

Saara-Maija Kontturi

PARANTAJAT JA TIETEENTEKIJÄT

Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun

Suomen historian pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Historian ja etnologian laitos

Maaliskuu 2014

Tiedekunta – Faculty Humanistinen tiedekunta	Laitos – Department Historian ja etnologian laitos
Tekijä – Author Saara-Maija Kontturi	
Työn nimi – Title Parantajat ja tieteentekijät. Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun.	
Oppiaine – Subject Suomen historia	Työn laji – Level Pro gradu -tutkielma
Aika – Month and year Maaliskuu 2014	Sivumäärä – Number of pages 103
<p>Tiivistelmä – Abstract</p> <p>Piirilääkärilaitoksen perustaminen oli eräs niistä Ruotsin valtakunnan valtiojohtoisista toimenpiteistä, joilla pyrittiin kohentamaan sotien ja kulkutautien seurauksena harventuneen väestön terveydentilaa. Sen myötä valtakuntaan asetettiin ensimmäiset yliopistokoulutetut alueelliset lääkärit. Piirilääkäreillä oli etuoikeus virkansa harjoittamiseen, ja he olivat velvollisia raportoimaan toiminnastaan lääkintäkollegio Collegium Medicumille.</p> <p>Tässä tutkimuksessa selvitetään piirilääkäreiden ammatillista toimenkuvaa ja heidän tapansa käsittää sairaudet ja hoitaa niitä. Lähteinä ovat piirilääkäreiden laatimat vuosikertomukset Collegium Medicumille vuodesta 1769 vuoteen 1809. Vuosikertomukset ovat raportteja piirilääkäreiden virkavelvollisuuksista, etupäässä heidän hoitamistaan potilaista ja toimenpiteistä kulkutautiepidemioiden hillitsemiseksi. Piirilääkäriin viran luonnetta, merkitystä ja mahdollisia haasteita käsitellään professionäkölkulmasta. Sairauskäsityksiä selitetään laadullisen analyysin ja hermeneuttisen menetelmän keinoin, ja niitä tukevat lääkäreiden käyttämän kielen, erityisesti sairauksien nimien ja lääketieteen käsitteiden analyysi diskurssitasolla.</p> <p>Piirilääkäreiden tärkein tehtävä oli sairaiden hoitaminen, ja vaikka heidän potilasmääränsä olivat rajallisia suurien toiminta-alueiden vuoksi, he tarjosivat kansalle yhden hoitovaihtoehdon kansanparannuksen rinnalle. Kyse oli myös kilpailusta ja vastakkainasettelusta epävirallisten parantajien kanssa, mutta lääkärit saattoivat hyväksyä heidän toimintatapansa, jos katsoivat ne asianmukaisiksi. Rahvaan ennakkoluulot lääkäreitä kohtaan kuitenkin rajasivat potilaat enimmäkseen säätyläisiin. Viranhoito oli pääosin sujuvaa, vaikka muutamat lääkärit valittivatkin vaivalloisista virkamatkoista ja palkan riittämättömyydestä kuluihin nähden.</p> <p>Piirilääkärit olivat myös tieteilijöitä ja siten lääketieteen kehittäjiä. Heidän hoitomenetelmänsä ja sairauskäsityksensä pohjautuivat yhä antiikinaikaiseen oppiin kehon nesteistä ja niiden tasapainosta, mutta sitä täydentämässä oli useita rationaalisen päättelyn muovaamia teorioita. Selityksiä sairauksille etsittiin nesteiden lisäksi esimerkiksi luontaisesta alttiudesta, säästä ja tartunta-aineista. Monet yleiset sairaudet tarjosivat mahdollisuuksia myös empiirisille havainnoille, ja hoitokeinojen toimivuutta arvioitiin vertailemalla. Vaikka lääkkeet ja hoidot olivat usein potilaille raskaita, lääkärit raportoivat useimpien parantuneen. Hoidon teho omassa viitekehityksessään selitty suurilta osin sen kulttuurisella ja psykologisella merkityksellä.</p>	
Asiasanat – Keywords piirilääkärit, professio, sairauskäsitykset, lääketiede, parantaminen, hermeneutiikka	
Säilytyspaikka – Depository	
Muita tietoja – Additional information	

Sisältö

1	JOHDANTO	1
1.1	Tutkimustilanne.....	1
1.2	Collegium Medicum ja piirilääkärijärjestelmä.....	5
1.3	Tutkimustehtävä	8
1.4	Lähteet	11
2	AMMATTINA PIIRILÄÄKÄRI.....	14
2.1	Lääkärintoimen tehtävät	14
2.2	Parantaminen vs. lääketiede	17
2.3	Potilaat.....	21
2.4	Ongelmat	26
3	LÄÄKÄRI KOHTAA SAIRAUDEN.....	32
3.1	Tartunnan ehkäiseminen.....	32
3.2	Tutkimus ja diagnoosi	35
3.3	Mekaaniset hoitomenetelmät ja kirurgia	38
3.4	Lääkintä.....	40
4	TARTUNTATAUDIT	45
4.1	Kuumeet	45
4.2	Hengitystieoireiset kulkutaudit.....	49
4.3	Vatsaoireiset kulkutaudit.....	52
4.4	Rokot	54
4.5	Sukupuolitaudit ja lepra.....	58
5	VAMMAT, SISÄTAUDIT JA MIELENTERVEYS	64
5.1	Vammat ja haavat.....	64
5.2	Sisätaudit, tulehdukset ja reumat.....	66
5.3	Mielenterveyden ongelmat	69
5.4	Epilepsia	74
6	LÄÄKÄRIT OSANA LÄÄKETIETEEN KEHITYSTÄ.....	77
6.1	Taudin luonne.....	77
6.2	Taudinaiheuttajat ja tarttuvuus	79
6.3	Oppineisuus ja tieteellinen kehitys.....	84
6.4	Hyötyikö potilas?	87
7	PÄÄTÄNTÖ	93
8	LÄHTEET.....	97

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimustilanne

1700-lukua on pidetty Euroopan lääketieteen historiassa medikalisaation vuosisatana. Yhtäältä se on tarkoittanut erilaisten parantajien vaikutusvallan kasvua, toisaalta tavallisen kansan parantuneita mahdollisuuksia erilaisiin hoitoihin. Järjestelmällisestä kehityksestä huolimatta itse opinala edistyi hitaasti. Lääketieteen teoriat periytyivät antiikista ja hallitsivat parantamista pitkälle 1800-luvulle saakka.¹ Pohjois-Euroopassa lääketieteen uudet haparoivat askeleet otettiin Keski- ja Etelä-Euroopan maiden perässä. Esimerkiksi rokotukset aloitettiin jo 1700- ja 1800-lukujen vaihteessa, mutta läpimurtoja saatiin odottaa pitkään. Käytännössä lääketiede mullistui vasta 1800-luvun lopulla, kun mikrobiologia vastasi vihdoin niihin sairauksien syntyä koskeviin kysymyksiin, jotka olivat siihen saakka estäneet kokeellisesti testattujen lääkintä- ja hoitomenetelmien kehittämisen.

1700-luvulla sairaanhoito alkoi olla monessa maassa järjestäytyneenä ja valtiojohtoisena. Ruotsin valtakunnassa terveydenhuoltoon kiinnitettiin yhteiskunnallista huomiota, kun suurvaltasotien heikentämä väestö harveni entisestään toistuvien ja ankarien tautiepidemioiden seurauksena. Sairaanhoidon järjestämisestä tuli osa väestönkasvuun tähtäävää väestöpolitiikkaa.² Vuoden 1756 valtiopäivillä päätettiin, että valtakunnan jokaiseen lääniin oli asetettava piirilääkärin virka. Piirilääkärit (*provinsialläkare*, lat. *provincial medicus*) olivat yliopistokoulutuksen saaneita lääkäreitä, joille määrättiin oma toimialue. Valtiopäivien päätöksen tarkoituksena oli asettaa koulutettu lääkäri myös niille seuduille, joilta se oli puuttunut. Virkojen asettamista oli vaadittu jo vuoden 1688 lääkintäjärjestyksessä, mutta piirilääkäreitä oli vuonna 1738 valtakunnassa vain 12, Suomen puolella ei vielä ensimmäistäkään.³ Vaikka virat täyttyivät hitaasti, piirilääkärilaitosta on pidetty eräänä

¹ Vuori 1979, 97–98; Spary 2011, 86.

² Hjelt 1891, 155–159; Kallioinen 2009, 178–179.

³ Johnsson 1928, 8; Kallioinen 2009, 190–193.

merkittävimmistä lääketieteen edistysaskelista 1700-luvun Ruotsissa.⁴ Siihen nähden sitä on tutkittu hyvin vähän.

Tämä on tutkimus piirilääkäreiden toiminnasta ja sen heijastelemasta lääketieteen ja parantamisen kehityksestä Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun, tarkemmin vuodesta 1769 vuoteen 1809. Terveiden ja parantamisen historia on ollut nouseva suuntaus, ja uudet laadulliset näkökulmat ovat monipuolistaneet tutkimuskenttää tilastollisten ja demografisen näkökulmien pitkän hallitsevuuden jälkeen. Myös lääketiede on osoittanut uudenlaista kiinnostusta tautien historiaan⁵. Sairauksien historia onkin edelleen näkyvä osa modernia lääketiedettä esimerkiksi tautinimistössä: historiallisia, aikanaan ei-tieteellisin perustein annettuja taudinnimiä ei ole yleensä korvattu tieteellisesti kuvaavammilla nimityksillä, vaan vakiintuneet nimet ovat saaneet säilyttää asemansa. Nimien harhaanjohtavuuden vuoksi lääketieteellä onkin usein tarpeen tarkentaa, että konventionaalinen nimi ei vastaa taudin kliinistä kuvaa: esimerkiksi rokkotauteja kutsuttiin (ja kutsutaan) yhteisesti rokoiksi niiden aiheuttamien ihottumien vuoksi, ei siksi että niillä olisi yhteinen tai samansukuinen aiheuttaja. Siten nimet kertovat omaa tarinaansa menneistä sairauskäsityksistä.

Tutkimuksessa paljon käytetyt kuolinsyytilastot ovat tarjonneet hedelmällisen aineiston sairauksien historiaan, mutta kun kyseessä on vain lista taudeista, joihin ihmisten katsottiin kuolleen, huomiotta on jäänyt lähes kaikki muu sairauden ympärillä: tartunta, potilas, taudin kokemus, lääkäri ja hoito. Lisäksi laadullisetkin näkökulmat ovat keskittyneet lähinnä läpimurtojen ja nykyistä lääketiedettä kohti vievän kehityskulun korostamiseen, jolloin tutkimatta on jäänyt paljon rinnalla eläneitä käsityksiä, tai vaihtoehtoisesti ne on nähty toissijaisina tai merkityksettöminä niiden nykynäkökulmasta virheellisten käsitysten vuoksi⁶. Kaikki nämä käsitykset, olivat ne edistyksellisiä tai eivät, kertovat kuitenkin paljon esimodernin ihmisen ajattelusta, ja valikointi ”oikeiden” ja ”väärin” ajattelutapojen tutkimisen välillä johtaa helposti yksipuoliseen, jopa vääristyneeseen kuvaan, joka ei palvele pyrkimystä ymmärtää kokonaisuutta. Kehitys on nähtävä yhtenäisenä jatkumona, johon mahtui niin harha- kuin edistysaskelia.

⁴ Peldán 1967, 106; Kallioinen 2009, 190–192.

⁵ Kallioinen 2009, 15. Tunnettuja sairauksien historiasta kirjoittaneita lääkäreitä ovat esimerkiksi Heikki Vuorinen ja Arno Forsius.

⁶ Eilola 1999, 96.

Tässä tutkimuksessa pureudutaan laadullisin menetelmin piirilääkärin ammattiin ja niihin sairauskäsityksiin, joihin heille opetetut ja heidän itsensä valitsemat toimintatavat perustuivat. Koska päämäärä on historiallisten oppien ja mentaliteettien ymmärtämisessä, ei niinkään tautien itsensä hahmottamisessa, lääketieteellinen näkökulma on mukana vain vertailupohjana ja kontekstina – perinteisesti lääketieteen historian tutkimus on ollut vertailevaa. Lähestymistapa on siten kulttuuri- ja mentaliteettihistoriallinen ja oppihistoriallinen.

Koska piirilääkäreitä koskevaa tutkimusta on vähän, on tarpeen luoda kokonaiskuva piirilääkäreiden toiminnan muodoista ja niitä ohjanneesta sairaus- ja terveysajattelusta. Joitakin biografioita on tehty, mutta järjestelmän alkuvaiheet ovat suurilta osin pimennossa: kattavimmat tutkimukset koskevat lähinnä 1800-luvun jälkipuoliskoa ja sen jälkeistä aikaa. Suuri osa piirilääkäreitä koskevasta tutkimuksesta on jo hyvin vanhaa. Gunnar Johnsson teki vuonna 1928 biografiakokoelman *Suomen piirilääkärit 1749–1927*, ja piirilääkärilaitosta sivutaan muutamissa ruotsalaisissa ja suomalaisissa lääketieteen historian yleisteoksissa⁷. Kattavimmin siitä on kertonut Otto E. A. Hjelt massiivisessa kolmen osan sarjassaan *Svenska och finska medicinalverkets historia 1662–1812*, joka ilmestyi jo vuosina 1891–1893.

