalens narrative ramme. For i åpningen av journalen anmerkes det at den mannlige hysteriker enten er adoptert, er et barnehjemsbarn eller at han på annen måte er knyttet til en ukjent opprinnelse, noe som i litteraturen alltid inngår i personlighetens gåte. Til dette hører at årsaksangivelsen ”arv” her er umulig. Arv er ifølge Gaustad-journalene den hyppigste årsaken til hysteri, men i denne journalen blir mulig årsak knyttet til hva man ville kalle ”skjørlevnet”: masturbasjon og drikkfeldighet. Det åpnes med dette for et større spørsmål, en større *hermeneutisk gåte*: Hva er mannlige hysteri? Gåten om kvinnen, som er en gjennomgående tematikk i journalene, formuleres tradisjonelt ut fra det mannlige. Gåten om mannen kunne da sies å bestå i fraværet av en gåte. Men lar det mannlige hysteriet seg derfor lettere forklare? Mannlig hysteri er på Gaustad som på La Salpêtrière likestilt med det kvinnelige, selv om overvekten av kvinnelige hysterikere er betydelig.

Med ”ubeslegtede” foreldre blir også hele den symbolske orden berørt. Fortsettelsen av narrativet kan kun i abstrakt forstand legitimere ødipale eller foreldrerelaterte forhold: Farsnavnet er utvasket, mulighetene både åpne og risikable. Myten om den foreldreløse er i særlig grad knyttet til kvinnelige litterære personer, og var populær på slutten av det 18. og begynnelsen av det 19. århundrets romanlitteratur. Selve kvinnens vesen har i litteraturhistorien vært knyttet til ”mysteriet”, ofte forsterket ved at den litterære figurens opphav er ukjent. Dette peker mot at det allerede i åpningen i journalen forekommer en form for feminisering av den mannlige pasienten. Når hysteri svært ofte knyttes til arv gjennom morslekten, og ifølge samtidig medisinsk viten med langt større sjanse for overføring mellom mor og datter enn mellom mor og sønn, blir årsakskomplekset her annerledes. Man vet logisk nok ingenting om kjørekarlens biologiske foreldre, og arv er slik umulig å påvise som årsak til hysteri.

En sjelden gang opptrer staten eller det statlige i journaltekstene, som her, med referansen til skolevesenet: ”Han gjorde god fremgang på skolen”. På slutten av 1800-tallet foregår det en sekularisering og pedagogisk omveltning i det norske skolevesenet, allmueskolen omgjøres til folkeskole, og den statlige støtten til grunnopplæringen gjør at Norge er blant de fremste i Europa på dette feltet rundt 1900. Skolen er storsamfunnets arena, og kan defineres som en type positiv anstalt, hvor det først og fremst er normaliteten som dyrkes og fremavles. Fraværet av ”beslegtede” foreldre styrker dette utsagnets *raison d'être*.

Sykejournalen åpner med et langt referat, som dels er basert på opplysninger gitt ved hospitalet kjørekarlen tidligere var innlagt på og dels på supplerende opplysninger gitt av pasienten selv. Innledningsreferatet er en narrativ helhet, en utfyllende anamnese, sykdommens forhistorie slik den fremtrer ved opplysninger gitt av pasienten og pårørende, men med samme språkbruk som i journalen forøvrig og nedskrevet av en journalførende lege på Gaustad asyl. Handlingsgangen er sentral. Det er nærmest en narrativ lov at framgang på ett felt åpner for det motsatte på et annet. Etter å ha blitt fratatt slektens mulige oppdragende og autoritetsforvaltende rolle allerede i åpningssetningen, blir suksessen på skolen en positivt ladet kontrast, som straks brytes mot en annen, ettersom det fremheves om pasienten at han: ”Har masturberet i ca. 3 aar daglig”.

Oppmerksomheten rundt masturbasjonen er et sentralt tema i sykejournalene, og kjørekarlens journal føyer seg inn i rekken av pasientjournaler der masturbasjonen angis som sannsynlig årsak til sykdommen. Mens den tidligere direktøren Ole Rømer Sandberg gikk rundt og inspiserte pasientenes lakener, er det i dette tilfellet pasientens egen forklaring som ligger til grunn. Uansett er det for oss i dag en like stor gåte hvordan masturbasjon i så oppsiktsvekkende stor grad kunne få en rolle i medisinen, som at hysteriet

i antikken ble forklart med henvisning til en vandrende livmor. Konstateringen inngår i medisinsens objektivitet, som i ettertidens lys kan avleses som gjennomsyret av en form for usynlig, diskursiv makt og institusjonell disiplinering.

Masturbasjon har også en bibelsk og symbolsk betydning. Ordet masturbasjon dannes av latin *masturbatio*, som kommer av *manus*, "hånd", og *stupratio*, "skitne til". Synonymet *onani* forekommer også hyppig i rubrikkene for sykdommens årsak i Gaustad-protokollene, og tilfører sykehistorien en bibelsk konnotasjon, til et forhold som riktignok er tvetydig: når Onan spiller sin sæd på marken, er det uklart om dette skjer etter *coitus interruptus* eller på annen måte. Likeledes er det uklart hvordan syndsforholdet er konstituert: omgåelse av plikt til å føde barn eller kroppslig nytelse. Begrepet knytter seg til de andre religiøse elementene som denne og nær de fleste av sykejournalene har i seg i større og mindre grad. Bibelsk er eksempelvis konnotasjonen til ekstasen, som for Charcot var parallell med hysteriets lidenskapelige fase. I sine studier av bibelsk helbredelse ved bønn knytter Charcot besettelse og mirakelhelbredelse til henholdsvis hysteriets symptomer og dets helbredelse ved hypnose. Deretter anføres det informasjon om både intime kroppskaraktistika, allmenntilstand og humør:

Det opplyses at han har været noget hidsig og egensindig. Hans skamhaar er udpreget kvindelig overdrevet, sparsomt i midten, ender opad med convex rand, ingen haarvext i midtlinien opover til navlen. Er baade legemlig og aandelig noksaa veludviklet og har det med hensyn til livsvilkaar ganske godt. Han skal have været snil, af godt temperament.

Journalteksten veksler slik mellom ytterpunkter: Hans foreldre er "ubeslegete", han har vært flink på skolen, men deretter bemerkes hans masturbasjon og at han har vært hissig og sta. Men så konstateres det at han både kroppslig og mentalt er normalt utviklet, og dessuten at han har gode livsvilkår, er snill og har godt humør. Vekslingenes plass er i seg selv signifikante. Det bygges opp en uroens og ustadighetens sykehistorie.

Oppmerksomheten overfor det seksuelle (gjennom avvik) er igjen påtagelig, men fremtrer som prefreudiansk og lite prinsipiell. Påvirkningen fra Charcot er betydelig, og det søkes etter nevrologiske og fysiologiske grunner til hysteriet, noe "masturbasjon og drik" tilfredsstillende. Ikke desto mindre er interessen for seksualitet, kjønnsforskjeller og erotiske elementer i sykdomsbildet stigende, og viser til en utvikling som går utover Charcot og i retning av Freud. Pasienten tilføres her også en ytterligere feminisering, idet til og med hans kjønnsbehåring anses som kvinnelig. Gåten er slik en kombinasjon av hysteriets egen gåtefullhet, som knytter seg til selve *kjønnets* gåte. Før Charcot ble hysteriske menn svært ofte karakterisert som feminiserte, også i norsk fagmedisin, med nevrotiske, kvasi-homoseksuelle trekk. Charcot konstruerer på sin side et bilde av det mann-

lige hysteriet med klart maskulint konnoterte trekk, som kroppsstyrke, utholdenhet, aktivisme. Spørsmålet – gåten – om hva mannlig hysteri er blir stående, og knytter seg kulturelt til assosiasjonen om at hysteri er en kvinnesykdom. Den mannlige hysterikeren utviser en rekke felles symptomer med de kvinnelige, med visse innlysende avvik, som menstruasjonsuorden og livmorsplager/smerter. Men også den mannlige hysterikeren knyttes underlig nok, som her, ofte til underlivet, først og fremst gjennom masturbasjonen, men også gjennom denne grundige interessen for kjønnsbehåringen.

Medisinsens vitenskapelige stemme trer frem i redegjørelsen for den "kvinnelige" kjønnsbehåringen, og særlig når det påpekes at denne ender i en "convex rand". Anatomi er ingen nøytral vitenskap. Vi er nå kommet til det punktet i journalteksten hvor sykdommen tiltar, i fortellingen presist nok fremstilt som en utvikling til det verre, en tiltagende, eskalerende lidelse, som er opptakten til innleggelsen på Gaustad asyl et par uker senere:

Den 4/8. blev han søvnløs, sad og sturede, snakkede ikke, viste tegn til frygt, gjemte hovedet under sængetæppet, havde hallucinationer, f.ex. saa en mand med blanke sko og flos, denne mand vilde komme og tage ham. Andre aarsager end masturbationen kjendes ikke. Paa hospitalet er hans sygdom bleven behandlet med leie paa ryggen med bundne hender – efter frivillig overenskomst, samt ispose paa genitalia; af medicin: vabrianainfus med Br.K. Efter 3–4 dages forløb fik han lov til at være oppe en del af dagen, tildels beskæftiget med at hugge ved. Han har ikke været farlig for andre men vel i nogen grad ubehagelig ved f.ex. at klynge sig til en anden og kalle ham Jesus.

I fortellingen er det angitt med en konkret dato for når symptomene på hysteriet tiltar: søvnløshet, sturing, stumhet, angst, selvutslettende atferd, hallusinasjoner, vrangforestillinger.

Vi legger merke til et symbolsk trekk ved hallusinasjonens innhold: "Mann med blanke sko og flosshatt" tilhører århundreskiftets overklassefigurer, og kan i en prefreudiansk kontekst representere ulike autoritetsfigurer, på linje med professor Hieronimus i Amalie Skrams roman *Professor Hieronimus*, som iscenesetter institusjonens hysterisering av den unge maleren Else Kant. Lest freudiansk og i overensstemmelse med *Drømmetydninger* fra 1900, kan denne hallusinasjonen leses som en fortrent homoseksuell ønskeoppfyllingsdrøm der forbudet ytrer seg som angst. Og igjen fremheves masturbasjonen som årsak til de hysteriske symptomene, først og fremst knyttet til hallusinasjonen. Hysteripasientens "besatthet" søkes helbredet gjennom et "mirakel": frivillig tvangstrøye og is på genitaliene, samt store doser med vabrianininfusjon og bromkalkoid. Tvangstrøye, is og medisin gjør pasienten oppegående nok til å hugge ved. Både handlingen og posituren vedhoggeren ut-

gjør er selve normalitetens tegn, en klassisk rural, maskulin aktivitet, som også inkluderer attributter som selvkontroll, rasjonalitet, målrettethet.

At han ikke er farlig stiller ham i en særklasse blant mannlige pasienter med tilsvarende diagnose, men forsterker samtidig den feminine siden. Det religiøse motivet kobler seg på denne ufarligheten, men indikerer igjen en veksling mellom helbredelse og tilbakefall. I det innledende handlingsreferatet blir pasientens tale forståelig nok kun referert:

En gang har han uttalt, at han angrede paa ikke at have udført sit forset at hænge sig, men han synes ikke at være alvorlige hensigter i retning af suicidium. Han er af yderst nedtrykt sindsstemning, nedsat selvbevidsthed, ingen interesse for nogensomhelst ting; han ligger fordetmedstille stille hen, jamrer sig af og til og taler om at han er den største synder i verden, og at der ingen salighed er for ham, men selv de stærkeste udtalelser synes at være lidet dypt følte. Han antog af og til nabopatients for at være Jesus, engang sagde han, han saa en hund i taket; naar man kaldte hans vrangforestillinger tøv og vaas og skjældte paa ham derfor, var han tilsynelatende angerfuld og lovede bod og bedring.

Det er allikevel en generell tendens at hysterikere ikke kommer til orde, selv om enkelte utsagn refereres, på linje med symptomer, atferd, nærmest som en form for etterlatenskaper. Tiden er antagelig ennå ikke moden for å bevege observasjonen fra øyet til øret, fra det å "se" hysterikeren (som kjennetegner Charcot tilnærming) til å "lytte" til ham eller henne (som blir Freud metode). Hysterikeren siteres her indirekte og ubestemt på at han en gang har uttalt seg om selvmordstanker. Språket gis ennå ingen sentral funksjon, og selv de "stærkeste udtalelser" blir ansett som overfladiske og tilnærmet teatraliske. Ved irttesettelse blir han kun "tilsynelatende" angerfull, noe som kombinert med klisjeen "bot og bedring" viser at hans tale ikke har noen troverdighet hos legen. Dette forsterkes ved at det igjen henvises til religiøse elementer, den sinnssykes jesusforestillinger, som i tillegg kombineres med fantasier om "en hund i taket". Hunden i taket kan enten representere en angst for angrep eller et ønske om en fluktrute bort fra asylet ("det å bli hund" som en fantasmatisk overlevelsesstrategi, eller motsatt, en infantil nevrose, som hos et av Freuds mest berømte kasus, paranoikeren som drømte om ulvene i treet utenfor vinduet: "Ulvemannen" var kanskje en hysteriker), men mest av alt representerer hunden i taket et speil av hysterikerens forestillingsverden.

På ett punkt i fortellingen inntreffer en foreløpig helbredelse, og tidspunktet for dette innebærer et omslag, en *peripeti*, som er presist angitt:

Mobilitet og sensibilitet i orden, fysikalske forhold normale, ernæring og kræfter udmerkede, lidt forøgede patellarreflexioner, pupillerne ved indkomsten udvidede, neppe reage-

rende. Senere var de mindre og reagerede bedre. Sov godt paa hospitalet, hvor hans functiones naturalis var i bedste orden, og hvor han ikke masturberede. Ved udskrivningen findes i journalen indført: Han er fuldstændig rolig idag. Patellarreflex tilstede. Pupillerne af normal størrelse, reagerer godt. Han ser ikke fuldt saa nedtrykt ud som tidligere.

På handlingsplanet er det en parallell mellom en hippokratisk og en aristotelisk modell for forløp: det hippokratiske "anamnese – diagnose – prognose" og det aristoteliske "begynnelse – midte – slutt" finner hverandre nok engang i dette punktet hvor kjørekarlen, hysterikeren, undersøkes og karakteriseres som delvis friskmeldt. Men det er det animalske ved mennesket som utheves: Reflekser, basale funksjoner, ernæring, styrke.

Medisinens humane stemme inntreffer, med behandlerens konstatering av i det minste en delvis tilbakevunnet normalt tilstand, og hvor fravær av masturbasjon indirekte knyttes til helbredelsen. Før innleggelsen på Gaustad utskrives han fra hospitalet som "fullstendig rolig". Med denne siste *leksien* eller tekstsamlingen avsluttes en fullstendig narrativ del, nedskrevet som et sammenhengende referat og innleggesnotat. Overgangen til den egentlige journalføringen blir også markert ved at skriverens håndskrift etter dette endrer seg. Det er en ny lege som fortsetter journalføringen, med nye runder med symptomer og tilbakefall. Og vi møter flere kjente hysterisymptomer, som kramper, følelsesløshet og lammelser.

29/8 Indkom igaar, var rolig, meget tung, svarede kun fra og til paa spørgsmaal; paa spørgsmaal om hvor han nu var kommet hen, svarede han "alt staa i Guds magt, skal jeg komme til Jesus"; kom tilsengs paa C-salen. Igaar aftes sagde han sig fri for tungsind, men medgir at være en stor synder – "de lovte mig jo at komme til Jesus" udbrød han under examinationen herom. Har inat sovet; har spist. [...] Pupillene store [innskutt: lidt ulige], reagerer godt; tungen sterkt belagt. Sterk katalepsi; etter at tungen er strukket frem [innskutt: til undersøgelse], bliver han i flere minutter liggende med vidt aaben mund og fremstrakt lidt efter lidt trekkes tungen tilbage, men der gaar lang tid hen før munden er lukket igjen.

Sett i et symbolsk perspektiv, der språk, kropp, kjønn og religion aktualiseres, ser vi straks at kjørekarlen i stor grad siteres direkte i teksten, til forskjell fra tidligere års journaltekster: Språket er med andre ord tydelig tilstede, og ikke bare parafrasert eller på annen måte behandlet indirekte. Den journalførende legen (kan vi anta) *lytter* i større grad. Men talen er forvirret: Religionen er her og senere i journalen sterkt tilstede gjennom pasientens søken etter guddommelig bekreftelse og tilhørighet, men også gjennom hysterikerens skam, idet han "medgir" at han er en stor synder og nærmest fortjener sin skjebne. Det tilhører også det symbolske perspektivet at kjørekarlen lammes av sterk

katalepsi, en kroppslig forstenelse, og således med dette absolute opphøret av bevegelse skiller seg fra de mange kvinnelige pasientene med deres konstante uro. Beskrivelsen av den vidåpne munnen med den utstrakte tungen peker mot et hermeneutisk perspektiv, som her glir over i det symboliske. Spørsmålet om det mannlige hysteriets egenart er også her aksentuert: Er den åpne munnen tegn på en offerposisjon eller en feminin kjønnsidentifikasjon, noe som kunne tilbakeskrives til den feminisering denne mannlige hysteriker ble til del? Er det mannlige hysteriet like teatralisk og tvetydig som det kvinnelige? Denne åpne munnen kan leses som en symbolsk illustrasjon av maktesløshet, fremst i et lydløst skrik. Det er en meget suggerert eller hypnotisert posisjon, men den kan også leses som et uttrykk for ekstrem frustrasjon, skam eller språkløs protest. Det viktige er allikevel at journalskriveren observerer og noterer dette.

5/9 Status præsens: Høyde 170 cm. Vægt 62 kg. Temp. 36.5 Puls 76, regelm. Blond. Graablaa øine. Pupillene udvidede næsten ad maximum = r. Tungen belagt, let sitrende, strækkes ret frem. Panden stærkt afsmalende og seet ovenfra er hovedets omkreds pæreformig, temmelig afsmalende fortil. Patellarreflexerne svage. Prematurreflexerne livlige. Håndene varme. Normale fysikalske forhold. Har vidtagende rygleie, stirrende ret frem for sig med vidt aabne øine uden at blunke, øinene glinsende. Ser liksom indadvendt, tankefuld, tilsynelatende ikke interesseret for, hvad der foregaar overfor ham. Han er føielig og snil, gjør hvad han bliver anmodet om, svarer ordentlig paa spørsmåal, siger sit navn, alder, fødested, stilling etc, siger han ikke ved, hvor han er, at han er paa et sygehus. Han ser på legen under samtalen. 6/10 Har vært oppe af sængen idag og vilde ud ad døren, har for nogen tid siden vært oppe paa gulvet. [...] Andsigtsudtrykket spænt, sammenknebd mund, fremskudte leber, blikket stirrende i taget. Pupillende stærkt udvidede, uten reaction. Patellarreflexerne ganske betydelig; forhøiede, stærkest paa h. side; i det de fremkaldes, kommer der sterke krampeaktige rykninger, først af leggen siden af hele underextremiteten, efterat de faa gange er fremkaldt, kommer der spontane rykninger. Ingen dorsaletonus. Ingen særlig ømfændtlighed for lettere naalestik paa underextremiteterne. Huden rødmer let under berørelse.

Vitenskapens eller medisinenes stemme er tydelig. Kjørekaren utsettes for en rekke undersøkelser, og hans kropp beskrives inngående i det ovenstående *status præsens*. Interessen for hodeform faller inn under datidens opptatthet av anatomisk typologi. Registrering av øynene, deres farge, pupillenes tilstand og reflekser, alt samler seg i en interesse for blikket, som veksler mellom å være bevegelig, unnvikende og her også stirrende. Kjørekaren er preget av *la belle indifférence*, et klassisk tegn på hysteri, som dreier seg om en dissosiasjon mellom ord og følelser, særlig uttrykt som en mangel på bekymring for egen sykdomstilstand. Kjørekaren er ”indadvendt, tankefuld, tilsynelatende ikke interesseret for hvad der foregår overfor ham”, med andre ord innbegre-

pet på en mannlige hysteriker. Til dette føyer det seg andre symptomer, som veksler mellom katalepsi, følelseløshet og fullstendig passivitet på den ene siden, og rykninger, uro, overfølsomhet og aktiv kommunikasjon på den andre.

”9/10: Fra C-sal til D for dagen og til C for natten.” – Karaktertrekkene som meddeles om kjørekaren er at han er ”let” og ”føielig”, gjør alt hva man ber ham om. Samtidig kan han ikke desto mindre være roligere om natten enn om dagen, og veksler mellom avdelingene C og D, aldri B eller A.<sup>11</sup> Hysteriets uro hefter også ved kjørekaren.

”19/11: Etterkommer lette opfordringer, svarer ikke, skriver sit navn, men heller ikke mere; er kommet sig noget i legemlig hensende.” – *La belle indifférence* kan kanskje her sies å omfatte mangelen på semiotisering: Kjørekaren kan *signere*, men ikke *semiotisere*, forstått som det å skape betydning, kommunisere, her skrive. Siste setning av det angjeldende årets sykejournal (han er innlagt også i det kommende år), lyder i tråd med dette: ”Skriver sitt navn raskt og ordentlig, er derimot at formaa til at give svar hverken ved ord, skrift eller gebærder.”

### Epilog

Kjørekaren tilhører den gruppen av pasienter som utskrives uten at asyllets tiltak og behandling har hatt den ønskede effekten. Etter litt under tre års innleggelse er det i protokollen fra 1903 anført at han ”[u]dgaar uhelbredet”. Avslutningsvis kretser også denne teksten rundt ro og uro, og om velkjente hysteriske symptomer fra gaustadjournalene: ”sløv, forvirret, fuld av grimaser og fakter [...] han har holdt sig noget roligere en tid, men har atter de sidste dage været mere urolig, så det var meningen han i dag skulde være flyttet til D. Ellers i det væsentlige uforanderet. Viser fremdeles tilbøyelighed til at klænge sig indpaa de andre pasientene i kjønsligt iøiemed. Puffede i dag til direktøren, har ellers ikke vært paagaande.”

### Noter

- 1 Se for eksempel Bronfen, *The Knotted Subject*; Micale, *Approaching hysteria*; Johannisson, *Det mørke kontinentet*; Bondevik, *Hysteri i Norge*.
- 2 Freud, *Bruddstykke av en hysterianalyse*.
- 3 Om kulturdiagnoser, se Hacking, *The Social Construction of What?*; Johannisson, *Medicinens øga*.
- 4 Foucault, *Seksualitetens historie*.
- 5 Micale, *Hysterical Man*.
- 6 Showalter, *Hystories*, 1997; *Hysteria beyond Freud*.
- 7 For en nærmere oversikt over hysteridiagnosens interne karriere på Gaustad, se Bondevik 2009.
- 8 Roland Barthes, *S/Z*, Seuil, Paris 1970. I artikkelen "Analyse textuelle d'un conte d'Edgar Poe" (1973) opererer Barthes med en tilsvarende kodelesning av poststrukturalistisk art, om enn med noen koder som avviker fra analysene i *S/Z*.
- 9 Kjørekarlen utgjør en av de fem sykehistoriene jeg analyserer ved hjelp av Roland Barthes kodebegrep, se Bondevik 2009. I sykejournalene fra Gaustad asyl har alle innlagte pasienter et pasientnummer. Det er her erstattet med XXXXX for ytterligere å anonymisere pasienten.
- 10 Alle sitatene i analysen er fra samme sykejournal. Sitatene er markert med innrykk eller satt i anførselstegn.
- 11 Bokstavene viser til avdeling A (for rolig syke på første forpleining), avdeling B (for rolig syke på annen forpleining), avdeling C (for syke, som uten å være voldsomme trenger nøye bevakning) og avdeling D (for voldsomme og svært urolige pasienter).

### Litteraturliste

- Bondevik, Hilde (2009): *Hysteri i Norge. Et sykdomsportrett* (Oslo: UNIPUB).
- Bronfen, Elisabeth (1998): *The Knotted Subject. Hysteria and Its Discontents* (Princeton: Princeton University Press).
- Freud, Sigmund [1905] (2007): *Bruddstykke av en hysteridiagnose* (Oslo: Cappelen).
- Foucault, Michel [1976] (1995): *Seksualitetens historie* (Gjøvik: Exil).
- Gilman, Sander, Elaine Showalter et al. (1993): *Hysteria beyond Freud* (Berkeley: University of California Press).
- Hacking, Ian [1999] (2001): *The Social Construction of What?* (Harvard: Harvard University Press).
- Johannisson, Karin [1994] (1996): *Det mørke kontinentet* (Oslo: Aventura).
- Johannisson, Karin (1990): *Medicinens øga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiske erfarenheter* (Stockholm: Nordstedts Förlag).
- Micale, Mark S. (1996): *Approaching Hysteria: Disease and Its Interpretations* (Princeton: Princeton University Press).
- Micale, Mark S. (2008): *Hysterical Man. The Hidden History of Male Nervous Illness* (London: Harvard University Press).
- Showalter, Elaine (1997): *Hystories. Hysterical Epidemics and Modern Culture* (London: Picador).

# SYKDOM OG HELSE I NORGE I ELDRE TIDER

*Per Holck, professor dr. med., UiO*

*Norges geografiske beliggenhet, med barske klimatiske forhold, spredt befolkning og begrenset tilgang på kvalifisert legehjelp har satt sine spor, ikke bare befolkningsmessig og kulturelt, men også hva sykdom og helse angår. De legerådene vi kjenner fra den eldste tiden var på mange måter levere regler for folket, uttrykt i tydelige vers som lett kunne huskes. Det vi vet om sykdommer fra tidligere tider baserer seg dels på funn av skjeletter, dels på skrevne kilder og folkemedisinske tradisjoner.*

## **Fra vikingtid til kristendom**

For 1000 år siden var oppfatningen av sykdom sterkt preget av overtro – at onde makter ”kastet” sykdom på en. Rester av en slik oppfatning har vi fremdeles bevart i ord som ”hekseskudd” eller ”elveblest”, da man mente at hekser og alver skjøt eller blåste sykdom på folk. Felles for all sykdomsoppfatning som er preget av religiøse eller magiske forestillinger er nettopp at den settes i forbindelse med overnaturlige krefter, såfremt ikke sykdommen eller tilstanden har en lett gjenkjennelige årsaker.

I den gamle norrøne litteraturen – eddakvadene, sagaene og lovtekstene – får vi et ganske godt inntrykk av nordmennenes syn på sykdom. Ved seid, galdring og runer kunne man styre trolldomsmaktene i positiv eller negativ retning, eller møte dem på halvveien ved hjelp av offergaver. Ved sykdom kunne man i den førkristne tiden nærmest inngå en byttehandel med disse maktene: en del kunne de beholde mot at de lot resten av legemet være i fred for sykdom.<sup>1</sup> Et eksempel på det er Snorres beretning om gamle kong Aun som ofret sine barn for selv å kunne leve lenger.

Overgangen mellom hedendom og kristendom må ha vært voldsom for folk flest. Fra den hedenske åsatroen hvor mot og maktvilje var idealet, skulle man med kristendommen i stedet ”vende det andre kinnet til” og være from og saktmodig. Likevel ser vi på de mange hundre skjelettene som arkeologene har gravd ut, at det nok var så som så med saktmodigheten. Tvert imot: vold og drap hørte til hverdagen. Sporene etter vold, hugg- og stikkskader på de forskjelligeste

delene av kroppen, er vitnesbyrd om datidens samfunn. Det er karakteristisk, både i vikingtiden og i middelalderen, at man forsøkte å hugge etter bena, slik for eksempel sagaen forteller om Olav den helliges fall på Stiklestad i 1030. Fikk man inn en ”fulltreffer” slik at motstanderen falt overende, var det så mye lettere – og nærmest risikofritt – å ta livet av ham. Ellers var hugg og stikk bakfra ingen sjeldenhet.<sup>2</sup> Myten om de tapre vikingene som sloss ansikt til ansikt er nok ikke helt i samsvar med virkeligheten.

