

## HVA ER INDREMEDISIN?

Av Peter Hjort

Det er min oppgave å introdusere indremedisinen for de nye studenter. Det er riktig at denne forelesningen kommer først, fordi indremedisinen er moderfaget, det tre som de andre grener av medisinen er vokset ut fra, og fremdeles er det indremedisinen som på en harmonisk måte forener alle medisinsens elementer.

Hva er så indremedisin? Indremedisin er læren om de sykdommer i de indre organer som ikke kan helbredes med kniv. Den kan deles opp i sine enkelte deler: blodsykdommer, hjertesykdommer, lungesykdommer, fordøyelsessykdommer, o.s.v. Men alle disse deler utgjør en enhet, og selv om man blir «superspesialist» i en slik del av faget — som jeg er blitt — må man allikevel først og fremst være indremedisiner.

Når jeg nå skal «selge» indremedisinen til dere, kunne jeg gjøre det ved å tale nedsettende om mine kolleger i de andre fag. Men jeg vil gå den positive vei og prøve å vise at indremedisinen rommer i seg verdier som — iallfall i mine øyne — gjør den til perlen i medisinen.

Indremedisinen hviler på to søyler, den naturvitenskapelige og den menneskelige. I den gode indremedisiner er disse to søyler deler av en harmonisk enhet, men jeg vil diskutere dem hver for seg.

### 1. *Det naturvitenskapelige grunnlag.*

Dette omfatter først og fremst de nødvendige *kunnskaper* om hvordan det normale menneske er bygget og fungerer og om hvordan sykdom griper inn i disse normale funksjoner. Dessverre har det vist seg at kunnskap er en høyst forgjengelig ting. Jeg lider av en ulykkelig kjærlighet til bøker, og min bokhylle er full av verdiløse bøker som jeg har lest og er blitt glad i — og som nå er blitt foreldet. Kunnskap er som penger; den må brukes, omsettes, arbeides med for at den skal vokse

---

*Introduksjonsforelesning høsten 1965 ved Det medisinske fakultet, Oslo.*

*Julia Medicus 8, 137-148, 1965* 137

og kaste noe av seg. Og dessverre har den også det til felles med penger at den er rammet av inflasjon. De kunnskaper man skaffer seg idag er verdiløse i morgen. Det finnes rasjonelle studenter som sier at da foretrekker de å vente med å lære til i morgen. Det kjedelige er bare at dagens pasienter må behandles med dagens kunnskap. Derfor stanser aldri dette kappløpet med naturvitenskapen, og derfor er vi dømt til å studere hver eneste dag resten av vårt liv. Dels må vi skjønne den rutinemessige vedlikeholds-lesning, og for min egen del prøver jeg også *Abram Lincoln's* metode. Han var jo sakfører, og han likte ikke å lese bøker; han foretrakk å arbeide grundig med hver enkelt sak. På samme måte bruker jeg pasientene til å lære mer, for hver eneste pasient reiser problemer og avslører uvitenhet. Hva vet vi f. eks. om feber? — nesten ingenting. Og leukemi, cancer, aldersdegenerasjon — alt dette er som stikkord til sjøer av uvitenhet. Det er lenge siden *Sokrates* kom med sitt berømte hjertesukk: «Jeg har en liten fordel fremfor denne mann. Han vet intet, men han tror han vet. Jeg vet heller intet, men min lille fordel er at jeg er klar over min uvitenhet». Denne sannhet er så visst ikke mindre gyldig i dag, og ikke minst for leger. Så meget om kunnskaper.

Men — naturvitenskapelig kunnskap er én ting, enda viktigere er naturvitenskapelig *resonnement*. Og det er dette resonnement som er det sentrale i indremedisinen. Skulle jeg definere dette resonnement, må jeg si at det er overbevisningen om at et hvert fenomen må ha en naturlig årsak. Det er dette resonnement som har forandret medisinen fra trolldom til vitenskap, og det er det som får indremedisineren til å lete tålmodig og nøyaktig etter *årsaken* til de symptomer han iakttar. Det sentrale i indremedisinerens personlighet er ikke først og fremst trangen til dramatisk å *helbrede* sine pasienter; det sentrale er trangen til — jeg vil nesten si, *behovet* for — å *forstå* det som feiler pasienten.

