

Kunnskap og autoritet – venerisk sykdom i 1700-tallets Norge

Michael 2021; 18: 292–306.

Det medisinske markedet i 1700-tallets Norge er langt mer komplekst enn det et raskt overblikk kan gi inntrykk av. I denne artikkelen analyserer jeg dette markedet med utgangspunkt i venerisk sykdom i perioden ved å se på bredden i behandlere, som jeg har gruppert som lisensierte behandlere og empirikere, og undersøker de underliggende strukturene som ga behandlere autoritet.

Frykten for venerisk sykdom medførte at folk strakk seg lenger i utprøving av behandlere, men kan også sees som et verktøy for lisensierte behandlere i forsøk på å posisjonere seg som medisinske autoriteter, da den etablerte behandlingen mot sykdommen med kvikksølv var kjent som farlig og dermed krevde 'riktig kunnskap'. Mye av spenningen på det medisinske markedet og årsaken til behovet for en lov mot kvakksalvere i 1794, var en grunnleggende uenighet om parametrene for og kilde til 'riktig kunnskap'.

Nøkkelen til autoritet var at behandlerens medisinske innsikt ble gjenkjent som kunnskap av potensielle pasienter som dermed henvendte seg til dem for hjelp. Slik autoritet var det i praksis ikke mulig for staten å gi, men måtte isteden komme fra befolkningen selv.

I 1756 ble det første pleiende hospitalet etablert i Norge. Sykehuset var kjent under mange navn, i samtiden er det referert til som Hospital for venerisk syge, det almindelige Sygehuus, Christiania Sygehuus, Christiania Lazareth og Sykehuset i Aggershuus Amt. For enkelhets skyld vil jeg referere til det som det veneriske sykehus, da det reflekterer dets misjon om å behandle venerisk syke.¹ Venerisk sykdom spilte også en viktig rolle i kriminaliseringen av all ulisensiert medisinsk praksis i Danmark-Norge i 1794. Venerisk sykdom hadde stor innvirkning på den medisinske utvikling i

¹ Sykehusets historie kompliseres ytterligere av at det brant ned to ganger på 1700-tallet og ble aldri etablert på ny etter brannen i 1791.

dobbeltmonarkiet, og det gjør den til et godt utgangspunkt for å få innsikt i det brede medisinske landskapet i 1700-tallets Norge.

I denne artikkelen vil jeg vise hvordan venerisk sykdom kan belyse kompleksitetene i det medisinske markedet i Norge på 1700-tallet. Hva var det som ga medisinsk kompetanse og kunnskap? Jeg vil drøfte spørsmål om kunnskapens autoritet som er sentrale også i dagens medisin, til tross for store grunnleggende forskjeller mellom da og nå. Ved å rette oppmerksomheten mot historien til venerisk sykdom i Norge, kommer kunnskapsstrukturene til syne gjennom kampen som fant sted for å etablere en statlig medisin og kunnskapsautoritet knyttet til de behandlerne vi kjenner i dag.

Artikkelen bygger på min doktoravhandling *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*.² For å favne den store bredden i kunnskap og aktører har jeg som primærkilder benyttet et bredt materiale, slik som danskspråklige legebøker, svartebøker og oppskriftsbøker som befinner seg på Nasjonalbiblioteket. I 1743 ble det sendt ut en spørreundersøkelse i Danmark-Norge, hvoriblant alle prestene i landet forsøkte å besvare en lang rekke spørsmål som også omfattet helse og sykdom i deres sogn.³ Grunnet overlappingen mellom venerisk sykdom og radesyken, har arkivet etter radesykekommissjonen vært av interesse, spesielt undersøkelsen som igjen ble sendt ut til alle Norges sogn.⁴ Jeg har også benyttet regnskaper fra det veneriske sykehuset i Christiania på Statsarkivet i Oslo.⁵ Søknader om bevilling til å praktisere som empiriker som er å finne på det danske Riksarkivet har også gitt viktig innsikt.⁶ Til slutt har jeg også benyttet Nasjonalbibliotekets digitaliserte og søkbare aviser fra perioden og ved å benytte utallige skrivemåter av nøkkelord som venerisk, pokker, radesyke, dryppert, sykehus, hospital og kvakksalver funnet en rekke relevante artikler i aviser fra perioden.

2 Holmberg S. *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=0>

3 Undersøkelsen er transkribert og publisert i et 5-binds verk. Løyland M, Mordt G, Røgeberg KM, red. Norge i 1743: Innberetninger som svar på 43 spørsmål fra Danske Kanselli. Bind 1-5. Oslo: Solum, 2003–08. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011031108023

4 Riksarkivet (RA), Radesykekommissjonen (1778–80). RA/EA – 4061/F/L0030 og L0031.

5 Statsarkivet i Oslo (SAO), Kristiania stiftamt, Helsevesen og Kristiania magistrat, Helse. SAO/A – 10386/ Fba/L0001 – L0005. SAO/A – 10711/lb/L0001 og L0006.

6 Den danske historikeren Gerda Bonderup har gått gjennom supplikker og arkivmateriale fra Collegium Medicum og Kirurgisk Akademi i perioden 1794–1824 på leting etter søknader om å praktisere som «kvakksalver» i sitt arbeid med kloke folk i Danmark. Hun delte generøst sitt kildearbeid med meg, hvor jeg lett fant de få norske søkerne i materialet. For mer om disse kildene og funnene se Bonderup G. De «kloge» folk og det danske samfund: Kvakksalverforordningen af 5/9-1794 og de første 30 år derefter. *Historisk Tidsskrift* 1997; 16: 275–304. <https://tidsskrift.dk/historisktidsskrift/article/view/53863/72179> og Holmberg S. *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020: 59–63. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=69>

Venerisk sykdom

Jeg har valgt å bruke betegnelsen *venerisk sykdom* fordi den var i utstrakt bruk på 1700-tallet i Norge og Europa blant leger og lekfolk, og bidrar til å belyse kunnskapen og de sosiale konstruksjonene knyttet til denne på 1700-tallet.