Vikingtiden innledet en epoke hvor nordmennene for alvor kom i kontakt med andre folkeslag – og med deres sykdommer. Hvordan helseforholdene hadde vært i enda tidligere tider vet vi ikke så mye om, med noen få unntak. For sykdom av kortere varighet setter vanligvis ikke spor på skjelettet, i motsetning til mer kroniske infeksjonssykdommer. Tuberkulosen ble sannsynligvis bragt til Nordeuropa via romerne, og den angriper ikke bare lungene, men også skjelettet, spesielt ryggvirvler, hofter- og kneledd. Infeksjonen får virvelen til å ”smelte”, slik at kroppsvekten klemmer den flat. I kneet og hoften vil sykdommen gradvis gjøre leddet stivt. Det eldste sikre tuberkulose-tilfellet vi kjenner i Norge skriver seg trolig fra 600-tallet.<sup>3</sup>

Av særlig interesse kan nevnes at det ene kvinneskjelettet i Osebergskipet hadde fortetninger i skjelettet – røntgenologisk påviste metastaser eller spredning av kreftsvulster, trolig som en følge av langt kommet brystkreft. Maligne sykdommer er altså ikke noe nytt. Ofte er skjelettmeta-

staser forbundet med smerter, og ”Oseberg-dronningen” har i graven fått med seg en liten pose med frø fra planten *Cannabis sativa*.<sup>4</sup> I dag er dette et nokså utbredt narkotikum, men vikingtidens mennesker visste også at det virket smertedempende.

### **Middelalderens sykdommer**

I middelalderen økte folketallet, og i byene kom folk til å leve tett sammen og kunne dermed lettere smitte hverandre. Men man begynte å forstå litt mer av sykdommenes vesen enn før. Europeisk kunnskap trengte opp også til Norge, selv om den var bygget på antikkens medisinske oppfatning. Vi hører for første gang om utenlandske leger i landet, slik som mester Sigar fra Brabant, som var livlege for hertug Skule (1189–1240). Da spanske sendemenn besøkte Tønsberg i 1256 hadde de med seg en lege som behandlet sønnen til kong Håkon Håkonsson (1204–1263), og også Håkon 5. Magnussøn (1270–1319) hadde en spansk lege – Raimund Calmeta – ansatt ved hoffet.

”Lærd” medisin underviste man ved universitetene som ble grunnlagt ute i Europa på denne tiden. De medisinske forelesningene ble for en stor del holdt av geistlige. Innholdet var basert på antikkens dogmer og dette, sammen med pedagogikkens geistlige innhold, kom til å prege den medisinske undervisningen i flere hundre år. Universitetene var internasjonale, med lærere og elever fra alle land, og da latin var Europas universalspråk, fantes det heller ingen språkbarrierer. Det er tvilsomt om noen nordmann studerte medisin i denne tiden, men vi kjenner noen sårleger som synes å ha gjort legegjerningen til et slags levebrød her hjemme, for eksempel Viljalmur i Bergen, som i 1248 opererte en mann for hareskår. Slike folk var likevel mer for håndverkere å regne. For Kirken, ved konsilet i Tours, hadde i 1163 bestemt at ingen lege skulle befatte seg med ”blodig” behandling. På den måten kom medisinen og kirurgien til å skille lag i det lærde Europa, mange steder til inn på 1900-tallet. I Norge derimot, syntes en god sårlege å ha vært en hedersbetegnelse, ja en konge verdig. Velkjent er historien om kong Magnus den gode, som etter slaget på Lyrskog Hede i 1043 gikk omkring blant mennene sine, følte på hendene deres og valgte ut 12 som hadde de mykeste hendene. ”Ingen av dem hadde før forbundet sår, men alle ble de sårleger så gode som noen”, sier Snorre i sagaen om ham.

Den sosialgruppe som vi har mest kunnskap om fra middelaldersamfunnet, og som nevnes i de skriftlige kildene, er representantene for aristokratiet: kongene, høvdingene, adelen og de rike bøndene. Og nesten alltid menn. Alminnelige mennesker, som tross alt utgjorde størsteparten av landets befolkning, hører vi sjelden om. De fleste drev et jordbruk som var sårbart og lite effektivt, og vekslingen i vær og klima kunne for middelaldermenneskene bety liv eller død. Likevel var de mer fortrolige med tanken om at

livet en dag tok slutt, enn hva vi er i dag. Døden var en del av hverdagen, og mange fattige så kanskje frem til den. For kristendommen lovet jo et liv etter døden, en tilværelse i evig lykke som for enkelte måtte føles som en befrielse fra den jordiske jammerdal.

De harde livsforholdene gjorde at mange bukket under, og barnedødeligheten var større enn hva vi kan forestille oss. Vi kjenner kirkegårder som lå innenfor landets grenser i middelalderen, for eksempel Västerhus i nåværende Jämtland, hvor undersøkelser har vist at de gravlagtes gjennomsnittsalder bare var 18 år, og 50 % av de døde var under 7 år.<sup>5</sup> Dette hører kanskje til unntakene, men undersøkelser av andre middelalderkirkegårder har vist at levealderen bare lå rundt 30–40 år den gang. For 170 år siden var gjennomsnittsalderen for menn ennå bare 42 år.<sup>6</sup> Bare noen ganske få oppnådde å bli oldinger. I dag er den 83 år for kvinner og 78 år for menn (2008).

At ikke alle barn fikk leve opp ble ansett som ganske normalt. Man måtte ha mange barn for å kunne føre slekten videre. Derfor var det ikke alltid mulig å få de knappe ressursene å strekke til, og ofte måtte hensynet til det nyfødte, uselvstendige vesenet avveies mot hensynet til det bestående, etablerte liv. Middelalderens praksis med å la hele familien sove i samme seng kunne føre til at spedbarn rett og slett ble ligget i hjel. Tilsiktet eller utilsiktet – helt sjelden har det neppe vært, og de første middelalderske lovbøkene krevet da også at minst to andre kvinner skulle være til stede under fødselen og bekrefte at barnet hadde vært levende. De barna som likevel vokste opp var trolig av det mer solide slaget. Likevel skal vi ikke undre oss over at deres oppvekst i trange, mørke, trekkfulle boliger, i daglig selskap med lus og rotter, med dårlige klær og i hardt arbeide under de elendigste hygieniske forhold, bidro til en annen utvikling av kroppen, og dermed også til en annen kroppshøyde, enn det vi er vant med i dag. Menneskene var små; vanlig kroppshøyde for menn var rundt 165–170 cm, og vel 10 cm mindre for kvinnene. Først ved slutten av 1700-tallet begynte gjennomsnittshøyden å tilta, kanskje gjennom endringer i kostholdet (for eksempel poteten), frem til i dag hvor rekruttene gjennomsnittlig måler 180 cm (2008; mål for kvinner foreligger merkelig nok ikke).

Middelalderen utmerker seg helsemessig ved de store sykdomsepidemiene som gikk over Europa, med forgreninger opp til vårt land. En typisk farsott var spedalskheten, som nok sikkert var utbredt også i den hedenske tiden, for vi tror at den kom til Europa allerede på 400-tallet. Den greske, ”internasjonale” betegnelsen er *lepra*, mens det norrøne navnet ”spitals sótt” bare klassifiserer den som en hospital-sykdom. De syke hadde spesielle skytshelgener: St.Laurentius eller St.Georg – sistnevnte kalte man i Norden St.Jørgen, og det var nettopp i de såkalte ”St. Jørgenshusene” at man samlet de syke, som gjerne var representanter for det lavere sosiale sjikt i samfunnet. Også i

middelalderen fantes det sykehus i Norge – ja, noen av dem eksisterer faktisk den dag i dag. I Stavanger ble et hospital grunnlagt i 1270 av Magnus Lagabøter for at ”fattige, syke menn der kunne anvende deres bot eller bane, i stedet for å føres syke eller sårede eller halvdøde gårdimellom”. I hovedstaden har Oslo Hospital røtter tilbake til middelalderen. Noe ”sykehus” i moderne forstand var dette ikke, men mer pleieinstitusjoner basert på kristen nestekjærlighet. På grunn av smittefare hadde de spedalske ofte sine egne anstalter hvor de syke kunne pleies.

Lepra hører til de minst smittsomme infeksjonssykdommer og spres ved dråpeinfeksjon. Men siden barn smittes lettere enn voksne, og sykdommen dertil har en usedvanlig lang inkubasjonstid på 10, 20 og kanskje 30 år, viser den seg nesten bare hos voksne mennesker. Det er lett å tenke seg smittemulighetene i middelalderen, med trange og dårlige boliger, generell urenslighet og ofte med hele familien sovende i samme seng. Å bli smittet var uansett en tragedie, for den som var spedalsk ble utstøtt av det samfunn han tilhørte. Hans bolig var nå på leprahospitalet – ”St. Jørgenshuset” – hvor han fikk en lett gjenkjennelig drakt: kappe med hette og hansker, men også en bjelle eller rangle slik at han kunne varsle andre om sin ankomst, når han bega seg utenfor hospitalets område. Han hadde ikke lov til å komme inn i andre kirker enn i hospitalkirken, og der skulle han også begraves når han døde. Han fikk bare berøre rekkverket på en bro når han hadde hansker på, han fikk ikke gå midt i bygaten, og når han ville snakke med noen skulle han vende ansiktet mot vinden. Og fremfor alt: han fikk ikke lov til å komme i kontakt med barn. Det viser at man allerede på den tiden hadde en viss forståelse av smitte.<sup>7</sup>

I Norge blusset forekomsten av spedalskhet opp i forbindelse med korstogene og den økende kommunikasjonen med andre folkeslag på 1100- og 1200-tallet. Vi hører at de spedalske skulle være fritatt for leidangen,<sup>8</sup> og i Bergen sendte biskopen brev til menigheten med beskjed om å avsette den spedalske presten Bjarne, slik at han ikke skulle smitte andre. Fra Kontinentet kjenner vi detaljene omkring behandlingen av de spedalske fra begynnelsen av høy middelalderen; her til lands har vi ingen lovmessig forordning med tvungen internering før Kristoffer av Bayerns stadsrett fra 1445. Langt ut i 1800-årene var man flere steder ukjent med at spedalskheten var smittsom, man trodde den var arvelig, knyttet til fattigdommen. Først i 1874, med Bergenslegen Gerhard Armauer Hansens (1841–1912) oppdagelse av leprabasillen, ble årsaken klarlagt. Enda ved midten av 1800-tallet hadde vi ca. 3000 spedalske her i landet; de siste pasientene døde først i 1970-årene.<sup>9</sup>

Likevel har ingen av middelalderens infeksjonssykdommer hatt større betydning for samfunnet, både her og i andre europeiske land, enn pesten – ”Svartedauen”. Smitten oppsto i området rundt Krim-halvøya i 1346, trolig bragt dit

via Sentral-Asias handelsruter. Derfra spredte den seg med sjøfarende handelsfolk: til Genova i desember 1347, i januar 1348 til Marseille. Deretter bredte sykdommen seg over størsteparten av Europa, både via sjøveiene og over land.<sup>10</sup> Sensommeren 1349 kom pesten til Bergen, ifølge en islandsk årbok, hvor det står:

På den tid dro et skip fra England med mange folk ombord. Det la til i Bergen havn, og litt av lasten ble losset. Så døde alle folkene på skipet. Så snart lasten fra dette skipet ble ført inn i byen, døde også byfolkene. Derpå spredte pestilensen seg over hele Norge med slik voldsomhet at ikke en tredjedel av folket overlevde. Det engelske skipet sank med sin last og de døde menn, og ble ikke losset...<sup>11</sup>

Sannsynligvis ble smitte brakt til Oslo omtrent samtidig, ja det er mye som tyder på at den her oppsto enda tidligere, kanskje allerede senhøstes 1348.<sup>12</sup> Uansett spredte epidemien seg innover i dalene, nordover fra Oslo, østover fra Bergen, til helt nord for Trondheim. I de nordligste landsdelene kjenner vi ikke til noen tilfeller av pest.

”Pest” var opprinnelig bare en fellesbetegnelse på alvorlige epidemier. Pesten i middelalderen var imidlertid spesifikk og skyldtes en bakterie (*Yersinia pestis*) som først ble oppdaget i 1894. Den overføres via lopper, som egentlig hører hjemme hos rotter. Dersom rotten dør av infeksjon etter loppebittet, må de blodsugende loppene se seg om etter en annen vert – og velger da det nest beste: mennesket. Slik smitte kan forårsake byllepest, hvor mortaliteten er ca. 50%. Kanskje hadde man mistanke om den rollen som rottene kom til å spille, for i de større byene var rottefanget en foraktet, men nødvendig person i bysamfunnet. Pestbakteriene kan også overføres som dråpesmitte mellom mennesker, dvs. ved hosting og nysing, slik man nok gjorde i disse høstmånedene. Denne smitteformen kan forårsake lungepest som har en enda høyere dødelighet, nær 100%.<sup>13</sup> Man hadde fra først av ikke noe navn på pestepidemien; man kalte den bare ”mannedauen” eller lignende. Uttrykket ”svartedauen” synes å ha dukket opp i Sverige omkring 1550 (”Swarta döden”), og først 50 senere ble et tilsvarende uttrykk tatt i bruk i Danmark og Norge. Navnet er muligvis en forvrengning av det latinske begrepet *Mors atra*, som betyr ”den skrekkelige døden”, men hvor *atra* også kan bety ”sort, mørk”.<sup>14</sup>

Pesten opphørte av seg selv i Norge i løpet av våren 1350, akkurat da den for alvor begynte å herje i nabolandet Sverige. Kong Magnus Eriksson (1316–1374), som var konge i begge rikene under pestmånedene, ga påbud om offentlige bots- og bededager, som vel var de eneste ”helserråd” som ble iverksatt av konge og regjering. Og pave Clemens VI. komponerte selv en botsmesse på latin, som skulle avsynges i fem dager mens de troende knelte med tente lys i hendene.<sup>15</sup> Ikke rart at folk grep til andre midler for å beskytte seg, som for eksempel anropelse av pesthelgenene

St.Sebastian og St.Rochus. For at sotten var Guds straffedom for menneskenes synder, var man ikke i tvil om. Mye tyder på at omtrent halvparten strøk med i løpet av disse høst- og vintermånedene, av en befolkning på i alt ca. 350 000.<sup>16</sup>

### **Mot en ny tid med ny sykdom**

Også i dansketiden, dvs. perioden fra 1380 til 1814, var det ganske visst sykdomsepidemier i landet, men kildene på 1400- og 1500-tallet er færre og mindre detaljerte enn under middelalderen. Et økende samkvem mellom folk som til da hadde stått hverandre fjernt ga grobunn for slike epidemier, og etter Columbus' sjøferder i 1492 og -93 var en ny og fremmedartet epidemi blitt bragt fra det nyoppgagede Amerika. Sjøfolkene hans var blitt syke etter å ha hatt kontakt av mer intim art med de innfødte i det nye landet. Man la snart merke til at den sykdommen som "indianerne" bar i seg, ikke var så farlig for dem som for sjøfolkene. De opplevde den som en akutt infeksjon med store sår, høy feber, smerter og redusert allmenntilstand og ikke sjelden dødelig utgang, slik det kan skje med mennesker som kommer i kontakt med en "ny" infeksjonssykdom for første gang. Gjennom krigshærene, hvor mange av de hjemvendte sjøfolkene var deltagere, spredte sykdommen seg ut over Europa. Nesten alle kjente den, men få ville vedkjenne seg dens opphav. Italienerne kalte den "fransk syke" og franskmennene svarte med å snakke om "den italienske syken" eller *Morbus italicus*. I Norge brukte man uttrykket "fransoser" om denne sykdommen, til langt ut i 1800-årene.

I 1530 ble det utgitt et læredikt, skrevet av en italiensk lege – Girolamo Fracastoro (1478–1553). Her lar han en ung hyrde, Syphilus, bli straffet med en fryktelig sykdom for å ha sveket Apollon. Diktet hadde tittelen *Syphilitidis, sive morbi gallici* ("Syfilis, eller den galliske syke"), og det førte til at nettopp dette navnet ble hengende ved den nye epidemien. For en epidemi ble det, utbredt i alle sosiale lag av samfunnet. Ja, det var tider hvor man ikke ble ansett som et skikkelig mannfolk hvis man ikke var smittet. Epidemien gikk som en farsott over hele Europa og kom til de nordiske land med de tyske lanseknektene som kong Hans (1455–1513) satte inn i krigen mot Sten Sture i 1497. I Norge kjenner vi de første beretningene fra 1518.<sup>17</sup> Her ble syfilis først kalt "pocker", og dette bannordet har holdt seg levende til vår egen tid, selv om den opprinnelige meningen nok er glemt for lengst. En av kurene man brukte var et avkok av guajaktre (*Guajacum officinale*), som på tysk ble kalt "Pockholz", eller på norsk "pokkenholt", som jo inneholder det samme ordet. Kvikksølvbehandling var også svært vanlig, ikke sjelden med alvorlige forgiftninger som resultat. I årenes løp endret sykdommen karakter, fra et akutt forløp med relativt høy dødelighet, til den i løpet av det 17. og 18. århundre fikk et mer kronisk preg, ofte betegnet som "radesyke", og ikke sjelden forvekslet med

spedalskhet med isolering av de syke i lepra-hospitalene, til de spedalskes store misnøye. De var iallfall anstendige. Først i 1905 ble sykdommens årsak: mikroorganismen *Treponema pallidum*, oppdaget.

Selv om begrepet "nyere tid" brukes om tidsepokene etter middelalderen, var nok samfunnsforholdene i Norge fremdeles like primitive som de hadde vært gjennom århundrer tidligere. Blant kornslagene var rug det viktigste næringsmidlet, iallfall for den fattigere delen av befolkningen. Dermed var faren for å bli forgiftet av meldrøyesoppen (*Secale cornutum*) stor. Det er en snylteplante som trives godt på rugaksene, og som inneholder en gift som virker sammentrekkende på blodkarene. I Frankrike, hvor sykelige følger av dette var ganske vanlig, kalte bøndene soppen for *ergot*, og av dette er tilstanden *ergotisme* avledet. *Ergotamin*, som er legevitenenskapens navn på det kjemiske stoffet i meldrøyesoppen, har lenge vært i bruk til behandling av migrene eller (tidligere) av psykiske tilstander med det langt farligere lysergsyredietylamid (LSD), som er et isolat av soppen og som kan gi hallusinasjoner av schizofrenilignende art. Som et resultat av den kar-kontraherende effekten kalte man sykdommen man derved fikk for *Ignis sacer* ("den hellige ild") eller "St.Antons ild" på grunn av de brennende smertene – ikke sjelden med gangren som sluttstadium – idet man allerede i middelalderen var kjent med sykdommen og gjorde St.Antonius til skytshelgen for ergotismens ofre. Kanskje er noen av fortidens "syner" som vi hører om i sagn og eventyr – hulder, nisser og troll – nettopp et resultat av meldrøyesopp-hallusinasjoner? Etter 1883 har det ikke forekommet ergotisme i Norge.<sup>18</sup>

Det 16., 17. og 18. århundrets oppdagelsesreiser førte til kontakt med fremmede folkeslag og overføring av nye sykdommer. De lange sjøreisene resulterte først og fremst skjorbuk, som av mange regnes som en egen "sjømanns sykdom". Det er ikke riktig, for skjorbuk fantes også til lands. Den skyldes mangel på vitamin C. Tilstanden kjennetegnes ved blødninger i hud og slimhinner, tannutfall, leddblødninger med smertefulle kontrakturer og dårlig tilheling av brudd og sår. Ubehandlet er sykdommen dødelig. Navnet skriver seg trolig fra det gammelnorske ordet "skyrbjugr", en sykdom man satte i forbindelse med overdrevent inntak av *skyr*, opprinnelig en slags surmelkssvalle (som ikke må forveksles med vårt nye og populære meieriprodukt). Den ny-latinske betegnelsen *scorbutus* er trolig en av meget få latinske gloser som har et gammelnorsk opphav.

Selv om vi i dag forbinder sykdommen med lange sjøreiser, så forstår vi nok at man også på land kunne få skjorbuk når vi går fortidens kosthold nærmere etter i sømmene. Vi regner med at et menneske trenger ca. 30–100 mg vitamin C daglig, avhengig bl.a. av fysisk aktivitet, men medisinske forsøk har vist at det går omtrent 6 måneder uten noe slags vitamintilskudd før et friskt menneske utvikler de første, svake symptomer på skjorbuk.<sup>19</sup> Da forstår vi nok at forti-

dens sjøfolk allerede hadde skjørbuk når de gikk om bord, siden de lengste sjøreisene den gang sjelden varte mer enn et par måneder.

Man hadde riktignok forståelsen av at frukt og visse planter kunne gi lindring når sykdommen først var brutt ut, men man trodde at dårlige boliger, for mye salt kjøtt, mangel på mosjon og lignende kunne være en mulig årsak. Allerede i sagatiden vet vi at kvann (*Angelica archangelica*) ble brukt – ja, også dyrket – som et middel mot skjørbuk. Planten gikk litt ”av moten” ved overgangen til 1800-årene, da poteten ble alminnelig. Årsaken til skjørbuk ble klarlagt av de norske legene Axel Holst (1860–1931), Theodor Frølich (1870–1947) og Valentin Fürst (1870–1961) i 1907.

### 1800-tallet

Dette århundret – historisk så nært vår egen tid, medisinsk så uendelig fjernt – utmerker seg også ved epidemier, samtidig som medisinen gjorde store fremskritt og oppdagelser. Først og fremst bør vi nevne utviklingen av mikroskopet til et vitenskapelig instrument som bl.a. gjorde bakteriologien mulig. Samfunnet endret også karakter, både med hensyn til befolkningstetthet og sosial struktur, idet store menneskegrupper fra landsbygdene innvandret til byene hvor den gryende industrien ga arbeidsplasser, men også trangboddhet, slum og urenslighet. Slik var det også i de fleste av Europas storbyer. Mens Norges hovedstad hadde omkring 10 000 innbyggere ved begynnelsen av 1800-tallet, var dette økt til 251 000 ved århundredskiftet. At den første store sykdomsepidemien i 1800-årene oppsto nettopp i hovedstaden var derfor ingen tilfeldighet. Det dreide seg om kolera (*Cholera asiatica*) som er en akutt og smittsom tarminfeksjon som overføres ved bakterier i drikkevann og mat og må betraktes som en urenslighetssykdom, fordi bakteriene overføres og spres via de sykes avføring. Omkring 1820 hadde denne sykdommen begynt å spre seg fra området rundt Ganges-deltaet, hvor den lenge hadde eksistert. I september 1830 nådde den Moskva, i oktober 1831 fikk man kolera i Hamburg og året etter i England, hvor immigranter overførte den til USA. I Norge oppsto koleraen først i Drammen høsten 1832, men uten å spre seg stort.<sup>20</sup> Året etter, den 25. September 1833, hadde bøddelen i Christiania og hans læregutt reist til Drammen for å foreta en kagstrykning.<sup>21</sup> Da bøddelknekten kom hjem til hovedstaden litt senere, ble han syk med diaré, feber og kramper i bena, og få dager etter var han død. Både konen, deres tre barn samt to andre familier som også bodde i det lille huset oppe på Enerhaugen ble syke, så det har nok vært trangt hos bøddelfamilien.

Etter dette spredte sykdommen seg raskt, stort sett i de fattige, østlige forstedene til Christiania, og bidro til å avdekke den voldsomme forskjellen mellom byens fattige og rike. Men også i småbyene Moss og Halden og et par andre steder på Østlandet forekom enkelte tilfeller av sykdommen.

Likevel var det i hovedstaden at epidemien herjet, og i løpet av noen høststuer i 1833 oppsto det over 1200 sykdomstilfeller her ute, mens det inne i den egentlige bykjernen, i Kvadraturen med en folkemengde på ca. 8000, kun ble meldt om 66 syke. Det var bare fire embetsmenn og 19 ”andre Conditionerede” som ble syke, mens hele 962 arbeidere og tjenestefolk ble angrepet.<sup>22</sup> Det var særlig strøket omkring Grønland og Enerhaugen som ble rammet av sykdommen, hvor de sosiale og hygieniske forhold var elendige. Det fantes for eksempel ikke vann på Enerhaugen, det måtte hentes helt nede ved Vaterlands bro, så det var ikke rart at man unngikk all ”unødig” vask.

Man skulle trodd at denne epidemien hadde åpnet myndighetenes øyne for all den skitt og fattigdom som fantes i forstedene. Det skjedde dessverre ikke. For koleraen dukket opp igjen, først i mindre epidemier på Vestlandet, hvor man for eksempel i Bergen meldte om 605 kolera-dødsfall vinteren 1848–49.<sup>23</sup> Det mest dramatiske koleraåret ble likevel 1853, hvor det i hele landet ble meldt om 3794 angrepne, herav i Christiania (med 38 000 innbyggere) 2027 syke, hvorav 1421 døde – altså en mortalitet på 70%! I motsetning til epidemien som hadde rammet byen 20 år tidligere, spredde denne seg til alle sosiale lag av befolkningen.

Koleravibrionen ble oppdaget av den tyske bakteriologen Robert Koch (1843–1910) i 1884. To år tidligere hadde han oppdaget tuberkelbakterien og dermed påvist at også tuberkulose var en smittsom sykdom og ikke en arvelig defekt, som enkelte fremdeles trodde. Ved siden av koleraen var dette en sykdom som var utbredt i en uhyggelig grad nettopp i det 19. århundre, men den artet seg på en helt annen måte. Den dukket ikke opp som en akutt epidemi, men hadde holdt seg nærmest stabil i befolkningen gjennom århundrene. Likevel var det i 1800-årenes siste del at den blusset opp, særlig i byene hvor folk bodde tett sammen.

Dette endelige beviset for at tuberkulose var en smittsom sykdom fikk myndighetene til å innføre den såkalte ”tuberkuloseplakaten” (1889) og ”Lov af 8.mai 1900 angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkulose Sygdomme”, for å begrense smittefaren, særlig overfor barn. Noen egentlig behandling hadde man ennå ikke, men det ble opprettet sanatorier rundt om i landet, idet man anså det for helsefremmende å komme ut av de ”usunne” byene og ut i frisk, landlig luft. Tuberkulosen var likevel vanskelig å få bukt med og dødeligheten var stor. Så sent som i 1936 leser vi at det i helserådenes protokoller er innført 200 000 tuberkulose, ”og der kommer ca. 5 000 nye hvert år”.<sup>24</sup>

### Vår egen tid

Det er vanskelig å si hvilke oppdagelser som har hatt størst betydning for den generelle helsetilstanden i landet, for det er mange faktorer å regne med. Først og fremst er det vår endrede livsførsel og økonomi. Vi har råd til god og næ-

ringsrik mat, og vi bygger opp vår egen helse ved informasjon om kropp og kosthold som fortidens mennesker ikke hadde mulighet til. De farlige og usunne industribedriftene finnes ikke lenger og Arbeidsmiljøloven holder sin beskyttende hånd over de ansatte. Likevel, skal en bestemt nyvinning nevnes særskilt, må det bli penicillin, som ble oppdaget av den engelske bakteriologen Alexander Fleming (1881–1955) i 1928. Penicillin og dets senere derivater har muliggjort det som fortidens mennesker bare kunne drømme om: å behandle infeksjonssykdommer. Likevel tok det relativt lang tid før dette ”vidundermiddelet” ble tilgjengelig for allmennheten, og ennå i 1950-årene var det relativt uvanlig å behandle ikke-dødelige infeksjoner med penicillin.