Tuoreemmasta tutkimuksesta on esimerkkinä Sofia Ling, joka on käyttänyt tutkimuksessaan *Kärringmedicin och vetenskap – Läkare och kvacksalverianklagade i Sverige omkring 1770–1870* (2004) piirilääkäreiden vuosikertomuksia 1800-luvun puolivälistä alkaen. Tutkimus käsittelee kansanparantajien ja virallisen lääketieteen välistä suhdetta. Myös Henrik Sandblad esittelee teoksessa *Världens nordligaste läkare – Medicinalväsendets första insteg i Nordskandinavien 1750–1810* (1979) muiden pohjoismaisten lääkärin ohella muutamia Ruotsin piirilääkäreitä ja heidän työnkuvaansa 1700-luvun puolivälistä 1800-luvun alkuun. Varsinaisia lääkäribiografioita on muutamia, niistä esimerkkinä Niilo Pesosen *Piirilääkärinä Suomessa 1800-luvulla* (1990). Suomalaisessa tutkimuksessa on huomioitu erityisesti Suomen ensimmäinen piirilääkäri Rudolf Hast ja Johan Haartman, joka kunnostautui mm. Turun akatemian ensimmäisenä suomalaisena lääketieteen professorina ja Ruotsin valtakunnan ensimmäisen rokonistutuksen tekijänä⁸.

⁷ Esim. Hjelt 1892; Lindroth 1978 & 1981; Hirvonen 1987; Pesonen 1980.

⁸ Kallioinen 2009, 57–58, 60–61. Viitattu Arno Forsiuksen artikkeleihin ”Haartman, Johan” ja ”Hast, Rudolf” teoksessa Suomen kansallisbiografia 3 (2004).

Tartuntatautien historian tutkimus on tukena piirilääkäreiden tautikuvauksia tarkasteltaessa. Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty erityisesti Heikki Vuorisen teosta *Tauti(n)en historia* (2002) ja Mika Kallioisen tutkimusta *Rutto ja rukous. Tartuntataudit esiteollisen ajan Suomessa* (2009), jotka molemmat pureutuvat ihmisen yhteisloon monenkirjavien tautien kanssa. Mukana on myös lääketieteellisiä tutkimuksia, joiden avulla voidaan arvioida ja vertailla menneitä ja nykyisiä parantamisen toimintatapoja.

Aikana, jolloin terveydentilaan saatettiin vaikuttaa huomattavasti vähäisemmin ja tehottomammin keinoin kuin nykyisin, sairastuminen oli voimakkaammin elämäntapa määrittävä tapahtuma, nykyistä useammin myös elämän ja kuoleman kysymys. Kun kulkutautien ja muiden sairauksien ehkäisemiskeinoja tunnettiin rajallisesti ja sairaudet olivat tästä syystä yleisempiä, ei luultavasti ollut ihmistä, jonka elämässä sairaus ei olisi ollut merkittävässä roolissa, joko itsellä tai läheisellä. Sairauksien ja parantamisen historia on siten olennainen osa menneisyyden ihmisen elämästä piirtyvää kokonaiskuvaa. Sairauksille nykyisin annetut merkitykset poikkeavat suuresti menneistä, jolloin kaikkea menneisyyden terveyttä koskevaa tietoa on tarkasteltava näistä erilaisista lähtökohdista käsin. Ennen kuin niitä voidaan hyödyntää, niitä on pyrittävä ymmärtämään, joten aihetta koskeva tutkimus puoltaa paikkaansa.

Yhteiskunnallisista prioriteeteista kertoo jo se, että vasta väestöpoliittiset kysymykset olivat aikanaan riittävä peruste järjestelmälliselle sairaanhoidolle: sitä ennen kansa oli ollut tautiensa kanssa pitkälti omillaan. Toisaalta juuri väestöpoliittinen motiivi mahdollisti väestönkasvun ja kehityksen, jota ilman Ruotsi ja sen osana Suomi eivät olisi kehittyneet nykyisen kaltaisiksi yhteiskunniksi⁹. Se, millä tavoin sairaus on koettu yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen kriisin lisäksi myös henkilökohtaiseksi, subjektiiviseksi ja kokemusperäiseksi ilmiöksi on eräs peruskysymyksistä pyrittäessä muodostamaan kokonaiskuvaa sairauskäsitysten muutoksista ajasta toiseen. Siten on tarpeen tarkastella paitsi parantajia, myös parannettavia ja näiden kahden ryhmän keskinäistä suhdetta.

Etiologiset selitykset on perinteisesti jaettu ns. personalistisiin ja naturalistisiin. Personalistisella tarkoitetaan käsitystä, jonka mukaan sairaus oli jonkin tietoisien toimijan aikaansaama, esimerkiksi Jumalan rangaistus tai toisen henkilön toiseen kohdistama aggressio. Yksilön oma toiminta ja asema vaikuttivat sairastumiseen. Naturalistisen käsityksen mukaan sairaus voitiin selittää yksilöstä riippumattomilla syillä, ”luonnollisesti”. Luokittelu ei ole

⁹ Kallioinen 2009, 11–12.

ongelmaton tai poissulkevan kaksijakoinen, koska sairauskäsityksissä voi olla piirteitä molemmista.¹⁰ Määritteet ovat kuitenkin apuna tehtäessä eroa eri käsityksiä edustavien ryhmien välillä, tässä tutkimuksessa käytännössä lääketieteen ja kansanomaisten näkemysten välillä.

Piirilääkäreiden hyödyntämä lääketiede oli ”virallista” parantamisoppia, mutta nykyisin monia sen piirteitä voidaan nähdä erilaisissa vaihtoehtolääkinnän muodoissa. Esimerkiksi homeopatian periaatteissa ja farmakopeassa on nähtävissä vaikutteita 1700-luvun lopun lääketieteestä, jonka edustajiin – ja toisaalta toisinajattelijoihin – homeopatian isä, saksalainen Samuel Hahnemann kuului¹¹. Aivan kuten 1700- ja 1800-lukujen lääketieteellä, nykyisillä ”uskomuslääkinnäksi” nimetyillä, tieteellisen olettamuksen mukaan korkeintaan lumevaikutukseen perustuvilla parannusopeilla on kannattajansa ja puolestapuhujansa, joiden luottamuksen syytä voi hakea samankaltaisilla perusteilla kuin piirilääkäreiden luottamusta omaan oppiinsa. Yhteistä niille on nimittäin se, että virallinen lääketiede ei tunnusta nykyisin niiden tehoa, mutta silti niiden menetelmillä on väitetty ja väitetään parannuttavan. 1700- ja 1800-lukujen lääketieteen erottavat nykyisestä myös periaatteet: aikakauden sairauskäsitykset pohjautuivat enemmän rationalistiseen, teoriakeskeiseen päättelyyn kuin empirisiin kokeisiin ja havaintoihin¹². Biolääketieteen lisäksi vertailukohtana on kansanparannus. Tutkimuksessa otetaan huomioon biolääketieteen ja vaihtoehtolääkinnän välinen kuilu ja etsitään niiden väliltä puolueettomasti selitysmalleja, jotka voivat auttaa ymmärtämään 1700- ja 1800-lukujen lääketieteen oppien perusteita. Samalla on huomioitava historiallinen konteksti ja mentaliteetti, joka ei ole siirrettävissä suoraan nykypäivän samankaltaisistakaan hoitomuodoista menneisiin.

1.2 Collegium Medicum ja piirilääkärijärjestelmä

Kuningatar Eleonoora suostui tukholmalaisten lääkärien vuonna 1663 esittämään pyyntöön perustaa lääkärikollegio, Collegium Medicorum, joka tunnettiin myöhemmin Collegium Medicumina. Sen tarkoituksena oli korjata parantamisessa ja lääkinnässä ilmennyt epäjärjestys ja väärinkäytökset. Jäseniksi hyväksyttiin vain virallisia ja promovoituja lääkäreitä. Kollegiossa puhetta ja keskusvirastoa johti arkkiatri, usein henkilölääkäri tai dekaani, ja tämän apuna toimi

¹⁰ Eilola 1999, 105.

¹¹ Ks. Riley 2002.

¹² Vuori 1979, 106–107.

jäsenten joukosta valittu asiamies. Collegio asetti yhdessä maistraatin kanssa lääkäreiden palkat, valmisteli farmakopean ja määritteli lääkkeiden hinnat. Lisäksi sen kuului valvoa puoskaritoimintaa ja ehkäistä kaikin keinoin tartuntatautien leviämistä. Collegium Medicumista tuli merkittävin – ja lopulta ainoa – valtiollinen lääkäri- ja parantamistoimintaa valvonut elin.

Collegium Medicumissa valmisteltiin Kaarle XI:n käskystä vuoden 1688 lääkintämääräys, joka määritteli pitkäksi aikaa Ruotsin valtakunnan lääkinnällisiä oloja. Siinä täsmennettiin kollegion toimintaa, vaadittiin alueellisten lääkärivirkojen perustamista, määriteltiin lääkäreiden, apteekkarien, parturien, kättilöiden ja kirurgien toimenkuvat, ohjeistettiin apteekkien toimintaa ja määrättiin niille vuosittaiset tarkastukset sekä päätettiin valvoa ulkomaisten lääkärien toimintaa siten, ettei se päässyt haittaamaan kotimaisia lääkäreitä. Kaikki tutkinnon suorittaneet lääkärit kuuluivat kollegioon. Toiminta täsmentyi myöhemmin vuosien 1763 ja 1774 ohjesäännöissä. Vuoden 1763 lisäyksen jälkeen kollegion velvollisuuksiin kuuluivat muun muassa rokotusten järjestäminen, sukupuolitautilien torjunta, sairaaloissa esiintyvien sairauksien seuranta sekä armeijan ja laivaston avustaminen. Vuonna 1774 ohjesääntöön lisättiin muun muassa velvollisuus huolehtia koko väestön kattavasta hoidosta ja jakaa ilmaisia lääkkeitä erityisesti kulkutautien ja sukupuolitautilien hoitoon.

Sairaiden hoito oli virallisella tasollakin pitkään kahtia jakautunutta. Yliopistokoulutuksen saaneet piirilääkärit hoitivat sisätauteja ja kultutauteja, kirurgia kuului partureille, joiden keskiajalta peräisin oleva ammattikunta sai vuonna 1685 nimen ”chirurgisk societeten”. Kirurgiseura toimi pitkään erillisenä, kunnes se lakkautettiin 1797 ja kirurgien toiminta siirtyi kokonaan Collegium Medicumin alaisuuteen. Saman vuoden ohjesäännössä kaikki lääkinnän alalla toimivat henkilöt, myös professorit, armeijan ja laivaston lääkärit, kaupunginlääkärit, kirurgit ja välskärit siirtyivät kollegion valvontaan. Lisäksi kaikki lääkinnälliset laitokset olivat velvoitettuja raportoimaan toiminnastaan kollegiolle.¹³

Piirilääkärilaitos oli alusta alkaen Collegium Medicumin alaisuudessa. Ruotsin emämaan puolella oli ollut piirilääkäreitä jo 1600-luvulla, joskin harvakseltaan: 1700-luvun alussa lääkäripiirejä oli yhdeksän. Järjestelmä laajeni hitaasti, ja Suomen ensimmäinen piirilääkäri Rudolf Hast aloitti virkansa Pohjanmaalla vasta 1749. Lähivuosina perustettiin virat myös Uudenmaan ja Hämeen alueelle sekä Turun ja Porin lääneihin. Suomen puolella järjestelmän laajeneminen oli edelleen hidasta: vielä 1800-luvun alussa virkoja oli Suomessa

¹³ Pesonen 1980, 11–14.

vain 13.¹⁴ Etenkin aluksi ongelmana olivat lääkäreiden vähäinen määrä ja suuret toiminta-alueet: piirilääkäri toimi tavallisesti yksin virassaan, välimatkat olivat pitkiä, ja useita kymmeniä tuhansia asukkaita kohden oli vain yksi koulutettu lääkäri.¹⁵ Monet katsoivatkin vaivattommaksi – ja turvallisemmaksi – kääntyä kansanparantajan puoleen. Luottamus valtion palkkaamiin lääkäreihin ja heidän hoitomenetelmiinsä oli yleisesti heikko.¹⁶

Koulutukseltaan piirilääkärit olivat tavallisesti lääketieteen tohtoreita.¹⁷ Useimmat väittelivät tohtoriksi Upsalan, Lundin, Tukholman tai Turun yliopistossa, mutta eräät saivat oppinsa ulkomailla, esimerkiksi Alankomaissa Leidenissa, Utrechtissa ja Harderwijkissä, Saksassa Greifswaldissa ja Hallessa sekä Ranskassa Reimsissa. Monet olivat myös kotoisin näistä maista.¹⁸ Lääkärit todistivat pätevyytensä suorittamalla tutkinnon ja antamalla lääkäriinvalan ennen kuin heidät voitiin hyväksyä lääkäreiksi ja Collegium Medicumin jäseniksi.¹⁹ Lääkäreiden saama oppi muodostui yliopistoissa käydyn tieteellisen keskustelun pohjalta. Erityisesti hoitokeinot pohjautuivat voimakkaasti humoraalipatologiaan, joka oli edelleen kaikkien käsitysten pohjalla, eräänlaisena oppirunkona²⁰. Humoraalioppi perustui kehon neljään nesteeseen ja niiden tasapainoon. Kun tasapaino järkkyy, ihminen sairastui, ja hänet pyrittiin parantamaan palauttamalla tasapaino säätelemällä kehon nesteiden suhteita. Oppi perustui täysin rationaaliseen päättelyyn: esimerkiksi usko mustan saven olemassaoloon ei edellyttänyt todellisia havaintoja siitä, joten sen perusteena oli vain tarve löytää ihmiskehosta tasapaino ja loogisesti selitettävä kokonaisuus.