På dette grunnlag er det lett å forstå indremedisinerens arbeidsmetode. Han samler inn alle de data han tror har betydning for problemet, han sammenholder disse data med den kunnskap han sitter inne med, han samler nye data og ny kunnskap der han skjønner det er nødvendig, han stiller alt dette sammen og resonnerer så over det hele for å finne frem til den enkleste forklaring på pasientens plager.

Jeg har lyst til å illustrere denne prosess med et eksempel fra min egen daglige virksomhet. Det kommer en eldre kvinne som klager over at hun er trett og blir fort andpusten. Hun har lenge slått seg til ro med at det er alderen, men i det siste er det blitt så meget verre at hun er blitt engstelig. Ved undersøkelsen er hun svært blek, og det kan ikke være tvil om at hun er *blodfattig*. Det er indremedisinerens oppgave

— ikke først og fremst å helbrede henne — men å forstå hvorfor hun er blodfattig.

Først må han da ordne sin kunnskap om dette problem. Han vet at pasienten er blodfattig, det vil si at hun har for få røde blodlegemer. Videre vet han at de røde blodlegemer normalt lages i benmargen. Etter at de har sirkulert i blodårene i ca. 120 dager, er de utslitt og fjernes fra blodet. Normalt er det altså en dynamisk likevekt mellom produksjon og destruksjon av røde blodlegemer, en likevekt som er slik innstillet at 1/120 av de røde blodlegemer ødelegges og erstattes hver dag. Blodmangel kan derfor skyldes tre ting: det kan lages for lite; det kan ødelegges for mye, eller blodet kan tapes ved blødning.

Med denne kunnskap går han til pasienten og spør henne først om mulighet nr. 3: har hun mistet blod på noen måte? Pasienten benekter dette, men siden han er en skeptisk mann av naturen, undersøker han om det skulle være blod i avføringen som pasienten ikke er oppmerksom på. Ved eksaminasjon og undersøkelse kan han dermed utelukke mulighet nr. 3: pasienten har ikke mistet blod.

Deretter tar han for seg mulighet nr. 2: ødelegger hun blodet fortere enn hun skal? Han vet at det røde blodfargestoffet brytes ned i organismen til et gult fargestoff, og han undersøker derfor om pasienten har unormalt meget av dette fargestoff, dels ved å se om hun er gul i hud og øyne, og dels ved å måle dette fargestoffet i blodet. Han kommer til at det er en lett økning og forfølger derfor dette sporet. Nå vet han at en normal benmarg vil svare på øket ødeleggelse av røde blodlegemer ved å øke sin produksjon for å holde blod-prosentsen oppe. Og videre vet han at de unge røde blodlegemer, de som er laget siste døgn, skilles ut og telles ved en egen fargeteknikk. Hvis blodmangelen skyldes øket ødeleggelse av blodet, skulle det derfor være forholdsvis mange unge røde blodlegemer i blodet. Han teller, og må registrere et bomskudd: det var heller færre enn 1/120, som det normalt skulle være. Dette ergrer ham, for pasienten *var* jo faktisk litt gul, og han griper derfor til et nytt trick. Han tar ut en prøve av pasientens blod og merker hennes røde blodlegemer med en radioaktiv isotop, Cr<sup>51</sup>, som har den egenskap at den kleber seg til de røde blodlegemer. Så sprøyter han dette blodet inn igjen, og med regelmessige mellomrom tar han ut en prøve av blodet hennes og undersøker hvor mange merkede blodlegemer det fremdeles er igjen. På denne måten kan han tegne opp en levetidskurve for de merkede blodlegemer, og han kommer da til at pasientens røde blodlegemer lever noe kortere enn 120 dager, men ikke meget.