Også røntgenundersøkelser må vi nevne i denne forbindelse. Da den tyske fysikeren Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923) i 1895 oppdaget stråler som kunne gå tvers igjennom kroppen og svarte film – de ”ukjente” strålene kalte han ”X-stråler” (brukes fremdeles på engelsk) – kunne han neppe ane hvilken utvikling som ville komme, med datateknikkens medvirkning et snaut århundre senere, for eksempel i form av avanserte CT- og MRI-undersøkelser.

Skal vi nevne en tredje faktor i vår tid som har bidratt til å redde liv, må det være *aseptikken*. Gjennom erkjennelsen av at mikrober kan resultere i sykdom, har kirurgiske inngrep, som tidligere var livsfarlige ”eksperimenter”, blitt daglig kost på alle sykehus, og sykehuspårte infeksjoner er i dag rene unntak. Det samme gjelder infeksjoner hos barselkvinner; enda ved 1800-tallets siste halvdel døde ca. 1% av alle fødende (Norges Offisielle Statistikk). Utdanningen av jordmødre fra begynnelsen av det 19. århundre hjalp gradvis til å bedre forholdene i så måte. Forståelsen av at renslighet var nødvendig – også for legene – var ingen selvfølgelighet i tidligere tider, og den ungarske gynekologen Ignaz Semmelweis (1818–1865) måtte kjempe en hard kamp for å få sine kolleger til å forstå betydningen av å vaske hendene.

Likevel, på tross av alle nyvinninger, har også vår tid sine problemer. Vi har ennå ingen virkelig effektive kurer mot virusinfeksjoner, og kreftens gåte er ikke løst. Vi frykter fremdeles utbrudd og spredning av epidemier, på tross av det avanserte hjelpeapparatet som vi har til disposisjon. Kanskje vil våre etterkommere smile av vår frykt, for utviklingen av de medisinske kunnskaper vil fortsette å bre seg, også til de delene av verden hvor legehjelp, medisinsk innsikt og helseforståelse ennå ikke er en selvfølge.

## Noter

- 1 Holck, *Norsk folkemedisin*.
- 2 Holck, *Skjelettene fra Gokstad- og Osebergskipet*.
- 3 Larsen, *Ein Fall von Tuberkulose*.
- 4 Holck, *Skjelettene fra Gokstad- og Osebergskipet*.
- 5 Gejvall, *Westerhus*.
- 6 Holck, *Sott og sår*.
- 7 Irsigler & Lassotta, *Gaukler, Dirnen*.
- 8 Tuft, *Epidemier før AIDS*.
- 9 Holck, *Sott og sår*.
- 10 Benedictow, *Svartedauen*.
- 11 Lagmannsannalen.
- 12 Benedictow, *Svartedauen*.
- 13 Ibid.
- 14 Ustvedt, *Svartedauen*.
- 15 Tuft, *Epidemier før AIDS*.
- 16 Benedictow, *Svartedauen*.
- 17 Tuft, *Epidemier før AIDS*.
- 18 Espersen, *Ergotisme i Norden*.
- 19 Holck, *Scurvy*.
- 20 Holck, *Koleraåret 1833*.
- 21 Straffemetode hvor man ble bundet til en pæle og pisket.
- 22 Ibid.
- 23 Reichborn-Kjennerud, *Medisins historie i Norge*.
- 24 Ibid.

## Litteraturliste

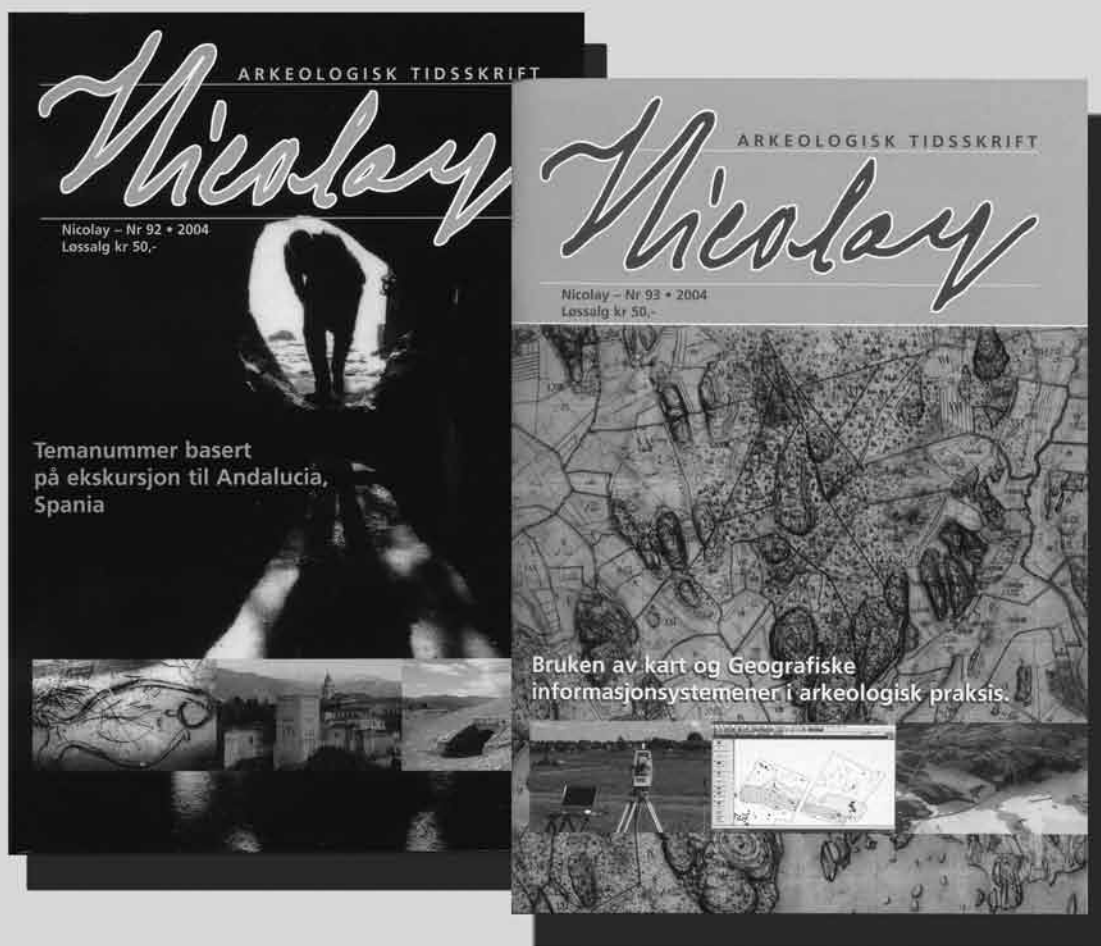
- Benedictow, Ole Jørgen. *Svartedauen og senere pestepidemier i Norge*. Unipub forlag, Oslo, 2002.
- Espersen, Geert. ”Ergotisme i Norden i 17–1800-tallet”. *IX. Nordisk medisinhistorisk kongress*, Odense, 1983.
- Gejvall, Nils-Gustaf. *Westerhus. Medieval Population and Church in the Light of Skeletal Remains*. Håkan Ohlssons boktrykkeri, Lund, 1960.
- Holck, Per. ”Koleraåret 1833”. I *St. Hallvard*, Vol. 55, Oslo, 1977.
- Holck, Per. ”Scurvy – A Paleopathological Problem”. I *Paleopathological Association*, Vol. 5, Siena, 1984.
- Holck, Per. ”Sott og sår. Sykdom og skade i middelalderen”. I *AmS Småtrykk*, Vol. 17, Stavanger, 1987.
- Holck, Per. *Norsk Folkemedisin. Kloke koner, urter og magi*. Cappelen forlag, Oslo, 1996.
- Holck, Per. ”Skjelettene fra Gokstad- og Osebergskipet”. I *Antropologiske skrifter*, Vol. 8, Oslo, 2009.
- Irsigler, Franz, & Arnold Lassotta. *Bettler und Gaukler, Dirnen und Henker. Aussenseiter in einer mittelalterlichen Stadt*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1989.
- Larsen Øivind. ”Ein Fall von Tuberkulose aus Nordnorwegen in der Merowingerzeit”. I *Medizinhistorisches Journal*, Vol. 8, Hildesheim/ New York, 1973.
- Norges Offisielle Statistikk. *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge*. Aschehoug & Co, Kristiania, 1901.
- Reichborn-Kjennerud, Ingjald, & Fredrik Grøn, Isak Kobro. *Medisins historie i Norge*. Grøndahl & Søn, Oslo, 1936.
- Tuft, Guri. *Epidemier før AIDS*. Cappelen forlag, Oslo, 1989.
- Ustvedt Yngvar. *Svartedauen. En litterær-historisk beretning om massedød og overlevelse*. Gyldendal, Oslo, 2002.

# NICOLAY

er et tidsskrift utgitt av arkeologistudentene i Oslo siden 1967. Vi publiserer artikler skrevet av både arkeologistudenter og ferdigutdannede arkeologer. Temaene er varierende, men har tilknytning til arkeologifaget. Nicolay er kjent for å publisere både vitenskapelige og mer lettleste artikler.

Vi gir ut 3 numre i året og et abonnement koster kr. 150,-

Nye numre av Nicolay kan også kjøpes enkeltvis på Akademika og Historisk museum for kr 50,-



Abonnement kan bestilles på vår hjemmeside:

[www.nicolaytidsskrift.no](http://www.nicolaytidsskrift.no)

# RE-INVENTING INFECTIOUS DISEASE: *Robert Koch, Medical bacteriology and Animal Experimentation*

*Christoph Gradmann, Section for Medical Anthropology and Medical History, UiO*

## ***Animal experimentation and the laboratory revolution***

The 19th century is often portrayed as a period during which medicine progressively reformed itself through developing a range of branches based on natural sciences.<sup>1</sup> Experimentation gained significance at the expense of so-called clinical expertise. The laboratory became more important than the sickbed as a locus for the study of disease, and the laboratory animal superseded the human patient within the investigative process. While experimentation with animals was not a 19th-century innovation, it was now that it came to occupy a central position in medical research.<sup>2</sup> The French philosopher Georges Canguilhem has pointed to two fundamental epistemological challenges arising from this: the remoteness of any given animal species from the actual point of interest, namely humans and the artificial nature of any knowledge of disease gained in the peculiar environment of a laboratory.<sup>3</sup>

Canguilhem's observations are elucidating for the history of medical bacteriology. While borrowings from botanical method are represented in standard historical accounts of the discipline as its original starting-point, it is evident that pathological experiments involving animals had a significant role.<sup>4</sup> Medical bacteriology is rightly credited with identifying bacteria as causes of infectious diseases. However, this achievement was linked to innovation related to the methodology of studying such conditions. Until the mid 19th century it was customary to portray diseases as a series of anatomical preparations based on dissection done by a pathologist. Compared to this snapshot-like representation animal experimentation was innovative in the sense that it facilitated the reproduction of the pathological process itself in a susceptible animal. Yet, this knowledge of pathogens was in a sense artificial, the product of an environment, "which was artificially created so as to destroy it [the pathogen]."<sup>5</sup> In this environment, the bacteriology lab,

experimental animals – as living apparatus – played a central role. Human pathology is replaced by – as Canguilhem puts it – a "laboratory pathology" of the laboratory animal.

Notwithstanding the central role they have played in the history of medical bacteriology, laboratory animals have been largely ignored in the discipline's historiography. Unlike microscopes, culture media, petri dishes, cover slips and other technical aids, they are living organisms, and as such tend to appear incompatible with conventional notions of (technical) innovation.<sup>6</sup> Regrettably, even the early bacteriologists themselves did not consider the topic worthy of serious consideration. While the physiology manuals of the second half of the 19th century dealt with animal experimentation in great detail, textbook authors of medical bacteriology delivered little more than cursory remarks.<sup>7</sup> The author of the first manual of bacteriological technique, published in 1885, confined himself to a few pages.<sup>8</sup>

## ***The bacteriology laboratory: antecedents***

For a historical analysis it is therefore useful to focus on experimentation as it was practiced by its pioneers. This paper's focus will be on the research of Robert Koch (1843–1910), one of the discipline's founders.<sup>9</sup> Apart from his identification of the causative agents of such major diseases as tuberculosis (1882) and cholera (1884), Koch and his colleagues are also credited with having developed the basic methodological and technological framework of the discipline, such as pure mass culture, staining of bacteria, microphotography of bacteria and – last but not least – animal models facilitating the study of infectious disease under laboratory conditions. The hypothesis put forward here is that animal models belong in the same context of laboratory technology and methodology and that there is a

style of animal experimentation specific to medical bacteriology which is traceable back to Koch and his colleagues. "The least reliable results were those derived from information collected at the sickbed", Koch declared in 1884.<sup>10</sup> Mistrust of clinical knowledge constituted one of the foundations of medical bacteriology. As an alternative to understanding diseases on the basis of what could be observed in the human patient, what was now being proposed was laboratory experimentation as a research method. The decision "not to experiment with humans but with the parasite alone, in its own pure cultures", had wider implications than the shift of locus from the clinical ward to the laboratory.<sup>11</sup> The object of study itself was new: knowledge of diseases was now gained less from observation of the patient, more from the reproduction of the pathological process in the experimental animal. While the patient was indispensable – for the purposes of human pathology – as the starting-point for such research, he played no part in the experimental process proper. Apart from the scientist himself, there was nothing to be found in the laboratory except the causative agents, in the midst of a biotechnological array of microscopes, Petri dishes, culture media, laboratory animals etc., collectively representing the disease.

The aetiological studies of Koch and other bacteriologists relied heavily on animal experiments of this kind. It is therefore an obvious question to ask for the origins of such methodology. As to their antecedents, the rise to prominence of the experimental pathology of infectious diseases did not begin before the 1860s, i.e. several decades later than in physiology. There is no mention of animal experimentation in Jacob Henle's treatise "Von den Miasmen und Kontagien" (Of Miasmas and Contagions), which appeared in 1840 and discussed – in a manner reflecting the methodological assumptions of the time – how and by what pathogens infectious diseases are caused.<sup>12</sup> In the work of Edwin Klebs, a pioneer of medical bacteriology, animal experimentation was accorded a relatively inconspicuous role in comparison to the microscopic examination of infected tissue.<sup>13</sup> There were moves from various directions towards the introduction of animal experimentation. In 1863, the French microbiologist Casimir Joseph Davaine conducted experiments in the infectivity of anthrax. These were novel in that he transferred his material from the customary "victim" – sheep – to guinea pigs so as to be able to study the disease under laboratory conditions. In tuberculosis research, from 1865 on, Jean Antoine Villemin was developing a methodology of animal experimentation by using guinea pigs and rabbits.<sup>14</sup> The pathologist Julius Cohnheim began using animal experimentation in his research during the 1870s. None of his own experiments involved bacteriology, but they significantly influenced Koch's bacteriology.<sup>15</sup> Cohnheim and his Danish colleague Carl Julius Salomonson enhanced the rabbit's usefulness as a research subject by injecting tuberculous tissue into the eyeball. This made it possible to observe the pathological process directly, in

a transparent medium. It was at the University of Breslau, where these two carried out their research, that Robert Koch was to acquaint himself in the mid-1870s with the current state of the art in experimental technique. He received training from Carl Weigert, a colleague of Cohnheim's, in histology that is in producing, staining and microscopically study thinly cut anatomical preparations.<sup>16</sup>

### *The animal body as culture apparatus*

Koch's own methods followed on from what he had learned in Breslau. The special features he added were the result of the dual significance that laboratory animals had for him. For the bacteriologist, they served as living apparatus for growing cultures, i.e. for the isolation and cultivation of bacteria. For the experimental pathologist they served as animal models for human infectious diseases. In relation to the first of these two functions, Koch believed for a time that laboratory animals might actually supplant pure cultures in the laboratory. Indeed Koch claimed in 1878, in the context of his study of wound infections, that there existed "no better culture-growing apparatus for pathogenic bacteria than the body of a live animal."<sup>17</sup> At the time he made this declaration, Koch had not yet developed his technique for growing mass pure cultures on solid culture media. Yet, when he did present this procedure in 1881 it did not necessarily diminish the value of the animal body as culture-growing apparatus, since the cultivation of bacteria usually started with an animal passage designed to purify mixed bacterial masses.<sup>18</sup>

For the bacteriologists of the time, the laboratory animal's potential as a culture-growing apparatus depended on two assumptions which seem unconventional in the modern observer's eyes. The first of these was that the healthy animal is free of pathogenic germs. This assumption made it possible to treat it as analogous to a sterile culture medium. The second point was the conviction that in members of the same species bacterial infections always follow the same course, while varying widely between different species. Thus e.g. switching from wild to white mice and thereby changing the animal species used would make it possible to filter out individual bacterial species from mixed bacterial masses. Although in his research Koch showed a certain preference for guinea pigs and mice, his experimental work with animals is characterized by variations using different species of laboratory animals. Experiments had to be reproducible; a one-off success proved, "... practically nothing. It must first be demonstrated that the single success was not an illusory one or a fluke, and furthermore that the inoculation resulted every time, or at least often enough to exclude any possibility of coincidence, in the laboratory animal sickening or dying."<sup>19</sup> However, the practice of variation served not only as a control, but had a heuristic function as well. With a departure point in identical or similar animals, it was constant variation that led in due course to fresh insights:

”However, the experiment cannot be considered complete on transference of the infectious material to individuals of the same or related species: the next stage should involve testing the reaction of as many different animal species as possible to the infectious material. [...] In the course of such experiments, highly instructive observations can be made with regard to the extraordinary sensitivity of pathogenic bacteria to the nutrient substrate, which they may thrive on, or reject.”<sup>20</sup>

This practice of creative variation in the use of different laboratory animal species is specific to medical bacteriology. The physiologists of the time were also working with diverse species, it is true, but the motive in their case was usually to widen the application of their findings.<sup>21</sup> By contrast, Koch’s use of variation was a heuristic procedure, enabling him for instance, as already mentioned, to filter out selected species of bacteria.

### *Disease models*

In addition to their usefulness as culture-growing apparatus, laboratory animals served in the development of disease models. Here, the choice of laboratory animal was in theory determined by how close it was to the departure-point of the enquiry. In human pathology, accordingly, the most suitable laboratory animals in principle were anthropoid apes.

However, not much was heard in practice of the call for experimentation to be carried out on closely related organisms. Anthropoid apes, for instance, were expensive and rare. In his tuberculosis research, for instance, Koch used untold numbers of rabbits and guinea pigs; to replace them with larger animals would have far exceeded both the physical space available and his budget. More importantly, animal species closely related to humans were by no means the best animal models. In terms of stable susceptibility to an infection under experimental conditions guinea pigs or mice were often superior to apes. In guinea pigs e.g. the process of an infection with tuberculosis bacteria was fast and predictable in its outcome, which is was not in apes. Koch, when in doubt, though aware of the different reactions of different species, generally opted for the more susceptible animal.<sup>22</sup> At the end of the day, there was no record of any particular laboratory animal having been expressly preferred, as for instance the frog was in electrophysiology. But in practice there were dominant species: guinea pigs, rabbits, white mice, wild mice. These species had reproducible reaction characteristics, could be housed in the required numbers in the laboratory, and were affordable; all that was initially needed in the way of mice, for example, was supplied by the descendants of two individuals that Koch’s daughter had been given by a friendly colleague!<sup>23</sup>

### *Laboratory pathology*

A revealing feature distinguishing Koch’s work from that of, for instance, Cohnheim and Salomonson is the higher rating he accords the guinea pig as against the rabbit. It indicates a shift of emphasis away from pathological anatomy and, more specifically, examination of the structure of the infected tissue – for which the rabbit eyeball had provided very suitable conditions – and towards the identification of a causative agent within the infected tissue; and for this the guinea pig, highly responsive and cheap, was pre-eminently suitable. This shift of emphasis is evidence that the portrayal of the disease process took the form of a controlled process of cultivation. This procedure, in which identifying causative agents in the tissue, cultivating them and then to reuse them in animal experiments, were the essential steps, was Koch’s own innovation. Of course, Koch maintained the importance to the reproduction of typical pathological findings. Yet, the crucial point was the presence of the bacterium in the infected tissue – and in this respect the guinea pig was more suitable than the rabbit. Commenting on the question of how to distinguish tuberculous from non-tuberculous alterations, Koch wrote: ”And [...] as for the question of confusing non-tuberculous nodes with real tubercles, dealing with it could not be simpler: real tubercles are infectious and contain tuberculosis bacilli, the false ones do not.”<sup>24</sup>

It can thus be seen that the bacteriological laboratory’s key achievement consisted in studying the disease independently of the patient and replacing the clinical picture with an experimental reproduction in animals. Demonstration of the presence of specific micro organisms together with the pathological changes these cause is thus the measure of disease. It should be noted that in the 19th century context this is an unusual measure. It differs fundamentally from the quantifying measurement so typical of the period, with its regular recourse to mathematics and statistics – one recalls the temperature chart or the measuring of nerve conduction speed.<sup>25</sup> In medical bacteriology, the relation to the norm of the healthy state is not a quantifiable deviation, but a qualitative antithesis between healthy and sick, which can be reproduced under experimental conditions. The reproduction is artificial in character in that it was tied to the laboratory environment: in the case of tuberculosis, for instance, it was presenting a disease in a laboratory animal of a species that, as far as was known, never suffered from this disease outside the laboratory.

Human patients basically only appear in Koch’s various aetiological studies in the form of cadavers which are dissected and provide source material for experiments. Consequently, the definition of diseases was no longer based on the clinical symptoms displayed by patients, but on the distinction of biological species (taxonomy) of the causative agents concerned and the pathological anatomy of the laboratory animal. In the case of tuberculosis, the functio-

ning animal model actually rested almost exclusively on the pathology of the guinea pig, and to a certain extent the rabbit, as opposed to a whole menagerie of animals which for a wide variety of reasons could not be used. A serial procedure, which implies the study of the causative agent and its activity within the medium of the laboratory animal, marks the core of medical bacteriology's understanding of disease. It ties the definition of disease to the causative agents concerned and their activity. The necessary minimum of this procedure subsequently became popularised as "Koch's Postulates" by Friedrich Loeffler in 1884. Its three stages – isolation, cultivation, inoculation, known to any doctor – sum up the succession of different locations and media within which medical bacteriology studied the activity of pathogenic bacteria.<sup>26</sup>

Strikingly, given the amount and range of animal experimentation that was undertaken, the associated theoretical and methodological input was minimal. From the few general observations recorded, little can be gleaned about either the scope or the special features of the methods used, so that these have to be inferred from the copious available examples of their application in practice. This means that they were apt to vary from case to case, sometimes even to become self-contradictory. Thus a central characteristic of Robert Koch's medical bacteriology shows up in his animal experimentation too: fundamental issues such as pathogenesis are not fully discussed, but are dealt with tacitly in the context of observation techniques and procedures for handling various items in the laboratory such as bacteria, animals etc.

The revolution in understanding of infectious diseases that medical bacteriology is credited with was thus not brought about with the help of postulating a theory or the like; effectively, it emerged from the laboratory. Where older thinking on infectious diseases had the air of theories without practice, medical bacteriology presents the spectacle of a practice subsisting without theory; rather than engage in systematic discussion of the problem of disease, it generally contented itself with tackling the immediate problem of the appropriate investigative technique at a given time, and so slipped into that unique, rationalizing simplification of the general problem of disease that from a historical perspective remains its distinguishing feature.

### Notes

- 1 Bynum, *Science and the Practice of Medicine*; Cunningham and Williams, *The laboratory revolution in medicine*.
- 2 Bynum, „Animal Models and Concepts of Human Diseases“; Löwy, „The Experimental Body“; Rupke, *Vivisection in Historical Perspective*.
- 3 Canguilhem, *Das Experimentieren in der Tierbiologie*, p. 12; Canguilhem, „Der Beitrag der Bakteriologie“; Canguilhem, *Das Normale und das Pathologische*.
- 4 Bulloch, *The History of Bacteriology*.
- 5 Canguilhem, *Das Experimentieren in der Tierbiologie*, p. 15.
- 6 As introductions: Kohler, *Lords of the Fly*; Löwy, „The Experimental Body“; Rader, *Making mice*.
- 7 Cyon, *Methodik der Physiologischen Experimente und Vivisektionen*.
- 8 Hueppe, *Die Methoden der Bakterien-Forschung*.
- 9 Brock, *Robert Koch*; Gradmann, *Laboratory Disease*.
- 10 Koch, „Die Ätiologie der Tuberkulose“. p. 467.
- 11 Koch, „Über bakteriologische Forschung“. p. 659.
- 12 Henle, *Von den Miasmen und Contagien*.
- 13 Klebs, *Über die Umgestaltung*; cf. Carter, „Edwin Klebs' Criteria for Disease Causality“.
- 14 Predöhl, *Die Geschichte der Tuberkulose*. p. 169–74.
- 15 Maulitz, „The Program of Pathology“.
- 16 Heymann, *Robert Koch. I. Teil*, p. 153.
- 17 Koch, „Untersuchungen über die Ätiologie“. p. 103.
- 18 Koch, „Zur Untersuchung von pathogenen Mikroorganismen“; cf. Schlich, „Repräsentationen von Krankheitserregern“.
- 19 Koch, „Zur Untersuchung von pathogenen Mikroorganismen“, p. 130.
- 20 Koch, „Zur Untersuchung von pathogenen Mikroorganismen“, p. 127–28. Note the designation of the laboratory animals as culture media.
- 21 Logan, „Before There Were Standards“.
- 22 Koch, on choosing his laboratory animals, in the case of tuberculosis: „Accordingly, the more susceptible an animal species is to infection with tubercle virus, the more suitable it will be for the infection experiments in question“. Koch, „Die Ätiologie der Tuberkulose“. p. 531.
- 23 Heymann, *Robert Koch. I. Teil*, p. 155–56.
- 24 Koch, „Die Ätiologie der Tuberkulose“. p. 531.
- 25 Hess, „Standardising Body Temperature“.
- 26 Gradmann, „Alles eine Frage der Methode“.