Uttrykket reflekterer også noe av det spesielle i forhold til datidens lege-medisin, fordi den henviste til en sykdomskategorisering basert på smitte-metode fremfor symptomer. Ordet *venerisk* henspiller på kjærlighetsgudinnen Venus og ble først foreslått som et navn på den nye epidemien i Europa i 1527 av den franske legen Jacques de Bethencourt.⁷ Argumentet hans var at sykdommen skulle oppkalles etter dens årsak, som tidlig var koblet til sex.⁸ Bruken av Venus var dermed en noe mer poetisk variant av dagens prosaiske 'seksuelt overførbart sykdom'. I essens var *venerisk* dermed en beskrivelse, samtidig viste det til en helt spesifikk sykdom: *Venerisk sykdom* – men navn som *fransoser* og tidvis *syphilis* var også i bruk. Navnet henviste dermed både til en sykdoms-kategori som smitte-metode, samt en konkret sykdom i 1700-tallets Norge.

Bruken av et navn som lente seg på smitte-metode fremfor den etablerte kategoriseringen basert på symptomer i perioden reflekterer dens vanskelige skille fra en rekke andre sykdommer, som skjorbuk og diverse hudsykdommer. I Norge var denne utfordringen spesielt knyttet til radesyken. Disse to sykdommenes historie er uomgjengelig flettet inn i hverandre her i landet, først og fremst fordi skillet mellom dem var uklart. Som medisinhistoriker Anne Kveim Lie har drøftet i sitt doktorgradsarbeid om radesyken, var denne ansett av både leger og lekfolk å være til dels venerisk i natur.⁹ Noen leger, som Nicolaus Arbo (1723–97) og Christian Mangor (1739–1801), argumenterte for at radesyken ikke var venerisk, men det faktum at de postulerte dette så ettertrykkelig i flere tekster, viser til en utbredt forståelse av radesykdommen som helt eller delvis venerisk.¹⁰ I kontrast til radesyken fremstår den veneriske sykdommen som velkjent og etablert med klare ideer

7 Fødsels- og dødsår er ukjent.

8 Man kjente til at slik sykdom kunne ramme folk på ikke-venerisk vis, som ofte ble omtalt som «uskyldig» smittede, men disse var unntakene fra regelen om overføringsmetoden. de Bethencourt J. *Nova Penitentialis Quadragesima, Necnon Purgatorium in Morbum Gallicum, Sive Venereum, Una Cum Dialogo Aquae, Ac Ligni Gaiaci Colluctantium, Super Dicti Morbi Curatonis PreLatura Opus Fructiferum*. Paris: Nicolas Savetier, 1527. Oriol JD. *The Scars of Venus: A History of Venerology*. London: Springer-Verlag, 1994: 16.

9 Lie AK. Radesykenes tilblivelse: Historien om en sykdom. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008. <http://hdl.handle.net/10852/30007>

10 Arbo N. *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*. København: C. L. Buchs Forlag hos Christian Popp, 1792: 3. <https://www.nb.no/items/e4132f231ff6efc154141245e13f46b1?page=0>
Darelius JA. *Et Land-Apothek, til Danske Landmænds Nytte*, oversatt av Mangor CE. København: Bekostet af Joh. Fr. Heineck og Faber, 1767: 255. (Da radesyken var ansett å være en unik norsk sykdom var den ikke inkludert i Darelius' originale svenske bok, men lagt til av Mangor i den danske versjonen).

om årsak, symptomer og behandlinger. Radesyken, derimot, var noe nytt, spennende og delvis u håndgripelig, noe som sees i debatten om nettopp dens natur. Radesyken var ansett som erkenorsk, mens den veneriske sykdommen i høyeste grad var internasjonal, endog med antatte aner til 'oppdagelsen' av Amerika. Nettopp det etablerte i den veneriske sykdommen er et interessant aspekt ved rollen den spilte i Norge, og kan muligens forklare den mer begrensede interessen til fordel for den mer eksotiske nasjonalsykdommen radesyken også i ettertid.

Den veneriske sykdommen var etablert som en fryktet og smittsom sykdom blant behandlere og folk flest på 1700-tallet. Dels var dette knyttet til stigma, fordi det fremstod som et vitnesbyrd om den sykes moralske forfall. Dens assosiasjon med seksuell omgang var spesielt problematisk i en tid da sex utenfor ekteskapet var forbudt og kunne føre til strenge straffer. Sykdommen var også knyttet til høyst synlige tegn, ikke bare tidlige private og personlige tegn som sår på genitaliene, men lett observerbare tegn for den omverden slik som store sår på armer og ben, og mest påfallende på hodet og i ansiktet (figur 1). Sykdommen kunne affisere nesen, i den utstrekning at det etter hvert ble kjent som den syfilitiske nesen eller sadelnese (figur 2). Slike tegn kunne kobles til andre sykdommer, men var gjengående forbundet med venerisk sykdom både blant leger og lekfolk. På grunn av stigmaet ved sykdommen var det naturlig at folk ønsket å bli kurert, men sykdommens kompleksitet betød at de som oftest måtte få hjelp til dette. Hvem kunne folk henvende seg til ved slik alvorlig sykdom i 1700-tallets Norge? Hvordan så det medisinske markedet ut?