Merkittävimmät humoraalipatologian rinnalle nousseet teoriat olivat miasma ja kontagion. Miasma tarkoitti ympäristössä esiintyvää ainetta, joka oli muuttanut koostumustaan tai syntynyt itsenäiseksi myrkylliseksi aineeksi, joka aiheutti sairastumisen. Selityksiä haettiin luonnosta ja sen ilmiöistä, maaperästä, vedestä, ilmasta ja säätiloista, jopa avaruudesta. Miasman katsottiin olevan suhteessa konstituutioon, ihmisen kehon tilaan. Kontagion puolestaan tarkoitti tartunta-ainetta, joka aiheutti taudin, ja sen olemuksesta käytiin keskustelua: sitä voitiin pitää esimerkiksi elävinä näkymättöminä olentoina tai kemiallisena aineena. Leo Hirvonen katsoo, että miasman ja kontagionin kannattajien välillä oli kilpailuasetelma, joka lopulta tasaantui

¹⁴ Johnsson 1928, 8–10; Koskimies 1943, 205; Kallioinen 2009, 190–193.

¹⁵ Sandblad 1979, 92; Pesonen 1980, 7; Kallioinen 2009, 192.

¹⁶ Ling 2004, 21–22; Koskivirta 2009, 280–283.

¹⁷ Kotivuori 2005, hakusana: ”piirilääkäri”.

¹⁸ Hjelt 1893, 675–701; Vilku 2013, 71–72.

¹⁹ Ling 2004, 231.

²⁰ Hirvonen 1987, 181.

kompromissiksi: molemmilla katsottiin olevan osuutensa taudin kehittymisessä.²¹ Miasman ja kontagionin kaltaisten selitysten voi katsoa edistäneen lääketiedettä siirtämällä humoraalipatologiaa syrjään. Ne tarjosivat selityksiä sairauden ja elinolosuhteiden välisiin yhteyksiin ja antoivat sijaa empiirisille havainnoille²², vaikka ne eivät käytännössä auttaneetkaan kehittämään menetelmiä, jotka olisivat merkittävästi ehkäisseet tai parantaneet tarttuvia tauteja.

1.3 Tutkimustehtävä

Tutkimuksen kantavat pääteemat ovat piirilääkäreiden ammatinharjoitus ja se, mitä heidän toimintansa voi kertoa aikakauden sairauskäsityksistä – sekä ”virallisista” että ”epävirallisista”. Niiden selvittämiseksi pureudutaan professionäkökulmasta piirilääkäreiden toimenkuvaan kokonaisuutena: virkatehtäviin, toimintatapoihin ja viran mahdollisiin haasteisiin ja ongelmiin. Lääkäreiden työn kohde on eräs sen tärkeimmistä määrittelijöistä, joten lääkärin suhdetta potilaaseen tarkastellaan paitsi lukuina ja tilastoina, myös henkilökohtaisena hoitosuhteena, joka alkoi taudin diagnoosista ja päättyi tavallisesti taudin (oletettuun) paranemiseen tai potilaan kuolemaan.

Sairauksikäsitteitä tarkastellaan sekä yleisesti että sairauskohtaisesti. Analyysissä osansa saavat tautijaotteluiden perusteet, tautinimitykset, tautien kuvaukset, tautien hoito ja niiden paraneminen. Tarkastelun kohteena eivät ole ainoastaan yleisimmät taudit, vaan myös ne, joista kirjoittamisen piirilääkärit katsoivat tärkeäksi esimerkiksi tautiin liittyvien oivallusten, ongelmien tai epäselvyyksien vuoksi. Tartuntatautien lisäksi käydään läpi lääkäreiden hoitamat fyysiset vammat, sisätaudit, tulehdukset, krooniset sairaudet ja mielenterveyden ongelmat. Taudit ja vaivat on luokiteltu pääasiallisesti 1700- ja 1800-luvun lääketieteen oppien mukaisiin kategorioihin, joille ei välttämättä ole nykylääketieteen tukemia perusteita. Piirilääkäreiden luokituksia mukailevan kategorisoinnin tarkoituksena on havainnollistaa sitä, millä perusteilla taudit luokiteltiin 1700- ja 1800-luvulla, eli mitä tautien ominaisuuksia pidettiin merkkeinä tiettyyn tautiryhmään tai -kokonaisuuteen kuulumisesta.

Tutkittavissa ilmiöissä ei aina esiinny toistuvuutta, joten laadullisen analyysin mukaisesti on tarpeen käsitellä yksittäistapauksia induktiivisesti mahdollisina representaatioina

²¹ Hirvonen 1987, 181.

²² Porter 2006, 89.

laajemmista ilmiöistä. Tutkimusasetelma on aineistolähtöinen, joten aineiston sisältö määrittelee ensisijaisesti sen, mitä sen kautta voidaan selvittää, mutta sille on mahdollista esittää myös kysymyksiä, joihin se ei vastaa suoraan.²³ Tällöin hyödynnetään indisiotodisteita eli päätellään tapahtuneeksi jotakin, mistä lähteissä ei puhuta sellaisenaan.²⁴ Sairauskäsityksissä päästään pintaa syvemmälle lähiluvun, retoriikan ja diskurssin tasolla tunnistamalla ja rakentamalla uudelleen lääkäreiden kirjoituksista se, mitä he eivät katsoneet tarpeelliseksi selittää, koska ollettivat lukijoiden tietävän sen jo. Käytetyn kielen kautta saadaan epäsuoraa tietoa menneisyyden todellisuudesta ja käsityksistä: kaikkien käsitteiden merkitys on kontekstisidonnainen ja konstruktiiivinen²⁵. Viitteellinen kohderyhmä asettaa haasteita lähteiden tulkinnalle, mutta nykyisin tuntemattomien tai erimerkityksisten käsitteiden rekonstruktio voidaan toteuttaa induktiivisesti esiintymien kontekstin ja implisiittisen merkityksen avulla. Samalla sivutaan sairauksien nimien historiaa ja sitä, mitä ne voivat kertoa sairauskäsityksistä.

Edellä mainitut aiheet johdattavat lopulta tarkastelemaan sairauskäsitysten syitä ja yleisiä teorioita, jotka ovat pohtimisen arvoisia nykyisinkin. Mikä ”tauti” oli 1700- ja 1800-luvun ihmiselle, ja miten se poikkeaa siitä, mitä se on nykyihmiselle? Miten tämä vaikutti taudin hoitamiseen? Mikä sai aikaan luottamuksen parantamisjärjestelmään, joka lopulta hylättiin tehottomana? Oliko se välttämättä yksinomaan haitallinen tai hyödytön? Tarkoituksena on tuoda uuteen puolueettomaan tarkasteluun biolääketieteen menestyksen luoma käsitys siitä, että sitä edeltäneet hoitomuodot olivat potilaalle lähes yksiselitteisesti haitallisia, jopa vaarallisia. Täten voidaan ottaa uudelleenarvioitavaksi myös aikakauden lääkäreiden pätevyys ja edistyksellisyys yhtäältä siinä, missä määrin heidän hoitonsa oli potilaalle hyödyksi, toisaalta siinä, kuinka lähellä heidän tietonsa ja mahdolliset omat arvionsa olivat nykyisiä tieteellisesti todettuja käsityksiä sairauksista, tartuntamekanismeista ja toimivista hoitokeinoista. ”Edistyksellisyys” ei siis tässä ole arvottava, eri aikakausien näkemyksiä paremmuusjärjestykseen asettava määre, vaan eräs nykyaikaa kohti vievän kehityksen tason mittaamisen väline. Se on myös objektiivinen arvio siitä, miten hyvin nämä näkemykset palvelivat lääkäreiden tärkeintä tehtävää eli sairaiden hoitamista.

Menneisyyden mentaliteetteja analysoitaessa anakronistisen ajattelun riski on ilmeinen, ja sen välttämiseksi lääkäreiden käsityksiä ja toimintatapoja on pyrittävä ymmärtämään

²³ Alasuutari 2011, 77–78, 83–84.

²⁴ Markkola 2008, 174.

²⁵ Jokinen et al. 2004, 9, 18–19.

heidän omista lähtökohdistaan käsin. Apuna on hermeneuttinen menetelmä erityisesti Friedrich Schleiermacherin hengessä. Sen perustana on oletus, että eri aikojen ja kulttuurien ihmiset ovat pohjimmiltaan samanlaisia, ja siten tutkijan on mahdollista samaistua tutkimuskohteeseen ja ymmärtää tämä oikein. Vaikka tutkijan on mahdotonta luopua täysin oman aikansa vaikuttimista, ne on pyrittävä siirtämään syrjään silloin, kun ne ovat menneisyyden vieraan ajattelutavan ymmärtämisen tiellä.²⁶ Tavoitteena on lähteen laatijan henkisen prosessin käänteinen rekonstruktio, jossa luodaan uudelleen tekijän alkuperäinen mielentila ensin tämän käyttämän kielen, sitten psykologisen ulottuvuuden kautta.²⁷ Sairauskäsityksiä tutkittaessa erityisen suurena riskinä on lukea menneisyyden sairauskuvaa nyky lääketieteen silmin: vaikka vertailua on tehtävä kehityskulun ymmärtämiseksi, sen ei tule olla arvottavaa, eikä menneisyyden käsitteille voi antaa kritiikittömästi niiden nykyistä samanasuista merkitystä. Monien sairauksien nimien ja lääketieteen käsitteiden merkitysten synty on ollut monivaiheinen prosessi. Lisäksi on ymmärrettävä lääkäreiden todelliset lähtökohdat ammattinsa harjoittamiselle ja vältettävä ”vaatimasta” heiltä enempää taitoa ja ymmärrystä kuin mihin heillä oli edellytykset.

1700- ja 1800-lukujen lääketieteen johdonmukaisuus vaikuttaa huteralta, mutta aikalaisille se oli ainoa virallinen järjestelmä, joten sen mahdollisille epäloogisuuksillekin voi löytyä selitys. Hermeneuttista kehää soveltamalla pyritään pääsemään mahdollisimman lähelle sitä kokonaiskuvaa, joka tuon ajan lääkäriillä on ollut omasta tieteenalastaan – lääkärikohtaisesti näkemykset saattoivat olla johdonmukaisia, jos ne eivät olleetkaan sitä yleisellä tasolla. Tällöin keskusteluyhteys lähteiden ja tutkijan välille muodostetaan väistämättömällä esioletuksella, eräänlaisella lähteille esitetyllä ensimmäisellä kysymyksellä, johon lähteet vastaavat joko esioletusta tukien tai sen kumoten. Sen pohjalta luodaan jatkokysymykset, ja kokonaiskuva muodostuu vuoropuhelusta, tutkijan kysymyksistä ja lähteiden vastauksista.²⁸

²⁶ Karvonen 2002.

²⁷ Väkevä 1999.

²⁸ Karvonen 2002.

1.4 Lähteet

Tutkimuksen lähteinä ovat piirilääkäreiden kirjoittamat vuosikertomukset vuodesta 1769 vuoteen 1809. Aineisto on saatavilla digitoituna Ruotsin valtionarkiston verkkosivuilta digitaaliarkistosta (SVAR, Digitala Forskarslen). Lähteisiin viitataan digitointikonaisuuksina.

Vuosikertomukset olivat piirilääkäreiltä vaadittuja, Collegium Medicumille osoitettuja raportteja lääkärin toiminta-alueellaan kohtaamista ja hoitamista sairaustapauksista sekä virkatehtävien täyttämisestä. Vaikka Collegium Medicum alkoi vaatia vuosikertomusten laatimista jo vuonna 1766, niitä on saatavilla vasta vuodesta 1769 alkaen, ajanjakson alkupäästä vielä harvakseltaan ja aukkoisesti – joko kaikki kertomukset eivät ole säilyneet tai niitä ei ole toimitettu Collegium Medicumille. Yhteensä vuosikertomuksia on noin 600. Aineisto painottuu voimakkaasti 1700-luvun viimeisille vuosille ja 1800-luvun alkuun, sillä vuosilta 1769–1779 vuosikertomuksia on ainoastaan 17 kappaletta, ja vuosilta 1780–1795 ne puuttuvat kokonaan. Collegium Medicumilla oli vuosikertomuksille sisältövaatimuksia, ja laatimista varten annettiin täsmentäviä ohjeita vuosina 1766 ja 1774,²⁹ mutta vuosikertomusten sisältö ja pituus vaihtelevat suuresti: lyhimmät ovat alle sivun mittaisia, pisimmät kymmeniä sivuja. Raportit vuosilta 1769–1779 ovat huomattavasti pidempiä kuin myöhemmät. Niiden keskimääräinen pituus on 16 sivua, kun muiden jaksojen vuosikertomusten keskimääräiset pituudet vaihtelevat kolmesta sivusta kuuteen sivuun.