### Literature

- Brock, Thomas D. *Robert Koch: A Life in Medicine and Bacteriology*. Science Tech Publishers, Madison/Wisconsin, 1988.
- Bulloch, William. *The History of Bacteriology*. Oxford University Press, London, 1960 (1938).
- Bynum, F. William. "‘C’est un malade’: Animal Models and Concepts of Human Diseases". In *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, p. 397–413, vol. 45, 1990.
- Bynum, William F. *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Canguilhem, Georges. *Das Experimentieren in der Tierbiologie*. Vol. 189: *Preprint*. MPI für Wissenschaftsgeschichte, Berlin, 2001.
- Canguilhem, Georges. *Das Normale und das Pathologische*. Hanser, München, 1974.
- Canguilhem, Georges. "Der Beitrag der Bakteriologie zum Untergang der "medizinischen Theorien" im 19. Jahrhundert". In *Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie*, Georges Canguilhem ed. p. 110–32, Suhrkamp, Frankfurt 1979.
- Carter, K. Codell "Edwin Klebs' Criteria for Disease Causality". In *Medical History*, p. 80–89, vol. 22, 1987.
- Cunningham, Andrew and Perry Williams, eds. *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- Cyon, E. *Methodik der Physiologischen Experimente und Vivisektionen*. Ricker, Gießen und St. Petersburg, 1875.
- Gradmann, Christoph. "Alles eine Frage der Methode. Zur Historizität der Kochschen Postulate 1840–2000". In *Medizinhistorisches Journal*, p. 121–48, vol. 43, 2008.
- Gradmann, Christoph. *Laboratory Disease: Robert Koch's Medical Bacteriology*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2009.
- Henle, Jacob. *Von den Miasmen und Contagien und von den miasmatisch-kontagiösen Krankheiten*. Barth, Leipzig, 1910 (1840).
- Hess, Volker. "Standardising Body Temperature: Quantification in Hospitals and Daily Life". In *Medical Quantification in Historical and Sociological Perspective*, Gérard Jorland, Annick Opinel and George Weisz, eds. p. 109–26, McGill-Queens Press, Montreal, 2006.
- Heymann, Bruno. *Robert Koch. I. Teil 1843–1882*. Akademische Verlagsanstalt, Leipzig, 1932.
- Hueppe, Ferdinand. *Die Methoden der Bakterien-Forschung*. Kreidel, Wiesbaden, 1885.
- Klebs, Edwin. *Über die Umgestaltung der medicinischen Anschauungen in den letzten drei Jahrzehnten*. F.C.W. Vogel, Leipzig, 1878.
- Koch, Robert. "Die Ätiologie der Tuberkulose". In *Gesammelte Werke von Robert Koch*, Julius Schwalbe, ed. p. 467–565, Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1912 (1884).
- Koch, Robert. "Untersuchungen über die Ätiologie der Wundinfektionskrankheiten," in *Gesammelte Werke von Robert Koch*, Julius Schwalbe, ed. p. 61–108, Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1912 (1878).
- Koch, Robert. "Über bakteriologische Forschung". In *Gesammelte Werke von Robert Koch*, Julius Schwalbe, ed. p. 650–60, Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1912 (1890).
- Koch, Robert. „Zur Untersuchung von pathogenen Mikroorganismen“. In *Gesammelte Werke von Robert Koch*, Julius Schwalbe, ed. p. 112–63, Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1912 (1881).
- Kohler, Robert E. *Lords of the Fly: Drosophila Genetics and the Experimental Life*. University of Chicago Press, Chicago, 1994.
- Logan, Cheryl A. "Before There Were Standards: The Role of Test Animals in the Production of Empirical Generality in Physiology". In *Journal of the History of Biology*, p. 329–63, vol. 35, 2002.
- Löwy, Ilana. "The Experimental Body". In *Medicine in the Twentieth Century*, edited by Roger Cooter and John Pickstone, p. 435–49. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 2000.
- Maulitz, Russel C. "Rudolf Virchow, Julius Cohnheim and the Program of Pathology". In *Bulletin of the History of Medicine*, p. 162–82, vol. 52, 1978.
- Predöhl, August. *Die Geschichte der Tuberkulose*. repr. der Ausgabe von 1888, Leipzig: J.A.Barth ed. Dr. Martin Sändig OHG, Wiesbaden, 1966 repr., 1888.
- Rader, Karen. *Making mice: standardizing animals for American biomedical research, 1900 1955*. Princeton University Press, Princeton, 2004.
- Rupke, Nikolaas. ed. *Vivisection in Historical Perspective*. Routledge, London and New York, 1987.
- Schlich, Thomas. "Repräsentationen von Krankheitserregern. Wie Robert Koch Bakterien als Krankheitserreger dargestellt hat," in *Räume des Wissens. Repräsentation, Codierung, Spur*. edited by Hans-Jörg Rheinberger, Michael Hagner and Bettina Währig-Schmidt, p. 165–90. Akademie Verlag, Berlin, 1997.

# FORTRINNLIG SKIPSMATERIELL — FORTRINNLIGE SJØFOLK

## *Legeundersøkelser av sjøfolk i perioden 1903–1953*

*Elisabeth Solvang Koren, førstekonservator ved Norsk Sjøfartsmuseum, Oslo.*

*Forebyggende legeundersøkelser har vært et virkemiddel i det norske helsearbeidet. Dette virkemiddelet ble tidlig tatt i bruk overfor sjøfolk. Diskusjonene om hvordan slike undersøkelser burde gjennomføres tyder imidlertid på at undersøkelsene ikke bare handlet om smittekamp, men også innflytelse over hvem som burde arbeide til sjøs. Det offentlige helsevesenet, sjøfolks yrkesorganisasjoner, redere og forsikringsselskap hadde alle interesser i undersøkelsene.*

Sjøfolk var den første yrkesgruppen som ble underlagt forebyggende legeundersøkelser i Norge, da de fra 1903 måtte vise helseattest for å få hyre i utenriksfart. Helseattesten skulle vise at sjømannen ikke hadde noen ”ondartet, smittsom sykdom derunder indbefattet tuberkulose i en form, der medfører fare for sykdommens overførselse til andre”.<sup>1</sup> Det var da kun sjøfolk som ble avkrevd legeattest før de fikk lov å ta arbeid.

Historikeren Ida Blom har studert forbyggingen av tuberkulose i Norge, og særlig hvordan den ble organisert i Bergen. Hun har vist at forebyggende helseundersøkelser ikke var noe sentralt virkemiddel i sykdomsbekjempelsen før 1930-årene.<sup>2</sup> Da ble det imidlertid et stadig mer brukt virkemiddel i smittekampen, først ved undersøkelser av skolebarn, senere av stadig flere grupper av befolkningen. Også historikeren Teemu Ryymin har studert det norske tuberkulosearbeidet, med særlig vekt på Finnmark. Hans forskning bekrefter Bloms framstilling. Han deler inn forebyggingsarbeidet i fire faser, med forskjellige forebyggingsstrategier. Han mener at den norske forebyggingen fra 1900 var tuftet på infeksjonsprofylakse, det vil si å hindre smitteoverføring. Her var isolasjon av syke og desinfeksjon sentrale virkemiddel. Forebyggende undersøkelser ble derimot ikke brukt, tiltakene var rettet mot personer med langt fremskreden lungetuberkulose. I neste fase, fra rundt 1920, sto disposisjonsprofylakse og sosialhygiene mer sentralt, og helsemyndighetene tok sikte på å styrke utsatte gruppers motstandskraft slik at de ikke ville utvikle sykdommen selv om de skulle bli utsatt for smittestoff. Det var først i løpet

av 1930-årene at Ryymin har funnet bruk av masseundersøkelser, i den eksposisjonsprofylaktiske æra. I etterkrigstiden ble denne igjen supplert med sosialhygieniske tiltak.<sup>3</sup>

Norske sjøfolk ser altså ut til å ha vært i en særstilling. Riktignok viser forskningslitteraturen at tuberkuloseloven fra 1900 inneholdt bestemmelser som la begrensninger for hva mennesker med tuberkulose kunne gjøre, de kunne for eksempel ikke arbeide med mat.<sup>4</sup> Dette gjaldt imidlertid bare etter at sykdommen var oppdaget, det krevdes ikke undersøkelse på forhånd for å ta slikt arbeid. Denne artikkelen diskuterer sjøfolks særstilling i forebyggingsarbeidet, for å vise hvorfor sjøfolk ble gjenstand for forebyggende undersøkelser så mye tidligere enn andre grupper i det norske samfunnet. Videre vil pressgrupper og interessekonflikter omkring undersøkelsene bli diskutert.

### ***Innføring av undersøkelsene***

Bakgrunnen for legeundersøkelsene av sjøfolk var den økende interessen for yrkesgruppens arbeidsforhold og helsestilstand fra 1800-tallets siste tiår.<sup>5</sup> I 1891 satte regjeringen ned sjømannskomiteen, og i løpet av 1890-årene utredet den forhold knyttet til sjøfolks arbeidskår. Resultatene fra komiteens arbeid ble nedfelt i nye helseforskrifter og det inspirerte til en del av bestemmelsene som ble tatt inn i sjødyktighetsloven i 1903, slik som kravet om helseattest i utenriksfart. Begrunnelsen for helseundersøkelsene var at skipet var et usunt sted å oppholde seg. Norske leger og sosiale reformatorer med interesse for yrkeshygiene, mente

at trange mannskapsrom, et fysisk anstrengende liv, fukt og dårlig kosthold la til rette for at sykdommer lett kunne spres mellom mannskapet. Den økte interessen for sjøfolks arbeidsforhold kom samtidig som, og sto i sammenheng med, yrkeshygienens framvekst og innføringen av arbeidsmiljøbestemmelser i industrien, men visse forhold var altså særegne for sjøfarten.<sup>6</sup>

Begrunnelsen som ble gitt i lovforarbeidene for legeundersøkelsene var at skipsmiljøet førte folk så tett at smitte mellom mannskapet ble ansett som uunngåelig. Man ville minimere ”den fare, som stadigt Samvær i trange Rum med en smitteførende Person kan have til Følge”.<sup>7</sup> Dersom sykdom oppsto om bord var det dessuten vanskelig og omstendelig å isolere de syke, selv om Sjødyktighetslovens lugarforskrifter også påbydde en syklogar til bruk i slike tilfeller.<sup>8</sup> For å unngå spredning av epidemier og tuberkulose ble derfor undersøkelser ved påmonstring ansett som det mest effektive virkemiddelet. De kummerlige mannskapsrommene, samt at sjøfolk både arbeidet og bodde om bord var et punkt der sjøfarten skilte seg fra industrien, dette kan være med på å forklare introduksjonen av legeundersøkelsene.

Videre hadde det vært påbudt med legeundersøkelser av emigranter siden 1864.<sup>9</sup> Etter påtrykk fra Canada innførte norske myndigheter da inspeksjon av skip og passasjerer før avgang for å forebygge sykdom og dødsfall under reisen og karantene når en kom fram. Forståelsen av smitterisiko og helsefare ved opphold til sjøs var altså vel etablert, og definerte det handlingsrommet man hadde i forebyggingen.

I forklaringen av det tidlige kravet om helseattester for sjøfolk vil jeg videre argumentere for at oppfatningen av at sjømannsyrket var særlig krevende, spilte inn. Det ble flere steder vist til at ikke alle egnet seg for sjølivet. Dette kan ha hengt sammen med at sjømannsyrket ofte var menns første yrke, som man forlot når man ble eldre, og at yrket slik representerte en overgang fra gutt til mann. Denne sammenhengen er imidlertid vanskelig både og bekrefte eller avkreffe i mitt kildemateriale. Sikkert er det imidlertid at det ble stilt særlige krav til de som skulle arbeide til sjøs. Dette ble tydeligst uttalt av legen P. C. Kreyberg i 1900:

Sagen er nemlig den, at der er en hel Del Mænd med Feil og Skrøbeligheder af den forskjelligste Art, saavel aandelige som legemlige; om hvilke man med Sikkerhed kan forutsige, at de i langt højere Grad end friske vil løbe Resiko for at blive ukampdyktige; om hvilke man med stor Bestemthed kan forutsige, at de ikke vil levere saameget og saa godt Arbeide siom en frisk Mand, men som vil bukke under for Sømandens anstrengende og opslitende Liv, hvormod de have klaret sig langt bedre om de havde holdt sig til et mer regelmessig og rolig Liv paa Landjorden.<sup>10</sup>

Kreyberg var en av få norske leger som engasjerte seg særlig i skipshygiene og sjøfolks helse. Blant annet redigerte han

flere utgaver av legeboken som alle skip måtte ha om bord. I følge Kreyberg fantes det altså menn som ville klare seg fint på landjorden, men som sjølivet var for utfordrende for. Tanken om å sile ut disse mennene må ha vært nærliggende.

Også andre faktorer påvirket valg av virkemidler i det forebyggende arbeidet overfor sjøfolk, og økonomiske hensyn veide nok tungt. Det ville vært meget kostbart å gjøre skipsmiljøet sunnere og mindre trangbodd. I 1917 trådte nye lugarforskrifter for nybygde skip i kraft.<sup>11</sup> Disse sikret sjøfolkene mye bedre innkvartering, og ett av argumentene for den nye ordningen var nettopp tuberkuloseforebyggingen.<sup>12</sup> I 1903 var det derimot ikke politisk stemning for å pålegge skipsredere forhøyede kostnader ved innkjøp begrunnet med helsehensyn.<sup>13</sup> Å skape et sunnere skipsmiljø var for dyrt, og myndighetene anså det som mer hensiktsmessig å kreve helseattest av mannskapet. I begynnelsen skulle sjøfolkene dessuten dekke legeutgiftene selv. En helseundersøkelse var slik sett en klar plassering av ansvaret og kostnaden for smittsom sykdom hos sjøfolkene selv.

Fra et økonomisk perspektiv var det også gunstig for myndighetene å hindre at syke sjøfolk ble mønstret ut, selv i de tilfellene der de heldigvis ikke smittet sine arbeidskamerater. En sjømann som ble syk og arbeidsufør til sjøs eller i fremmed havn hadde nemlig krav på å få dekket behandlingskostnadene, og hjemreise. Det var rederiet som hovedsakelig dekket disse kostnadene, men rederiets ansvar var begrenset i to tilfeller: Ved langvarig sykdom og i de tilfeller der man mente at sjømannen selv var ansvarlig for sykdommen (dette gjaldt først og fremst ved kjønnsykdom), måtte utgiftene fra da dekkes av sjømannen selv – eller hvis han ikke hadde råd – staten.<sup>14</sup> Det ble dermed kostbart når syke sjøfolk mønstret på i utenriksfart, i tillegg til å medføre fare for sjømannen selv. De økonomiske implikasjonene kan forklare hvorfor legeundersøkelser ikke ble innført over sjøfolk i innenriksfart eller fiskere, selv om det fra medisinsk hold ble hevdet at disse gruppene var minst like sårbare for tuberkulose som sjøfolk i utenriksfart.<sup>15</sup> Sykdom blant disse yrkesgruppene medførte ikke større kostnader for det offentlige enn hva som var tilfelle når resten av befolkningen ble syk.

Samtidig som undersøkelsen med sikte på smitteforebygging ble innført, kom det også et krav om at sjøfolk måtte vise attest på at de ikke hadde nedsatt sanseevne, syn og hørsel. Alt dekksmannskap måtte forevise slik attest, i innenriks- så vel som i utenriksfart.<sup>16</sup> Attesten som bevitnet gode sanser var først og fremst et tiltak for å hindre ulykker, sansetap blant mannskap til rors kunne være svært risikabelt.

### *Versgo' her er attesten*

Det ble imidlertid stadig påpekt fra legehold at undersøkel-sene ikke var grundige nok og at de derfor ikke var tilstrek-

kelig effektive. I 1932 ga legen Arne Forstrøm følgende beskrivelse av hverdagen på legekontoret:

Jeg burde kanskje forbigå i taushet de tilfeller – og de er ikke få – hvor 'undersøkelsen' består av følgende samtale: 'Er De sjømann?' – 'Ja.' – 'De har det vel travelt da?' – 'Ja' – 'Har De vært syk?' – 'Nei.' – 'Ja De ser jo frisk ut. Versgo' her er attesten'.<sup>17</sup>

Også Norsk Sjømanns- og Fyrbøterunion (Sjømannsforbundet) ønsket bedre helsekontroller før påmønstring, for å hindre spredning av smittsom sykdom, særlig tuberkulose. Deres motivasjon for å ønske bedre kontroller var å redusere smittefaren deres medlemmer ble utsatt for.<sup>18</sup>

I årene fram til 2. verdenskrig ble reglene for undersøkel-sene justert flere ganger, også som en følge av press fra leger som Forstrøm og fra Norsk Sjømanns- og Fyrbøterunion. Den største endringen kom i januar 1940, da nye regler ga mer detaljerte påbud om hvordan undersøkel-sene skulle gjennomføres. Da ble det også innført mer omfattende undersøkel-ser for mannskap yngre enn 18 år.

### **Skuldsystemet**

Det var imidlertid et privat initiativ i 1938 som markerte den største forbedringen av undersøkel-sene. Da ble Skuldsystemet innført, av sjøforsikringsselskapet Skuld.<sup>19</sup> Tre fjerdedeler av norske sjøfolk arbeidet på et skip forsikret i Skuld. Ved sjøfolks sykdom ble rederiet, som nevnt, pålagt en del av utgiftene: for behandling i seks eller åtte uker og hjemreise. Disse kostnadene ble dekket gjennom sjøforsikringen, og Skuld hadde altså økonomisk interesse i å bekjempe sykdom blant sjøfolk.

Skuldsystemet gikk lengre enn det som var lovpålagt, og demonstrerer misnøye med det eksisterende systemet. Den største forskjellen var at Skulds undersøkel-ser ikke bare skulle avdekke smittsomme sykdommer og sanse-tap, men skulle undersøke alle «de fysiske forutsetninger vedkommende mannskap måtte ha for sjømannsyrket». Legene som var med på ordningen fikk et detaljert skjema for undersøkelsen og instruksjon om hvilke diagnoser som «betinget kassasjon». Skuldssystemet innførte en standar-disert og forbedret tuberkuloseundersøkelse. Utover dette var det først og fremst ikke-smittsom sykdom som legene skulle se etter, slik som sinnssykdom, diabetes, epilepsi og leddrevmatisme.

Forskjellen fra det offentlige systemet er slående, da skulle legen foreta «personlig undersøkelse i den utstrækning, som han i hvert tilfælde maatte finde nødvendig». Legen hadde altså stort rom for å utøve skjønn i det offentlige systemet, men ikke i opplegget som Skuld introduserte. Systemet var også mer byråkratisk, ved at resultatet fra undersøkel-sene skulle meldes til Skulds hovedlege i Oslo. Dette skulle

hindre at sjøfolk som ikke ble godkjent kunne godkjennes av annen lege senere. I 1941 skrev legen Johan Knap en artikkel i det populærmedisinske bladet *Liv og Helse* om Skuldsystemet, der han påsto at Skulds kartotek var landets største, med opplysninger om 35 000 sjøfolk.<sup>20</sup>

Skuldsystemet ble innført i forståelse og samarbeid med offentlige helsemyndigheter. De ønsket et bedre system enn det eksisterende, og så med blide øyne på det private initiativet. Medisinaldirektør Nils Heitmann var involvert i utviklingen av systemet, og godkjente listen over sykdommer som utelukket arbeid til sjøs.

### **Sosialdemokratisk kontroll**

Under Andre Verdenskrig ble tilbudet for sjøfolk i utenlandske havner kraftig forbedret. Historikeren Guri Hjeltnes har kalt dette for "Sjumilssteg i land".<sup>21</sup> Også hel-seundersøkelsene kom under mer faste former og var knyttet til særlige legekontor for norske sjøfolk.<sup>22</sup> Som vi har sett ble undersøkel-sene, og Skuldsystemet også videreført hjemme i Norge.

Etter krigen ble sjømannslovgivningen revidert, og hel-seundersøkelsene gjennomgått. Også Skuldsystemet ble diskutert og evaluert. Helsedirektør Karl Evang ønsket å avvikle systemet på prinsipielt grunnlag; etter hans syn burde helsekontrollene være et offentlig ansvar. I tillegg påsto han og andre leger at systemet ikke var effektivt nok. Skuld og Rederforbundet ønsket derimot å fortsette systemet. Det tok noe tid før det offentlige opplegget for helseundersøkelsene var klart, først i 1953 kom den nye veiledning for undersøkel-sene.<sup>23</sup> Samtidig ble Skuldsystemet nedlagt. De nye bestemmelsene sa nemlig at legene som foretok helseundersøkelsen ikke skulle ha noe binding til mannskap eller rederi. Dette betydde i praksis at Skuldsystemet ble forbudt.

Samtidig ble de offentlige undersøkel-sene mye mer omfattende og finmaskede enn de hadde vært tidligere. De ble også mer grundige enn de hadde vært i Skulds regi. Fra 1953 skulle en sjømann undersøkes for "noen sykdom eller fysisk eller psykisk lidelse som gjør ham uskikket til tjene-sten eller som kan bringe de øvrige ombordværendes helse i fare".<sup>24</sup> Ikke bare fravær fra smittefare, men også skikket-het kom inn som et krav. Vektleggingen av psykisk helse var også ny.

### **Skiftende hensyn i forebyggingen**

Det var altså tre faser i legeundersøkelsene av sjøfolk i løpet av 1900-tallet første halvdel: Først ble et generelt krav om legeattest introdusert, så ble dette supplert med det mer omfattende Skuldsystemet, i den tredje fasen ble det igjen erstattet med et offentlig system med finmaskede hel-seundersøkelse.

I den første måtte sjøfolkene selv oppsøke lege for å få attesten, som var obligatorisk om man skulle mønstre på i langfart. Hensynet som ble oppgitt i lovforarbeidene var ønsket om å forhindre smittsom sykdom om bord og forebygge ulykker på grunn av sansetap blant dekksmannskapet.

I artikkelens innledning stilte jeg spørsmålet om hvorfor sjøfolk ble underlagt obligatoriske helseundersøkelser så mye tidligere enn andre deler av befolkningen. Jeg har lagt vekt på tre forhold. For det første var skipsmiljøet ansett som et sted som fremmet smittespredning og sykdom, slik at det ville ha alvorlige konsekvenser dersom en sjømann med smittsom tuberkulose kom om bord. Da det ville være for kostbart å endre omgivelsene sjøfolk arbeidet og bodde i, måtte man se seg om etter andre virkemidler. Undersøkelser av emigranter allerede etablert, så forebyggende undersøkelser var anerkjent som et virkemiddel i smittekampen til sjøs. Videre hadde stat (og arbeidsgiver) direkte kostnader knyttet til sykdom blant sjøfolk. Det økonomiske hensynet må nok ha veid tungt. Her skilte sjøfolk seg dessuten fra andre arbeidstagerer, og dette kan være den forklarende faktoren på hvorfor politikken overfor sjøfolk var annerledes enn overfor andre grupper. Til sist har jeg pekt på at sjømannsyrket ble sett på som særlig krevende: Ikke alle var av rett støpning til å klare yrket, det var nødvendig å skille klinten fra hveten.

Det siste momentet ble viktigere etter hvert, og kom særlig til syne i Skulds engasjement. Men også sjømennene selv, gjennom Norsk Sjømanns- og Fyrbøterunion, ytret interesse for grundige undersøkelser før påmønstring. Dette var selvsagt begrunnet i et ønske om å minimere smitterisiko for de andre om bord, men det var nok også et ledd i en strategi for å sile ut mannskap som ikke var egnet.<sup>25</sup> Med jevne mellomrom blusset det om debatter sjøfolks livsstil og moral, knyttet til påstander om alkoholmisbruk og en utsvevende livsførsel i utenlandske havnebyer. Norsk Sjømanns- og Fyrbøterunion tok sterk avstand fra slike påstander, og ønsket om strengere helsekontroll kan ha vært motivert ut fra et ønske om å heve sjømannsstanden, også fra Norsk Sjømanns- og Fyrbøterunions side. Det ser i hvert fall ikke ut til at organisasjonen hadde noen betenkeligheter med å heve nivået på sjømannsstanden ved å sile ut dem som ikke burde arbeide til sjøs.

I den andre fasen ble kravet om legeattest supplert med Skuldsystemet, som omfattet mesteparten av norsk sjøfolk. Her var det kun spesielle leger som kunne skrive ut attesten, og legene hadde en detaljert veiledning for undersøkelsen, som gjorde den langt mer grundig og ensartet enn det som var pålagt fra myndighetene. Samtidig har jeg argumentert for at formålet med undersøkelsene endret seg noe: Skuldsystemet skulle skille ut mannskap med nedsatt arbeidsførhet og arbeidskapasitet. I Skulds jubileumsberetning fra 1947 het det: "[R]ederne [er] naturlig nok interessert i at vårt fortrinlige skipsmateriell blir bemannet med

fysisk fortrinlige sjøfolk".<sup>26</sup> Rederne ønsket mannskap med høy arbeidsevne, i tillegg til å forebygge smitte og ulykker.

Målet om "fysisk fortrinlige sjøfolk" minner om uttalelsen til P. C. Kreyberg, sitert ovenfor. Kreyberg var opptatt av de fysiske forholdene som gjorde en mann uegnet for sjølivet, men som ikke nødvendigvis skapte problemer på landjorda. Skuldsystemets grundige undersøkelser kunne avdekke nettopp slike forhold, og var motivert med et ønske om å styrke sjømannsstanden.

Også i den tredje fasen, med det sosialdemokratiske offentlige opplegget, skulle man legge vekt på arbeidsførhet. Nå ble det dessuten lagt mer vekt på psykisk helse enn tidligere. Da Skuldsystemet ble etablert i 1938 hadde det støtte av daværende medisinaldirektør Nils Heitmann. Senere helsedirektør Karl Evang sørget for å legge ned systemet i 1953. Hva skyldes denne endringen i medisinaldirektoratets holdning? Personlig forskjeller mellom Heitmann og Evang har nok spilt inn. Heitmann (1874–1938) var tuberkuloselege, og i tuberkuloseforebyggingen var samarbeid mellom offentlige myndigheter og ideelle foreninger et utbredt fenomen.<sup>27</sup> Karl Evang (1902–1981) tilhørte en senere generasjon enn Heitmann. Han hadde også større nærhet til sjøfolks situasjon enn sine forgjengere, siden han som helseledende direktør i London under 2. verdenskrig hadde helsestellet for sjøfolk som sin hovedoppgave.<sup>28</sup>

Videre hadde Evang en solid forankring i den sosialdemokratiske ideologien og var arkitekten bak etterkrigstidens helsevesen. I følge hans ideologiske overbevisning var folks helse et statlig ansvar.<sup>29</sup> Heitmanns og Evangs forskjellige holdning er slik mer enn to personers forskjellige syn. Det representerer overgangen mellom de to velferdsregimene som har blitt kalt "velferdstrekanten", der stat, kommune og private aktører sammen sørger for velferdsgoder, og "velferdsstaten", der staten tar et overordnet ansvar for at alle innbyggerne har tilgang på de samme velferdsgodene.<sup>30</sup>

For å forstå avviklingen av Skuldsystemet er det imidlertid også nødvendig å se det i sammenheng med kampen om forhyringen, som handlet om hvordan sjøfolk skulle rekrutteres. Under Andre verdenskrig hadde norske sjøfolk i utlandet hatt arbeidsplikt. Forhyringen var ordnet i en *pool*, der mannskapet ble tildelt hyre etter nummer. Etter krigen ble tønordningen midlertidig opprettholdt, og Sjømannsforbundet ønsket å gjøre den permanent. Rederne protesterte, de ønsket å selv kunne velge hvem de til en hver tid skulle ansette.<sup>31</sup> I polemikken samlet blant annet Skipsfartens Arbeidsgiverforening fortellinger om fyll og uro på flåten i den såkalte *Hviteboken*, for å demonstrere hvilke problemer som oppsto når skipsfarten ikke selv kunne velge hvem de ville gi hyre. Hensikten var å "advare på det kraftigste mot en varig gjennomføring av det såkalte tønnsystem".<sup>32</sup>

Rederne måtte likevel finne seg i at tørnssystemet ble opprettholdt. Rederiet kunne da avvise to sjøfolk, men måtte da hyre den tredje de fikk tildelt. Systemet ble videre gjort mer spiselig ved at hyrekontorene hadde streng siling av hvem som fikk gå til sjøs.