Dermed har han utelukket mulighet nr. 2, eller iallfall vist at den ikke

kan være særlig viktig. Det kan derfor bare være én mulighet igjen: pasienten må lage for få røde blodlegemer. Nå vet han imidlertid at det er en rekke årsaker til en slik svikt i produksjonen. Stort sett kan de ordnes i to grupper: enten er benmargen skadet på en eller annen måte, eller den mangler byggematerialer. De viktigste byggematerialer er jern og vitamin B<sub>12</sub>, og begge kan måles i blodet. Han gjør det, og finner at pasienten har rikelig med jern, men nesten intet vitamin B<sub>12</sub>. Nå er han på sporet, for han vet at B<sub>12</sub>-mangel fører til nedsatt blodproduksjon og også til produksjon av mindreverdige røde blodlegemer som har kortere levetid enn normalt. B<sub>12</sub>-mangel kunne derfor passe med at pasienten er litt gul og med at hennes blodlegemer har litt kort levetid. Nå vet han også at disse mindreverdige blodlegemer har et annet utseende enn normalt, både i blodet og i benmargen. Derfor tar han ut prøver av blod og benmarg og undersøker dem i mikroskopet. Til sin tilfredsstillelse kan han nå se de karakteristiske forandringer som man finner ved B<sub>12</sub>-mangel eller ved *perniciøs anemi*, som denne sykdommen kalles. Behandlingen er enkel nok: når pasienten får innsprøytninger med vitamin B<sub>12</sub>, blir hun bra på noen uker.

Jeg har valgt dette eksemplet fordi det viser hvordan indremedisineren arbeider — den stadige vekselvirkning mellom kunnskap, observasjon

# FOTOKOPI <sup>A/S</sup>

Kr. Augustsgt. 5

Filial Grønlandsleret 33—35

ET STORT UTVALG I  
**KAMERAER OG FREMVISERE**  
TIL BUNNPRISER

Ansochrome og Ektachrome fremkalles på 1 dag

og resonnement. I praksis vil den dyktige indremedisiner kunne rasjonalisere hele prosessen, slik at alle disse tre hjul går samtidig og med større hastighet. Han lærer seg snarveier; han samler erfaringer; han vokter seg for å gjøre om igjen sine gamle feil. Og det er særlig én feil som er farlig: det er trangen til å tvinge ting til å passe som i virkeligheten ikke passer. Ofte er det nemlig slik at alt passer unntagen én eneste irriterende liten detalj som ikke lar seg pusle på plass. — På dette punkt vil jeg anbefale dere å lese *Sherlock Holmes*, som i virkeligheten var en kopi av den skotske indremedisiner *Sir Joseph Bell*. «Ordinære detektiver,» sier Sherlock Holmes, «har en tendens til å overse små detaljer som ikke passer. Men jeg vet at det nettopp er disse detaljer som gir meg nøkkelen til gåtens løsning.» Jeg vil anbefale dere å huske dette når dere i fremtiden kjører dere fast: let etter det som *ikke* passer.

Dette eksemplet illustrerer indremedisinerens vanlige arbeid, hans daglige brød, så og si. Det er imidlertid samme arbeidsmetode som må brukes når han kommer opp i et hjørne hvor alle utveier synes stengt, og jeg vil illustrere det med et dramatisk eksempel. For noen år siden fikk jeg sent en kveld spørsmål om å se på noen blodpreparater fra en liten gutt som skulle ha akutt leukemi. Det var meget i preparatene som passet med leukemi, men det var også noe som ikke passet så godt. Jeg ba derfor om å få høre mer om gutten, og det viste seg at han bare hadde vært syk noen få dager. Et par dager i forveien var han innlagt for et merkelig utslett som ikke så ut til å plage ham noe særlig. Om morgenen var han så funnet i dypt sjokk i sengen, med svære blødninger. Kandidaten hadde reddet hans liv ved å skjære seg inn på en vene, uten bedøvelse, for å få blodoverføring i gang. Nå var han noe bedre, men frembød allikevel et grufullt syn med veldige svarte hudblødninger og stadige blodbrekninger. Ingen av oss hadde sett noe slikt før, og vi var alle overbevist om at han var døende. Nå finnes det megen kunnskap om årsaker til blødninger, og i løpet av et par timer gikk vi metodisk gjennom dem alle. Til slutt var det bare én mulighet igjen, en sykdom vi aldri hadde sett. Den skyldes at blodet levrer seg i de små vener, slik at arteriene pumper blodet ut i vevet. Den eneste måte å stanse sykdommen på er derfor å hindre blodet i å levre seg. Vi gjorde det, og gutten ikke bare overlevde; han ble helt frisk og har vært det siden.