Medisinsk marked

Ettersom venerisk sykdom var en etablert sykdom var det også å forvente at behandlere var kjent med sykdommen og dens behandlinger. Antall lisensierte behandlere i 1700-tallets Norge var lavt, spesielt i første halvdel av århundret. Det var folk som hadde en eller annen form for lisens til å praktisere medisin og omfattet behandlere som leger, feltskjærere (militærkirurger), bartskjærere og apotekere. Historiker Ole Georg Moseng anslår at det aldri var mer enn fem leger i landet på samme tid før 1743.¹¹ Det er vanskelig å få en presis oversikt over antall lisensierte behandlere i Norge, men en undersøkelse i 1720 angir at det var fire leger og 39 kirurger i landet.¹² Samtidig fantes det 12 apotek og dermed apotekere i landet, som

11 Moseng OG. Ansvaret for undersåttenes helse 1603–1850. Bind 1. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 35. <https://www.nb.no/items/2d2f4d9c7a879584ce82f36e05afac0b?page=35>

12 Carøe K. Kirurger i Norges købstæder 1720. *Tidsskrift for Den norske lægeförening* 1917; 37: 486–93. <https://www.nb.no/items/f9f054bcefc2e2be6c245f7764bb263d?page=509>



Figur 1. Tertiær syfilis i ansiktet. St Bartholomew's Hospital Archives & Museum. <https://wellcomecollection.org/works/uhpakk24> (CC BY 4.0)



Figur 2. Ansiktet til en kvinne med typisk 'syfilitisk nese'. St Bartholomew's Hospital Archives & Museum. <https://wellcomecollection.org/works/sxs9ytpu> (CC BY 4.0)

også hadde lov til å bistå folk dersom det ikke var en lege tilgjengelig.¹³ Til sammen var det da 55 lisensierte behandlere av ulike slag i Norge i 1720. Dette var lite hvis man sammenligner med andre regioner. I London var det omkring 1600 omtrent én lisensiert behandler per 400 innbyggere, men det kan sies urimelig å sammenligne Norge med London. Det er interessant at den britiske historikeren Ian Mortimer har beregnet at i det rurale Øst-Kent rundt 1620 var en tilsvarende ratio som i London, det vil si én lisensiert behandler per 400 innbyggere.¹⁴ Hvis vi regner med at det var 650 000 innbyggere i Norge i 1720 (det var 723 000 ved folketellingen i 1769), gir

13 Johannessen FE, Skeie J. Bitre piller og sterke dråper: Norske apotek gjennom 400 år, 1595–1995. Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995: 27, 34. <https://www.nb.no/items/d4ca7e875dc55117cd440681e615324f?page=37>

14 Mortimer I. The Rural Medical Marketplace in Southern England c. 1570–1720. I: Jenner MSR, Wallis P, red. Medicine and the Market in England and its Colonies, c. 1450-c. 1850. New York: Palgrave Macmillan, 2007: 69–87, 74.

det én lisensiert behandler per 12 000 innbyggere. Selv etter tidlig moderne europeisk standard var det lavt.

Antallet lisensierte behandlere og deres regelverk og praksis utviklet seg sterkt i siste halvdel av 1700-tallet. De tidligere håndverkspregede kirurgene ble etter hvert mer teoriknyttet og fikk fra 1785 mulighet til å praktisere både indre og ytre medisin.¹⁵ Likevel var det en annen type behandlere som hadde spilt og fortsatte å spille en sentral rolle i det medisinske markedet i Norge. Jeg har valgt å kalle disse *empirikere*, fordi de ikke hadde formell lisens til å praktisere medisin, men nettopp deres empiriske bakgrunn og erfaring kunne gjøre dem desto viktigere. Disse behandlerne omfattet prester og prestefruer, kloke folk, omreisende behandlere og bødler, altså en ganske broket gruppe, men som var å finne spredt utover hele landet. Deres utbredelse var en viktig del av deres sentrale rolle i det medisinske markedet.

Betegnelsen marked har konnotasjoner til et sted der man kan gå og velge mellom ulike produkter og hvor gevinsten for selgeren er økonomisk. Britiske historikere som Patrick Wallis og Mark Jenner har rettet kritikk mot en utstrakt bruk av uttrykket *medisinsk markeds plass* i medisinhistorien, fordi de mener dets innhold har blir utvannet og vagt.¹⁶ Betegnelsen kan likevel være nyttig, da det viser til økonomiske aspekter i relasjonen mellom ulike behandlere, til spenning mellom behandlerne som ofte stod i et konkurranseforhold, og dermed også den potensielle makten som kundene, i dette tilfellet pasientene, kunne ha. Imidlertid er det viktig å påpeke at den medisinske markeds plassen i 1700-tallets Norge var utbredt over store avstander, fremfor torghandlere som stod side om side og kjempet om kunder. Konkurransen mellom behandlerne var dog reell og gjaldt til tider vel så mye mellom personer i samme gruppe, slik som lisensierte behandlere, som på tvers av disse. Noen av de mer kjente sakene fra denne tiden er nettopp disputer mellom leger og apotekere, slik som mellom apoteker Caspar Kruse (1725–76) og legene Frederik von See (1707–81) og Adam Cron (1742–75) i Arendal i 1771 som endte som en sak på tinget for å løse tvisten. Legene omtalte Kruse som *kvakksalver* fordi de anså at han hadde trampet over på deres territorium da han hadde stilt seg villig til å behandle

15 Forordning om et Chirurgisk Academies Stiftelse av 22. juni 1785, §§ 10 og 12. I: Schou JH. Chronologisk Register over de Kongelige Forordninger og aabne Breve samt andre trykte Anordninger som fra aar 1670 af ere udkomne : tilligemed et nøiagtigt Udtog af de endnu giældende, for saavidt samme i Almindelighed angaae Undersaatterne i Danmark og Norge : forsynet med et alphabetisk Register. 9 : Som indeholder K. Christian VII Frr. fra 1785 til 1788. København: Thiele, 1795: 49ff. <https://www.nb.no/items/5b87e3233ce89814a11fc5fdfaae7d07?page=49>

16 Jenner MSR, Wallis P. The medical marketplace. I: Jenner MSR, Wallis P, red. Medicine and the Market in England and its Colonies, c. 1450-c. 1850. New York: Palgrave Macmillan, 2007: 1–23, 2

pasienter.¹⁷ En apoteker hadde rett til å behandle pasienter, men kun dersom en lege ikke var tilgjengelig.¹⁸ Saken viser at betegnelsen kvakksalver ikke var reservert til omtale av empirikere, men heller rettet mot folk som truet ens autoritet og levebrød som behandler og at denne trusselen kunne komme fra behandlere innen ens egen 'gruppe'.