Aineisto on rajattu lähteiden saatavuuden ja alueellisen tasapuolisuuden perusteella. Vuosikertomuksia on digitoitu vuoteen 1814 asti, mutta vuoden 1809 jälkeen aineistossa on vain Ruotsin emämaata koskevia raportteja. Vuodesta 1810 lähtien Suomen lääkäreiden oli toimitettava vuosikertomukset Suomen hallituskonseljille, joka perustettiin Suomen sodan ja Venäjään liittämisen jälkeen Suomen omaksi hallitukseksi. Lääkinnällisten asioiden hoitaminen oli sen talousosaston kansliatoimikunnan tehtävä.³⁰ Näitä vuoden 1811 jälkeen laadittuja Suomen piirilääkäreiden vuosikertomuksia säilytetään maakunta-arkistoissa ympäri Suomea, joten tutkimuksessa käsitellään vain Collegium Medicumin nimissä Ruotsin ja Suomen yhteisen hallinnon aikana yhteen kootut vuosikertomukset vuoden 1809 loppuun saakka. On huomioitava, että mukana on myös vuodelle 1810 päivättyjä vuosikertomuksia, koska lääkärit laativat usein vuoden raportin vasta seuraavan vuoden alussa.

²⁹ Nelson 2007, 135.

³⁰ Pesonen 1980, 21–22.

Piirilääkärit kertovat raporteissa oman alueensa sairaustapauksista ja vammoista, hoitokeinoistaan ja niiden tuloksista sekä ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä, kuten rokonistutuksista ja rokotuksista. He kuvailevat ja tilastoivat tarkasti säätä ja luonnonilmiöitä, koska sään ja vuodenaikojen vaihtelun uskottiin vaikuttavan terveyteen. Niin ikään he kertovat virkamatkoistaan ja vaikeuksistaan täyttää heille määrättyjä tehtäviä. Vuosikertomusten joukossa ovat myös lääkäreiden ansioluettelot, välskäreiden ja kirurgien kertomukset, lasarettien raportit ja apteekkitarkastusten raportit. Osa varsinkin varhaisimmista säilyneistä vuosikertomuksista kattaa useamman vuoden. Vuosikertomusten päiväykset vaihtelevat, mutta tavallisesti ne laadittiin vuoden alussa tai lopussa, aikavälillä joulukuusta helmikuuhun. Useimmista raporteista saa sen käsityksen, että ne on laadittu yhdellä kertaa, joko muistin tai aikaisemmin tehtyjen muistiinpanojen pohjalta. Tätä tukee esimerkiksi se, että potilaan myöhemmästä, jopa kuukausien jälkeisestä tilanteesta kerrotaan samassa yhteydessä,³¹ kuten sekin, että teksteissä on harvoin ulkoisia muutoksia, esimerkiksi musteen voimakkuuden tai kynänjäljen vaihtumista kesken tekstin.³²

Vuonna 1798 tehtiin perusteellinen selvitys kunkin alueen välskäri- ja kirurgitilanteesta ja näiden ansioista. Aineistossa näitä raporteja on yhteensä noin 100 kappaletta.³³ Myös osa tavallisista vuosikertomuksista on välskäreiden, kirurgien ja kaupunginlääkäreiden laatimia. Johan Engström mainitsee omassa raportissaan vuosittaisesta velvoitteesta ilmoittaa alueen lääkäreiden lukumäärä, nimi, tutkintoarvosanat, ansiot ja pätevyys, mutta muilta vuosilta vastaavia raporteja on vain muutamia.³⁴ Lasarettien raporteissa ilmoitetaan tyypillisesti vuoden aikana hoidettujen potilaiden lukumäärä ja näistä parantuneiden, kuolleiden ja ”paranemaan päin” olevien, toisinaan myös ”parantumattomien” osuus.³⁵ Usein potilaiden lukumäärä kerrotaan myös tautikohtaisesti, tai sitten potilaat luetellaan nimeltä ja ammatilta ja kerrotaan lyhyesti heidän hoidostaan ja nykyisestä tilastaan.³⁶ Osa lasarettien raporteista on poikkeuksellisesti painettuja.³⁷ Apteekkitarkastuksista lääkärit kertovat tavallisesti vuosikertomuksensa aluksi tai lopuksi lyhyenä katsauksena, mutta toisinaan he ovat laatineet erillisen raportin. Apteekkitarkastuksista kertovat raportit ovat lyhyitä, usein vain sivun mittaisia.

³¹ Esim. SVAR ÅFP3 Christoff. Herm. Schaunik 1801; ÅFP5 And. Joh. Lille 1807.

³² SVAR Årsberättelser från provinssiälläkare (1769–1810); Pesonen 1980, 259.

³³ SVAR ÅFP2.

³⁴ SVAR ÅFP2 Johan Engström 1798.

³⁵ Esim. SVAR ÅFP3 J. Engström 1800.

³⁶ Esim. SVAR ÅFP3 Pehr Dubb 1800 & J. H. Ratzki 1800.

³⁷ Esim. SVAR ÅFP5 J. J. Ekman 1807 & J. J. Ekman 1809; ÅFP6 J. J. Ekman 1810.

Koska vuosikertomukset eivät ole piirilääkäreiden henkilökohtaisia päiväkirjoja eivätkä yksityisiä kirjeitä, vaan heitä ohjaavan hallinnollisen elimen edellyttämiä asiakirjoja, niitä luettaessa on otettava huomioon, miten piirilääkäreiden toimintaa ja vuosikertomusten laatimista varten annetut vaatimukset ja ohjeet ovat toisaalta viitoittaneet, toisaalta rajanneet vuosikertomuksissa esiin nousevia asioita. On oletettavaa, että piirilääkäreille oli eduksi esittää oma toimintansa mahdollisimman myönteisessä valossa sanktioiden ja toimintaan puuttumisen pelossa. Mahdolliset ongelmat virkatehtävien täyttämässä vaativat siten selittelyä ja pahoittelua. On myös mahdollista, että piirilääkärit saattoivat valikoivan raportoinnin turvin salata joitakin toimintaansa liittyviä epäkohtia, esimerkiksi diagnoosi- ja hoitovirheitä, laiminlyöntejä ja epäonnistuneita lääke- ja hoitokokeiluja. Sitä, missä määrin tällaista yksipuolista ja pimittävää virkatehtävien raportointia tapahtui, on vaikea arvioida, mutta sen mahdollisuutta ei tule sulkea pois, etenkin kun ottaa huomioon raporttien yleisesti hyvin myönteisen ja velvollisuudentuntoisen sävyn.

Käsittelyssä esiintyvät erityisen usein tiettyjen piirilääkäreiden kertomukset. Tämä johtuu siitä, että näiden piirilääkäreiden kertomukset ovat olleet erityisen seikkaperäisiä, monipuolisia ja tutkimusmielessä kiinnostavia. Joitakin heistä voi pitää jopa virkaveljiinsä verrattuna poikkeuksellisen ansiokkaina esimerkiksi oman alansa asiantuntemuksen, empiiristen arvioiden ja kriittisen asenteen vuoksi. Tältä kannalta katsottuna kiinnostavimpia raportteja kirjoittivat Turun piirilääkäri Johan Gabriel Bergman, Porin piirilääkäri Bengt Björnlund, Uddevallan piirilääkäri Johan Adolph Léven ja Göteborgin piirilääkäri Simon Landberg. Heidän nimensä nousevat käsittelyssä esiin muita useammin myös siksi, että he olivat erityisen rohkeita esittämään omia ajatuksiaan ja pohtimaan tautien luonnetta ja aiheuttajia.

2 AMMATTINA PIIRILÄÄKÄRI

2.1 Lääkärintoimen tehtävät

Vuoden 1756 valtiopäivillä määriteltiin piirilääkäreiden toimenkuva. Tärkeimpiin tehtäviin kuuluivat tartuntatautien leviämisen ehkäisy, toiminta-alueen luonnonhistorian tutkiminen ja kuvaus, vuosittaisten raporttien laatiminen ja lapsikuolleisuuden vähentäminen. Lisäksi lääkäreillä oli velvollisuus hoitaa ja lääkittää köyhiä ilmaiseksi.³⁸ Määräykset otettiin vakavasti. Lars Montin kutsuu vuosikertomuksessaan vuodelta 1771 juuri sairaiden hoitamista piirilääkärin tärkeimmäksi tehtäväksi,³⁹ vaikka myöhemmät tutkijat ovat pyrkineet esittämään piirilääkäreiden toimenkuvan yleisenä ja joukkoihin keskittyvänä toimintana konkreettisten, henkilökohtaisten hoitosuhteiden muodostamisen sijaan. Esimerkiksi Leo Hirvonen on sanonut, että nykynäkökuilmasta on vaikea uskoa niin pienen lääkärijoukon mahdollisuuksiin tehdä mitään, ja että piirilääkäreiden tehtäviin kuului ”ennen kaikkea terveydenhoidon yleinen valvonta”⁴⁰. Mika Kallioinen puolestaan on tiivistänyt Otto Hjeltin selvityksestä piirilääkäreiden tärkeimmiksi tehtäviksi tartuntatautien torjumisen ja lapsikuolleisuuden alentamisen lääkkeitä jakamalla.⁴¹

Syvempi tutustuminen raportteihin saa edellä mainitut väitteet vaikuttamaan yksinkertaistetuilta ja liiaksi nykykäsityksiin nojaavilta. Piirilääkärit raportoivat pääasiallisesti potilaistaan ja näiden pitkäjänteisestä hoitamisesta yleisten, suuria joukkoja koskevien toimenpiteiden sijasta. On tietenkin mahdollista, että nämä toimenpiteet jäivät raportoinnin ulkopuolelle raporttien sisältövaatimusten vuoksi, mutta vaikka niin olisi ollut, henkilökohtaista potilaiden hoitoa ei voi pitää vähäpätöisenä osana piirilääkärin toimenkuvaa, vaan yhtenä sen ensisijaisista tehtävistä. Suurin osa piirilääkäreistä kertoo useista yksittäisten potilaiden hoidosta, ja eräät mainitsevat hoitaneensa vielä raporteissa selvitettyjen tapausten lisäksi kymmeniä, jopa satoja muita potilaita⁴². ”Hoitaminen” on toki voinut olla suhteellinen käsite: joissakin tapauksissa se on saattanut tarkoittaa vain lääkkeiden jakamista ilman varsinaisen hoitosuhteen muodostamista.

³⁸ Hjelt 1891, 159–160.

³⁹ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771.

⁴⁰ Hirvonen 1987, 166.

⁴¹ Kallioinen 2009, 192. Kallioinen viittaa samaan kohtaan Hjeltin teoksessa vuodelta 1891 (alaviite 38) sekä Hjeltin sarjan toiseen osaan vuodelta 1892, s. 206. Ks. kirjallisuusluettelo.

⁴² SVAR ÅFP3 Johan Almän 1800; ÅFP4 Simon Landberg 1805.

Piirilääkäreitä oli ohjeistettu sekä ottamaan potilaita vastaan että potilaiden tapaamiseen näiden kotona.⁴³ On kuitenkin vaikea sanoa, kumpi toimintatapa oli yleisempi, sillä usein lääkärit eivät mainitse, missä hoitivat potilastaan. On oletettavaa, että potilasta käytiin tapaamassa tämän kotona tavallisimmin silloin, kun potilaan oli terveydentilanteensa vuoksi vaikea lähteä tapaamaan lääkäriä. Toisaalta pidemmät virkamatkat suuntautuivat tavallisesti kulkutautialueille. Lääkäriin kuului tehdä maalle suuntautuvista virkamatkoistaan ilmoitus maaherralle, ja maaherralla oli oikeus lähettää piirilääkäri maakuntaan hoitamaan ja ehkäisemään kulkutauteja⁴⁴. Lääkärit saattoivat myös lähettää kulkutautialueille lääkkeitä. Leo Hirvosen mukaan näin tehtiin harvoin,⁴⁵ mutta aineisto kertoo muuta. Lääkkeiden lähettämisestä on paljon merkintöjä erityisesti punatautiepidemioiden aikaan, ja monien lääkäreiden mukaan lääkkeiden lähettäminen oli taltuttanut epidemian⁴⁶. Myös rokkojen, isorokon ja tulirokon, sekä lavantaudin hoitoon lähetettiin lääkkeitä – kaikki tauteja, jotka esiintyivät erityisen usein laajoina epidemioina.⁴⁷

Piirilääkärit käyttivät apunaan papistoa, jolla oli merkittävä rooli erityisesti ohjeiden välittämisessä rahvaalle. Papisto nautti kansan keskuudessa suurempaa arvotusta ja luottamusta kuin lääkärit.⁴⁸ Piirilääkärit eivät kuitenkaan juuri mainitse papiston hyödyntämisestä raporteissaan. Jonas Halenius toteaa papiston olleen avuksi erään kuume-epidemian aikana rahvaan parissa⁴⁹. Piirilääkäreillä saattoi olla myös henkilökohtaisia apulaisia. Arno Forsiuksen mukaan Bengt Björnlund oli ottanut nuoren pojan apulaisekseen lääkkeiden valmistukseen ja suoneniskemiseen⁵⁰. Vuodelta 1801 on eräs raportti, jonka on laatinut ja allekirjoittanut ”herra tohtori Petterssonin” apulaisena toiminut Johan Henrik Olin.⁵¹

Osa lääkkäreistä toimi lasaretin lääkäriinä tai apteekkarina.⁵² Lisäksi heillä oli tarkastus- ja valvontatehtäviä, kuten apteekkitoiminnan, rokotusten, mielisairaiden hoidon ja kättilötoiminnan valvonta.⁵³ Apteekkitarkastuksista lääkkäreiden tuli lähettää raportti Collegium

⁴³ Hirvonen 1987, 166.