Hvorfor er det så viktig å forstå mekanismen bak sykdommene? Det skyldes at de indremedisinske sykdommer ofte er innviklet og langvarige. Det er bare sjelden at man kan oppnå en rask suksess. Derfor kan man ikke basere seg på et raskt og sjansepreget felttog, og derfor er det

nødvendig å bruke alle midler for å forstå fullt ut det problem man har påtatt seg å løse.

Dette er det naturvitenskapelige grunnlag, den ene søyle som indremedisinen hviler på. Det er rasjonelt, intellektuelt, nøkternt, skeptisk, kaldt resonnement. Her finnes ikke humanisme, ikke følelser, ikke varme, ikke hjerte — bare en hjerne som tenker klart og logisk, som kan det den skal kunne, og som ikke lar seg avspore av noe uvedkommende. Dette er det engelskmennene kaller «*competence*»; kyndighet, må vi kalle det.

## 2. Det menneskelige grunnlag.

Og allikevel er dette bare halvparten av indremedisinerens verden. Den annen halvpart er den menneskelige. Jeg valgte mine eksempler ovenfor med omhu, for å renfremstille den naturvitenskapelige halvpart av indremedisinen. Dette ville vært det hele, hvis mennesket hadde vært en standardisert elektronisk robot, uten håp eller mismot, uten kløkt eller tåpelighet, uten ambisjon eller dovenskap, uten offervilje eller egoisme. Da hadde indremedisineren vært en reparatør og ikke lege; han ville beskjeftiget seg med sykdommer og ikke med syke mennesker.

Hvordan griper så disse forstyrrende menneskelige egenskaper inn i det naturvitenskapelige maskineri som vi har lært oss å håndtere? Svaret er at det griper inn på uendelig mange måter, i hver eneste pasient, i alt vi gjør. Jeg vil prøve å vise det ved å nevne noen typiske eksempler igjen.

Først er det selve våre naturvitenskapelige *observasjoner*. De forstyrres av at både pasient og lege er mennesker. Tenk dere innlagt på et sykehus, sittende halvnaken i en kommunal pyjamas i et ukoselig undersøkelsesrom. Kandidaten skal ta opp sin sykejournal, og han sitter på spranget med diktafonen i hånden. En god journal skal begynne med opplysninger om pasientens familie. Kandidaten har liten tid; han gir seg ikke tid til å presentere seg, men fyrer straks av åpnings-spørsmålet: «Hva døde Deres far av?» Denne åpning skaper jo ikke noen gunstig atmosfære, og det er ille. Det er nemlig slik i indremedisinen at *sykehistorien* er 9/10 av arbeidet, fordi det er den som skal sette en på rett vei. Resten er ofte bare rutinearbeid som skal stadfeste den teori man danner seg etter å ha tatt opp sykehistorien. Det er imidlertid ikke lett å få en god sykehistorie. Først og fremst må man få menneskelig kontakt med pasienten; man må faktisk like pasienten. Ofte kan det være avgjørende momenter som man må ane seg frem til; ofte kan det være ting pasienten ikke forstår har noen betydning, eller ting han kvier seg for å snakke om, eller ting

han bevisst prøver å skjule, og ofte drukner det viktige i en strøm av uviktige opplysninger. Det er en tendens blant leger til å undervurdere pasienten, og ofte kastes bort verdifull tid fordi sykehistorien er ufullstendig eller misvisende. Forleden så jeg en kvinne som hadde søkt mange leger for tretthet. Hun fikk forskjellige styrkemedisiner eller nervemidler, fordi hun ofte gråt av fortvilelse over sitt arbeid. I løpet av samtalen fortalte hun at hun en gang hadde vært norgesmester på skrivemaskin, og da endelig gikk det opp for meg at det måtte feile henne noe mer håndfast enn bare «nerver». Det viste seg da også at hun hadde nedsatt stoffskifte — myxødem, en sykdom som er lett å helbrede.

Dette eksempel illustrerer et annet punkt også. Jeg har funnet at legene kan deles i to grupper: de positive og de negative. De positive er innstillet på at det feiler pasienten noe; de er alltid på jakt etter et problem. De negative er innstillet på at det enten ikke feiler pasienten noe, eller i høyden «noe med nervene». Jeg vil anbefale den første innstillingen. Den gjør livet mer spennende, og man finner som regel noe — selv om man av og til går i vannet.