Så langt jeg har sett, ble det ikke ble referert til tørnssystemet i diskusjonene om ordningen av legeundersøkelsene. Disse to fenomenene bør likevel ses i sammenheng. I *Hviteboken* blir utilfredsstillende helseundersøkelser nevnt som ett av problemene med ordningen umiddelbart etter krigen.<sup>33</sup> Legeundersøkelser var slik et virkemiddel for å forebygge sosiale problemer på ved å sile ut uønsket mannskap. Innføringen av tørn-systemet etter krigen gjorde derfor rederens interesse av å beholde kontrollen med legeundersøkelsene enda sterke. Brevveklingen mellom Skuld og med medisinaldirektøren om avvikling av systemet har også spor av bitterhet og uvilje med avviklingen.<sup>34</sup> At staten tok kontroll med legeundersøkelsene må ses som et ledd i det sosialdemokratiske prosjektet, der sentralisering var ment å sikre rettferdighet og likebehandling – i arbeidslivet og i helsevesenet.

### Kommersielle aktører

Den økte interessen for medisin- og helsehistorie, særlig de siste ti årene, har ført til rekke interessante nybrottsarbeid innen sub-disiplinen. Det er likevel slik at private, kommersielle aktører får en beskjedne plass i de fleste arbeider. Private leger blir i liten grad omtalt, mens fortellingen kretser rundt det offentlige helsevesenet og ideelle organisasjoner. Dette har mange årsaker, den viktigste er kanskje at kildesituasjonen ofte vanskeliggjør studier av de private aktørene. Videre er helsevesenet i dag i all hovedsak er offentlig og historikere har i stor grad har vært opptatt av dette systemets røtter.

Skuldsystemet er imidlertid et eksempel på at også private, kommersielle aktører har påvirket det forebyggende arbeidet. For ytterligere å belyse norsk helsearbeids historie, kan det være fruktbart å studere flere kommersielle aktører i dette feltet. Hvordan har private legepraksiser, forsikrings-selskap, produsenter av medisiner og legemateriell påvirket utformingen av norsk helsestell? Eksempelet Skuld viser at økonomiske hensyn har innvirket på hvordan helseundersøkelsene ble gjennomført. I regi av forsikrings-selskapet gikk forebyggingen av smittsomme sykdommer hånd i hånd med arbeidet med å skaffe "fysisk fortrinlige sjøfolk".

### Noter

- 1 Veiledning for læger § 7, *Norsk medicinallovgivning*, 22. mai 1906.
- 2 Blom, *Feberens ville rose*, s. 136–144.
- 3 Ryymin, *Smitte, språk og kultur*. Schiøtz, "Folkets helse – landets styrke" har en noen ulik fasede. ling, men heller ikke her er masseundersøkelser omtalt før ca. 1920.
- 4 Blom, "Opplysningskampanjer", s. 73.
- 5 Tønnessen, "Fra klipperen til motorskipet", s. 123ff. Se også Koren, *Beskytte, forme*, styrke, kapittel 2.
- 6 Bjørnson, "Perspektiver på arbeidsmiljøets historie".
- 7 "Innstilling til Lov om Statskontrol med Skibes Sjødyktighed. (Mindretallets Forslag)", motiver s. 223.
- 8 Sjødyktighetsloven 1903 § 45.
- 9 Bakka, *Hundre år for sikkerhet til sjøs*, s. 17.
- 10 Kreyberg, *Lidt skibshygiene*, s. 8.
- 11 Kgl. Res. Forskrifter for lugarer m. v. paa registreringspliktige fartøier (fiskefartøier undtat), *Norsk lovidende 2den Afdeling*, 1. sept. 1916.
- 12 Dannevig, "Skibsmandskapers lugarer".
- 13 Bakka, *Hundre år for sikkerhet til sjøs*, s. 28–33 om de politiske debattene om sjødyktighetsloven.
- 14 Sjøfartsloven 1893 § 90; RA: S-1405 Dt Diverse III. Boks 0007 og 0008.
- 15 Brochmann, *Tuberkulose fiskere og fiskebaater*.
- 16 Lov om statskontrol med skibes sjødyktighed m. v. § 84, *Norsk medicinallovgivning*, 9. juni 1903.
- 17 Forstrøm, "Tuberkulose blandt sjøfolk", s. 20.
- 18 Ot. prp. nr. 46 (1935), s. 4.
- 19 Det følgende bygger på RA: S-1287, boks 173; Knap, "Trek fra det forebyggende helsearbeidet for våre sjøfolk"; [Skuld] *Assuranceforeningen Skuld 1897–1947*; forskjellige debattartikler i *Tidsskrift for den norske Lægeforening* i 1937.
- 20 Knap, "Trek fra det forebyggende helsearbeidet for våre sjøfolk".
- 21 Hjeltnes, "Sjømann. Lang vakt", s. 450.
- 22 Hjeltnes, "Sjømann. Lang vakt", s. 447.
- 23 Kgl. Res. Legeundersøkelse av sjømenn. *Norsk Medicinallovgivning* 22. sept. 1950; Kgl. Res. Forskrifter om legeundersøkelse av sjømenn. *Norsk lovidende 2den Afdeling*, 17. juni 1953.
- 24 *Norsk Medicinallovgivning* 22. sept. 1950; Kgl. Res. Forskrifter om legeundersøkelse av sjømenn. *Norsk lovidende 2den Afdeling*, 17. juni 1953.
- 25 Ot. prp. nr. 46 (1935), s. 4. Det følgende bygger på analyser av avisdebatter i 1928 om forholdene i utenlandske sjømannskvarter. Se Koren, *Beskytte, forme, styrke*, kapittel 7 for mer inngående diskusjoner.
- 26 Skuld, *Assuranceforeningen Skuld 1897–1947*, s. 94.
- 27 Larsen (red.), *Norske leger*, bind II s. 606–607; Blom, *Feberens ville rose*.
- 28 Hjeltnes, "Sjømann. Lang vakt", s. 434ff.
- 29 Slagstad, *De nasjonale strateger*, s. 308ff.
- 30 Seip, "Velferdskommunen og velferdstrekkanten – et tilbakeblikk".
- 31 Det følgende bygger på Olstad, "Vår skjebne i vår hånd", s. 396–401.
- 32 *Mannskapsforholdene ombord i norske skibe*, s. 80.
- 33 *Mannskapsforholdene ombord i norske skibe*, s. 5.
- 34 RA. S- 1287, nr. 173, diverse korrespondanse.

### Litteraturliste

- Bakka jr., Dag. *Hundre år for sikkerhet til sjøs. Sjøfartsdirektoratet 1903–2003*. Sjøfartsdirektoratet, Oslo, 2004.
- Bjørnson, Øyvind. "Perspektiver på arbeidsmijøets historie". I *Arbeiderhistorie*. 1997.
- Blom, Ida. *Feberens ville rose*. Fagbokforlaget, Bergen, 1998.
- Blom, Ida. "Opplysningskampanjer i kampen mot tuberkulose frem til ca. 1940". I *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, vol. 122. Oslo, 2002.
- Brochmann, S. W. "Tuberkulose fiskere og fiskebaater". I *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, vol. 42. Kristiania, 1922.
- Dannevig, Stener. "Skibsmandskapers lugarer". I *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, vol. 35. Kristiania, 1915.
- Forstrøm, Arne. "Tuberkulose blandt sjøfolk". I *Meddelelser fra Den norske nationalforeningen mot tuberkulosen*. Nationalforeningen, Oslo, 1932.
- Hjeltnes, Guri. "Sjømann. Lang vakt." Bind 3 av *Handelsflåten i krig 1939–1945*. Grøndahl Dreyer, Oslo, 1995.
- Knap, Johan. "Trek fra det forebyggende helsearbeidet for våre sjøfolk". I *Liv og Helse*. Oslo, 1941.
- Koren, Elisabeth Solvang. *Beskytte, forme, styrke. Helsefremmende arbeid overfor norske sjøfolk i utenriksfart med hovedvekt på perioden 1890–1940*. Upublisert avhandling for graden philosophiae doctor (PhD). Universitetet i Bergen, 2008.
- Kreyberg, P. C. *Lidt skibshygiene. Separataftryk af "Bergens Tidende"*. J. W. Eides bogtrykkeri, Bergen, 1900.
- Larsen, Øivind (red.). *Norske leger*. Bind I-V. Den norske Lægeforening, Oslo, 1996.
- Mannskapsforholdene ombord i norske skibe. Utviklingen efter krigen, belyst ved uttalelser fra rederier, skibsførere og andre hold, som har direkte kontakt med skibene. Samlet av Skibsfartens Arbeidsgiverforening september 1946*. Upublisert manus, 1946.
- Norsk Lovtidende, 2den afdeling. Samling af Love, Resolutioner m.m. Udgivet efter offentlig Foranstaltning. Grøndahl, Kristiania.
- Norsk Medicinallovgivning/ Norske medicinallovgiving. En kronologisk samling av lover og bestemmelser vedkommende Norges medisinalvesen*. I kommisjon hos Aschehoug, Kristiania/ Oslo, 1890–1950.
- Olstad, Finn. "Vår skjebne i vår hånd". Bind I av *Norsk Sjømannsforbunds historie*. Pax, Oslo, 2006.
- Ot. prp. nr. 46 (1935). Utfærdigelse av en lov om forandring i lov om statskontroll med skibes sjødyktighet. *Stortingsforhandlingene* 1935, 3. del b.
- "Institlling til Lov om Statskontrol med Skibes Sjødyktighed (Mindretallets Forslag) fra den af Stortinget den 2den Mai 1894 nedsatte Kommission." Bilag til Ot. prp. nr. 25 (1901–1902). *Stortingsforhandlingene* 1901–1902, 3. del c.
- Ryymän, Teemu. *Smitte, språk og kultur. Tuberkulosearbeidet i Finnmark*. Scandinavian Academic Press, Oslo, 2009.
- Schiøtz, Aina. "Folkets helse – landets styrke". Bind II av Det offentlige Helsevesenets historie i Norge 1603–2003. Universitetsforlaget. Oslo, 2003.
- Seip, Anne-Lise "Velferdskommunen og velferdstrekkanten – et tilbakeblikk". I Nagel (red.): *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Alma Mater, Bergen, 1991.
- [Skuld] *Assuranceforeningen Skuld 1897–1947*. Emil Mostue AS. Oslo, 1947.
- Slagstad, Rune. *De nasjonale strateger*. Pax, Oslo, 1998.
- Tønnessen, Johan Nicolay. "Fra klipperen til motorskipet". I *Den norske sjøfarts historie fra de eldste tider til iore dager*. Bind II, 3.dje del. J. W. Cappelens forlag. Oslo, 1923–1951.

### Kilder

- Riksarkivet: S-1405 *Handelsdepartementet, sjøfartsavdelingen. 1. sjømannskontor*. Dt Diverse III. Boks 0007 og 0008.
- Riksarkivet: S-1287 *Sosialdepartementet, helsedirektoratet, hygienekontoret H5*. D Saksarkiv. Boks 173.

# NAPOLEONS NYRER

Arne W. S. Sørensen, Dr. med.

*“Lidelsen kræver større mod end døden” – Napoleon, St. Helena 1815*

*Napoleon Bonaparte var en levende legende. Ikke blot hans liv var præget af storhed, drama og turbulens, hans død er stadig genstand for mytedannelser, konspirationsteorier, ideologiske og faglige opgør. I min bog, Napoleons Nyrer har jeg valgt at fokusere på et af de væsentligste og mest omdiskuterede forhold i Napoleons liv – hans helbred, og det der førte til hans død.*

Litteraturen om Napoleon er så omfattende, at den nærmer sig det uoverskuelige. Tusindvis af forfattere har valgt skiftende og sammenfaldende vinkler på hans personlighed og psyke, på mennesket, hærføreren, på slagene, ideologien, konspirationsteorierne og storpolitikken. Det er tankevækkende, hvor få samtidige kilder der er, set i forhold til den samlede litteratur. Og i hvor høj grad disse få kilder er blevet repeteret, fejlfortolket og misforstået, fordi de er blevet skrevet ind i og tilpasset politiske og ideologiske sammenhænge, og netop ikke analyseret og fremlagt med den stringens og metodik lægevidenskaben baserer sig på.

Min bog er en nødvendig korrektion af historien med betydelige konsekvenser for opfattelsen af en af verdenshistoriens store skikkelser. Det er et videnskabeligt arbejde, der bygger på 50 års klinisk erfaring, og jeg har derfor fastholdt en stringent medicinsk dokumentation, der også viser nye sammenhænge mellem de store slag og Napoleons helbred og temperament, og jeg har inddraget en række oversete kilder fra barndommen, feltlægerne og obduktionen. Kildereferancerne er ganske omfattende for en kortere artikel, så jeg tillader mig at henvise til min bog.<sup>1</sup>

## **Sygdomstegn**

Napoleons problemer begyndte i barndommen. Her begyndte hans fordøjelsesbesvær. Han døjede primært med mavesmerter og opkast under stress, samt den voldsomme, manifesterede forstoppelse, som forfulgte ham hele livet. Hvad specielt angår hans vandladningsbesvær med svie og besvær ved at presse, var dette synligt for omgivelserne, såvel i

privatlivet som i felten. Han blev ofte iagttaget lænende sig op ad for eksempel et træ, en væg eller et kanonløb for at presse urinen frem, dette var en af grundene til hans korte søvnperioder. Napoleons “jernhelbred”, som han selv yndede at beskrive det, var en illusion.<sup>2</sup>

Under Italiensfelttoget tiltog Napoleons ubehandlede svie ved vandladning med næsten ubærlige smerter og 1. oktober 1797 var han tydeligt syg.<sup>3</sup> Svien ved vandladning kaldte han selv sit “svage punkt”. “Det bliver min død”, sagde han på St. Helena.<sup>4</sup> Og han skulle få ret. Dr. Boyer mente, at han havde en forsnævring i urinrøret, måske betinget af gonorrhoe fra Josephine.

Under Konsulatet, omkring 1802 blev han angrebet af en tilsyneladende ukendt sygdom, som lignede symptomerne i hans sidste dage. Oplysningen stammer fra hans 1. sekretær, Fauvelet de Bourrienne. Han hørte Napoleon stønne midt under arbejdet: “Comme je souffre” – “Hvor jeg lider”, og så ham læne sig over bordet og presse hænderne mod højre side, og 1. tjener Constant så ham vælte sig rundt på gulvet af smerter. I 1803 blev Napoleon meget syg i Bruxelles med smerter i brystet og med blodigt opspyt. Napoleon virkede særligt syg under Konsulatet, og han havde stadig urinvejssymptomer samt dårlig søvn.<sup>5</sup>

Efter 1803 syntes Napoleon at få et bedre helbred med vægtstigning. Fra 1806 var han regulær fed, hvilket meget tydeligt fremgår af flere af malerierne af ham, og han behøvede større klæder.

Ved konferencen i juni–juli 1807 i Tilsit og i december 1807 bemærkede han selv: “Jeg er fed og frygter at blive mere fed”. Ved brylluppet med Marie-Louise 2. april 1810 var han meget stor, og efter den tid havde han svært ved at stige til hest. Hans fedme stod i et stærkt misforhold til hans fødeindtagelse og tilbagevendende opkastninger.<sup>6</sup> I Spanien 1808–1809 var han svært påvirket af kulde og ikke mindst i Rusland fra 22. juni–december 1812. Under Rusland-felttoget var han ikke rask, men sløv og ubeslutsom. Han var en anden person end den, marskaler og generaler havde kendt tidligere. Fremrykningen gik langsomt blandt andet på grund af Napoleons lange hvilepauser i begyndelsen i Vilna 30. juni–15. juli og i Vitebsk 30. juli–12. august 1812.<sup>7</sup>

Ved Borodino fra 5.–7. september 1812 havde Napoleon stærkt og pludseligt vandladningsbesvær med stærke smerter og med betændelse og blod i urinen, høj feber og maveonde. Det kliniske billede viser en akut opblussen i en kronisk blærebetændelse og nyrebækkenbetændelse.

Den 7. september under slaget ved Borodino var han totalt apatisk og ignorerede generalernes ønske om at sætte Garden ind. Symptomerne fra urinvejene varede i alt i 11 dage til to dage efter ankomsten til Moskva den 16. september 1812.<sup>8</sup>

Dr. Yvan var Napoleons førstekirurg i felten og kendte til hans urinvejssygdom fra 1796–97 i Den Italienske Krig og ved Marengo 1800. Disse anfald var tiltagende og fortsatte livet igennem. Det russiske felttog sluttede for Napoleon 5. december 1812, hvor han måtte tage afsked med den store armé i Smorgona. Napoleons helbred forværredes meget under slaget ved Dresden 26.–27. august 1813. Under slaget fik han svære mavesmerter med opkastninger og diarré. Hans sædvanlige urinvejs symptomer fortsatte under felttoget, ligesom gener fra hæmorider.<sup>9</sup>

De allierede magter sendte efter abdikationen Napoleon i eksil på øen Elba, 4. maj 1814 til 26. februar 1815. Under opholdet fandt han en mineralsk kilde, der bedrede hans urinvejsgener.<sup>10</sup>

Under Waterloo felttoget boede han på slottet i Charleroi syd for Bruxelles 15. og 16. juni 1815. Han var syg med feber, hæmoride-gener og vandladningsbesvær. Symptomerne fortsatte under Ligny slaget 16. juni, hvor han samtidig var apatisk.<sup>11</sup>

### **Napoleon og lægerne**

Napoleon blev gennem årene tilset af en række læger: hans personlige læge kirurgen dr. Yvan,<sup>12</sup> dr. Desgenettes, chefmediciner for hele armeen.<sup>13</sup> Fra 1804–1815 og igen i De Hundrede Dage var Corvisart Napoleons hof- og livlæge. Corvisart betragtes almindeligvis som cardiologiens fader, og han lavede dissektionsøvelser på dyr sammen med

Napoleon på grund af Napoleons store interesse for anatomi. På Ruslands-felttoget blev Napoleon behandlet af medicineren dr. Mestivier.<sup>14</sup>

Det var uden tvivl svært at være læge for Napoleon. Hans vanskelige sind har utvivlsomt gjort ham til en besværlig patient, der kun ville, hvad han selv skønnede rigtigt og ingen tiltro havde til de lægefaglige vurderinger og anbefalinger. Specielt den medicinske profession blev betvivlet, hvorimod han var mere positiv over for den kirurgiske metier. Her kunne han se, hvad der skete.

Napoleon anså den lægelige diagnostik for ikke at være andet end gætværk. Dette havde han til en vis grad ret i, idet den kliniske viden på hans tid var ringe.

### **St. Helena**

Som læge fik Napoleon irlænderen Edward Barry O’Meara (1782–1838), som indtil da havde været kirurg på HMS Bellerophon. Den 23. oktober 1816 tilså han Napoleon på grund af tandkødsbetændelse og 30. oktober for betydelig betændelse i mundslimhinden, hvilket O’Meara mente var symptomer på skørbug. Han havde samtidig ødem i benene med forstørrede lymfeknuder i lysken og bronchitis. Den 11. september 1817 havde han kvalme og smerter i benene med abnorm stor væskemængde, især i det venstre.

Den 27. september 1817 fik Napoleon for første gang smerter og ømhed i højre side af maven, under højre ribbenskant med udstråling til højre skulder og feber. Dr. O’Meara tilså



ham 3. oktober 1817 og følte en udfyldning i denne del af maven, samt at undersøgelsen udløste mavesmerter der. Han stillede en arbejdsdiagnose, idet han mente, der var tale om en leverbetændelse med tilstødende udvikling af en byld og væskeophobning i benene. Dette kliniske billede forfulgte Napoleon i hele sygdomsforløbet og blev et vægtigt diskussionsemne efter hans død. Dr. O'Meara orienterede dr. Baxter og guvernøren Sir Hudson Lowe i guvernørboligen, Plantation House. Her opstod det første sammenstød mellem dr. O'Meara og guvernøren (der var Napoleons ærkefjende), fordi dr. O'Meara tillagde klimaet på øen at være en væsentlig årsag til Napoleons dårlige helbred.<sup>15</sup>

Den 26. januar 1818 blev Napoleon på ny syg. Han havde da voldsomt mavebesvær med kvalme og kraftig luftudvikling, "vinde", formentlig på grund af den altid tilstedeværende forstoppelse.

Den 1. juli 1818 havde Napoleon så svær ødem i benene, at han havde vanskeligheder ved at stå. 25. august 1818 blev dr. James Roche Verling, kirurg i Royal Artilleri, udnævnt til at residere på Longwood for at kunne tilse Napoleon om nødvendigt, men Napoleon afviste at konsultere nogen læge, der var udnævnt af guvernøren, så derfor var dr. Verling ubeskæftiget.

Da Napoleon var uden læge, tilkaldtes med guvernørens og admiral Pamplins tilladelse dr. John Stokoe (1775–1852), kirurg på HMS Conqueror den 17. januar 1819. Stokoe troede, at Napoleons anfald var et slagtilfælde og stillede i øvrigt samme diagnose som dr. O'Meara: kronisk leverbetændelse med byld og dysenteri. Han mente, at tilstanden skyldtes klimaet. Napoleon blev tilset igen 18., 19. og 21. januar – i alt 5 besøg. Diagnosen passede ikke Sir Hudson Lowe. Napoleon var overbevist om, at han led af en lever sygdom, men han forventede at dø af mavekræft, ligesom faderen.

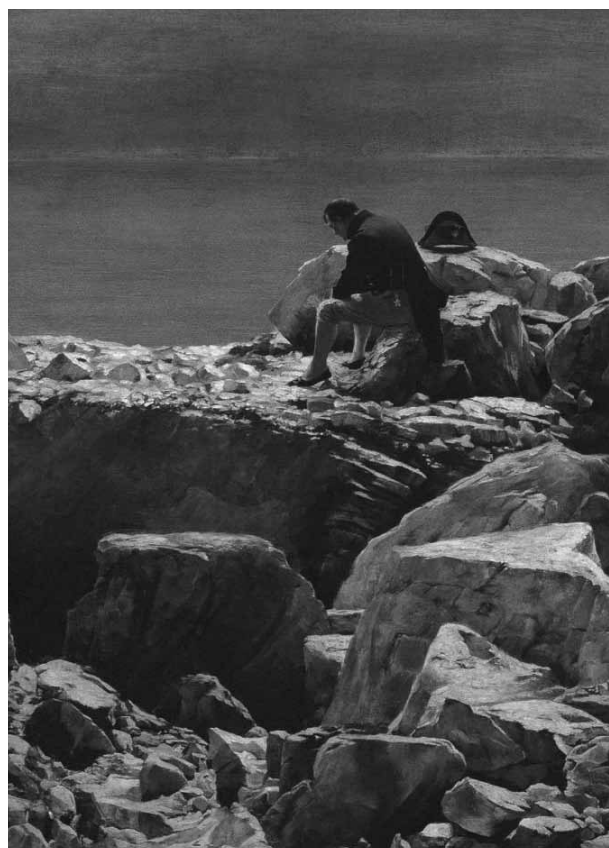
Napoleon var atter uden læge, og var det indtil hans familie, Cardinal Fesch og "Madame Mère", Napoleons mor, med engelsk tilladelse, sendte en af dem udvalgt læge, en korsikaner ved navn Francesco Antommarchi. Antommarchi (1789–1838), var Napoleons sidste læge på St. Helena. Han var uddannet hos professor Mascagni. Antommarchi var ikke klinisk læge, men prosektor. For at forstå samtidens opfattelser af de medicinske forhold, specielt omkring Napoleon, er det vigtigt at kende de mange forskellige iagttagelser og vurderinger af ham igennem årene.

Ingen af Napoleons læger kunne udlægge og fortolke hans symptomer i forhold til hans egentlige sygdom. I samme øjeblik Antommarchis obduktion af Napoleon var afsluttet, var striden i gang om diagnosen, og eftertidens lægelige skribenter har været voldsomt uenige om hans sygdom og årsagen til hans død: Cancer, leverbetændelse eller arsenikforgiftning.

Antommarchi blev forestillet for Napoleon 22. september 1819. Efter 3 ugers observation af Napoleon stillede også han, 7. oktober 1819, diagnosen kronisk leverbetændelse på grund af dysenteri. I tiden november 1819–oktober 1820 var Napoleons helbredstilstand nogenlunde god, især juli–august 1820. I 1819 blev tapetet i Napoleons værelser iøvrigt udskiftet, en tilsyneladende ubetydelig renovering, der skulle vise sig at få stor betydning for forståelsen af Napoleons helbred.

Den 18. juli 1820 havde han et anfald af svære mavesmerter i området under højre ribbenskant og i mellemgulvet, med fordøjelsesbesvær, appetitmangel og opkastning, migræne, tør hoste, åndenød, rystelser på højre ben, årebetændelse og rosen. Men tilstanden bedredes igen. Antommarchi anvendte samme diagnose, kronisk leverbetændelse, skønt symptomerne denne gang havde en anden karakter, idet der nu også var smerter i mellemgulvet. I perioden november 1819–oktober 1820 lykkedes det Antommarchi at få Napoleon mere på benene. Han fik ham ud i fri luft, blandt andet lavede Napoleon havearbejde sammen med tjenerne, han red og kørte ud i vogn.

Den 4. oktober 1820 var Napoleon så velbefindende, at han sammen med sin stab besøgte Sir William Doveton, "Member of the Council of St. Helena" i dennes bolig, Mount Pleasant i Sandy Bay. Men inden dagen var forbi, måtte han tage syg hjem til Longwood. Dette blev Napoleons sidste udflugt.



Napoleon havde tiltagende høre- og synsnedsettelse. På sit værelse opholdt han sig altid i mørke. Fra begyndelsen af januar 1821 havde han igen daglige symptomer med kvalme, luftudvikling med oppustethed, ræben og fjærten, opkastning, mavesmerter, og tandkødsbetændelse. Dr. Antommarchi var i vildrede med diagnosen på Napoleons sygdom og konfererede med Sir Hudson Lowe og Admiral Pamplier, hvorefter Napoleon tillod, at den engelske læge Archibald Arnott (1771–1855) kirurg i 20. Fodregiment konsulteredes. Den 1. april kl. 21.30 så Arnott Napoleon for første gang i det mørke, fugtige værelse med skimmel-svamp og tapetet i laser. Arnott så nu Napoleon 2–3 gange dagligt, alene eller sammen med Antommarchi, og tilstanden blev registeret fra dag til dag. Den 3. april målte Arnott legemstemperaturen, som var 96° F., svarende til 35,5 grader Celcius. Det vides ikke sikkert, hvordan han målte temperaturen. Temperaturmåling blev først almindelig efter den tyske læge Wunderlichs disputats i 1868.

Napoleons tilstand blev dårligere. Så sent som 6. april mente Arnott dog, at Napoleon var hypokonder og meddelte dette til Sir Hudson Lowe. Først 27. og 28. april efter blodopkastning, erkendte han, at Napoleon var meget alvorligt syg. Napoleon havde i otte dage haft kvalme, øvre mavesmerter, opkastninger, trækninger og feber. Fra den 29. april–5. maj 1821 havde han igen opkastning med blod og hikke, betydelige vejrtrækningsproblemer, samt svingende bevidsthedsplan med hallucinationer. Den 1. maj var der pludselig kollaps, hvorefter præsten Vignali, som var ankommet sammen med Antommarchi, kl. 14.00 gav Napoleon "den sidste olie". Napoleon døde lørdag den 5. maj 1821 kl. 17.49, da alarmkanonen markerede solnedgang. Trods den svære sygdoms sidste fase led Napoleon stadig af fedme.<sup>16</sup>

### **Obduktion af Napoleon**

Napoleon ønskede at blive obduceret af dr. Antommarchi for at få fastslået, om han døde af cancer, som faderen gjorde. Obduktionen foretoges 20 ½ time efter dødens indtræden og varede ca. 2 timer. Den gennemførtes i bilardstuen på Longwood, det grønne værelse, som var ialt 5,5×4,5 m med lys fra to vinduer. Der var 17 personer til stede i det lille værelse: 3 engelske officerer, under ledelse af Sir Thomas Reade, 7 engelske læger, staben Bertrand, Montholon, Marchand og tre tjenere. Af samtlige 7 engelske læger havde kun dr. Arnott Napoleons tilladelse til at overvære obduktionen.