Kruse-saken belyser også de store områdene som kunne være underlagt en leges domene. von See var provinsialmedikus i Kristiansand stift, og hadde ansvar for det vi kjenner som Rogaland, Agder og Telemark. Likevel så han Kruse som en trussel mot sin praksis.¹⁹ Dette kommer også tydelig frem i forbindelse med kvakksalverforordningen i 1794. Forbudet mot empirikerens praksis ble myknet av dens § 6 som forklarte at de kunne få bevilling til å praktisere i begrenset geografisk og medisinsk utstrekning dersom amt-mannen og en lege gikk god for ens kunnskap og ferdigheter.²⁰ Det var kun en håndfull søknader som kom fra Norge om å få en slik 'lisens', men i deres behandling kan man se at distanse spilte en viktig rolle utover ansett kompetanse.²¹ I vurderingen av Lars Halstensen Istads søknad konkluderte *Collegium Medicum* i København med at siden hans hjemsted, Voss, lå så langt unna byen Bergen så «en ordentlig Læge vanskelig kunne faaes» og hans kunnskaper var ansett som gode, fikk han bevilling til å praktisere der. Stiftamtmanden hadde til og med forespurt om han kunne få tillatelse til å praktisere i Hardanger fogderi som også var for langt fra byen, men det stilte kanselliet seg mer tvilende til.²² Empirikeren Istad fikk støtte av både leger

- 17 Holmberg S. Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020: 54. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=69>
- 18 Forordning om Medicis og Apothekere av 4. desember 1672, § 12. I: Munk H. *Love for Medicinalvæsenet eller Forordninger, Placater, Rescripter, Resolutioner og Collegialskrivelser, som vedkomme Medici, Chirurgi, Apothekere og Gjordemødre i Danmark og Norge*. København: Joh. Fred. Schultz, 1804: 5–6. <https://www.nb.no/items/5b932cb0284244fb7b122ce5dfbe637b?page=9>
- 19 Moseng OG. Ansvaret for undersåttens helse 1603–1850. Bind 1. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 245. <https://www.nb.no/items/2d2f4d9c7a879584ce82f36e05afac0b?page=245>
- 20 'Skulde nogen, som ikke er egentlig Læge, have erhvervet sig udmærket Kundskab og fortrinlig Duelighed i en eller anden Deel af Lægekunsten, eller i at helbrede en eller anden Sygdom, da kan han, naar han med Amtmandens og Physici Vidnesbyrd godtgjør, at besidde fornævnte Egenskab, vente igiennem Cancelliet at erholde Tilladelse at practicere, dog blot i det District, han boer, og at hans Ret til at foreskrive Lægemedler indskrænkes til de Dele, han har beviist sig at være kyndig udi'. Forordning om Straf for Qvaksalvere av 5. september 1794, § 6. I: Munk H. *Love for Medicinalvæsenet eller Forordninger, Placater, Rescripter, Resolutioner og Collegialskrivelser, som vedkomme Medici, Chirurgi, Apothekere og Gjordemødre i Danmark og Norge*. København: Joh. Fred. Schultz, 1804: 510–1. <https://www.nb.no/items/5b932cb0284244fb7b122ce5dfbe637b?page=519>
- 21 Holmberg S. Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020: 61–62. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=69>
- 22 Danske Rigsarkiv, Danske Kancelli, Supplikker (1773–1799), 1795, nr. 4046

og embetsmenn i å praktisere medisin, mens apoteker Kruse havnet på tingen da han ønsket å gjøre det samme. Relasjonene mellom behandlere var dermed ikke betinget av at de hadde tilsvarende kunnskapsbakgrunn og kan sies å ha tilhørt samme gruppe, men i hvilken grad de måtte konkurrere om livsgrunnlag og medisinsk autoritet. Til tross for spenninger innad i kunnskapsgruppene, var det tydelig at lisensierte behandlere ønsket å få gjennomslag for sin medisinske autoritet og praksis i befolkningen, og her spilte venerisk sykdom en viktig rolle. Nettopp den behandlingen som ble tilbudt ved slike farlige sykdommer var i seg selv risikabel, og dermed et argument for ytterligere kontroll med medisinsk praksis.

Behandling

Empirikere og lisensierte behandlere kan skilles fra hverandre blant annet gjennom som regel forskjellig kunnskapsbakgrunn. *Leger* måtte studere ved universitetet for å få sin lisens, og kirurger måtte fra 1736 bestå eksamen ved *Theatrum anatomico-chirurgicum* i København (fra 1785: Det kirurgiske akademiet). *Empirikere* kunne være prester som hadde studert litt medisin ved universitetet eller kloke folk som hadde gått i lære hos familie eller andre kloke folk. Likevel var den utbredte behandlingen for venerisk sykdom tilsynelatende lik på tvers av disse grupperingene: kvikksølv.