⁴⁴ Hirvonen 1987, 166.

⁴⁵ Hirvonen 1987, 166.

⁴⁶ Esim. SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1780 & J. G. Bergman 1780; ÅFP5 G. J. Ström 1808.

⁴⁷ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780; ÅFP2 Jonas Halenius 1797; ÅFP5 C. Nordblad 1806.

⁴⁸ Hirvonen 1987, 166–167. Ks. myös Suolahti 1919.

⁴⁹ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1780.

⁵⁰ Forsius 2003.

⁵¹ SVAR ÅFP4 Joh. Henr. Olin 1801.

⁵² Peldán 1967, 90; Hirvonen 1987, 171.

⁵³ Hirvonen 1987, 166.

Medicumille. Niissä tarkastettiin mm. lääkkeiden määrä ja laatu, ja tarkastuksista laadituissa raporteissa ilmoitetaan apteekin lääkevarastojen tilanne joko yleisesti tai lääkekohtaisesti. Lääkäri saattoi esittää raportissa hankintaehdotuksia.⁵⁴ Tärkeää oli myös huomioida, vastasiko apteekki alueen tarpeita. Esimerkiksi J. Engström kirjoittaa: ”Alueen apteekki on suhteessa menekkiin ja kaupunkien kokoon toisesta merkittävässä kunnossa.”⁵⁵ Myös apteekkia johtavan apteekkarin toimintaa ja ominaisuuksia arvioitiin, kuten Carl Wilhelm Hårdh toteaa: ”Jönköpings apteekki on melko hyvä. Herra apteekkari Berzelius on farmaseutti ja paljon tekemisissä niin kotimaisten kuin ulkomaisten apteekkarien kanssa ... Menneenä vuonna 1798 apteekkari ansaitsi noin 500 riikintaalaria---”.⁵⁶ Se, että osa lääkäreistä vain mainitsee tehneensä pakollisen apteekkikäynnin siinä missä toiset laativat erillisen raportin tai pitkän listan lääkkeistä, osoittaa, että kaikki eivät pitäneet sitä merkittävänä tai tarpeellisena osana velvollisuuksiaan. Esimerkiksi Olof Gallun toteaa suoraan yksityiskohtaiset tarkastukset turhiksi: ”Kun tarkastan tämän tästä apteekin näillä main ja olen aina todennut sen hyvin varustetuksi ... olen toistaiseksi katsonut kunnolliset tarkastukset tarpeettomiksi.”⁵⁷

Varsin usein piirilääkärit tekivät ruumiinavauksia ja -tutkimuksia kuolinsyyn selvittämiseksi, erityisesti tapaturmien ja rikosten yhteydessä. Poikkeuksellisen usein ruumiita avasi Bengt Björnlund. Hän kertoo useimmissa raporteissaan vähintään yhdestä ruumiinavauksesta. Muidenkin lääkäreiden vastuulla saattoi kuitenkin olla vuodessa useita tutkimuksia, esimerkiksi Herman Rudolf Hastilla eräänä vuonna 14 ja seuraavana vuonna 16 kappaletta⁵⁸. Itsemurha- ja rikostapaukset olivat tyypillisiä. O. Nordblad teki ruumiintutkimuksen hirttäytyneelle miehelle⁵⁹. Samuel Erik Färnström avasi itsemurhan tehneen nuoren naisen ruumiin, eikä onnistunut löytämään muuta huomion arvoista kuin munasarjat, jotka olivat olleet ”sairaassa tilassa”: toinen oli paisunut ja kovettunut, toinen ”vesipöhöinen” (*vattusiktig*), oletettavasti nesteen täyttämä⁶⁰. Kiinnostus itsemurhan tehneen ruumiintilaa

⁵⁴ Esim. SVAR ÅFP2 B. Björnlund, C. Mortengren, G. J. Nyborg, Lars Sundberg, Lars Hedberg Larsson & Jac. Lindeback 1798 & Christ. Herm. Carger 1799.

⁵⁵ SVAR ÅFP3 J. Engström 1800. ”Apothequen i Districtet äro i proportion af afsättning och Städernes storlek uti värdeligen försvarlig tilstånd ---”.

⁵⁶ SVAR ÅFP3 Carl Wilhelm Hårdh 1800. ”Jönköpings Apothek är ganska godt. Herr Apothekaren Berzelius är Droguist och handlar mycket med både in och utländska apothekare ... gjorde apothekaren förledit år 1798 en inkomst af circa 500 Rikdaler ---”.

⁵⁷ SVAR ÅFP3 Olof Gallun 1800. ”Som jag under min practique i orten som oftast undersöker Apothekens tilstånd härstädes och altid funnit dem vara väl försedda ... så har jag hittils ansett ordentliga wisitationer öfverflödiga.”

⁵⁸ SVAR ÅFP4 H. R. Hast 1806; ÅFP5 H. R. Hast 1807.

⁵⁹ SVAR ÅFP4 O. Nordblad 1805.

⁶⁰ SVAR ÅFP5 Sam. Er. Färnström 1807.

kohtaan oli osoitus siitä, että kehon tilalla katsottiin olevan yhteys itsemurhapäätökseen johtaneeseen mielentilaan.⁶¹ Sairauteen kuolleiden ruumiintutkimuksissa lääkärit tekivät havaintoja menehtyneiden sisäelimestä. Esimerkiksi Johan Jacob Rudolphi huomasi rintatautiin kuolleella sinimustan keuhkon⁶². Anders Johan Lille löysi niin ikään rintatautia sairastaneen nuorukaisen ruumiista paisuneen sydänpussin.⁶³ Lääkäreillä oli osansa myös rikostutkinnassa. Herman Rudolf Hast teki ruumiinavauksia ”osin murhatuille, osin kaikitenkin muuhun väkivaltaan kuolleille”⁶⁴. Bengt Björnlund teki ruumiinavauksen ja kuolinsyytutkimuksen tieltä löytyneelle ruumiille.⁶⁵

Piirilääkäri voitiin kutsua vaikeaan synnytykseen kättilön avuksi tai tämän tilalle. Esimerkiksi Carl Wilhelm Hårdh oli kutsuttu paikalle, kun synnytys ei ollut mennyt tavanomaisesti, vaan ensimmäisenä ulos olivat tulleet lapsen käsi ja sen kanssa napanuoraa⁶⁶. Sven Gabriel Malmgren oli tullut auttamaan naista, jonka synnytys ei ollut edistynyt, mutta apu oli tullut liian myöhään. Sekä synnyttäjää että lapsi menehtyivät, ja kuollut lapsi poistettiin vatsasta keisarileikkauksella.⁶⁷ Keisarileikkaus ei ollut vielä yleinen toimenpide. Suomen ensimmäisen keisarileikkauksen teki Bengt Björnlund vuonna 1775, ja seuraava leikkaus tehtiin vasta sata vuotta myöhemmin.⁶⁸ Myös Björnlund pyydettiin avustamaan vaikeassa synnytyksessä. Piian vatsaan kuollut sikiö oli jumissa, eikä kättilö ollut päässyt paikalle. Apuna oli käytetty pihtejä. Lapsi oli lopulta saatu ulos, mutta piika oli menehtynyt lapsivuoteeseen.⁶⁹ Esimerkeistä käy ilmi, että lääkäreitä pidettiin eräänlaisena viimeisenä keinona, jopa kättilöiden ohitse, jos synnytys ei sujunut kuten piti.

2.2 Parantaminen vs. lääketiede

Käsittelyn selventämiseksi on tarpeen vetää määritelmällisiä rajoja parantamisen, lääketieteen, virallisen ja epävirallisen välille. Tässä tutkimuksessa ”parantaminen” pitää sisällään aikakauden

⁶¹ Nygård 1994, 84.

⁶² SVAR ÅFP5 Johan Jacob Rudolphi 1807.

⁶³ SVAR ÅFP5 And. Joh. Lille 1807.

⁶⁴ SVAR ÅFP5 H. R. Hast 1807.

⁶⁵ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1799.

⁶⁶ SVAR ÅFP3 Carl Wilhelm Hårdh 1800.

⁶⁷ SVAR ÅFP6 Sven Gabr. Malmgren 1810.

⁶⁸ Forsius 2003.

⁶⁹ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

kaiken sairaiden hoitoon tähtäävän toiminnan valtion palkkaamista lääkäreistä ja sairaalatoiminnasta kansanparantajiin ja rahvaan omiin kotihoitoihin. Myös tutkimuksen nimi pohjautuu tähän jaotteluun: 1700-luvun lopun ja 1800-luvun alun lääkäri oli sekä parantaja että tieteen edustaja.

Lääketiede oli parantamisen yksi haara, valtiojohtoinen ja institutionaalinen, ”virallinen” käsitysjärjestelmä. Sitä edustivat valtion palkkaamat ja koulutetut lääkärit, joilla oli virallinen lupa toimensa harjoittamiseen. Parantamista oli myös kansanparannus, johon katsotaan kuuluneen sekä kansan parissa epävirallisen parantajan aseman saavuttaneet, omatoimisesti parantamistoimintaa harjoittaneet henkilöt että rahvaan parissa tunnetut kotihoidot, parannusmenetelmät ja sairauskäsitykset. Erottelu on tärkeää siksi, että parantamisen kenttä oli – ja on edelleen – ainakin virallisen diskurssin tasolla voimakkaasti jakautunut ja (etu)ristiriitojen, jopa konfliktien leimaama. Potilaille dikotomia näyttäytyi ”parantamisen markkinoina” (*medical market*): koska millään parantamisen taholla ei ollut monopolia, ihmisillä oli mahdollisuus valita itselleen parhaiten sopiva vaihtoehto tarjolla olevista hoitokeinoista. ”Markkinat” kuvaavat tilannetta, jossa parantajien ja asiakkaiden välillä käytiin kauppaa ja jossa parantajat kävivät kilpailua keskenään⁷⁰.

Virallinen lääketiede halusi kaikin keinoin irtisanoutua haitalliseksi ja luvattomaksi katsotusta kansanparannuksesta. Epävirallisia parantajia kutsuttiin puoskareiksi (*kvackare*), ja vaikka nimityksen merkitys ja siihen liitetyt piirteet vaihtelivat, sen sävy oli aina negatiivinen ja leimaava. Sofia Lingin tutkimuksessa lääkäreiden ja kansanparantajien välisestä suhteesta käy ilmi, että puoskarointia vastustettiin aluksi siksi, että se otti luvatta itselleen oikeuden harjoittaa virallisille lääkäreille kuuluvaa tointa, myöhemmin myös siksi, että osaamattoman toiminnan pelättiin olevan vahingollista potilaille. Puoskarointiin liitettiin tiettyjä stereotyyppisiä käsityksiä ja ennakko-oletuksia, joilla voitiin leimata ja tahrata tietyn parantajan mainetta. Mustamaalaus toimi puolin ja toisin: puoskarisyytöksiä saaneet epäviralliset parantajat syyttivät lääkäreitä ja koko virallista lääkintäjärjestelmää puolueellisuudesta, oman edun tavoittelusta ja ahneudesta. Lingin mukaan kuitenkin juuri virallisen lääketieteen tahojen ylläpitämät stereotyyppit puoskareista ovat saaneet nykytutkimuksessa aiheettomasti hyväksytyin, kritisoimattoman aseman.⁷¹

⁷⁰ Eilola 2009, 235. Ks. myös Spary 2011.

⁷¹ Ling 2004, 232–234.