Antommarchi foretog obduktionen og følgende data blev noteret: Kroppens længde målt til 5 fod og 2 tommer. Det har efterfølgende været vanskeligt at omsætte dette mål til metersystemet, idet det har været noget omdiskuteret, hvilken skala Francesco Antommarchi opgav Napoleons længde i. Nogle historikere mener, at Antommarchi opgav længden efter det britiske imperiums måleenhed, eftersom

Napoleon var under britisk kontrol på St. Helena. Imperiets tomme måltet på den tid til 2,54 cm. Dette giver en tilnærmet længde på 1,58 meter.

Andre mener, at Antommarchi, eftersom han foragtede det britiske imperium, derimod ville opgive længden efter den franske skala. En fransk tomme måltet på den tid til 2,7 cm, medførende en kropslængde på 1,68 meter. Samtidens britiske propaganda beskrev iøvrigt Napoleon som værende mindre end den gennemsnitlige højde, hvilket ville være korrekt efter imperiets mål, men ikke efter det franske. I Longwood House på St. Helena er der afsat mål på en dørstolpe, der bekræfter, at Napoleon har været omkring de 1,68 meter.

Kroppen virkede feminin uden behåring. Liget var i øvrigt præget af fedme, og vurderet ved indsnit forskellige steder på kroppen måltet med 1 tomme fedtvæv over brystbenet og 1 ½ tomme over maven. I venstre lunge fandtes et hulrum og lungehinde sammenvoksning. Højre lunge var normal. Det var tvivlsomt, om leveren var forstørret. Der blev kun lagt et snit i leveren, og der så vævet normalt ud. Galdeblære og milt var normale. I mavesækken fandtes et penetrerende sår på lille curvatur en tomme over maveporten med sammenvoksning til venstre leverlap samt en række blødende småsår fra mavemunden til maveporten ligeledes på lille curvatur. Hjertet var normalt, men ligeledes indlejret i fedtvæv. De store blodkar, såvel aorta, som vena cava, var normale. Venstre nyre var 1/3 større end højre og langstrakt, forskudt på tværs mod rygsøjlen og indlejret i fedtvæv. Højre nyre var 2/3 af venstre nyre og normal. Der er ikke angivet mål, af nyrestørrelserne. Urinblæren var lille, skrumpet og tykvægget med svære betændelsesforandringer med indhold af små forkalkninger. Det blev angivet, at urinblæren var tom for urin. Prostata var normal. Genitalia var meget små og uden behåring. Hele kroppen havde et feminint udseende, og brysterne var forstørrede. Armene slanke og gracile. Af ærbødighed og efter protester fra Bertrand blev kraniet ikke åbnet.<sup>17</sup>

### **Dødsattesterne**

Der blev udfærdiget 4 dødsattester. Den første, officielle, udstedtes af dr. Thomas Shortt den 6. maj og blev underskrevet af 4 af de 7 engelske læger. Dr. Walther Henry var referent af obduktionen. Attesten (den anden) blev modificeret af guvernør Sir Hudson Lowe, fordi dr. Shortt mente, at leveren var forstørret. Størrelsen var et stridspunkt blandt de britiske læger. Dr. Shortt var sikker på, at leveren var for stor og var uenig med dr. Arnott og de andre britiske læger. Antommarchi gennemskar venstre leverlap med et snit. Den var af normal udseende og uden byld. Dødsårsagen blev angivet at være mavecancer. Arnott var overrasket over diagnosen mavecancer på grund af Napoleons fede statur, som i så fald ville have været afmagret. En kopi af den officielle rapport, som guvernøren pressede dr. Shortt til at

ændre af hensyn til de engelske, politiske synspunkter, er i familien Shortts arkiv. Englænderne ønskede af politiske grunde ikke, at dødsårsagen blev forbundet med fangenskab – for eksempel klimaet eller behandlingen. Dr. Antommarchi var ikke medunderskriver, fordi Bertrand overtalte ham til at lade være. Den tredje attest med diagnosen cancer blev udstedt af dr. Antommarchi den 8. maj 1821, og en senere attest (den fjerde), der var forskellig fra den tredje udfærdigede han i sin bog *Les Derniers Moments de Napoleon* fra 1823. I 1823 udarbejdede dr. Henry et brev med rapport til Sir Hudson Lowe og indføjede rapporten i sin bog i 1839, *Trifle from my Portofolio*, udgivet anonymt. I en bog fra 1843, *Events of a Military Life*, beskrev han fundene mere samlet med diagnosen kronisk leverbetændelse.

Da dr. Antommarchi var blevet uafhængig af guvernøren, meddelte han, at han i sin første attest havde angivet cancer som diagnose, men at dette var de engelske lægers værk, fordi de havde insisteret på det, mens han selv åbent havde påstået, at Napoleon ikke døde af cancer, men af en mave-, leverlidelse. I sin bog ændrede han endnu en gang mening og meddelte, at der var kræftvæv i mavesækken og kronisk leverbetændelse samt sammen-voksninger mellem lever og mellemgulv, som lignede en byld.<sup>18</sup>Obduktionserklæringerne var politisk propaganda, og det udviklede sig til en politisk kamp om synspunkterne mellem Frankrig og England. Hudson Lowe pressede dr. Shortt og dr. Arnott til ændringer, Bertrand overtalte Antommarchi til ikke at underskrive den officielle version, så hermed opstod en konspirationsteori, der er fortsat til nutiden.



### **Diskussion om Napoleons sygdom og død**

Uenigheden om Napoleons egentlige sygdom og dødsårsag var politisk baseret. England ville under alle omstændigheder fralægge sig ansvaret for deres berømte fanges død. Hovedbestandelen i diskussionen var, om han døde af en klimabetinget sygdom, kronisk leverbetændelse, eller af en arvelig sygdom, som faderen i 1785, kræft i mavesækken. Alle beskrivelser om sygdomsforløb, især på St. Helena, er ensartede afskrifter fra forfatter til forfatter, derimod er diagnoserne med tiden ændret væsentligt, men uden klinisk forståelse.

Hverken Antommarchis eller O'Mearas udsagn om Napoleons sygdomsforløb på St. Helena, svarer til deres påstand i deres udgivne skrifter ifølge "Lowe Papers". "Lowe Papers", British Museum, omfatter 134 bind, heraf 88 om livet på St. Helena.<sup>19</sup> Mange lægeforfattere helt op i nyeste tid angiver Napoleons diagnose som mavecancer eller degeneration i et godartet mavesår som årsag til hans død, og historikerne har videreført denne diagnose. Imidlertid er det evident, at man ikke dør af en cancersygdom, men af komplikationer til denne. Endvidere kan man arve dispositionen til cancersygdom, men ikke sygdommen som sådan. Napoleons cancerdiagnose var kun deskriptiv, en sag om gæt. Fra den tidlige diskussion om årsagen til Napoleons død er mavecancer gentaget så ofte, at det er blevet til sandhed, men i denne sammenhæng skyldes det mangel på forståelse af sygdommens kliniske billede.

Det kliniske billede i slutfasen af Napoleons liv med megen irritabilitet i mavesækken taler afgørende imod, at mavesårene var kræftvæv. I så fald ville mavesækken være et stift rør uden evne til muskulær sammentrækning. Endvidere fandtes heller ikke metastaser til leveren. De sidste 3½ år af Napoleons liv var præget af svær sygdom, men der var ikke væsentligt vægttab før de sidste 5–6 måneder. Vægttab er meget hyppigt ved mavesårssygdom på grund af symptomer som manglende fødeindtagelse, kvalme og opkastning, der på samme måde kan forklare vægttab. Viden om sygdommens årsag og kliniske billede var uhyre ringe på Napoleons tid. Mavesår som sygdom og diagnose kendtes ikke. Matthew Baillie (1761–1821) London beskrev som den første mavesåret i 1793 i den første systematiske lærebog i patologisk anatomi og supplerede senere med et atlas. Sygdommens klinik og patologi blev først beskrevet af franskmænd Léon Jean Baptiste Cruveilhier 1830 på Hôtel Dieu, Paris. Mavesår kaldes derfor i dag i Frankrig "La maladie de Cruveilhier". En række forfattere har ment, at Napoleon havde en kronisk leverbetændelse, en diagnose der opstod allerede på Longwood, som påstået af O'Meara, Stokoe og Antommarchi. Det blev dog ikke påvist ved obduktionen. Det er mere end påfaldende, at i alle beskrivelser af Napoleons symptomologi er der en udførlig omtale af de smerter og vanskeligheder, han havde ved vandladning fra tidlig ungdom. Disse symptomer negligeredes derefter altid og blev angivet som betydningsløse i så at sige al litteratur om

Napoleons sygdom i forhold til smerterne centreret i øverste maveregion. Men de er netop helt essentielle, når de bliver sat ind i en større og sammenhængende forståelse og klinisk udredning renses for politiske, ideologiske og lægefaglige intriger. Det er mit synspunkt og mit hypotetiske afsæt, at Napoleons urinvejs symptomer i virkeligheden havde afgørende betydning for hans sygdom og død! Skrumpeblæren var forårsaget af en forsnævring på urinrøret. Små forkalkninger og grus i blæren er langt overvejende forårsaget af afløbshindringer fra urinblæren, og man må formode at blæresten, der blev fundet under obduktionen, var forårsaget af den tilsyneladende konstante tilstedeværelse af urinrester efter mangelfuld vandladning, som hæmmes og besværliggjordes af forsnævringen.

Nyren er et "glemt og skjult" organ. Kroniske nyresygdomme er ikke sjældent stumme gennem år, selv med slutfasen af nyresvigt med urinforgiftning. Oftest er sygdomstegnene med andre manifestationer end urinvejsgener, så som almensymptomer som træthed, afmægtighed, nervøsitet, hovedpine, fordøjelsesbesvær og smerter centreret i øverste maveregion, dyspepsi, tandkødsbetændelse, mundbetændelse, hudforandringer som hyperpigmentering og kløe samt eventuelt forhøjet blodtryk.<sup>20</sup> Alle Napoleons symptomer og patologisk-anatomiske forandringer er forenelige med en tiltagende kronisk nyrefunktionsnedsættelse med forgiftning i blodet. Slimhindesår er et dominerende og prominent træk ved svære nyresygdomme og kan forefindes i alle afsnit af fordøjelseskanaalen, og Napoleon havde mange manifestationer af den grund. Han led af tandkødsbetændelse med blødning, mundhulebetændelse, sår i mundslimhinden og i mavesækken med okkult blodtab og blodig opkastning.<sup>21</sup> Af andre tarmforandringer ved kronisk fremskreden nyrefunktionsnedsættelse kan nævnes sår i tyktarmen og i mindre grad sår i tyndtarmen. Disse er ligeledes beskrevet i Napoleons obduktion i form af røde pletter på den bughindebeklædte side af tarmen. Væskehobning i bughulen kan ligeledes være til stede ved terminal nyrefunktionsnedsættelse.

Napoleon havde i sin sidste fase i livet åndenød. Ved kronisk nyresvigt ses ikke sjældent at forstyrrelser i kroppens livsvigtige syre- og saltbalance samt uræmisk gift medfører vandophobning i lungerne specielt i de centrale lungedele. Tilstanden medfører åndenød, ofte af lettere grad. Tendensen til ødem i benene blev med tiden til et konstant symptom især fra Ruslandfelttoget i 1812 til de sidste 4 år på St. Helena og er mest sandsynligt forårsaget af nyrefunktionsnedsættelsen.

De mangeartede sygdomsbilleder ved kronisk nyresygdom omfatter også sikre symptomer på nedsat stofskifte. Nedsat stofskifte kan vise sig ved lav legemstemperatur, kuldeintolerans, lav puls, tør hud, dødsighed, mental træthed samt nedsat appetit og hjertepåvirkninger.

De mentale symptomer havde Napoleon allerede i slaget ved Jena 1806. Funktionen af skjoldbruskkirtlen er ekstensivt undersøgt ved kronisk nyresygdom, og alle patienter har nogle af de nævnte symptomer, akkurat som Napoleon havde. Seksuel dysfunktion er til stede hos begge køn ved selv moderat nedsættelse af nyrefunktionen, kvinder har nedsat libido og fertilitet, mens mænd har impotens og hensygnende testikler og kan have brystudvikling og feminin behåring. Disse symptomer og objektive fund var til stede hos Napoleon, som beskrevet af dr. Walther Henry.

Med til det kliniske billede ved nyresvigt hører forstyrrelser og nedbrydende forandringer i såvel det sensoriske som det motoriske nervesystem og endvidere muskelsvaghed specielt i de store muskelgrupper som lår, baller og skuldre. I de sidste måneder led Napoleon af bevægelsesgener. Han havde svært ved at stå på benene og måtte ofte støttes. Napoleons blodmangel skyldtes dels skjult blødning på grund af mavesåret og dels en nyrebetinget blodmangel på grund af nedsat hormonproduktion af erythropoietin (EPO). EPO dannes kun i nyren og produktionen nedsættes ved nedsat nyrefunktion. EPOs virkning er stimulering af de røde blodlegemers dannelse.<sup>22</sup> De varierende diagnoser på Napoleons sygdom har altid været betinget af lægekunstens viden i relation til tiden. Hans symptomatologi er ofte velbeskrevet, men konklusionerne er oftest forkerte. Først ved hans død og obduktion findes et sår i mavesækken, som i mange udlægninger fejlagtigt er opfattet som mavecancer, samt lille urinblære.

### *Tungmetal forgiftning*

Forshufvud, Weider og Hapgood og medarbejdere støttet af Maury søgte at se Napoleons sygdom som et syndrom af arsenikforgiftning med påvirkning af mange organer, og de påstod samtidig, at Napoleon var myrdet af Montholon med arsenik. Dette sidste kan dog afvises. Mange forfattere har derimod negligeret denne forgiftningshypotese som usandsynlig, men skal arsenikindholdet i hans hovedhår tages for pålydende, og der er mange undersøgelser, var han kronisk forgiftet med arsenik. Arsenik er til stede overalt, i jord, i vand og i luften og er kendt fra oldtiden. Det blev brugt både som medicin og gift. I dag er masser af industriprodukter arsenikholdige. Indtagelse af arsenik virker meget individuelt. Ved konstant indtagelse aflejres det blandt andet i hår, negle og indre organer. Efter indtagelse af arsenik er udskillelsen helt afhængig af nyrens funktion. Ved nedsat nyrefunktion nedsættes udskillelsen af arsenik, hvorefter giftstoffet ophobes, akkumuleres i nyrer, lever, tarm, hud, hår og negle. Arseniks virkning er metabolismering, på grund af enzympåvirkning i organismen. Der er især påvirkning af blodcirkulationen, i første række en udvidelse af kapillærer og senere arterioler, med væskeudrivning i hud og organer til følge.<sup>23</sup> De samme arsenikbetingede karforandringer findes i nyrene med beskadigelse af blandt andet blodkarrene i nyrenes årenetværk. Nerve-

systemet kan endvidere påvirkes med nervebetændelse. En særlig kategori af arsenikbrugere er de ægte arsenikspisere, en anden kategori er vanebrugere af medicinske produkter i kuretivt øjemed.

Bønderne, mænd som kvinder i østrigsk Steiermark, var fra 1600-årene ægte arsenikspisere. De tog afskrab fra skorstenene, som indeholdt arsenik, og spiste det. Det gav mere energi til arbejdet i bjergene, men gav samtidig betydelig vægtstigning og samtidig øget libido og potens. Kraftige kvinder var mændenes idol. Virkningen var en øget metabolisering og enzympåvirkning i organismen. Det var store mængder arsenik trioxyd, der indtoges, begyndende med små doser 2–3 gange ugentligt, og det fortsatte i op til 40 år. Det anvendtes som salt på brød og i grød. Arsenik trioxyd blev på samme måde også givet til trækdyrene, som blev kraftigere af vækst og fik flere kræfter. Napoleons fedme kunne være forårsaget af arsenikindholdet der ikke kunne udskilles. Vægtstigningen begyndte omkring 1804–1806, der oplyses lidt forskellige tidspunkter fra forfatter til forfatter. Der er undersøgt hår fra 1805, hvor der er indhold af arsenik.

Arsenikholdig medicin blev brugt fra omkring 1780'erne og op i det 20. århundrede, som f.eks. i England med "Fowlers Solution", kalium-arsenik fra ca. 1809. Mange blev vanebrugere. Charles Darwin døde af kronisk arsenikforgiftning på grund af nyreskader ved brug af "Fowlers Solution".

Dronning Victoria brugte "Fowlers Solution" i korte kure af 8 dages varighed. Mere interessant i tilfældet Napoleon er, at arsenik i 17–1800 årene blev brugt i farve blandt andet i tapeter. En kendt forbindelse hed "Scheeles Green". Scheele var svensk kemiker. I 1864 forelå i engelsk presse, en meddelelse om, at børn var døde af dampe fra muggent grønt tapet med arsenikindhold, og lægetidsskrifter blandt andre The Lancet advarede mod at bruge denne farveforbindelse. Et typisk tapet indeholdt 700 mg arsenik/m<sup>2</sup>. I et gennemsnitligt stort værelse indeholdt tapetet 30.000 mg. Det er teoretisk nok til at dræbe mere end 100 personer.

Undersøgelser af arsenik i luften i fugtige, varme værelser blev foretaget af den italienske kemiker Bartolo Gosio i 1891, fordi der var sygelighed og dødsfald blandt skolebørn ved ophold i skolestuer med tapet. Arsenik i muggent tapet bliver frigjort af skimmelsvamp i varme, fugtige rum og bliver til trimethylarsin afgivet til luften og forårsager arsenikforgiftning. Det skal understreges, at årsagen ikke er arsenik trioxid, men den meget giftige methylerede arsenikforbindelse, trimethylarsin.

Tilstanden fik navnet "Gosios Sygdom". På grund af 2 børns død af "Gosios Sygdom" i 1932, undersøgte den engelske kemiker Frederick Challenger (1887–1983), professor i Leeds, den biologiske methylering af arsenik og identificerede trimethylarsin som årsag. Denne forbindelse

var først lavet i 1854 som en farveløs forbindelse. I dag vides, at enzymer er i stand til at omplacere tre iltatomer i arsenik i "Scheeles Green" med tre methylgrupper. Skønt trimethylarsin har været kendt som en dødelig luftart, var det først i 1971, at det blev endeligt bevist, hvorledes skimmelsvamp kunne tilføre methylgrupper til arsenik.

Tungmetal-undersøgelser af hovedhår blev aktuelt i moderne tid, som indikator for eksempel for arsenikindhold i organismen. Forshufved fandt 100 gange mere end normalværdien i Napoleons hovedhår fra 1821 og tog det som bevis for kronisk forgiftning. Der er efterhånden undersøgt mere end 30 autentiske hår fra Napoleon fra 1805, 1814, 1816, 1817 og 1821. Alle hår, uanset hvilken betydning de tillægges, indeholder mere end 1 mg arsenik pr. kg substans, normalværdi, og ingen forfatter benægter forhøjet arsenikindhold i samtlige undersøgelser. Der var ikke rygter om forgiftning på Napoleons tid eller derefter indtil 1960'erne. Prøverne fra 1821 kunne korreleres til frigørelse fra vægttapetet helt afhængigt af temperatur og fugtighed i hans værelse, hvor tapetet hang i laser. I fugtigt og varmt indeklima var der gode betingelser for vækst af svamp i de skimlede tapeter med frigørelse af trimethylarsin til luften. Arsenikkoncentrationen i Napoleons hovedhår var i det store og hele ensartet fra 1805–1814 sammenlignet med koncentrationerne i 1821.

Hovedårsagen til arsenikforgiftningen var formentligt dampe fra "Scheeles Green" i tapetet som trimethylarsin-forbindelser i Napoleons sidste år på Old Longwood House. Om Napoleon har fået arsenikholdig medicin vides ikke med sikkerhed.<sup>24</sup>

### **Sammendrag**

Napoleon havde en mangeårig, helt fra ungdommen, kronisk forsnævring på urinrøret med betydelig skrumpeblære, kronisk blærebetændelse med rest-urin efter blæretømning og nyresvigt på grund af manglende urinafløb af type kronisk nyrebækkenbetændelse endende i terminal nyresvigt som dødsårsag. Med den svære mangeårige blæresygdom var hele urinvejssystemet således påvirket af infektion. En af komplikationerne til den naturligt udviklede nyresygdom var det kronisk perforerende, godartede mavesår med blødning og nyreforårsaget anæmi, nedsat EPO produktion.

Hvor stor betydning arsenikindholdet i Napoleons organisme præcist har haft for nyrefunktionen er usikker, men arsenik kan give endog svære nyreskader. Sygdommen blev yderligere forværret af kronisk arsenikforgiftning i form af trimethylarsin fra tapetet under opholdet i Longwood House, den såkaldte "Gosios Sygdom". Napoleons fedme var formentligt forårsaget af dels en kombination af en til nyresvigtets tilstødende hormonforstyrrelse dels af arsenikindholdet i organismen.

Det er den enkle konklusion baseret på objektive kliniske analyser af de kendsgerninger, der har været forudsætningerne for mange forskellige og fejlagtige fremstillinger af årsagen til Napoleons død. Kendsgerninger og præmisser, som er accepteret og lagt til grund, men fortolket forkert enten af politiske og ideologiske grunde, lægefaglige opgør eller manglende indsigt og viden på det givne tidspunkt.

”Det bliver min død”, sagde Napoleon om den mangeårige svien og besvær ved vandladning. Han kendte sit ”svage punkt”, som han kaldte det, selv om hverken han eller lægerne var i stand til helt at forstå og diagnosticere hans lidelser. Derfor formåede de heller ikke at forstå den betydning, hans helbred havde for hans karaktermønster, hans passivitet, handlinger og de deraf følgende konsekvenser. Napoleon døde ikke af cancer, leverbetændelse eller en bevidst forgiftning. Han døde af en kronisk blærebetændelse og en udviklet nyrelidelse.



### Noter

- 1 Sørensen, *Napoleons Nyrer*.
- 2 Sokoloff, *Napoleon, Napoleon, A Medical Approach*.
- 3 Thooris, "La Maladie de Napoleon Premier".
- 4 Münster, *Napoleon, Mennesket, Elskeren, Patienten*.
- 5 Bourrienne, *Mémoires sur Napoleon Bonaparte*.
- 6 Hillemann, *Pathologic de Napoléon*.
- 7 Robinson, "The Medical History of Napoleon", s. 351–364.
- 8 Lord Rosebery, *Napoleon The Last Phase*.
- 9 Kemble, *Napoleon Immortal*.
- 10 Cronin, *Napoleon; Emsley, The Elements of Murder*.
- 11 Welling, Wolff og Dozois "Piles of defeat: Napoleon at Waterloo".
- 12 Richardson, *Napoleon's Death: An Inquest*, s. 303–306.
- 13 Bayon, "Napoleon: Egyptian Expedition: Brilliant Military Victories – and Ultimate Disaster Through Disease", s. 33–45.
- 14 De Ribier, "Médicins et Chirurgiens anoblis par Napoleon".
- 15 O'Meara, *Napoleon i sin Forvisning*.
- 16 Sokoloff, *Napoleon, A Medical Approach*.
- 17 Antommarchi, *Les Derniers Moments de Napoleon*.
- 18 Münster, *Napoleon, Mennesket, Elskeren, Patienten*.
- 19 Stevenson, *Famous Illnesses in History Napoleon on St. Helena*, s. 129–153.
- 20 Sørensen, *The Kidney in Rheumatoid Arthritis and the Effect of Drugs on Renal Function*.
- 21 Takacs, "The Interrelationships of Gastrointestinal and Renal Diseases Systemic Diseases and the Gastrointestinal Tract".
- 22 Fried, "Hematologic Complications of Chronic Renal Failure Symposium on Renal Therapeutics", s. 1363–1379.
- 23 Goodman og Gilman, *Arsen The Pharmacological Basis of Therapeutics*.
- 24 Emsley, *The Elements of Murder*, s. 116–138.

### Litteraturliste

- Antommarchi, F. *Les Derniers Moments de Napoleon* (1819–1821), 1825. Paris, Buchet / Chastel, 1975.
- Arnott, A. *An Account of the Last Illness, Decease and Post Mortem Appearances of Napoleon Bonaparte*. London, John Murray, 1822.
- Arnott, A. *The Necropsy of Napoleon I*. The Lancet 2, 1911.
- Aubry, O. *St. Helena*. London, Victor Gollancz Ltd., 1937.
- Bayon, H.P. "Napoleon: Egyptian Expedition: Brilliant Military Victories – and Ultimate Disaster Through Disease". I *West London Medical journal* 48, 1943.
- Bourrienne, L.A. de. *Mémoires sur Napoleon Bonaparte*. Paris, Chez Ladvoat, 1829. Oversat til dansk ved Karina Windfeld Hansen. København, Thanning & Appels Forlag, 1945.
- Chaplin, A. "The Post-Mortem Examination of Napoleon". I *British Medical Journal* 1: 194–195. London, 1913.
- Chevalier, A.E. *Napoleon's Maladies and Death*. New Jersey, Ciba Symposium, 1941.