Det fantes en rekke ulike behandlingstyper og det kom stadig nye varianter. Spyttkuren, også omtalt som *salivasjonskuren*, hadde lenge vært populær, mens *merkurialbrennevinet* som ble introdusert i internasjonal medisin i 1754 av den nederlandske legen Gerard van Swieten (1700–72), bredte seg fort også i Norge.²³ Spyttkuren skulle drive sykdommen ut av kroppen gjennom spyttet, en effekt som skyldtes kvikksølvbehandlingen. Innen legemedisinen på 1700-tallet ble det drøftet om dette var gunstig eller skadelig. Grunnideen var koblet til den gamle humoralpatologien der kvikksølv hjalp til å rense kroppen for *flegma*, slim. Den danske legen Christian Mangor beskrev utfordringen med behandlingen i 1767:

*Spyttkuren med Quægsølv, enten taget ind eller paasmurt i en Salve, er den almindeligste Maade at læge den paa, men denne er usikker, da den ofte ei borttager Sygdommen gandske, som kommer igjen; den er og farlig, da somme døe deraf, andre beholde ulægelige Levninger deraf deres heele Livstiid.*²⁴

Swietens merkurialbrennevin ble introdusert som en respons på bekymringene over å bruke det farlige kvikksølv for å kurere pasienter for venerisk

23 Brechka FT. Gerard Van Swieten and His World, 1700–1772. Haag: Martinus Nijhoff, 1970: 140.

24 Darelius JA. Et Land-Apothek, til Danske Landmænds Nytt, oversatt av Mangor CE. København: Bekostet af Joh. Fr. Heineck og Faber, 1767: 178. (Da uttalelsen ikke er å finne i Darelius' originaltekst, anser jeg det for å være Mangors mening).

sykdom. Den gikk ikke bort fra bruk av kvikksølv, men forsøkte å begrense mengdene, og pasienten skulle da heller ikke få kraftig spyttproduksjon av denne.²⁵

Bruken av slike kvikksølvbehandlinger var også utbredt blant empirikere, og det ble dermed kimen til å forsøke å få større kontroll med hvem som praktiserte medisin. Bylegen i Trondheim, Robertus Stephanus Henrici (1715–81), opprinnelig fra Helsingør, klaget i avisen i 1778 over at empirikeren Beret Smistad behandlet folk med salivasjonskuren.²⁶ Ved det veneriske hospitalet i Christiania ble det rapportert om pasienter som hadde salivert andre steder før de kom til sykehuset. Anne Pedersdatter Giøding fra Eidsvoll hadde tilsynelatende benyttet denne hjemme, men det er uklart om det var med hjelp av noen eller på egen hånd.²⁷ Behandlingen, eller i hvert fall det sentrale middelet i den, kvikksølv, var dermed i bruk på tvers av kunnskapsgruppene. Skillet mellom behandlere kunne heller finnes i konteksten av behandlingen, som var knyttet opp til den grunnleggende medisinforståelsen. Var årsaken til sykdommen synd og dermed en straff fra Gud, onde krefter, en kropp ute av balanse eller rammet av en 'gift', eller en kombinasjon av disse? Dette kan knyttes opp til variasjoner i konteksten av behandlingen. Restriksjoner rundt mat og aktivitet var en vanlig del av behandlingen, det samme med bruk av varme – i det mest ekstreme i forsøk på å la pasienten svette ut sykdommen. Videre kunne urter eller planter plukket i riktig månefase, bønn eller andre referanser til Gud spille en viktig rolle. Det var dermed mulighet for stor variasjon i en behandling, selv om samme ingredienser var brukt.

For lisensierte behandlere og spesielt leger, var det kun de selv som hadde riktig og grundig nok kunnskap til å mestre bruken av kvikksølv, samt til å korrekt diagnostisere pasientene med venerisk sykdom, slik at personer med lignende plager ikke unødig ble utsatt for behandlingen. Dette argumentet kommer tydelig frem i en hendelse i Danmark som fikk store konsekvenser for medisinen i Danmark-Norge. Biskopen i Århus besøkte Bjerge sogn (trolig nåværende Bjerre ved Horsens) i 1792 og tilkalte lisensierte behandlere for å utrede det han så som tegn på en stor venerisk epidemi i området, basert på utbredelsen av sadelneser og hodesår. Utredelsen konkluderte imidlertid med at svært få hadde hatt venerisk sykdom og at de synlige tegnene på sykdom heller var et spor av feilaktig behandling med

25 Brechka FT. Gerard Van Swieten and His World, 1700–1772. Haag: Martinus Nijhoff, 1970: 140.

26 Henrici RS. I: Tronhiems Kongelige allene privilegerede Adresse-Contoires Ugentlig Udgivende Efterretninger, 14.8.1778.

27 SAO/A – 10386 Kristiania stiftamt, Helsevesen, Fba/ L0001: Regnskap fra Christiania Veneriske Hospital, 1775, Anne Pedersdatter Giøding.

kvikksølv enn noen reell epidemi.²⁸ Stiftamtmanden i Århus ble brakt inn i utredningsarbeidet grunnet sitt ansvar for regionen. I desember 1793 klagde han i et brev til det danske kanselli over at han ikke hadde myndighet til å gripe inn og hindre folk fra å oppsøke slike 'kvakksalvere'. Dette satte i gang arbeidet som i september 1794 kulminerte i forordningen mot kvakksalvere.²⁹ Staten tok dermed skrittet videre fra lisenser til forbud for å kontrollere medisinsk kunnskap og praksis i Danmark-Norge. Lisensene hadde ikke nok autoritet til å sikre at folk primært oppsøkte lisensierte behandlere. Forbud ble altså tatt i bruk som et verktøy i jakten på medisinsk autoritet.