Det neste punkt er *behandlingen*. Kirurgene behandler bevisstløse pasienter; indremedisinerne må snakke med sine pasienter. Bare i de færreste tilfeller kan man helbrede indremedisinske sykdommer med piller eller sprøyter med garantert virkning. Svært ofte dreier det seg om langvarige sykdommer, og det er legens oppgave å *forklare* pasienten problemet og lære ham å leve med sykdommen så godt det lar seg gjøre. Dette er en pedagogisk oppgave som krever tid og omtanke, takt og hensynsfullhet. Noen leger forklarer ingenting, og dere har formodentlig hørt historien om den pasienten som trodde at legens taushetsplikt også omfattet pasienten. Andre leger innvikler seg i lange og tekniske forklaringer som forvirrer og bekymrer pasienten. Det er nødvendig å trene seg opp til å kunne bedømme en pasient, slik at han får en forklaring som svarer til hans behov, ikke bare en standardisert gramfonplate. Pasienter har svært forskjellig behov. Det fortelles om en gammel tuberkuloselege at han beroliget en bekymret pasient ved å slå ut med hånden og si: «Dette kan De ta med ro. De har bare 4 små baciller, og de er hanner alle sammen!» Dette passet denne pasienten. Andre krever presise og pinlig korrekte forklaringer. Det er legens oppgave å vurdere dette med visdom og omtanke. Moderne indremedisinsk behandling er ofte risikabel og innviklet. Det er derfor helt nødvendig at pasienten *forstår* hva man søker å oppnå, slik at han blir legens aktive medarbeider, ikke bare en passiv pillesluker.

Dette bringer meg til et nytt problem, og det er de *dødelige sykdommer*. Mange av de indremedisinske sykdommer er uheldelige, og legen tvinges til å ta standpunkt til det vanskelige problem som gjelder hva han skal si til slike pasienter og til deres slektninger. Dette er et problem som er prinsipielt uløselig, et problem man aldri blir ferdig med. Det er en tendens til å ville skåne pasienten — og seg selv, ved å holde pasienten hen med vennlig snakk. Mange foretrekker også å fortelle sannheten til slektningene, men ikke til pasientene. Jeg omgås med mange pasienter som har dødelige blodsykdommer, og erfaringen har lært meg at det oftest er best å fortelle sannheten til pasientene. Men før man gjør det, må man stille seg tre spørsmål. Kan jeg være *helt* sikker på diagnosen, eller kan jeg ha tatt feil? Når bør jeg fortelle sannheten — i dag, i morgen eller først om et år? Hvordan bør jeg fortelle sannheten — rett ut eller bare som en antydning? Man skal vokte seg for å ta fra pasienten *alt* håp, for liv uten håp er en meningsløshet. Og livet kan ofte være merkelig: nye og uforutsette momenter *kan* dukke opp. For mange år siden så jeg en pasient som fortalte meg at han hadde hatt pernicios anemi siden 1924. Det var like etter eksamen, så jeg husket at det var først i 1926 at *Minot & Murphy* innførte leverbehandlingen av denne tidligere

## Tidsskrift for Den norske lægeforening

Telefon: 56 25 95

Inkognitogt. 26, Oslo

Kontortid: 9—15

Abonnement for medisinske studenter kr. 40,- pr. år. Abonnement tegnes i sekretariatet, Inkognitogt. 26, Oslo.



dødelige sykdom. Jeg sa derfor at han nok måtte huske feil, men da smilte han og fortalte at hans lege hadde holdt liv i ham med blodoverføringer i de første årene. Dette gjorde et særlig inntrykk på meg, fordi hans lege var min bestefar, og jeg tenker ofte på dette når jeg er tilbøyelig til å gi opp en tilsynelatende håpløs behandling.

Det bør større krefter i alminnelige mennesker enn de fleste av oss aner. Vi så det under krigen, og vi ser det under sykdom. De fleste mennesker tåler å høre sannheten, og som regel er det lettere å bære sannheten enn en stadig uvisshet. For en stund siden fortalte jeg en mann at han hadde en dødelig sykdom, og jeg forklarte ham det jeg visste om sykdommen. En stund senere kom han tilbake for å fortelle at han hadde det godt. «Jeg tror jeg er vokset på dette,» sa han, «og nå har jeg tid til å glede meg over små ting som jeg overså før.» Men jeg har også tatt feil: jeg har f. eks. sett en mann bli narkoman etter at jeg fortalte ham at han hadde kreft. Derfor finnes det ingen patentløsning på dette problemet. En regel står fast, tror jeg, og det er at man ikke skal lyve. Men det er mange måter å fortelle sannheten på, og det hører med til vår oppgave å finne frem til den rette måten for hver pasient.