1700-luvun lopun ja 1800-luvun alun piirilääkäreiden raporteissa puoskareista ilmoittaminen on hyvin satunnaista, jopa harvinaista. Tyypillinen esimerkki haitalliseksi katsotusta toiminnasta on Carl Adolf Dahlgrenin raportoima Anna Tickan tapaus. Dahlgrenin mukaan rahvas oli alkanut osoittaa valitettavan suurta luottamusta puoskarointiin sukupuolitaudin hoidossa. Talonpoikaisvaimo Anna Ticka oli ottanut tavakseen hakea vuosittain elohopeaa Venäjältä ja hoitaa sillä ja ”rikotulla lasilla” asiakkaitaan. Dahlgren käyttää juuri sanaa asiakas (*gäst*), mikä on voinut olla tietoinen valinta potilaan (*patient*) sijasta, tarkoituksena korostaa Tickan toiminnan epävirallisuutta ja kenties maksullisuutta. Dahlgrenilla oli ollut kova työ saada sairastuneet ”revittyä hänen kynsistään” ja toimitettua heidät lasarettihoitoon.⁷² On huomion arvoista, että Anna Ticka käytti sukupuolitaudin hoitoon elohopeaa, joka oli virallisestikin aikakauden käytetyin hoitomenetelmä sukupuolitauteja vastaan⁷³. Näin ollen hänen toimintansa virheellisyys täytyi olla siinä, että sukupuolitautein hoito oli vain lääkäreiden yksinoikeus. Dahlgrenin sanavalinnat myös viittaisivat siihen, että hän koki pelastaneensa potilaat Tickan haitalliselta toiminnalta: hän saattoi pelätä hoidon olleen haitallista potilaiden terveydelle.

Hieman neutraalimpi on L. S. Peterssonin raportointi Collegium Medicumille Olof Perssonista, joka oli ”monista läänissä oleilevista puoskareista erityisen merkittävä”. Peterssonin mukaan Persson hoiti ansiokkaasti luunmurtumia, mutta sekaantui sen lisäksi useisiin muihin kirurgisiin tehtäviin ja oli lupautunut hoitamaan ihmisiä, joiden uskoi saaneen sukupuolitaudin. Koska monet Perssonin hoitamista potilaista olivat myöhemmin tulleet Peterssonin tykö parantumattomina, Petersson katsoo Perssonin toiminnan olleen enemmän haitaksi kuin hyödyksi.⁷⁴

Myös virkaveljiä tai muita Collegium Medicumin valtuuttamia parantajia voitiin syyttää vääränlaisesta toimen harjoittamisesta. Usein kyseessä olivat apteekkarit, kirurgit tai kätilöt, joiden katsottiin puuttuneen sellaisten vaivojen hoitamiseen, jotka kuuluivat ensisijaisesti lääkäreiden vastuualueelle.⁷⁵ Kiistaa voitiin käydä myös oikeista menetelmistä. Johan von Collan kertoo raportissaan paheksuvaan sävyyn tunnetusta lukkarista, jolla oli Collegium Medicumin lupa tehdä rokonistutuksia. Von Collanin mielestä hänen menetelmänsä ja käsityksensä olivat

⁷² SVAR ÅFP5 C. A. Dahlgren 1807.

⁷³ Vuorinen 2002, 150.

⁷⁴ SVAR ÅFP2 L. S. Petersson 1799.

⁷⁵ Ling 2004, 235.

virheellisiä. Lisäksi lukkari oli hänen mukaansa ylimielinen: ”Hän on niin itseriittoinen ja omahyväinen menetelmissään ja uskoo olevansa niin täydellinen, ettei tarvitse oikaisua”.⁷⁶

Virallisen ja epävirallisen lääketieteen välinen kilpailu ei kuitenkaan ollut yksinomaan leimaavaa ja puolueellista. Sofia Ling esittää, että sen lisäksi että lääkärit käyttivät suhteellisen harvoin valtaansa ilmiantaa puoskareita, he osoittivat toisinaan yllättävää suvaitsevaisuutta epävirallista parantamistoimintaa kohtaan. Kyseessä oli osin teorian ja käytännön ero: yleisellä tasolla epäviralliseen toimintaan suhtauduttiin epäilevästi ja tuomitsevasti, mutta elävissä tilanteissa toimittiin tulkinnanvaraisesti. Lääkärit saattoivat jopa omaksua epävirallisilta parantajilta hyviksi havaittuja hoitomenetelmiä.⁷⁷ Esimerkiksi L. S. Petersson kertoo lähialueiden rahvaan käyttäneen menestyksekkäästi savuhoitoa: ”Se tapahtuu sinoperin avulla kolme kertaa, kaksi päivää jokaisen kerran välillä.”⁷⁸ Peterssonin mukaan se paransi ”uskomattoman nopeasti” jopa pahanlaatuisen *ulcera Venerea cutanean* (todennäköisimmin jonkin sankkerin). Hoito perustui oletettavasti sinoperin sisältämään elohopeaan, sillä Petersson jatkaa: ”...mutta on varmaa, että tämä lyhyt elohopea-ärsyke ei vielä täysin poistanut vaivaa kaikilta, ja siitä aiheutuneen liiallisen syljenerityksen hoidon laiminlyönti on epäilemättä edesauttanut monen kuolemaa.” Sen sijaan haittaa ei ollut koitunut itse toimenpiteestä. Peterssonin mukaan menetelmää harjoittivat monet ”eukot” ja muutamat vuokratilalliset, joskin salassa, sillä he pelkäsivät joutuvansa syytettyinä oikeuteen.⁷⁹

Esimerkit aineistosta tukevat Lingin johtopäätöksiä. Niiden perusteella vaikuttaa siltä, että epävirallista parantamistoimintaa katsottiin suopeammin, jopa läpi sormien, jos hoidon voitiin todeta olleen potilaalle hyödyksi. Olof Perssonilta hyväksyttiin hänen ansioitumisensa luunmurtumien hoidossa, mutta ei sukupuolitaudin hoitoa, sillä potilaat eivät olleet saaneet häneltä apua. Kansanparantajiin suhtauduttiin kuitenkin pääsääntöisesti kielteisesti, kun he ylittivät Collegium Medicumin asettamat rajat sille, kuka sai lääkityä mitään vaivaa, kuten Anna Tickan tapauksessa. Toisaalta epäily saattoi Anna Tickan kohdalla perustua esimerkiksi pelkoon, että kouluttamaton parantaja ei osaisi annostella elohopean kaltaista myrkyllistä lääkettä oikein. Raportoinnin sekä myönteiset, neutraalit että kielteiset sävyt osoittavat, että

⁷⁶ SVAR ÅFP3 Johan von Collan 1799. ”...han är så sielfgod och egen kär i sin kundskap, och tror sig wara så fullkomlig, at ej behöfwa någon rättelse ---”

⁷⁷ Ling 2004, 236, 241.

⁷⁸ SVAR ÅFP2 L. S. Petersson 1799. ”Det skjer med Cinnober trenne gånger två dagar mellan hwar gången.”

⁷⁹ SVAR ÅFP2 L. S. Petersson 1799. ”...men säkert är, att denna korrra *stimulus Mercurialis* ännu ej radicalt utrotat det onda hos någon, och den däräf upkomne wanskjött av *Ptyalismus* har utan twifwel bidragit till mångas död.”

lääkärit noudattivat velvollisuuttaan ilmoittaa epävirallisista parantajista riippumatta siitä, katsoivatko he tarpeelliseksi puuttua näiden toimintaan. Kuitenkin tapausten satunnaisuus puhuu Lingin väitteen puolesta: puoskareiden ilmianto ei ollut yleistä tai systemaattista, ja kenties lääkärit pitivät sitä muiden tehtäviensä rinnalla vähäpätöisenä velvollisuutena.

2.3 Potilaat

Tiedot potilasmääristä yleistyvät 1800-luvun raporteissa, etenkin lasarettien raporteissa. Määrät vaihtelevat suuresti muutamista kymmenistä muutamiin satoihin.⁸⁰ Luonnollisesti potilasmäärät ovat olleet riippuvaisia alueen koosta, sen välimatkoista ja piirilääkärin varsinaisen asuinpaikan väkiluvusta. Esimerkiksi Simon Landberg mainitsee, että häneltä hakivat apua sairauteensa lähinnä ne, jotka asuivat lähimpänä häntä.⁸¹ On aiheellista olettaa, että välimatkojen vuoksi suurin osa potilaista oli kaupunkilaisia tai lähikylissä asuvia, vaikka piirilääkäreiden virkamatkat toki monipuolistavat jonkin verran potilaiden alueellista jakaantumista.

Lasareteissa toimineet piirilääkärit kertovat potilasmäärästään enemmän kuin muut virkaveljensä, sillä lääninsairaaloissa potilaista pidettiin tarkkaa kirjaa. Lääkärit kirjasivat lukuina tai, jos potilaita oli vähän, listasivat niminä potilaat, jotka olivat olleet lasaretissa jo raportointikauden alkaessa, potilaat, jotka oli otettu lasarettiin kauden aikana sekä parantuneet, paranemisen merkkejä osoittaneet, huonompaan suuntaan menneet ja kuolleet potilaat⁸². Koska keskimääräiset luvut kertoisivat potilasmääristä harhaanjohtavasti suuren vaihtelun vuoksi, seuraava asetelma havainnollistaa lääkäreiden raportoimia potilasmääriä. Luvut ovat kronologisessa järjestyksessä, ja mukana on lukuja samoista lasareteista eri vuosina, mikä mahdollistaa potilasmäärien vaihtelun seuraamisen vuosittain:

⁸⁰ Esim. SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806; ÅFP5 A. J. Holmquist 1807; ÅFP6 Erik Acharius 1810.

⁸¹ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806.

⁸² Esim. SVAR ÅFP2 Erik Acharius 1797.

Vuosi	Potilasmäärä	Alue	Lääkäri
1797	156	Vadstena	Erik Acharius
1800	70	Linköping	O. P. Göhle
1800	119	Vadstena	Erik Acharius
1801	44	Gefle (Gävle)	Pehr Hagerstrand
1801	203	Borås	Carl Alexander Eklund
1801	65	Linköping	O. P. Göhle
1806	94	Linköping	O. P. Göhle
1807	56	Gefle (Gävle)	Pehr Hagerstrand
1807	78	Westerås (Västerås)	Carl Prüzelius
1807	n. 400	Örebro	A. J. Holmquist
1808	90	Linköping	O. P. Göhle
1808	93	Vadstena	Erik Acharius
1808	101	Calmar (Kalmar)	J. H. Lembke
1809	69	Gefle (Gävle)	E. Magnus Juhlin
1809	74	Calmar (Kalmar)	J. H. Lembke
1809	87	Vadstena	Erik Acharius
1810	73	Calmar (Kalmar)	J. H. Lembke
1810	87	Vadstena	Erik Acharius
1810	71	Norrköping	Adolph Punson
1810	452	Göteborg (Göteborg)	J. J. Ekman
1810	80	Vadstena	Erik Acharius

Vadstenan, Gävlen ja Kalmarin lasareteissa on havaittavissa potilasmäärien muutoksia, mutta Vadstenassa ja Kalmarissa luvut pienevät, Gävlessä nousevat. Potilasmääriin ovat voineet vaikuttaa esimerkiksi se, otettiinko lasarettiin vain sukupuolitautisia vai muitakin sairastuneita, se, kuinka keskeisellä paikalla ja kuinka kaukana epidemia-alueista lasaretti sijaitsi sekä se, oliko lähialueilla muitakin lasaretteja tai kilpailevia hoitomahdollisuuksia.

Muutaman esimerkin otannalla ei ole mahdollista vetää kattavia johtopäätöksiä muutosten syistä, mutta olennaista on huomata, että potilasmäärät vaihtelivat ja olivat monista seikoista riippuvaisia. Muutokset saattoivat tuottaa lääkäreille ja lasareteille ajoittain odottamattomia työtaakkoja ja lisäkustannuksia.

Muiden kuin lasarettien lääkäreiden potilasmääristä on vähäisesti tietoa. Ilmeisesti tavallisilta piirilääkäreiltä ei vaadittu potilastapausten kirjaamista tai ainakaan niiden täsmällistä raportointia, mutta joitakin mainintoja on. Simon Landberg kertoo vuonna 1805 hoitaneensa 306 potilasta. Tuolloin hän oli joutunut tekemään poikkeuksellisen paljon virkamatkoja⁸³. Johan Almän puolestaan mainitsee hoitaneensa noin 60 potilasta.⁸⁴ Jo näistä esimerkeistä on nähtävissä, että piirilääkäreiden potilasmäärissä oli suurta vaihtelua, ja toisin kuin voisi kuvitella, lasaretissa ei välttämättä ollut enempää potilaita hoidettavana kuin muilla lääkäreillä. Tavallisissa vuosikertomuksissa lääkärit kertovat vain muutamista potilastapauksista. Yleisiin potilasmääriin suhteutettuna tämän täytyy tarkoittaa sitä, että lääkärit eivät katsoneet useimpia sairaustapauksia raportoinnin arvoisiksi, vaan he valitsivat potilaidensa joukosta muutamia erikoistapauksia, joiden hoidosta kertovat tarkemmin. Toisaalta on vaikea arvioida, kuinka suuri osa lääkärin mainitsemista sairaustapauksista oli potilaita, joita tämä oli henkilökohtaisesti hoitanut. Esimerkiksi maininnat alueella riehuneista kulkutaudeista jäivät usein niin ylimalkaisiksi, että on mahdotonta päätellä, hoitiko lääkäri sairastuneita itse vai saiko hän epidemiasta tiedon jotakin muuta kautta.