- Cronin, V. *Napoleon*. London, Collins, 1972.
- Emsley, J. *The Elements of Murder*. Oxford, Oxford University Press, 2005.
- Fried, W. "Hematologic Complications of Chronic Renal Failure Symposium on Renal Therapeutics". I *The Medical Clinics of North Amerika*, vol. 62, no. 6, 1978.
- Goodman, L.S. and A.Gilman. *Arsen The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10. New York, McGraw-Hill, 2001.
- Hillemann, P. *Pathologic de Napoléon*. Vichy, La Palatine, 1970.
- Kemble, J. *Napoleon Immortal*. London, John Murray, 1959.
- Münster, E. *Napoleon, Mennesket, Elskeren, Patienten*. København, Stig Vendelkærs Forlag, 1969.
- O'Meara, B. *Napoleon i sin Forvisning*. Vol. 1-4. Oversat af J.M.Høst. København, Hofboghandler Beeken, 1823.
- De Ribier, L. "Médecins et Chirurgiens anoblis par Napoleon". I *Progrès Médical* 43, june 1928.
- Richardson, F. *Napoleon's Death: An Inquest*. London, William Kimber, 1974.
- Robinson, A. Leyland, M.D., F.R.C.S. "The Medical History of Napoleon". *The China Medical Journal* 41, 1927.
- Lord Rosebery, Fifth Earl of. *Napoleon The Last Phase*. London, Arthur L. Humphreys, 1900.
- Sokoloff, B. *Napoleon, A Medical Approach*. London, Sylwin & Blount, 1935.
- Stevenson, R. Scott. *Famous Illnesses in History Napoleon on St.Helena*. London, Eyre & Spottiswod, 1962.
- Sørensen, A.W.S. *Napoleons Nyrer*. Århus, Hovedland, 2009.
- Sørensen, A.W.S. *The Kidney in Rheumatoid Arthritis and the Effect of Drugs on Renal Function*. Disputats, Københavns Universitet. København, Munksgaard, 1966.
- Takacs, F.J. "The Interrelationships of Gastrointestinal and Renal Diseases Systemic Diseases and the Gastrointestinal Tract". I *The Medical Clinics of North America*, vol. 50, no.2.
- Thooris, A. "La Maladie de Napoleon Premier". I *Le Progrès Medical Supplement Illustré*, 1933.
- Welling, D.R., G.Wolff og R.R.Dozois. "Piles of defeat: Napoleon at Waterloo". *Dis. Colon Rectum*; 31, 1988.
- Alle bilete er henta frå boka *Napoleons nyrer* ©Arne W. S. Sørensen, Cultex Media og Forlaget Hovedland, 2009

# Willoch-regjeringens boligreformer: SYSTEMSKIFTE ELLER SYSTEMREPARASJON?

Jardar Sørvoll, stipendiat ved NOVA & Reassess

*I Høyres store fortelling om seg selv er dereguleringen av boligomsetningen på 80-tallet et sentralt kapittel. Her kontrasteres et fremskrittssvennlig Høyre mot et tilbakeskuende Arbeiderparti. Liberaliseringen av boligpolitikken er en del av den stolte arven etter Willoch, skriver for eksempel partileder Erna Solberg i Aftenposten.<sup>1</sup> Men hva skjedde egentlig med boligomsetningen på 80-tallet? Var dereguleringen kun en mindre justering av kursen, en fortsettelse av den norske tradisjonen for utbredt selveie? Eller var den en del av et bredere systemskifte, med konsekvenser også for dagens rød-grønne boligpolitikk?<sup>2</sup>*

## Willoch-regjeringens boligreformer

Willoch-regjeringens reformer (1981–83) la til rette for en vidtgående liberalisering av boligomsetningen i tettbygde strøk. Dagens markedsstyrte boligmarked er et produkt av Willochs reformer. Omkring 1980 utgjorde prisregulerte aksje-, obligasjons- og andelsleiligheter (borettslagssektoren) 17 prosent av boligmassen i Norge. I Oslo utgjorde dette takstregulerte boligtilbudet hele 44 prosent av den samlede boligmassen i 1980.<sup>3</sup> Her omsatte ikke minst boligbyggelagene OBOS og USBL sine leiligheter i tråd med det kooperative idealet om ”sosialt forsvarlig boliger, til sosialt forsvarlige priser”.<sup>4</sup>

Misnøyen med den prisregulerte boligomsetningen økte imidlertid på 1970-tallet. Denne misnøyen reflekterte grunnleggende samfunnsendringer. De første tiårene etter 2. verdenskrig representerte boligkooperasjonen materielt fremskritt og sosialt avansement. I det nye Velstandsnorge var derimot prisreguleringen på borettslagsleiligheter en hemsko for oppadstrebbende middelklassegrupper som ønsket å konkurrere på lik linje med selveiere på boligmarkedet. Motstanden mot prisreguleringen ble ikke mindre av at prisforskjellen mellom det regulerte og uregulerte boligmarkedet ble stadig større på 70- og 80-tallet. Høyre fikk dermed en gylden mulighet til å sanke stemmer hos borettsshaverne med sitt slagord om at ”alle skal eie sin egen bolig”. Willochs boligreformer hadde således klare taktiske motiver.<sup>5</sup> I ettertid har for øvrig samtidens

utbredte antagelse om at boligpolitikken var en vinner sak for Høyre fra midten av 1970-tallet blitt sannsynliggjort av valgforskning. Høyrebølgen hadde dermed også et boligpolitisk kapittel.<sup>6</sup>

På den annen side var reformene også et forsøk på å realisere Høyres visjon om selveierdemokratiet, forestillingen om at privat eiendom skaper ansvarlige, frie, selvstendige og produktive borgere.<sup>7</sup> Det er verdt å merke seg at Høyre allerede på 1950-tallet tok til orde for å avvikle alle restriksjoner knyttet til omsetning og leie av boliger. Willoch-regjeringens boligreformer var således i pakt med Høyres tradisjoner, og kan forstås som et uttrykk for at tiden var moden for å gjennomføre partiets prinsipielle standpunkt fra de første årene etter krigen.<sup>8</sup> I Høyre ble reformene videre feiret som et steg på veien mot et samfunn rensket for ”sosialdemokratiets reguleringsiver og skepsis til privat eiendom”.<sup>9</sup> Partiets talspersoner fremstilte endringene i boliglovgivningen som en del av et program for et friere, enklere og åpnere samfunn, i likhet med andre 80-talls reformer som oppmykningen av kringkastningsmonopolet, lengre åpningstider i butikkene og ”moderniseringsprogrammet” for offentlig sektor.<sup>10</sup>

Endelig ble liberaliseringen av boligomsetningen motivert av en genuin skepsis til prisreguleringens virkninger. Ifølge professor Agnar Sandmo, økonomen fra Norges Handels-

høyskole som forfattet sentrale avsnitt i Willoch-regjeringens boligmelding, bidro ikke prisreguleringen i borettslagssektoren til en sosialt rettferdig fordeling av boliger, men snarere til en vilkårlig fordeling som følge av svartebørs og ansiennitetskriterier. Sandmo og Høyres argumentasjon på dette punktet stod i skarp kontrast til de rådende holdningene i Arbeiderpartiet og boligkooperasjonen. Blant aktive medlemmer i Arbeiderpartiet ble boligkooperasjonen gjerne fremstilt som et markedsbeskyttet rom for unge boligsøkere og andre underprivilegerte grupper.<sup>11</sup>

### *Systemendring eller systemreparasjon?*

I en artikkel fra 2000, "Norge under Willoch", betegner historikeren Francis Sejersted Willochs endringer av boliglovgivningen som en "systemreparasjon". Ifølge Sejersted var den borgerlige regjeringens boligreformer en reversering av eksessene fra Arbeiderpartiets radikale fase på 70-tallet, men ikke et grunnleggende brudd med etterkrigstidens sosialdemokratiske politikk.<sup>12</sup> På en måte har Sejersted åpenbart rett. Willochs boligreformer var til dels en motreaksjon mot sosialdemokratiske reguleringsfremstøt på 70-tallet. På begynnelsen av dette tiåret talte ellers sindige Odvar Nordli om å "frigjøre omsetningen av leiligheter fra markedsmekanismen".<sup>13</sup> Arbeiderpartiets boligutvalg uttalte på sin side at: "Produksjon, forvaltning og omsetning av boliger må så langt det er mulig, bli unndratt det spill og den spekulasjon som ofte preger det kapitalistiske samfunn".<sup>14</sup> I tråd med disse uttalelsene lekte sentrale aktører i Arbeiderpartiet med tanken om å underlegge det meste av boligomsetningen i pressområdene offentlig forkjøpsrett og prisregulering. Som følge av intern skepsis og sterk motstand fra borgerlige partier ble planene aldri realisert. På den annen side stilte partiet seg bak et knippe nye reguleringer i borettslagssektoren på 70-tallet.<sup>15</sup>

Også andre momenter taler for at "systemreparasjon" kan være en treffende beskrivelse på Willoch-regjeringens endring av boliglovgivningen. I første omgang er det mulig å hevde at de bare var en mindre kursjustering eller et overflatefenomen. For å understøtte dette kan man peke på at reformene var i tråd med eldgamle norske tradisjoner for selveie. Videre kan man mene at reformene ikke har vært avgjørende for boligstandard og boligfordeling i dagens Norge.<sup>16</sup> I tillegg har det vært vanskelig å påvise at reformene forverret situasjonen for ungdom og andre med begrensede økonomiske ressurser.<sup>17</sup>

For det andre vil sikkert mange hevde at Willochs reformer var en kjærkommen justering av et system som hadde råtnet på rot. Svartebørshandel og ansiennitetskriterier var ikke til fordel for grupper med begrensede økonomiske ressurser, men skapte et uoversiktlig boligmarked med vilkårlige fordelingsvirkninger, hevdet for eksempel den kjente boligforskeren Lars Gulbrandsen.<sup>18</sup> Det "regulerte boligmarkedet" hadde også relativt lav legitimitet i befolkningen, men kan-

skje ikke så lav som mange tror. Så sent som på slutten av 70-tallet støttet flertallet av beboerne i OBOS opp om de viktigste reguleringene i borettslagssektoren.<sup>19</sup> En meningsmåling fra 1987 viser for øvrig at flertallet av Arbeiderpartiets velgere var negative til Willochs reformer.<sup>20</sup>

På tross av at noen momenter kan brukes som støtte for tesen om "systemreparasjon", vil jeg likevel argumentere for at Sejersted undervurderer betydningen av Willochs reformer. Etter min oppfatning bør de snarere betraktes som en del av et systemskifte. Et første argument for tesen om systemendring er reformenes omfang: Samlet sett innebar Willoch-regjeringens boligreformer en storstilt utvidelse av det frie markedet for eierboliger. Da Willoch-regjeringen tiltrådte i 1981 gjaldt prisreguleringen for boligbyggelagsleiligheter i 101 kommuner. Da Arbeiderpartiet kom tilbake i regjeringkontorene i 1986 fantes prisregulerte leiligheter kun i syv norske byer. Disse prisregulerte leilighetene kostet imidlertid langt mer enn tidligere som følge av en omlegging til et mer markedsorientert takstsystem. Videre fikk Willoch-regjeringens flertall for Norgeshistoriens første lov om eierleiligheter i 1983. Som følge av denne loven ble sameier opprettet i stort antall de etterfølgende årene.<sup>21</sup>

Willochs reformer bidro også til en avpolitisering av boligmarkedet. Liberaliseringen av boligomsetningen skapte en ny gruppe "fullverdige boligeiere", som vanskelig kunne pålegges å selge sin bolig til lavere pris enn det de selv hadde betalt. På slutten av 80-tallet aksepterte også Arbeiderpartiet boretthavernes rett til å selge til høystbydende. De-reguleringen var dermed en del innsnevringen og omformingen av statens rolle i boligsektoren de siste tretti årene. Den var videre til fordel for næringsinteresser – banker, eiendomsmeglere, storaviser og mediekonserner – som alle så seg tjent med et fritt boligmarked. Dereguleringen bidro således til en storstilt kommersialisering av boligbytte.

I 1980 fantes det kun omkring 100 eiendomsmeglere i Norge. Litt over tjue år senere fantes det over 4000 meglere i landet.<sup>22</sup> Willoch-regjeringens boligreformer bidro til et gjennombrudd for næringen. Da maksimaltakstene i borettslagssektoren for første gang ble høyere enn markedsprisene i 1982 forsvant boligbyggelagens omsetningsmonopol. Eiendomsmeglere i byene kunne dermed for første gang avvertere med et bredt tilbud av borettslagsleiligheter. Dereguleringen førte videre til at flere eierleiligheter og frittstående borettslag ble formidlet av meglere. Det er derfor ikke overraskende at daværende formann i Eiendomsmeglerforbundet, Bård Bømark, beskrev 1983 som en vårløsning for boligmarkedet.<sup>23</sup> Parallelt med oppsvinget til eiendomsmeglerbransjen gikk banker og andre finansinstitusjoner tungt inn på eiersiden, og Aftenposten og andre aviser fikk etter hvert betydelige inntekter fra boligannonser.<sup>24</sup> Det siste er en av forklaringene på at medias dekning av boligsektoren også har vært preget av avpolitisering de siste tjue årene. På 70- og 80-tallet bar medias dekning preg

av at boligmarked, boutgifter og boligfordeling fortsatt ble regnet som et politisk spørsmål. På 1990-tallet ble deknin- gen av boligfeltet rettet mot spørsmål som primært angikk individer og deres familier. Oppmerksomhet ble orientert mot enkeltpersoners mulige gevinst eller tap som følge av oppgang eller nedgang i boligpriser og boligrenter. Ifølge en studie av Paul Bjerke og Evelyn Dyb sank for eksempel antall artikler i Aftenposten med ”politisk innhold” fra 61 til 27 prosent av alle artikler om boligrelaterte spørsmål fra 1984 til 1998.<sup>25</sup>

Medias avpolitiserende dekning, næringsinteressenes ekspansjon og de mange fornøyde selveierne ble en barriere alle forslag om offentlig regulering av boligmarkedet måtte overvinne. Det er et selvstendig argument for at tesen om ”systemreparasjon” må forkastes.

Willoch-regjeringens reform av boligomsetningen ble også ledsaget av holdnings- og atferdsendringer i befolkningen. Sosiologen Per Otnes mener at dereguleringen av boligomsetningen bidro til det han med Bourdieu kaller for den ”norske småborgerlige elendigheten”. Otnes’ poeng er at alle transaksjoner på boligmarkedet stiller kjøperen overfor usikkerhet og selgeren overfor en forventning om rikdom som uansett blir borte i det hun kjøper seg en ny og finere bolig. Slik jeg tolker Otnes, betrakter han dette narrespillet på boligmarkedet som kanskje det beste eksempelet på middelklassens uverdige og formålsløse streben etter materielle goder.<sup>26</sup> Andre vil på sin side utvilsomt legge vekt på positive mentalitetsendringer som følge av Willochs reformer. Blant annet vil noen, antagelig inkludert nåværende kommunalminister Kleppa, peke på at reformene førte til at flere fikk realisert ”draumen om å eiga sin eigen bustad”.<sup>27</sup>

### **Sosialdemokratisk boligideologi**

Boligreformene under Willoch var også et klart brudd med den klassiske sosialdemokratiske boligideologien (1945–1981). Nærmere bestemt var de et oppgjør med to grunnplanker i denne fellesskandinaviske boligideologien: markedsskepsis og forståelsen av begrepet ”selveie” som ”trygg boret”.

Skandinaviske sosialdemokrater aksepterte og fremmet noen former for selveie av boliger etter 1945. Idealet var den trygge, nøkterne, hygieniske, romslige og relativt rimelige bolig. Ifølge den sosialdemokratiske boligideologien innebar ikke selveierstatusen uinnskrenket frihet, for eksempel til å selge sin bolig til markedspris på bekostning av leieboere og husløse. Skandinaviske sosialdemokrater var videre skeptiske til noen former for selveie, som for eksempel eierleiligheter, som manglet samarbeids- og deltagelsesaspektene knyttet til borettslagsleiligheter og offentlige utleieboliger. Sosialdemokrater i Norge, Sverige og Danmark har også vært kritiske til reformer som øker andelen selveiere på bekostning av sentrale boligpolitiske målsettinger.

Willochs reformer var imidlertid ikke tuftet på den sosialdemokratiske forståelsen av selveierbegrepet. Eierleiligheter og markedspriser var et nødvendig skritt på veien for at alle skulle få anledningen til å eie sin egen bolig, ifølge Høyre. Markedsoptimismen var også stor i Willoch-regjeringens boligmelding. ”Markedet sørger (...) for at boligressursene avstemmes mot preferanser og behov med et minimum av krav til sentral planlegging og styring”, heter det et sted i meldingen. Markedet gir ”mulighet for kjøp og salg som gjør at alle (...) ønsker blir tilfredsstillt, til priser som gjør transaksjonene gunstige for alle parter”, heter det et annet sted.<sup>28</sup> Selv om skandinaviske sosialdemokrater etter 2. verdenskrig i regelen aksepterte at markedet var den dominerende fordelingsmekanismen i boligsektoren,<sup>29</sup> var disse sitatene et klart brudd med den sosialdemokratiske boligideologien. Oppbyggingen av de sentrale boligpolitiske institusjonene i Norge, Sverige og Danmark etter 2. verdenskrig var delvis begrunnet av hensynet til å redusere markedskraftenes rolle i boligsektoren. I Arbeiderpartiets retorikk var bolig dermed et velferdsgode, ikke en markedsvare.<sup>30</sup>

Willochs reformer ga imidlertid støtet til en boligideologisk nyorientering i Arbeiderpartiets toppsjikt. Høyres suksess blant velgerne med politikken de lanserte med begrepet ”det åpne samfunn”, førte til at partileder Brundtland og partisekretær Jagland la om retorikken da de lanserte den såkalte Frihetsdebatten i oktober 1985. I partiledelsens nye retorikk ble ikke borettsshavernes ønske om frihet på boligmarkedet omtalt som illegitim boligspekulasjon, men som en del av enkeltmenneskers naturlige ønske om ”å eie og betale inn til sin egen bolig”.<sup>31</sup> Diskursen fra frihetsdebatten og den etterfølgende boligmeldingen fra Brundtland-regjeringen (1986–89) brøt dermed med den sosialdemokratiske boligideologien på avgjørende punkter. Tanken om at boligkooperasjonen var et fellesskap mellom boende og boligsøkende ble forlatt til fordel for et ensidig fokus på boligeiernes rettigheter. Markedsskepsisen ble avløst av en aksept for at markedet var den mest effektive og rettferdige mekanismen for fordeling av boliger.<sup>32</sup>

Når det er sagt ble ikke nødvendigvis toppsjiktets boligideologiske nyorientering ledsaget av dyptgripende holdningsendringer blant aktive partimedlemmer. Det er lett å glemme at den ideologiske motviljen mot liberaliseringen av boligomsetningen var stor i partiet på 80-tallet. Mange kunne skrive under på Einar Førdes uttalelser på landsmøtene i 1983 og 1987, om at Willochs boligreform var en av høyrebølgens største feilsteg. Salg av boliger til markedspris, spesielt der selgeren hadde mottatt offentlige subsidier, ble fortsatt omtalt som boligspekulasjon i store deler av partiet.<sup>33</sup> Mange støttet fortsatt NBBLs Ivar O. Hansens fordømmelse av høyresidens boligpolitikk fra landsmøtet i 1979. Ifølge Hansen hadde Arbeiderpartiet ”aldri villet gjøre bolig til en vanlig handelsvare, aldri ment at boliger skulle selges til markedspris [...]. Dette er høyrepolitikk”.<sup>34</sup>

På den annen side ble debatten om reguleringen av boligmarkedet oppfattet som et valgtaktisk nederlag i partiet. Det er en av de viktigste årsakene til at Arbeiderpartiet aldri har forsøkt å reversere Willoch-regjeringens boligreformer. Partiet har snarere stilltiende akseptert befolkningens rett til å selge til markedspris. De negative erfaringene fra 70- og 80-tallet er videre en sentral årsak til at den særegne sosialdemokratiske forståelsen av selveierbegrepet ikke lenger er en motiverende kraft bak Arbeiderpartiets boligpolitikk.<sup>35</sup>

### **Konsekvenser for rød-grønn boligpolitikk**

På tross av at dereguleringen av boligomsetningen mer eller mindre frivillig har blitt akseptert av norske sosialdemokrater, er dagens rød-grønne politikere opptatt av å fremme at boligsektoren ikke kan overlates til markedskreftene alene. Når det er sagt er det til tider stor avstand mellom sosialdemokratisk retorikk og den rød-grønne regjeringens markedsorienterte boligpolitikk.<sup>36</sup> En del av denne diskrepansen skyldes Willochs boligreformer og arven fra kommersialiseringen og de mange småeierne. I et land hvor nesten 80 prosent eier sin egen bolig er det vanskelig å få aksept for reguleringer og boligskatte, selv om de skulle tilfredsstillende mange krav til samfunnsøkonomisk effektivitet og fordelingsmessig rettferdighet.

### **Noter**

- 1 *Aftenposten* 14.10.2006.
- 2 Denne artikkelen er en utvidet og modifisert versjon av en kronikk i *Klassekampen* fra 21. april 2009, "Fra velferdsgode til markedsvarer". Artikkelen er delvis basert på min masteroppgave i historie *Arbeiderpartiet og reguleringen av boligomsetningen* fra høsten 2007 (også utgitt som NOVA-rapport 01/2008). I tillegg har jeg hentet argumenter og opplysninger fra et paper skrevet til ENHR-konferansen i Praha, 28. juni–1. juli 2009, "The Political Ideology". Dette paperet er en del av mitt doktorgrads-prosjekt om boligpolitikken i Norge, Sverige og Danmark i perioden fra 1945 til 2012.
- 3 Gulbrandsen, *Fra marked til administrasjon?*, s. 354; Hansen & Guttu, *Fra storskalybygging til frislepp*, s. 177.
- 4 Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 59. Store deler av boligomsetningen i Oslo var gjenstand for pris regulering helt frem til 1988. Først i 1995 ble all boligomsetning i hovedstaden fritatt for § 17 i husleiereguleringsloven.
- 5 En mer utførlig argumentasjon for disse påstandene finner man hos: Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 104–06, s. 123.
- 6 Bay, *Boligstatus og stemmegivning*, s. 88–90.
- 7 Se følgende arbeider for mer om "selveierdemokratiet": Sejersted 2003; Sejersted, *Sosialdemokratiets tidsalder*.
- 8 Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 123–24.
- 9 Sørvoll, "The Political Ideology", s. 17.
- 10 Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 124.
- 11 Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 128–29, s. 139–40.
- 12 Sejersted, "Norge under Willoch", s. 119.
- 13 Sørvoll, "Arbeiderpartiet og reguleringen", s. 4.
- 14 Sørvoll, "Arbeiderpartiet og reguleringen", s. 5.
- 15 Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 56–81.
- 16 Dette argumentet ble fremsatt av Tore Kiøsterud, sosialøkonom og mangeårig ansatt i boligavdelingen til Kommunaldepartementet, i samtale med undertegnede tirsdag 16. juni 2009.
- 17 Bysveen & Knutsen, "Impacts of Liberalization".
- 18 Gulbrandsen, *Fra marked til administrasjon?*, s. 471, s. 549–55.
- 19 Gulbrandsen, *Boligsamvirket – en fortidslevning?*, s. 11.
- 20 *Aftenposten* 09.01.1987.
- 21 Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 123, s. 132.
- 22 Gulbrandsen 1989, s. 50–51; NOU 2006:1, s. 19
- 23 *Aftenposten* 06.01.1984.
- 24 NOU 2006:1, s. 19; Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 135.
- 25 Dyb & Bjerke, *Bolig, rente, risiko*, s. 26. Se også: Teslo, *Bolig og Journalistikk*.
- 26 Otnes, "Er rikdom en verdi i seg selv?", s. 65–67, s. 71.
- 27 *Aftenposten* 31.03.2009.
- 28 Sørvoll, *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*, s. 129.
- 29 Bengtsson, "Housing as a Social Right".
- 30 Sørvoll, "The Political Ideology", s. 6.
- 31 Sørvoll, "Arbeiderpartiet og reguleringen", s. 12.
- 32 Sørvoll, "Fra velferdsgode til markedsvarer".
- 33 Sørvoll, "Arbeiderpartiet og reguleringen", s. 10.
- 34 Sørvoll, "Arbeiderpartiet og reguleringen", s. 10.
- 35 Sørvoll, "The Political Ideology", s. 19.
- 36 Sørvoll, "The Political Ideology", s. 22.

*Litteraturliste*

Bay, Ann-Helen. *Boligstatus og stemmegivning: eller boligpolitikens betydning for høyrebølgen*, Hovedoppgave i statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 1985.

Bengtsson, Bo. "Housing as a Social Right: Implications for Welfare State Theory". I *Scandinavian Political Studies*, s. 255–275, Bd. 24, 4, 2001.

Bysveen, Tor & Knutsen, Sigmund. "Impacts of Liberalization of the Cooperative Housing Sector in Norway". I *Scandinavian Housing & Planning Research*, s. 155–166, bd. 7, 1990.

Dyb, Evelyn & Paul Bjerke. *Bolig, rente, risiko. Om pressens dekning av boligsektoren*, Arbeidsrapport fra Høgskolen i Volda, Oslo, 2005.

Gulbrandsen, Lars. *Fra marked til administrasjon? Boligmarked og boligpolitikk i Oslo i det tjuende århundret*, Doktoravhandling, Institutt for Statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 1980.

Gulbrandsen, Lars. *Boligsamvirket – en fortidslevning?*, INAS-notat 82:7, Oslo, 1982.

Hansen, Thorbjørn & Jon Guttu. *Fra storskalabygging til frislepp. Beretningen om Oslo kommunes boligpolitikk*, Samarbeidsrapport NIBR/NBI, Oslo, 1998.

NOU 2006:1, *Eiendomsmegling*.

Otnes, Per. "Er rikdom en verdi i seg selv?". I *Sosiologi i dag*, nr. 4, s. 89–107, 2002.

Sejersted, Francis. "Norge under Willoch". I *Norsk idyll*, Pax forlag, Oslo, 2000.

Sejersted, Francis. *Opposisjon og posisjon. Høyres historie 1945–1981*, Pax forlag, Oslo, 2003.

Sejersted, Francis. *Sosialdemokratiets tidsalder*, Pax forlag, Oslo, 2005.

Sørvoll, Jardar. *Arbeiderpartiet og reguleringen av boligomsetningen 1970–1989. Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring*. Masteroppgave i historie, Universitetet i Oslo, 2007.

Sørvoll, Jardar. *Fra totalreguleringsambisjoner til markedsstyring. Arbeiderpartiet og reguleringen av boligomsetningen 1970–1989*, NOVA-rapport 01/08, Oslo, 2008.

Sørvoll, Jardar. "Arbeiderpartiet og reguleringen av boligomsetningen 1970–1989. Fra regulering til marked: en reaktiv prosess". I *Regionale Trender* Vol. 02, 2008.

Sørvoll, Jardar. "Fra velferdsgode til markedsvare". I *Klassekampen*, 21.04. 2009.

Sørvoll, Jardar. "The Political Ideology of Housing and the Welfare State in Scandinavia 1980–2008: Change, Continuity & Paradoxes". I Paper presentert på ENHR-konferansen i Praha 28. juni–1. juli 2009.

Teslo, Jørgen. *Bolig og Journalistikk. En analyse av felt, logikker og strukturert variasjon*, Masteroppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo, 2008.



# Nytt perspektiv på Sovjets første femårsplan

LYNNE VIOLA

The Unknown Gulag.

The Lost World of Stalin's Special Settlements

Oxford University Press, 2007

I senere år er mange arkiver fra sovjet-tiden i Russland blitt tilgjengelige for forskere. Den kanadiske historikeren Lynne Violas bok, *The Unknown Gulag*, er muligjort nettopp på grunn av dette. Denne boken bygger i stor grad på arkivmateriale fra sovjetstatens byråkrati, partiet og det hemmelige politiet. Åpning av arkiver har imidlertid vist seg ikke nødvendigvis å være ensbetydende med åpning for fri historieforskning, i et land hvor Stalin igjen blir fremstilt som nasjonsbyggende helt i grunnskolens historiepensum. Selv om Russlands president, Dmitrij Medvedev, nylig har gått ut mot denne glorifisering av diktatorens person og politikk i skolebøkene, er det fortsatt sterke krefter i landet som ønsker rehabiliteringen av Stalin mer enn velkommen. Det er derfor som oftest historikere tilknyttet vestlige universiteter, i denne sammenheng kanadiske Viola, som har benyttet den nye arkivtilgangen til å ta opp de mørke sidene ved arven etter Stalin i sine historiske fremstillinger.

## Bakgrunn

Konteksten for Violas fremstilling er Sovjets første femårsplan, som ble igangsatt i 1928. Det er imidlertid ikke de strukturelle prosessene ved sovjets kollektivisering og modernisering som er bokens tema, men menneskene som måtte bære byrdene av den: Sovjetunionens bønder generelt og de såkalte kulakkene spesielt. Kulakk var betegnelsen det offentlige Sovjet brukte på medlemmer av det de mente var en rural overklasse i Russland og Ukraina, som i egenskap av sin klassebakgrunn ble hevdet å være kon-

trarevolusjonære. Som Viola viser i sin bok, ble denne merkelappen fra myndighetenes side påklistret mennesker ut fra antatt politisk orientering, mer enn vedkommendes reelle materielle velstand og standstillørighet.