Det er legens oppgave å kjempe mot døden, men ofte må man spørre om det ikke bør settes en grense for denne kamp. Med moderne teknikk kan man ofte redde liv, men det hender at pasienten blir i grenselandet mellom liv og død. På en nattevakt kom det inn en eldre kvinne som hadde fått slag i sitt barnebarns konfirmasjonsselskap. Hun var bevisstløs og ble lagt i respirator. En stund senere døde hun, men respiratoren fortsatte å gå, og hun ble ikke blek — før vi til slutt måtte slå av respiratoren. Denne pasient døde fordi hjertet til slutt stoppet, men det hender at det er vanskelig å vite hva man skal gjøre. Det hender at vi vedlikeholder et liv som synes meningsløst eller endog uutholdelig. Er dette rett, eller gis det til slutt en grense hvor legen ikke lenger bør kjempe mot døden, men heller gjøre hva han kan for å lette døden? Dere finner ikke svaret på dette i noen bok, hverken i Bibelen eller i Norges Lover. Hver og én av oss må søke svaret i sin egen samvittighet, ikke én gang for alle, men hver eneste gang på nytt.

En ting er det viktig å huske: man *oppgir* aldri en pasient, selv om han skal dø. Det er enda meget å gjøre for å lindre hans plager og trøste hans pårørende. Dette er i virkeligheten en av legens største oppgaver, iallfall i mine øyne. Derfor skal dere fortsette å se til en pasient også etter at alt håp er ute.

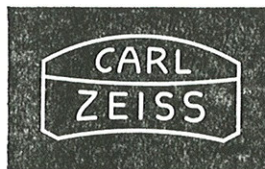
Enda en ting vil jeg nevne, og det har med *tillit* å gjøre. Jeg vet

mange leger som nøkternt og vitenskapelig forklarer pasienten hvilke muligheter som foreligger og deretter overlater resten til pasienten selv. Jeg tror dette som regel er galt, for pasienten prøver allikevel å velge det han tror legen mener er det beste. Derfor tror jeg det er bedre å gi konkrete råd, f. eks. slik: «Etter mitt skjønn bør De nå la Dem operere for denne sykdommen». Det har hendt meg at mitt råd har vært galt, men jeg tror allikevel at mitt skjønn er bedre enn pasientens. Og jeg har aldri opplevet at en pasient har bebreidet meg at jeg tok feil, hvis han hadde tillit til at rådet var gitt etter beste skjønn. Jeg tror ikke vi trenger noen ansvarsforsikring hvis vi tar oss tid til å vinne pasientenes tillit.

Dette er det *menneskelige* grunnlag, den annen søyle som indremedisinen hviler på. Dette grunnlag er ikke rasjonelt; det har med følelser, karakter, intuisjon og menneskelig varme å gjøre. Dette er det engelskmennene kaller «*compassion*» — medfølelse eller medmenneskelighet.

### 3. *Syntesen.*

Disse to grunnlag — «competence» og «compassion» — er vevet inn i hverandre. Det er ikke slik, som noen tror, at de er skilt i tid og sted, f. eks. slik at diagnosen krever kyndighet og behandlingen medfølelse. Poenget er at de utfyller hverandre — hele tiden. Første gang De ser en pasient, måler De ham med øynene, registrerer hans håndtrykk, hans måte å føre seg på, hans språk og minespill. Men samtidig lytter De til følelsene bak hans ord, aner Dem frem til hans usagte bekymringer. Og til slutt får De et bilde av *hele* pasienten og hans sykdom — hver av de to halvparter av dette bilde er alene ikke nok.