Medisinsk autoritet

Kvakksalver var, som omtalt ovenfor, en nedsettende betegnelse som kunne bli brukt mellom lisensierte behandlere vel så mye som om empirikere. Ofte dukket det opp i en konkurransesammenheng der personen skulle hevde sin egen medisinske autoritet over en annen behandler, som da legen von See og Cron omtalte apoteker Kruse og da legen Henrici omtalte empirikeren Smistad. Men mens Kruse gikk til sak og skrev svar i avisen mot sine anklagere, er det ingen tegn til at Smistad gjorde det samme. Dette kan komme av at hun ikke så behov for det, fordi folk fortsatte å oppsøke henne for medisinsk hjelp. Nettopp en del av hjertesukkene til de lisensierte behandlerne var at folk heller oppsøkte empirikere enn dem selv. Det kan indikere at lisenser for medisinsk kunnskap og praksis ikke veide spesielt tungt for befolkningen, men at det var andre kilder til medisinsk autoritet. Dette tydeliggjøres i at det var få som søkte om bevilling til å praktisere som empiriker i Norge etter innføringen av kvakksalverforordningen i 1794, i tråd med dens § 6. De hadde ikke behov for en lisens for å kunne praktisere, og det var tilsynelatende lite rettsforfølgelse av slike ulisensierte empirikere.³⁰

Som nevnt innledningsvis var det få lisensierte behandlere i Norge i første halvdel av 1700-tallet. Selv om antallet økte betydelig frem mot århundreskiftet, forble det likevel få og de bodde som regel i byene, mens over 90 % av befolkningen bodde på landet. Kanskje var det slik at folk ikke unngikk lisensierte behandlere, men at de ikke hadde lett tilgang til

28 Ehlers E. Folkesyphilis i Danmark. København: H. Koppel, 1919: 57.

29 Danske Riksarkiv, Danske Kancelli, Concepter og indlæg til Sjællandske register, 1794, no. 781, datert 20. desember 1793, signert Ove Høegh-Guldberg (1731–1808).

30 Jeg har ikke funnet noen slike saker i mitt arbeid og langt inn på 1800-tallet rapporterte legene motvilje mot å rapportere 'kvakksalvere'. Gerda Bonderup påpeker at legene i Danmark mente at myndighetene lukket øynene for de klokes praksis, eller regelrett holdt med dem. Bonderup G. De «kloge» folk og det danske samfund: Kvakksalverforordningen af 5/9-1794 og de første 30 år derefter. *Historisk Tidsskrift* 1997; 16: 275–304, 300. <https://tidsskrift.dk/historisktidsskrift/article/view/53863/72179>

disse. Behandlingen av de få søknadene som kom inn om bevilling til å praktisere medisin som empiriker etter 1794, viser tydelig at embetsmenn i landet var bevisst utfordringen med store distanser til lisensierte behandlere og la inn et godt ord for empirikere som praktiserte langt vekk fra byene. Man hadde vært bevisst dette problemet tidligere også. Spesielt ved alvorlige sykdommer, slik som venerisk sykdom, ble det satt inn tiltak for å skaffe befolkningen tilgang til det staten anså som 'korrekt' medisinsk kunnskap og behandling ved at en lege eller kirurg ble sendt til området.

I forkant av opprettelsen av det veneriske hospital i 1756, var det ansett å være en stor venerisk epidemi i Numedal og Sandsvør fogderi utenfor Kongsberg, som var større enn det legen ved bergverket kunne betjene. Etter kongelig befaling av 2. november 1751 ble medisinstudenten Georg Tycho Holm (1726–59) sendt fra København for å reise rundt i området og behandle de rammede. Dette gjorde han i to år og rapporterte at han hadde kurer hundrevis av mennesker.³¹ Også leger som allerede arbeidet i landet, reiste omkring i nærområdene ved behov, men mottagelsen kunne variere. Da «regiments sub-chirurgus» Wolhardt Christian Geismar (1736–død før 1782) besøkte Bedstad (nåværende Beitstad) i Trøndelag, gjemte de syke seg fra ham, selv da han kom tilbake en annen gang.³² Sognepresten i Selbu hadde ordnet slik at feltskjær Christian Stabel (1742–76) skulle besøke prestegården på en bestemt dag, hvor de syke i sognet skulle kunne komme og få hjelp, men ingen møtte opp.³³ Prestene mente at dette skyldtes skammen forbundet både med venerisk sykdom og radesyke, men sykdommene var ansett som såpass alvorlige at dersom behandlerne hadde autoritet og tiltro i befolkningen, kunne man vente at de gjerne ville få hjelp til å kvitte seg med sykdommen.

En annen forsøksvis løsning på distansene til lisensierte behandlere var å sende de syke til behandlerne fremfor at de skulle komme til sognet. Også her var det varierende respons. I Dolm på Hitra var det kun én av de 23 som var antatt rammet av venerisk sykdom, som var villig til å bli sendt til byen for behandling.³⁴ Om de så reiste til byen, var det heller ikke garantert at de oppsøkte den lisensierte behandleren der. Presten i Selbu kommenterte at mange av hans sognebarn hadde reist til Trondheim for hjelp, men oppsøkt empirikeren Smistad fremfor legen Henrici.³⁵ Det veneriske hospital i Christiania mottok pasienter fra hele Akershus amt, inklusive folk som

31 RA, Rentekammeret, Kammerkonseilet, Gfa/L0037: Norsk relasjon- og resolusjonsprotokoll, 1751, No 99, s. 476

32 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Bedstad (Trøndelag).

33 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Selbu (Trøndelag).

34 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Dolm (Trøndelag).