I tiåret etter den russiske revolusjon, og den påfølgende borgerkrigen (1917–21) skulle de store strukturendringene la vente på seg utenfor byene. På grunn av de begrensede ressursene til den unge staten, ble praktisk gjennomføring av det nye sovjetsamfunnet et urbant fenomen. I landsbyene ble kultur, lojalitetsbånd og samfunnsordning fortsatt holdt i hevd på tradisjonelt vis. Dette skulle imidlertid endre seg dramatisk da "avkulakkiseringen" av landsbygda ble satt i gang av Stalin i 1928 i forbindelse med kollektiviseringen av jordbruket. Hovedmålet med å fjerne dette sjiktet, eller "likvidere kulakkene som klasse," var å lette kollektiviseringen når landsbygdas tradisjonelle antikommunistiske autoriteter ble fjernet. Kulakkenes eiendom tilfalt staten. Dette ble nyttige resurser i moderniseringen av et tilbakeleggende land. Det ble hevdet fra politisk hold at en også satte i gang denne utrensningen for å omforme disse "klassefiendene" til å bli trofaste bygere av det sovjetiske samfunn. Dette argumentet synes ganske hult når en leser Violas bok, hvor resultatene av denne tankegangen avdekkes. I alt 2 millioner mennesker ble offer for denne "avkulakkiseringen" som nådde sitt klimaks i årene 1931 og 32. Disse ble sendt til såkalte spesialbosetninger, en administrativ gren av det mer kjente leirsystemet, gulag. En halv million av disse ofrene døde av sult og sykdom.

## Deportasjon og kolonisering

Mens myndighetene i samarbeid med det hemmelige politiet, var veldig effektive i arbeidet med å fjerne kulakkene fra bygda, var de dårlig forberedt med tanke på hvor de skulle flyttes til. Dermed begynte det å hope seg opp med mennesker som var revet bort fra gård og grunn, stuert vekk i krøttertovner og provisoriske leire. Dette utviklet seg følgelig til en humanitær katastrofe. Først i tolvte time kom styresmaktene frem til at disse forviste skulle danne hjørnesteinen i Sovjets nystartede moderniseringsprosess. De ble menneskelige råvarer. De ble sendt til fjerntliggende områder av riket, både på grunn av at de da fikk fjernet kulakkens mulighet for påvirkning av samfunnet de tradisjonelt hadde vært en del av, og fordi det var mye verdifulle råvarer å utvinne i disse områdene, men vanskelig å få folk til å flytte dit frivillig. Kulakkene skulle blant annet engasjeres i tømmerindustri, gruvedrift og nydyrking. De deporterte fra den russiske og ukrainske landsbygda ble, med denne pionervirksomheten for øyet, sendt til Nordvest Russland, Ural-fjellene, Sibir og Kasakhstan.

Kulakkene skulle som ledd i statens koloniseringsprosjekt utvinne naturressurser og samtidig forandres til gode sovjetborgere, gjennom arbeid og skoling. Men Sovjets økonomiske planleggere sørget selv for at kulakkene ikke ble noen viktig økonomisk faktor i det nye sovjetiske imperiet. Kulakkene var ment å skulle være selvbergede der de ble plassert og ble tildelt hver sin tomt. De skulle dyrke og ernæres av sin åkerlapp, men eiendommene som ble tildelt dem ble ofte

delt ut uten forutgående undersøkelser av om kvaliteten på jordsmonnet på de respektive tomtene var egnet til jordbruk. Ofte var det umulig å drive landbruk der. Husene måtte de ankomne sette opp selv uten verken tilstrekkelig med materialer eller verktøy. Denne behandlingen førte ikke bare til at mange av kulakkene i løpet av kort tid bukket under av sult og sykdom, men også at mange rømte eller forsøkte å rømme. Disse menneskene ble brukt som menneskelige råvarer i virksomhetene de ble satt til. Det viktigste var å innfri produksjonsplanene. Da regimet etter hvert forsto hvilken menneskelig katastrofe som var i utvikling og de økonomiske kostnadene ved denne politikken, var det for sent. Store deler av den potensielle arbeidsstokken ble for syke til å arbeide eller rømte. Ryktene om at noen ville angripe Sovjetunionen og kommunismen gikk som ild i tørt gress i de nye bosetningene. Utbredelsen av slikt kontrarevolusjonært snakk blant de internt fordrevne, førte til frykt hos styresmaktene og særlig hos Stalin. Hadde de i stede for å forme en klassefiende i sitt bilde, sådd spirene til en femte kolonne? Frykten for dette satte i gang en utrenskning av de utrenskede, ved å sende mange av dem videre fra sine spesialbosetninger og inn i det opprinnelige gulag, arbeidsleirene.

### ***Bokens betydning***

*The unknown Gulag* er en viktig bok fordi den belyser en side av Sovjetunionens gulaghistorie, spesialbosetningene, som i historieforskningen er kommet i skyggen av de langt mer omtalte leirene innenfor dette admi-

nistrative systemet. Violas bok er den første boken som ene og alene tar for seg historien om spesialbosetningene under Stalin. Dette er kanskje med på å forklare hvorfor boken til en viss grad lider under for mye detaljer i fremstillingen, noe som igjen går på bekostning av leservennligheten. Dette er allikevel en veldig spennende bok nettopp i egenskap av å belyse en hittil lite kjent side ved det sovjetiske gulags historie. I tillegg til at boken bygger på et omfattende arkivmateriale, har Viola også intervjuet flere ofre for denne politikken, som var barn på denne tiden. Disse førstehåndsberetningene gjør dypt inntrykk og gjør at fremstillingen ikke blir distansert og følelseløs, slik som det arkivmaterialet boken i stor grad bygger på. Tvert om sier boken oss, at disse grusomme skjebnene ikke er utrolige skrekkhistorier eller anonyme tall i produksjonsplaner, men levd liv som verken er fjerne fra oss i tid eller sted, selv om de beretter om grusomhet av en annen verden.

*Espen Olavsson Hårseth,  
masterstudent i historie, UiO*

# Refleksjoner rundt demokratibegrepet

RED. ANDERS RAVIK JUPSKÅS,  
KARL KRISTIAN RÅDAHL KIRCHHOFF  
OG ANDREAS SNILDAL

Demokratiet før og nå.  
Essays fra oslostudentenes demokratiuke

*Unipub forlag, Oslo, 2009*

Demokratibegrepet er blitt et av vår tids viktigste honnørord, men det lider samtidig under en kronisk mangel på klarhet: hva er egentlig demokrati? Hvorfor vil vi ha det? Hva er egentlig et godt demokrati? Og hvordan skiller vi mellom negative tendenser som må motarbeides fordi de er en trussel mot demokratiet, og iboende svakheter som vi rett og slett bare må leve med?

Det er slike problemstillinger essaysamlingen *Demokratiet før og nå* tar opp. Den bygger på innlegg fra Oslostudentenes demokratiuke som fant sted i april 2008. Formålet med arrangementet var, ifølge bokas redaktører, "[å] rette et kritisk blikk mot moderne demokratisk teori og praksis, [...] å bidra med noen refleksjoner som kunne fungere som innspill til en bred offentlig diskusjon om selve grunnlaget for demokratisk tenkning og de viktigste utfordringene det er stilt ovenfor." (s. 6–7).

Boken inviterer til refleksjon rundt problemene ved demokratibegrepet og ved hvordan demokratiet fungerer i praksis i dagens verden. Slik refleksjon er, ifølge redaksjonen, mangelvare i norsk offentlighet. De gir eksempler på at dette er problematisk fordi det fører til fordummende debatter, eller til debatter som ender opp med å handle om uvesentligheter. At den formen for mer grunnleggende refleksjon som etterlyses er nødvendig, burde ingen ha problemer med å si seg enig i. Men er denne boka det rette hjelpemiddelet til å sette i gang en slik refleksjon?

Tekstene favner et vidt spekter av tema. I likhet med "alle andre" som noensinne har ønsket å si noe om demokratibegrepet og dets innhold, tar man også her utgangspunkt i den klassiske greske modellen fra antikken. Boka inneholder også tekster om den liberale og den radikale forståelsen av demokratibegrepet. Refleksjonene er interessante og viktige, for det er nettopp her kjernen i mange av demokratiets utfordringer ligger. Spørsmålet om hva som egentlig er demokratiets formål, å beskytte individets rettigheter fra samfunnets innblanding eller å gi individet rett til å være med å delta i utformingen av dette samfunnet, ble først formulert innenfor den klassiske greske filosofien og har vært et stridstema siden. Hva er for mye deltakelse, og hva er ikke nok? Hvor går grensen for hva man kan kalle et flertallstyranne, og motsatt: Hvor går grensen for et mindretallstyranne?

Etter disse grunnleggende refleksjonene går tekstene videre til å handle om det som er dagens utfordringer for demokratiet. Dette omfatter blant annet globalisering, elitisme og media. Hva skjer med muligheten for folkelig engasjement og innflytelse i en mediert offentlighet? I hvor stor grad er eliter et hinder for eller en forutsetning for demokratiets funksjon? Og hvordan kan vi sikre folkesuvereniteten i en verden hvor makten flytter seg på tvers av landegrensene og inn i nye fora utenfor demokratisk kontroll?

I denne sammenhengen framstår Cathrine Holsts tekst om feminisme

som litt malplassert. Hva er egentlig sammenhengen mellom feminis- mens utfordringer og demokratiets utfordringer? Her kunne det blant annet vært reflektert over Mary Wollstonecrafts diskusjon rundt skillet mellom det private og det offentlige, som er et grunnleggende tema i skillet mellom den liberale og den radikale demokratiforståelsen. I stedet lurer forfatteren på om slagordet "det personlige er politisk" skal tolkes som en oppfordring til henne om å snakke mer om privatlivet sitt i den offentlige debatten (s. 120–21). Siden de fleste tekstene framstår som bearbejdede utgaver av muntlige innlegg som ble holdt under konferansen, ville det neppe vært noe i veien for å be de ulike bidragsyterne legge til eller trekke fra elementer i tekstene for å gi boken et noe mer helhetlig preg.

Både utvalget og vektingen av tekstene kan diskuteres. Kai Østbergs bidrag om den franske elitismen er svært interessant i seg selv, og representerer en viktig problemstilling i dagens diskusjon om demokratiet. Det bærer likevel, ut fra plasseringen teksten har i boka, litt preg av å være mer opptatt av det kuriøse ved det franske politiske systemet enn den utfordringen som elitisme generelt representerer for demokratiet. Dette inntrykket skyldes først og fremst de to replikkene som er gjengitt: De tar i større grad opp at det franske systemet er veldig annerledes og veldig mye dårligere enn det norske, enn de tar opp elitisme som et iboende problem ved det moderne representative demokratiet. Og hvorfor

er det bare denne teksten som har fått følge av slike replikker? Siden så mye plass er brukt på den, kan leseren lett få inntrykk av at denne teksten spiller en viktigere rolle i helheten enn noen av de andre.

Dette er ikke noen lærebok i demokrati, men mer av en slags *teaser* som inviterer leseren til å reflektere og kanskje sette seg grundigere inn i problemstillingene boka reiser på egen hånd. I så måte kunne man kanskje ønske at flere av bidragsyterne hadde fulgt Mona Ringvejs eksempel og satt opp en liste over anbefalt litteratur, eventuelt at bokas redaktører hadde tatt på seg dette. En litteraturliste bakerst kompenserer ikke helt for lister knyttet direkte til hver tekst, som også kunne inneholdt flere henvisninger enn de som konkret finnes i tekstene. Å finne fram på egen hånd i et så stort teorifelt er ingen enkel oppgave, så litt kyndig veiledning fra folk som åpenbart har en viss oversikt kunne vært fint.

For boka fungerer utmerket til å vekke leserens nysgjerrighet for de problemstillingene den reiser. Den evner å balansere interessant innhold med kortfattet, noe som er essensielt om man ønsker å nå et bredere publikum enn en lukket akademisk og politisk sirkel, slik redaktørene sier i innledningen at de har som mål. Debatten de tar opp er viktig, og avhengig av å bli viktig for flere enn noen få for at problemene den tar opp, skal kunne løses. Dessuten er det interessant å lese om politikkens rammevilkår i en kontekst som ikke er partipolitisk,

men løsrevet fra og hevet over dag-til-dag-debatten. Bokas redaktører er alle unge, noen av dem allerede i startgropa til akademiske karrierer og alle plassert i organisasjoner og institusjoner der de har mulighet til å ha en viss innflytelse på debattagendaen i dagens samfunn. Derfor lover det godt for demokratiets framtid at nettopp disse har brakt temaet på banen, og alle som ønsker å følge temaet videre kan se denne boka som et naturlig utgangspunkt.

*Maren Dable Lauten,  
masterstudent i historie, UiO*

# Museum uten formidling

## KulturIT og en rekke norske museer.

*Digitalt museum: <http://www.digitalmuseum.no/>*

Nettstedet *Digitalt museum* ble lansert 19. mai i år, og inneholder bilder og gjenstandsbeskrivelser fra storaktører som *Norsk Folkemuseum* og *Maihaugen*, sammen med en voksende rekke museer av varierende størrelse. Siden er utformet av *KulturIT*, et selskap som drifter og utvikler IKT-løsninger for museumssektoren. Den svenske søstersiden ved samme navn ble lansert en måned etter den norske, og har samme utforming. Begge sidene viser fram samlinger som museene ikke prioriterer å vise fram, eller som er for skjøre til å bli stilt ut.

Målsetningen for *Digitalt museum* er ifølge *KulturIT* å "tilgjengeliggjøre museenes samlinger til alle interesserte".<sup>1</sup> Nettsiden omfatter et enormt materiale, fra portrettfotografier og middelalderklær til leketøy fra 80-tallet. Selve søkefunksjonen fungerer greit; den interesserte kommer langt ved å kombinere fritekstsøk med avgrensinger i tid og sted.

Digitalmuseets sterkeste side er det enorme stoffet de har tilgjengeliggjort og fortsetter å legge opp. En felles database for de norske museumssamlingene er en strålende idé. *Digitalt museum* gjør det mulig for store og små samlinger å inngå i en felles helhet hvor de utfyller hverandre, og gjør at små og store museer kan vise fram samlingene sine på lik linje. Museet fokuserer på å digitalisere så mye materiale som mulig, noe som gjør at den interesserte kan studere mange gjenstander av samme type, i stedet for å måtte stole på museenes utvalg av hva som kan sees på som representativt. Der for eksempel *Norsk Folkemuseum* har en tendens til å velge ut det spe-

sielle for å representere det generelle, kan brukeren på *Digitalt museum* selv gjøre utvalget, og selv gjøre seg opp mening om stoffet.

Selv om intensjonen er god, og rammeverket fungerer, går de store bredden utover kvaliteten. Hver gjenstand er avspist med svært lite informasjon. I ekstreme tilfeller er bare gjenstandsnavnet oppgitt, oftere er det kontekst, bruksområde og tid som mangler. Beskrivelsene er i stor grad en gjengivelse av museenes egne arkivkort, og informasjonen som er gjengitt er ofte svært mangelfull. Tidvis er det bare gjenstandstypen som nevnes. Det som er tilstrekkelig informasjon for en museumsansatt som kan sin stilhistorie holder ikke mål som endelig produkt. Her har ikke mottakerbevisstheten vært høy nok.

Noe av poenget med et digitalt museum er at brukeren kan avgrense søkene sine i tid og rom. Dessverre mangler de fleste gjenstandene tidsangivelse, og dukker derfor ikke opp i tidsavgrenset søk. Dette gjør at en side som kunne vært et uvurdelig redskap for forskere i all hovedsak kan brukes til kuriosasurfing. I tillegg er også tidsavgrensingsfunksjonen basert på fritekstsøk, noe som gjør at en hette fra middelalderen som var i privat eie i 1945 også dukker opp i et søk som tidsmessig avgrenser seg til 1940-tallet. Dette er lite hensiktsmessig. I tilfeller hvor gjenstandene er mulig å datere omtrentlig, hadde det vært en fordel om museene hadde gjort en kvalifisert gjetting i stedet for å la tidsfeltet stå åpent.

I tillegg er det underlig at en nettside som sikter mot å bli en gjenstandsfor-

tal for hele landet ikke bestreber seg på å gjøre det mulig å søke med flere målformer. Søk på nynorsk gir sjelden noen treff, og selv om nettsiden inneholder store mengder samisk materiale, er det bare deler av dette stoffet som er beskrevet på samisk.

*Digitalt museum* er et flott tiltak med stort potensial. Siden museets målsetning er å gjøre samlingene tilgjengelige, ikke nødvendigvis å formidle dem, kan vi ikke forvente at tekstmassen skal bestå av store mengder nyskrevet materiale. Likevel er det et problem at stoffet er så dårlig kontekstualisert som det er. *Digitalt museum* kunne vært så mye mer enn det er i sin nåværende form. For de mange som er interessert i historie uten å på forhånd ha stilhistorien i boks, vil *Digitalt museum* først og fremst bestå av en samling løsrevne ting uten kontekst. Økonomi, kjønn, klasse og tid er variabler vi trenger om vi skal kunne forstå og fortolke gjenstander, men som *Digitalt museum* ikke hjelper oss til å forstå.

*Digitalt museum* framstår i dag mer som et digitalt kuriosakabinett enn et digitalt museum. Heldigvis er siden under kontinuerlig utvikling; det blir fremdeles lasta opp nytt stoff og museene har mulighet til å gi gjenstandsbeskrivelsene litt sårt tiltrengt oppmerksomhet. Museet er morsomt som det er, men om de vil nå målsetningen om å "tilgjengeliggjøre museenes samlinger til alle interesserte," har de et godt stykke igjen.

*Marthe Glad Munch-Møller,  
masterstudent i historie, UiO*

### Note

<sup>1</sup> KulturIT [URL: <http://www.kulturit.no/digitalmuseum/>] Oppsøkt 4. november 2009.

# Forfatterinstruks

*Redaksjonen ønsker velkommen alle bidrag som kan knyttes til historiefaget, skrevet av studenter, yrkeshistorikere eller andre.*

Innsendte bidrag blir vurdert av redaksjonen, og vi vil gi tilbakemelding og råd om bearbeidelse, hvis det er nødvendig for publisering. Endelig manuskript må leveres via e-post. Bidragene kan være på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Hvis bidragene er på svensk eller dansk må bidragsyter selv sørge for en forsvarlig korrekturlesning.

- Lengden på lengre artikler bør ikke overskride 10 normalsider (à 2300 tegn uten mellomrom, alt inkludert).
- Lengden på korttekster bør ikke overskride 6 normalsider.
- Lengden på bokmeldinger og debattinnlegg bør ikke overskride 4 normalsider.

Bidragene kan være både teoretiske eller empiriske. Kommentarer og debattinnlegg kan ta opp teoretiske og metodiske emner, synspunkter på ulike sider ved historiefaget, drøfting av strids-spørsmål av forskjellig art tilknyttet historiske emner eller historiestudiet i praksis.

## **Veiledning til bidragsytere**

Bidraget må være skrevet i 12 punkts Times New Roman, 1 1/2 linjeavstand. Noter og litteraturliste plasseres nederst, med overskriftene: Noter og Litteraturliste. Bilder, tabeller eller diagrammer må sendes som egne dokument. Alt trykkes i sort/hvit. Det bør være minimum tre avsnitt pr. side, markert ved en linjes mellomrom, og minimum en underoverskrift pr. andre side. Boktitler og fremmedspråklige uttrykk og begreper skal i kursiv, eks. *ad hoc*. Sitater skal alltid markeres med anførselstegn. Sitater lengre enn tre linjer skal markeres med enkel linjeavstand, innrykk og skriftstørrelse 10.

*Referanser i teksten* settes som sluttnoter med forfatterens etternavn, (eventuelt forkortet) tittel, og eventuell sidehenvisning. Slik: Veiteberg, *Den norske plakaten*, s. 81-93.

*Litteraturliste* redigeres alfabetisk etter forfatterens etternavn og skal inneholde forfatterens/forfatterens navn, utgivelsesår i parentes, utgave, forlag og utgivelsessted.

*Titler på publiserte bøker* skal settes i kursiv, titler på artikler i samleverk eller tidsskrift skal settes i anførselstegn.

Eksempel på bok: Veiteberg, Jorunn. *Den norske plakaten*. Pax forlag, Oslo, 1998.

Eksempel på tidsskriftartikkel: Thaiss, Gustav. "The Conceptualization of Social Change Through Metaphor". I *Journal of Asian and African Studies*, Vol. XIII. Leiden, 1978.

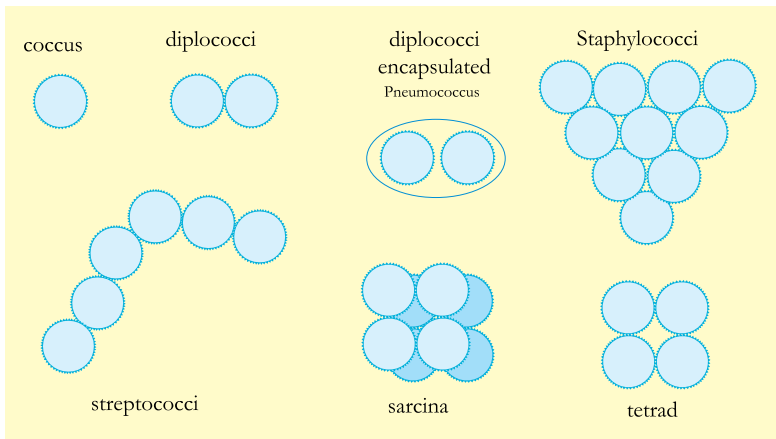
Alle bidrag må inneholde tittel, forfatternavn samt faglig og etiske forsvarlige referanser i henhold til tekstens form og sjanger.

Vi oppfordrer alle til å skrive et kort sammendrag av artikkelen på maks en halv side. Sammendrag er ikke noe krav.

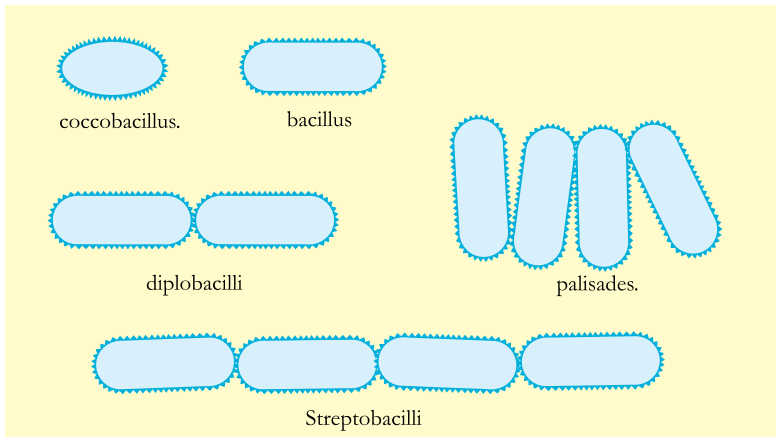
Har du spørsmål underveis i skriveprosessen, eller ønsker tilbakemelding før teksten er ferdig er vi hjelpelige. Henvend deg da til oss per telefon eller e-post.

*Tekst eller spørsmål sendes til redaksjonen@fortid.no.*

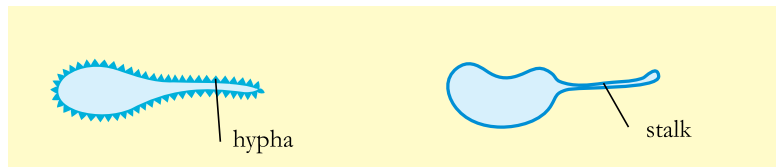
## Cocci



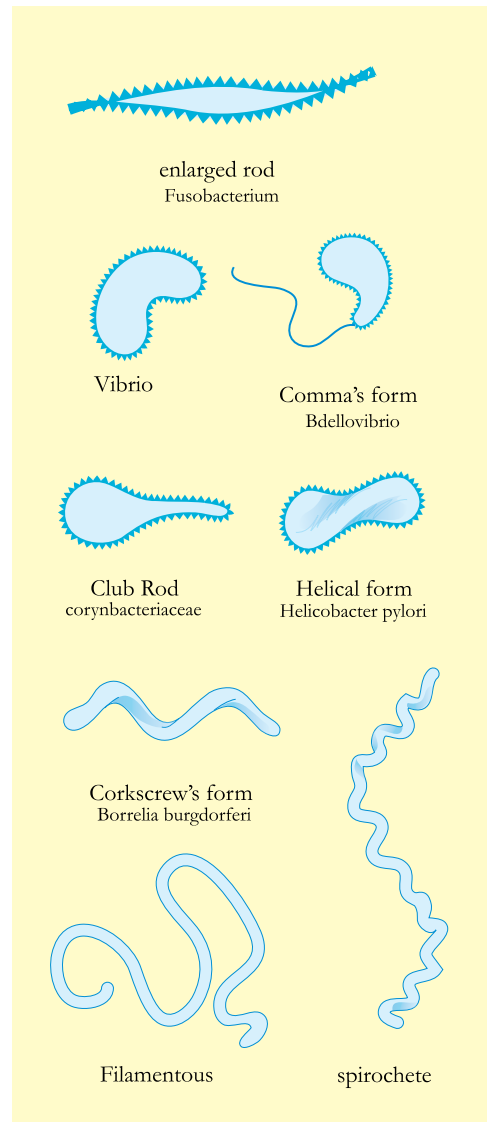
## Bacilli



## Budding and appendaged bacteria



## Others



**Bidragstere:** **Magnus Vollset**, stipendiat UiB; **Ragnild Hutchison**, Ph.D. stipendiat, European University Institute, Firenze; **Tito Correa**, Ph.D. candidate, Cambridge University, UK; **Inger Hilde Killerud**, master i historie fra UiO og lektor ved Frogn vgs., Drøbak; **Hilde Bondevik**, Førsteamanuensis, Senter for tverrfaglig kjønnsforskning, UiO; **Per Holck**, professor dr. med., UiO; **Christoph Gradmann**, Section for Medical Anthropology and Medical History, UiO; **Elisabeth Solvang Koren**, første-konservator ved Norsk Sjøfartsmuseum, Oslo; **Arne W. S. Sørensen**, Dr. med.; **Jardar Sørvoll**, stipendiat ved NOVA & Reassess; **Espen Olavsson Hårseth**, masterstudent i historie, UiO; **Maren Dable Lauten**, masterstudent i historie, UiO; **Marthe Glad Munch-Møller**, masterstudent i historie, UiO.

### Vil du gi Fortid en framtid?

Fortid trenger skribenter som kan bidra med korttekster, lengre artikler og bokmeldinger

### Vil du abonnere på Fortid?

Et vanlig abonnement koster kr. 200,- per kalenderår.

Studentabonnement: kr. 160,-. Institusjonsabonnement: kr. 400,-.

Send en e-post til redaksjonen@fortid.no

### Kontakt oss på: redaksjonen@fortid.no

Spørsmål kan også rettes til: 418 51 200

Deadline nr. 1/2010: 22. januar

Tema for nr. 1/2010: Kjønnshistorie

Arbeidstitel: Kvinnfolk og karfolk – kva folk?

Interpress Norge

ISSN 1504-1913



9 771504 191006

02