*Symbolet for verdensberømt optikk*

**LORENTZ E. GJERSØE A/s**

Kongens gt. 2 - Oslo 1 - Tlf. \* 20 17 14

Det er denne *syntese* som er selve indremedisinen. Sir *William Osler*, kongen blant indremedisinerne, sa det meget enkelt: «Den gode lege trenger en kald hjerne og et varmt hjerte.» En av delene er ikke nok. Den kalde lege, om han er aldri så dyktig, bør ikke bli indremedisiner. Men man kan heller ikke erstatte kyndighet med menneskelig varme og enda mindre med føleri. I en kritisk situasjon foretrekker de fleste å få sitt liv reddet av en koldblodig og uforskammet tekniker, heller enn å få det ødelagt av en snill, men uduelig filosof. Det er denne vekselvirkning som fascinerer meg ved indremedisinen, det stadige skifte mellom nøktern, vitenskapelig analyse og medmenneskelighet. Det er dette som gjør at indremedisinen riktignok er applisert biologi, men samtidig noe meget mer. Den er hverken et kall eller en profesjon; den er begge deler på samme tid.

#### 4. *Medisinsk forskning og klinisk medisin.*

Til slutt vil jeg si noen ord om et problem som i mine øyne holder på å sprengte medisinen i to.

Jeg vet ikke om dere kjenner den engelske forfatter *C. P. Snow*, som skriver om de to kulturer i vår tid: den teknisk-naturvitenskapelige og den humanistiske — teknoter og kultister, kaller dansken *Kumbel* dem. *Snow* er selv fysiker og forfatter og tilhører begge kulturer. Hans påstand er at det er oppstått en kløft mellom disse to kulturer, og det tragiske er at de hver for seg er meningsløse eller iallfall svært ufullstendige. Vår verden kan ikke unnvære *Newton* eller *Einstein*, men heller ikke *Aristoteles* eller *Goethe*.

Jeg tror at den samme utvikling er i ferd med å spalte medisinen i to. Den ene del er preget av forskning, apparatur og forsøksdyr, den annen del av praktisk medisin og syke mennesker. For bare noen få år siden var den første forbeholdt noen få, rare og underbetalte forskere, den annen trakk til seg legen med stor *L*, og det var han som hadde tillit, posisjon og beundring. Idag er dette på vei til å bli snudd om. I dag er det forskningen som trekker med sine fantastiske muligheter, og det er ikke lenger noen rekruttering til alminnelig praksis. Det er lett å merke denne innstilling blant folk, og også blant leger. «Det er fint å arbeide på sykehus, hvis det bare ikke hadde vært pasienter der», er en spøk som inneholder en god del virkelighet. Karrièren går gjennom forskningen, og det er ofte personlige ambisjoner og ikke medfødt forskertrang som er motivet bak forskningen.

Etter hvert er det blitt fler og fler leger som vil studere rotter, og

færre og færre som vil arbeide med syke mennesker. Meget snart vil man også finne at rottetoktoren har høyere sosial prestisje enn menneskelegen. Dette er faktisk en viktig årsak til legemangelen i vårt land, og iallfall en årsak til at det nå skjer en flukt fra praksis og over til instituttene. Selvfølgelig er forskning viktig og nødvendig, men det er også nødvendig å sørge for våre pasienter. Poenget er at vi trenger både forskning og klinisk medisin. Det ene er hverken «finere» eller viktigere enn det andre, og det ville være en ulykke om de to kulturer skulle skille lag i medisinen. Mange av dere *vil* bli forskere, og mange av dere *bør* bli forskere, men dere bør allikevel huske at det er *medisin* dere har begynt å studere, ikke bare biologi.

Det er en alminnelig erfaring at unge medisinere er idealister, men de de-idealiseres i løpet av studiet, og på slutten av studiet har enkelte større interesse for bilmerker enn for medisin. Dette er en sørgelig utvikling, og jeg vil ønske at dere kunne beholde idealismen, både i forskningen og i klinikken, slik at dere treffer valget om fremtidsvei ut fra det dere har lyst til og evner for — og ikke ut fra alskens andre motiver. *Kipling* har sagt dette bedre enn jeg kan si det: «Every man must be his own law in his own work». — Og så vil jeg ønske dere lykke til i det beste av alle studier.

*Et langtidsvirkende sulfonamid*

**KIRON**

God virkning  
lav dosering  
god toleranse

tabletter  
dråper  
ampuller

**SCHERING A. G. BERLIN** 

Representasjon:

**BARFODS FARMACEUTISKE A/S**

Huitfeldtsgt. 9 Oslo  
Tlf.: 56 30 53 - 56 43 00