35 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Selbu (Trøndelag).

hadde søkt til kongen om midler for å komme dit, men legen der, Peter Sundius (1725–86), noterte at mange var hardt rammet da de ankom. Det kan indikere at de hadde ventet i det lengste før de søkte hjelp der. Dette underbygges av notatene i regnskapet om at flere av pasientene hadde vært til behandling og ofte brukt opp midlene sine hos andre behandlere innen de kom til sykehuset, hvor de så måtte behandles gratis.³⁶ Sykehuset var dermed ikke folks førstevalg, men heller et siste håp når alt annet var utprøvd og situasjonen ble desperat.

Kilder til autoritet

Pasientenes handlinger viser at de tok aktive valg i hvem de søkte eller ikke ønsket hjelp fra. Til tross for store distanser og begrenset antall aktører, kan man snakke om et medisinsk marked. De sykes valg og delvis unngåelse av lisensierte behandlere reiser spørsmål om hva som faktisk ga medisinsk autoritet i dette markedet. Rent pragmatisk vil man kunne forvente at tillit var viktig, spesielt når det gjaldt skamfulle sykdommer som venerisk sykdom. En behandler man kjente eller hadde kjennskap til gjennom sin bekjentskapskrets, kunne virke tillitvekkende og betryggende i slike sammenhenger, forutsatt at vedkommende hadde godt rykte på seg.

Kjønn kunne også spille en rolle. Den kanadiske historikeren Kevin Siena har påpekt at kvinnelige behandlere var en viktig ressurs for å tiltrekke spesielt kvinnelige pasienter i det medisinske markedet i London i perioden 1660–1715. Mannlige behandlere brukte eventuelle kvinnelige medarbeidere – koner, døtre og partnere – aktivt i sin avertering etter pasienter.³⁷ I lys av dette ville empirikerne stille sterkt i Norge, da mange av disse var kvinner. Likevel var ikke kjønn eller kjennskap alene grunnlag for medisinsk autoritet, det er nødvendig å søke dypere for å finne denne.

Den amerikanske historikeren Steven Shapin har formulert to kilder til kunnskapsautoritet for lekfolk, det han omtaler som *prudential expertise* og *ontological expertise*. Førstnevnte kan oversettes til *erfaringsbasert ekspertise*, da dette er autoritet basert på «accumulated experience, and the judgement that is informed by that experience».³⁸ Med tanke på empirikernes popularitet kan man forvente at de kunne ha mye erfaring å trekke på. Det bygget

36 Se for eksempel anbefalingsbrevene til Kirsti Larsdatter, Marthe Olsdatter, Anders Gunnensen og Gunil Olsdatter i hospitalets regnskap fra 1761. SAO/A- 10711 Kristiania magistrat, Helse, Ib/L0005: Regnskap fra Christiania Veneriske Hospital.

37 Siena KP. The “Foul Disease” and Privacy: The Effects of Venereal Disease and Patient Demand on the Medical Marketplace in Early Modern London. *Bulletin of the History of Medicine* 2001; 75: 199–224, 220. <https://doi.org/10.1353/bhm.2001.0097>

38 Shapin S. Trusting George Cheyne: Scientific Expertise, Common Sense, and Moral Authority in Early Eighteenth-Century Dietetic Medicine. *Bulletin of the History of Medicine* 2003; 77: 263–97, 293. <https://doi.org/10.1353/bhm.2003.0091>

opp under deres erfaringsbaserte kunnskap og autoritet innen medisin. Akademisk medisin verdsatte også erfaring som kunnskapsgrunnlag. Det er talende i den rolle eksperimenter og egne observasjoner spilte i deres medisinske praksis på 1700-tallet. Slik ekspertise var dermed gjenkjennelig som viktig for medisinsk autoritet for begge kunnskapsgruppene.

Den andre kilden til kunnskapsautoritet, ifølge Shapin, er den ontologiske. Dette dreier seg om innsikt i skjulte, underliggende strukturer som grunnlag for ens kunnskap.³⁹ Leger spesielt baserte sin posisjon over andre lisensierte behandlere i det medisinske hierarkiet nettopp på dette. De mente å ha en dypere forståelse for kroppen og sykdom enn det de andre aktørene hadde. Empirikere hadde likevel også en form for ontologisk ekspertise, men dette var ikke nødvendigvis noe som ville gjenkjennes som dette i akademisk medisin. Spørsmålet blir da om hva som var oppfattet som årsaken til sykdom. For empirikere kunne både religion og overnaturlige krefter spille en viktig rolle for sykdom. Siden venerisk sykdom var knyttet til sex og synd, kunne den ansees for å være en straff fra Gud, og det var naturlig å inkorporere Gud og botsgang som en del av kuren. Religion og overnaturlige krefter spilte en viktig rolle i store deler av befolkningens verdenssyn, behandlere med lignende forståelse ble dermed ikke nødvendigvis oppfattet som overtroiske kvakksalvere, men autoriteter med innsikt i disse skjulte underliggende strukturene. For potensielle pasienter var det logisk å oppsøke en behandler som hadde en verdens- og sykdomsforståelse som stemte overens med ens egen. Lisensierte behandlere og empirikere kunne dermed begge trekke på ontologisk ekspertise, men hvordan denne ble oppfattet var avhengig av øyet som så. Dette forklarer den makten pasientene hadde i å tilkjenne medisinsk autoritet i praksis.