Lääkäreiden raporttiin valitsemat yksittäiset potilastapaukset kertovat ammatillisesta omistautumisesta. He kävivät usein katsomassa samaa potilasta monesti lyhyellä aikavälillä ja saattoivat vielä pitkänkin ajan jälkeen tavata tätä voinnin tarkistamisen merkeissä. Esimerkiksi Anders Johan Lille oli käynyt tapaamassa virtsaummesta kärsinyttä naispotilastaan useiden päivien ajan, ja tavattuään tämän myöhemmin kadulla hän oli kysellyt tämän vointia ja käynyt vielä hoitamassa jäljelle jääneitä oireita⁸⁵. Myös monet muut lääkärit kertovat potilaiden voinnista myöhemmin, vaikka eivät aina mainitsekaan, mitä kautta olivat saaneet tietää siitä. Potilas saattoi tulla itsekin kertomaan voinnistaan: E. R. Högbergin hoitama piika, jonka silmä oli sokeutunut, oli hoidon epäonnistuttua tullut myöhemmin näyttämään silmäänsä lääkärille ja ilmoittamaan sen parantuneen itsestään⁸⁶. Potilaiden taudin edistymistä ja paranemista voitiin seurata jopa kuukausien ajan: esimerkiksi Johan Gabriel Bergman hoiti iäkstä miestä koko syksyn tämän kuolemaan saakka, P. G. Fengmalm hoiti useiden viikkojen ajan kuumetaudista kärsinyttä poikaa, ja Simon Landberg lääkitsi kuukausia miestä, jolla oli ”väkijuomien

⁸³ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1805.

⁸⁴ SVAR ÅFP3 Johan Almän 1800.

⁸⁵ SVAR ÅFP5. And. Joh. Lille 1807.

⁸⁶ SVAR ÅFP3. E. R. Högberg 1801.

väärinkäytöstä aiheutunut vatsakipu” (*Gastrodynia ex abusu Spirituosum*).⁸⁷ Lasaretissa potilaiden voinnin seuraaminen ja hoitaminen on oletettavasti ollut helpompaa, mutta muiden lääkäreiden on täytynyt tehdä joka kerta matka potilaan luokse tai ottaa tämä itse vastaan. Toisaalta juuri tiettyjen potilaiden erikoislaatuisuus saattoi saada lääkärit antamaan heille erityishuomiota, ja toisaalta monien tapaamisten vuoksi potilas saattoi jäädä lääkärin mieleen, jolloin hän saattoi kokea enemmän tarvetta raportoida hoitoprosessista. Joka tapauksessa on oletettavaa, että lääkäreillä ei ollut edellä mainituilla potilasmäärillä mahdollisuutta – tai edes tarvetta – omistautua jokaisen pienimmästäkin vaivasta kärsivän potilaan hoitamiseen yhtä paljon kuin niiden, joista he ovat kirjoittaneet raporteissaan useita sivuja.

Sääty vaikutti siihen, millaista lääkintää potilas sai vaivaansa. Rahvaalle jaettiin ilmaisia lääkkeitä varsinkin sukupuolitaudin hoitamiseen, mutta ne olivat usein eri lääkkeitä kuin säätyläisille annetut. Virallisen ohjeistuksenkin mukaan köyhille tuli määrätä lääkkeitä heidän ”ruumiinrakenteensa ja elämäntapansa mukaisesti”⁸⁸. Tosiasiassa lääkkeiden jaossa tuskin ajateltiin pelkästään sitä, mitä sopi rahvaalle, vaan myös kustannuskysymyksiä. Rahvaalle jaettiin ilmaisia lääkkeitä, ja koska rahvas oli suurin kansanosana, tarkoituksenmukaisimmat lääkkeet olisivat olleet varsin kalliita kustantaa. Tätä puoltaa se, että rahvaalle tarkoitetut lääkeaineet olivat monesti yleisiä ja helposti saatavilla. Esimerkiksi viini oli Johan Ernst Blacherin mukaan isorokon hoidossa ”köyhän miehen konsti” (*fattigmans vis*), kun kiinanjuureen ei ollut varaa⁸⁹. J. Landeberg ilmoittaa ”paremman väen” (*bättre folk*) saaneen eri lääkkeitä kuin rahvas, ja Pehr Albert Acksell kertoo antaneensa köyhille eri lääkkeitä hinkuyskän hoidossa, muun muassa hajupihkaa sokerilla makeutettuna.⁹⁰ Olof Gallun mainitsee jopa köyhien oman farmakopean, *pharmacopoea pauperum*.⁹¹ On myös tiedossa, että tavallista malarialääkettä, kiinapuun kuorta, ei voitu tarjota köyhille sen kalleuden vuoksi. Johan Haartman tarjosi tilalle salmiakkia ja olutjuuston heraa.⁹²

Usein piirilääkärit mainitsevat potilaidensa säädyn tai ammatin, mutta eivät niin usein, että sen perusteella olisi mahdollista tehdä kattavia päätelmiä potilaiden säätyjakaumasta. Tavallisesti potilaisiin viitataan sellaisilla nimikkeillä kuin talonpoika (*bonde*), säätyläinen

⁸⁷ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780; ÅFP2 P. G. Fengmalm 1798.

⁸⁸ Hjelt 1891, 160.

⁸⁹ SVAR ÅFP3 Johan Ernst Blacher 1799.

⁹⁰ SVAR ÅFP4 Pehr Albert Acksell 1801; ÅFP5 J. Landeberg 1807.

⁹¹ SVAR ÅFP3 1800, Olof Gallun.

⁹² Hulden 2011, 4.

(*ståndsperson*), renki tai piika (*dräng, piga*), vaimo (*hustru*) tai miehen ollessa kyseessä jokin ammattinimike. Toisinaan mainitaan myös torppari⁹³, joten ainakin osa rahvaasta haki apua piirilääkäriltä. Väitetyksi tämä osa on ollut hyvin pieni, myös piirilääkärien kertoman mukaan, sillä rahvaan ennakkoluulot lääketiedettä kohtaan olivat syvälle juurtuneet. Koska köyhän kansanosan ääni tulee heikosti esiin paitsi piirilääkäreiden kertomuksissa, myös muissa aikakauden aineistoissa, näiden ennakkoluulojen perimmäisten syiden tunnistaminen on haastavaa. Leo Hirvonen on esittänyt selitykseksi rahvaan kohtalouskon: sairaus ja kuolema eivät olleet ihmisen, saati lääkkeiden, hallittavissa. Vain pappi saattoi vaikuttaa näihin käsityksiin. Myös Arno Forsius nostaa esiin Bengt Björnlundin väitteen, jonka mukaan suomalaisen rahvaan mielestä se kuolee, jolle niin on määrätty, ja se, jonka on tarkoitus elää, selviää ilman hoitojakin.⁹⁴ Toisaalta rahvaalla oli omat parannuskeinonsa, joten yritystä puuttua tautien kulkuun oli, vaikka lääkäreiden puoleen ei olisi käännytty. Toinen selitys ennakkoluuloille on kokemuksen puute: apteekkilääkkeet olivat rahvaalle huonosti saatavilla välimatkojen vuoksi⁹⁵. Lisäksi hoitokeinot voitiin kokea epämiellyttäväiksi.

Piirilääkäreiden puolelta tulevia arvioita analysoitaessa on otettava huomioon, että ne ovat auttamattoman puolueellisia ja lähtökohtaisesti puolustuskannalla. Jos rahvaalla olikin ennakkoluuloja lääkäreiden hoitoa kohtaan, myös piirilääkäreiltä on havaittavissa monenkirjavia asenteita ja tuntemuksia köyhää kansanosaa kohtaan. Nämä tuntemukset vaihtelevat säälistä halveksuntaan, ja niiden voi olettaa omalta osaltaan ylläpitäneen lääkäreiden ja määrällisesti eniten heidän apuaan tarvinneen kansanosan välistä juopaa. Johan Otto Hagström kertoo myötätuntoon vivahtavaan sävyyn köyhien kurjista oloista:

Niinpä heillä on puutetta ravinnosta, puutetta lämmöstä ja juomasta. Samoissa ohiissa vaatteissa heidän kanssaan elävät ötökät ja elukat. Kylmä ja nälkä tekevät heidän kurjuudestaan sitäkin suuremman; onnekkaita ne, joiden piinantäyteisen elämän kuolema päättää!⁹⁶

⁹³ Esim. SVAR ÅFP2 Fred. Vilh. Radloff 1798 & Pehr Hagerstrand 1799.

⁹⁴ Hirvonen 1987 167–168; Forsius 2003.

⁹⁵ Hirvonen 1987 167–168.

⁹⁶ SVAR ÅFP1 Joh. Otto Hagström 1771. ”Således hafva de brist på föda, brist på varma, och på dricka. Tunna kläder, kryp och kräg uti de samma. Köld och hunger, bidra at göra deras uselhet ännu större: Lyckelige, om döden skilljer dem vid ett smärtande lif!”

Samassa kertomuksessa Hagström huomauttaa köyhien olojen parantamisen olevan tärkeää väestönkasvun edistämiseksi.⁹⁷ Väestönkasvu mielessään Adolph Punson ja Lars Montin taas katsoivat rahvaan asenteen ongelmaksi: rahvaan vastentahtoisuus tuoda lapsiaan rokonistutuksiin johtui Punsonin mukaan siitä, että he eivät piitanneet, elivätkö lapset vai eivät, ja Montininin mukaan sairaita lapsia ei tuotu hoitoon, koska suuri lapsimäärä oli köyhyudessa ja puutteessa elävälle kansalle rasite.⁹⁸ Riippumatta siitä, miten paljon näillä puheilla oli totuuspohjaa, piirilääkärit tunsivat tarvetta selittää, miksi heidän hoitonsa ei kelvannut – ja löytää syyn nimenomaan rahvaan huonosta asenteesta. Monien lääkäreiden kuvauksista välittyy kuva rahvaasta ylimielisenä ja uppiniskaisena, vaikeasti hallittavana massana: erityisesti rokonistutusten ja rokotusten yhteydessä lääkärit valittelevat, miten rahvasta on mahdotonta vakuuttaa menetelmien eduista⁹⁹. Myös rahvaan omat parantamismenetelmät saavat lääkäreiltä halveksivan tuomion: Lars Meden kutsuu köyhän kansan kotihoitoja ”karkeiksi” ja heidän käsityksiään ”taikauskaisiksi”.¹⁰⁰

2.4 Ongelmat

Lopuksi, tehtyäni mahdollisimman lyhytsanaisesti selkoa virkatehtävistäni ja useista lääkinnän alalle kuuluvista asioista, olen velvollinen mainitsemaan myös niistä vaivaavista seikoista, joita piirilääkärit joutuvat kohtaamaan raskaassa toimessaan ... Uutteruudesta ja säästäväisyydestä on jokseenkin apua, mutta kuinka hankkia elantonsa iän yhä karttuessa, kun kaikilla ponnisteluillaan ei ole saavuttanut muuta kuin hauraan kehon, joka estää meitä kuljeksimasta yöt ja päivät ympäri kyliä? ... Ensi kuussa on kulunut seitsemäntoista vuotta siitä, kun ryhdyin hoitamaan piirilääkäriä virkaa Hallandissa ... ja olen siten yksi tämän toimen vanhimmista virassa olevista. Ei siis ole ihme, jos minä, joka pian saavutan viidenkymmenen vuoden iän, alan kantaa huolta siitä, millainen tulevaisuus minulla on odotettavissa, ja toivon, että Säätyvaltiopäivät suuntaisivat huomionsa minun ja virkaveljieni tilanteeseen ---¹⁰¹

⁹⁷ SVAR ÅFP1 Joh. Otto Hagström 1771.

⁹⁸ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771; ÅFP5 Adolph Punson 1807.

⁹⁹ Esim. SVAR ÅFP4 Pehr Albert Acksell 1801; ÅFP4 P. G. Fengmalm 1801.

¹⁰⁰ SVAR ÅFP2 Lars Meden 1798.

¹⁰¹ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771. ”Sluteligen, sedan jag i mögeligaste korthet gjort reda för mina Ämbets förrättningar och flera til Medicinal-värket hörande ting, finner jag mig skyldig, att icke heller förtiga de tryckande omständigheter, som Provincial-Medici måste vidkännas under deras besvärliga Ämbetes utöfvande ... Genom flit och sparsamhet vinnes väl häremot någon hjälp: men huru om skole få bärning vid en tiltagande ålderdom, då man ej förvärfvat annat med allt sit bemödande, än en bräckelig krop, som förbjuder oss, att natt och dag flacka omkring i bygden... På en månad, när äro sjutton år förledne, sedan jag tilträdde Provincial-Medici Beställningen i Halland ... och är jag således bland de äldsta tjenstgörande vid dessa Sysslorna. Det kan då icke förekomma underligt, att jag,

Lars Montinin vuoden 1771 kertomuksen lopuksi laatima kuvaus tuo esiin monia piirilääkäreiden virassaan kohtaamia ongelmia. Montinin, kuten muidenkin piirilääkäreiden, valituksia tulee kuitenkin käsitellä lähtökohtaisesti yksittäisinä. Piirilääkäreiden valitukset eivät olleet kovin yleisiä, eikä niistä aina ilmene, puhuvatko he itsensä vai kaikkien virkaveljiensä puolesta.