De lisensierte behandlerne virker å ha vært bevisste på at de redskapene de hadde til rådighet for å hevde sin autoritet på det medisinske markedet, slik som lisenser og lovgivning, i praksis stod svakt i forhold til empirikerens ressurser, slik som likheter i verdens- og medisinførståelse og tillit til lokale aktører. Dette viser seg i hvordan lisensierte behandlere forholdt seg til empirikere. Selv om de kunne omtale empirikerne som kvakksalvere seg imellom, skjedde det sjelden i offentlige fora. De kunne da stå i fare for å skyve fra seg potensielle kunder fremfor å overbevise om sin egen kunnskap. Lisensierte behandleres tidvis prekære situasjon på det medisinske markedet varte til langt inn på 1800-tallet. I forbindelse med arbeidet med en revisjon av kvakksalverbestemmelsen på 1860-tallet kommenterte en lege i Stavanger, Henrik Lassen (1818–90), at leger ofte lot være å angi empirikere

39 *ibid.*

i sine distrikter, til tross for at de var lovpålagt å gjøre det, «af Hensyn til Opinionen».⁴⁰ Empirikerne i Norge hadde stor medisinsk autoritet lenge.

Hybriditet

Grupperingen av behandlerne på det norske medisinske markedet på 1700-tallet er hensiktsmessig nettopp for å kunne se tendensene tydeligere, men i virkeligheten var de medisinske aktørene langt mer sammenvevde og kunnskapen overlappende. Det virkelige medisinske markedet kan heller beskrives som preget av hybriditet, med ulike behandlere som lånte kunnskap og praksis fra hverandre og likeledes en befolkning som kunne ha medisinforståelse påvirket av ulike perspektiver. Overlappingen i praksis er tydelig i eksempelet med behandlingen for venerisk sykdom, hvor både empirikere og lisensierte behandlere brukte kvikksølv for å få bukt med lidelsen. Hvis vi ser nærmere på de mange aktørene, så kan vi også se kompleksitetene i markedet. Flere av prestene hadde studert medisin ved siden av teologi ved universitetet, og mye av deres kunnskap kan dermed sies å være tilknyttet akademisk medisin. Blant behandlerne som søkte om lisens til å praktisere medisin som empiriker fremgår det at for eksempel Lars Halstensen Istad hadde lest og hentet mye kunnskap fra legebøker. På den andre siden kunne også lisensierte behandlere være interessert i folkemedisin og empirikers innsikter. Legen Henrich Zetlitz (1758–1822), som endte som apoteker i Stavanger, studerte aktivt empirikers medisin og skrev en egen bok om dette og den lærdom det var å hente for akademisk medisin der.⁴¹ Den danske legen Caspar Bartholin (1585–1629) hadde allerede på 1600-tallet oppfordret sine sønner til å aktivt søke råd fra 'kællinger og barberer' for å berike sin egen kunnskap, men den skulle dog testes.⁴² Dette vitner om en sirkulasjon av kunnskap både innenfor og på tvers av grupper, men at ny kunnskap gjerne ble tilpasset til de ulike aktørenes eksisterende medisin- og verdensforståelse.

Konklusjon

Med moderne briller kan det medisinske markedet i 1700-tallets Norge fremstå som begrenset og enkelt, men en dypere innsikt i medisinsk auto-

40 Bø O. Folkemedisin og lærd medisin: Norsk medisinsk kvardag på 1800-talet. Oslo: Samlaget, 1972: 137. <https://www.nb.no/items/9530dea950143a888ecc1c71960c5986?page=137>

41 Zetlitz HAM. Afhandling om Huus- og Bonde-Raad. København: P. Horrebows Enke, 1789. <https://www.nb.no/items/34b7e59015b892588d7c96aee2018a61?page=0>

42 Bartholin T, Bruun NW, Loldrup HO. Cista Medica Hafniensis, eller Det medicinske fakultets brevkiste: som er fuld af forskelligartede råd, kure, sjældne tilfælde, biografier over københavnske læger og andre ting som vedrører anatomien, botaniken samt kemien. København: Dansk Farmaceutforenings Forlag, 1982: 85.

ritet og praksis fremviser et komplekst marked bestående av en rekke hybride aktører, der opinionen hadde vel så stor makt som staten i hvordan dette markedet fungerte i praksis. At makten til anerkjennelse av medisinsk autoritet i stor grad lå hos lokalbefolkningen bidrar til å forklare den langsomme prosessen og utfordringene lisensierte behandlere hadde med å tilordne seg den autoritative medisinske posisjonen vi kjenner i dag. Statens verktøy kunne ikke hamle opp med makten i overlappende forståelseshorisonter, tillit og gjenkjennbarhet. Til syvende og sist ble det medisinske markedet formet av dens populasjon, hvor potensielle pasienters valg var av stor betydning. I forsøk på å forstå dette medisinske markedet er disse menneskenes beslutninger og årsaksforholdene bak disse helt sentrale. Relasjoner, verdenssyn og ressurser må tas med i vurderingen for å forstå helhetsbildet.

Summary

The medical market in 18th century Norway was far more complex than a cursory overview can give the impression of. In this paper, I analyze this marketplace through venereal disease by looking at the scope of practitioners, grouped as licensed practitioners and empirics, and examine the underlying structures that gave them authority. The fear of venereal disease meant that people were willing to try different practitioners, but the fear can also be seen as a tool for licensed practitioners in their attempt to position themselves as medical authorities, as the established treatment for the disease with mercury was known to be dangerous and therefore required 'correct knowledge'. Much of the tension in the medical market and reason for the need for a law against 'quacks', introduced in 1794, can be traced to a fundamental disagreement regarding the parameters and sources of 'correct knowledge'. The key to authority was that the practitioner's medical knowledge was recognized as such by potential patients, by turning to the practitioner for help. Such authority was not in actuality possible to bestow but had to be given by those subjected to it.

Susann Holmberg
susann.holmberg@hvl.no

Susann Holmberg er førsteamanuensis i historie ved Høgskulen på Vestlandet, Sogndal. Hun har forsket på kunnskaps- og medisinhistorie, og forsvarte doktoravhandlingen Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway ved Universitetet i Oslo 2.10.2020.