Useimmat piirilääkäreiden mainitsemat ongelmat liittyivät virkamatkoihin ja lääkkeiden hankintaan ja rahoittamiseen. Myös vuosikertomusten laatimisen viivästymistä voitiin pahoitella, ja esimerkiksi Jonas Halenius selittää sen johtuneen kiireestä¹⁰². Kiireen on perusteltua olettaa olleen tyypillistä piirilääkärin työlle lukuisine virkatehtävineen ja suurine potilasmäärineen, joten sitä voitiin pitää hyväksyttävänä selityksenä. Toisaalta Casper Trendelenburg jätti raporttoimatta päinvastaisesta syystä. Hän pahoittelee vuoden 1801 raportissaan sitä, ettei ole vuosiin lähettänyt selontekoa tekemisistään, ja kiirehtii selittämään, ettei se ole johtunut velvollisuuksien laiminlyönnistä tai laiskuudesta vaan siitä, että hän ei ole kohdannut toimeensa mitään merkittävää ja on siksi lykännyt raportointia kerta toisensa jälkeen.¹⁰³ Ilmeisesti se, minkä lääkärit katsoivat raporttoimisen arvoiseksi ja Collegium Medicumin kaipaamaksi tiedoksi, vaihteli paitsi kollegion vaatimusten, myös lääkärien omien näkemysten mukaan. Toisaalta toiset lääkärit saattoivat yksinkertaisesti kohdata toisia enemmän asioita, jotka kiinnostivat Collegium Medicumia, mutta se ei välttämättä tarkoittanut sitä, että he olisivat olleet muita kiireisempiä.

Yhtenä kiirettä selittävänä toimen osa-alueena olivat virkamatkat, jotka saattoivat olla pitkiä ja vaivalloisia. Jo suuret välimatkat asettivat viran hoitamiseksi haasteita, jotka voivat muuttua rajoitteiksi. Henrik Sandblad havainnollistaa piirilääkäreiden vastuualueiden suuruutta Daniel Erik Naezénin avulla. Naezénin toiminta-alue, joka ulottui Västerbottenista nykyisen Suomen alueelle Pohjois-Pohjanmaalle, käsitti noin 2400 neliöpenikulman kokoisen alueen, jossa oli 1700-luvun lopulla noin 52 000 asukasta. Laajimmillaan se oli noin 2/5 koko Ruotsin alueesta.¹⁰⁴ Erityisen hankalaa oli, jos sää ei ollut pitkälle matkustukselle suosiollinen. Naezén tuo esiin eräessä raportissaan vuodelta 1806 hankalat matkustusolosuhteet. Hän oli matkustanut

som snart nog hinner femtio års ålder, börjar hafva omtänka, hurudan framtid jag har att vänta, och önskar, det Rikens Höglöftige Ständer täcktes vända upmärksamma ögon på mitt och mina Ämbets Bröders tilstånd ---”

¹⁰² Esim. SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771.

¹⁰³ SVAR ÅFP3 C. Trendelenburg 1801.

¹⁰⁴ Sandblad 1979, 92.

Överbodan kylään Uumajan kunnassa ”mitä hankalimmissa kelioloissa”: neljän peninkulman (n. 40 km) pituisen matkan aikana sää oli vaihdellut vesisateesta lumentuloon niin, että osa matkasta oli pitänyt taittaa vaunuilla, osa reellä.¹⁰⁵ Muutamien kymmenien kilometrien välimatkaa voi pitää virkamatkalle tyypillisenä. Esimerkiksi A. M. Sjöborgin matka Blekingen läänissä Ronnebystä Ramdalan ja Jämjön kyliin oli noin 40 kilometriä pitkä, samoin Jonas Haleniuksen matka Upsalasta Vendelin kylään.¹⁰⁶ Luonnollisesti alueen koko vaikutti virkamatkojen pituuteen, ja suuremmilla alueilla piti matkustaa kauemmas. Esimerkiksi Bengt Björnlund matkusti Porista Loimaalle jopa yli 100 kilometrin matkan¹⁰⁷. Pidempi välimatka nosti kynnystä lähteä virkamatkalle, jos se ei ollut aivan välttämätöntä.

Kustannus- ja palkkakysymykset muodostavat kolmannen ongelmaryhmän. Sandblad on tuonut esiin piirilääkäri Johan Grysseliuksen kohtaaman ongelman: vaikka Collegium Medicum suostui maksamaan Grysseliuksen virkamatkan kustannukset, hän sai huomautuksen siitä, että oli useista muistutuksista huolimatta käyttänyt liian kalliita lääkkeitä.¹⁰⁸ Julkiset varat olivat ilmeisen rajalliset ja Collegium Medicum tarkka rahastostaan. Sen lisäksi, että monet lääkkeet olivat kalliita, ne olivat vaikeasti saatavilla, mistä valittaa mm. Lars Montin¹⁰⁹. Suuri osa lääkkeistä tuotiin ulkomailta, eivätkä toimitusongelmat olleet harvinaisia. Esimerkiksi armeijan ”kenttäapteekkari” (*Fält-Apotekare*) H. Bergemeijer pyytää vuoden 1808 kirjeessä Collegium Medicumilta apua tiettyjen lääkeaineiden hankintaan. Hänellä oli ollut vaikeuksia saada niitä, koska viestintäyhteys Tanskaan oli heikentynyt ja kuljetukset Englannista meriteitse eivät onnistuneet talven vuoksi.¹¹⁰

Palkan suuruus suhteessa kuluihin on kautta aineiston esiintyvä aihe. Otto Hjeltin mukaan piirilääkäreiden vuosipalkka oli vuoden 1756 asetuksen seurauksena 300 hopeataalaria, jonka lisäksi tuli 100 hopeataalaria matkarahaa.¹¹¹ Myöhemmin palkkaa nostettiin lääkäreiden jatkuvien pyyntöjen ja valitusten vuoksi: vuodesta 1774 alkaen palkaksi määrättiin 600 hopeataalaria.¹¹² Lista laivaston lääkäreiden vuosipalkoista vuodelta 1798 on kuitenkin vuoden 1756 asetuksen mukainen: lääkäreiden palkka oli 300 hopeataalaria, kahden mestarivälskärin

¹⁰⁵ SVAR ÅFP4 Dan. Erik Naezén.

¹⁰⁶ SVAR ÅFP2 A. M. Sjöborg 1799 & Jonas Hanelius 1797.

¹⁰⁷ SVAR ÅFP4 Bengt Björnlund 1806.

¹⁰⁸ Sandblad 1979, 52.

¹⁰⁹ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771.

¹¹⁰ SVAR ÅFP5 H. Berkemeijer den Yngre, 1808.

¹¹¹ Hjelt 1891, 159.

¹¹² Hjelt 1892, 29–31.

210 ja 150, kirurgien 83 ja välskäririkisällien 66.¹¹³ Toisinaan piirilääkärit valittavat palkan riittämättömyydestä ja kulujen puutteellisesta korvaamisesta. Esimerkiksi Johan Otto Hagström ilmoittaa rahoittaneensa ilmaisilääkkeiden jakamisen ”omasta pienestä rahastostaan”.¹¹⁴ Toisaalta poikkeustilanne saattoi aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia: Simon Landberg valittaa joutuneensa käyttämään jopa puolet palkastaan poikkeuksellisen lukuisiin virkamatkoihin.¹¹⁵

Lääkärit kertovat harvoin tarkkoja summia, mutta esimerkiksi Hagström mainitsee erään virkamatkan kustannusten olleen 18 hopeataalaria ja erään köyhille tarkoitettun lääke-erän maksaneen korkeintaan 6 tai 7 hopeataalaria.¹¹⁶ Yksittäisinä kuluina ne ovat pieniä suhteessa palkkaan, mutta kun virkamatkojen ja hoidettavien määrästä ei ole tarkkaa tietoa, kokonaiskustannuksia on vaikea arvioida. Palkkaa voi kuitenkin pitää ainakin osittain kulukorvauksena pikemmin kuin palkkiona tehdystä työstä. Se saattoi olla arvoltaan suuri, mutta kun osa siitä meni joka tapauksessa viranhoidokuluihin, lääkärin käteen jäävä osa saattoi olla hyvin pieni. Sillä oli katettava myös elämisen kulut. Hjelt on tuonut esille Johan Otto Hagströmin jo vuonna 1756 esittämän valituksen palkan pienuudesta. Hagström väittää palkan menevän pelkästään viljaan: yksi ruistynnyri maksoi 40 taalaria, ja koko pienelle taloudelle tarpeellinen määrä oli 20 tynnyriä, mikä teki yhteensä 800 taalaria¹¹⁷. Toisaalta laivaston listassa piirilääkärin palkka on yli kolminkertainen kirurgiin verrattuna, joten on aiheellista kysyä, olivatko lääkärin menot niin merkittävästi kirurgien ja välskäreiden menoja suuremmat, että heidän palkkansa oli absoluuttisesta suuruudestaan huolimatta suhteellisesti pieni.

Piirilääkärit saattoivat anoa palkankorotusta, mutta sen myöntäminen riippui esimerkiksi ympäröivien seutujen halusta osallistua lääkärin ylläpidon tukemiseen.¹¹⁸ Oletettavasti kiinteän, valtion maksaman palkan päälle tulivat lisäksi maksuvelvollisten potilaiden korvaukset hoidosta. Maksuvelvollisia oli kuitenkin vähän: köyhien ei tarvinnut maksaa hoidosta, ja esimerkiksi Lars Montin valittaa, että köyhyys on lisääntynyt hänen toimialueellaan entisestään,¹¹⁹ jolloin yhä harvempi kykeni maksamaan hoidosta. Näin siitäkin huolimatta, että köyhien tuli virallistaa varattomuutensa, jotta se olisi oikeuttanut

¹¹³ SVAR ÅFP3 W. N. Carlsson 1798.

¹¹⁴ SVAR ÅFP1 Joh. Otto Hagström 1771.

¹¹⁵ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1805.

¹¹⁶ SVAR ÅFP1 Joh. Otto Hagström 1771.

¹¹⁷ Hjelt 1892, 26.

¹¹⁸ Hjelt 1892, 21.

¹¹⁹ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771.

ilmaishoitoon¹²⁰. Kiinteän palkan voi tällä perusteella katsoa olleen valtion lääkäreille takaama peruskorvaus köyhien hoitamisesta ja muista virkatehtävistä, joista ei tullut erillistä tehtäväkohtaista palkkaa. Toisaalta lääkäreillä on oletettavasti ollut yksittäisiä tehtäviä, joista he ovat saaneet lisäpalkkion, esimerkiksi rikosoikeudelliset ruumiinavaukset.

Jatkuvan tartuntataudeille altistumisen huomioon ottaen on kiinnostavaa, kuinka vähän lääkärit puhuvat omasta sairastamisestaan ja sen vaikutuksista viran hoitamiseen. Oletettavasti he sairastivat tavallisesti ilmoittamatta siitä kollegiolle. Poikkeuksena ovat krooniset tai merkittävästi viran hoitamista haittaavat sairaudet, joista esimerkiksi J. M. Rydholm ja Pehr Gustaf Lindroth kertovat. Rydholm oli sairastanut rintaa ja selkää vaivannutta reumatismia, joka hoidosta huolimatta ei ollut muuttunut parempaan suuntaan, ja hän pyytää sen vuoksi Collegium Medicumilta kahden kuukauden vapautusta virastaan¹²¹. Pehr Gustaf Lindroth puolestaan kertoo, ettei voinut edellisenä vuonna rokottaa ihmisiä merkittävässä määrin sairastelunsa vuoksi.¹²² Lars Montinin tavoin monet piirilääkärit olivat virassaan melko iäkkäitä. Esimerkiksi Bengt Björnlund jatkoi tointaan jopa 80-vuotiaaksi saakka ja lopetti kolme vuotta ennen kuolemaansa.¹²³ Korkean iän voi olettaa – yleisterveydentilasta riippuen – vaikuttaneen viran hoitamisen sujuvuuteen, erityisesti matkusteluun, kuten Montinkin toteaa¹²⁴.

Edellä mainittujen esimerkkien lisäksi aineistossa ei esiinny merkittävästi valituksia, mitä voi pitää merkinä toimen harjoittamisen yleisestä sujuvuudesta. Ongelmia ei siis voi esimerkkien perusteella suoraan yleistää juuri piirilääkärin toimelle tyypillisiksi, vaikka niissä onkin tiettyä toistuvuutta. On kuitenkin otettava huomioon itsesensuurin mahdollisuus. Valittaminen ja muutosten pyytäminen miellettiin paitsi omalle maineelle ja asemalle haitalliseksi, myös turhaksi: esimerkiksi Jonas Halenius huomauttaa aikaisempien ehdotustensa köyhien lääkkeiden rahoittamisesta jääneen vaille vastausta¹²⁵. Vuosikertomuksia voitiin myös pitää vääränä kanavana tyytymättömyyden ilmaisemiseen. On toki mahdollista – ja aiemman tutkimuksen korostamien ongelmien valossa jopa todennäköistä – että useimmat piirilääkärit olivat valmiiksi asennoituneita viran haasteisiin, minkä vuoksi he eivät kokeneet ilmeisiäkään ongelmia mainitsemisen arvoisiksi. He tunsivat realiteetit: varojen rajallisuuden, hoitoa

¹²⁰ Sandblad 1979, 95.

¹²¹ SVAR ÅFP3 J. M. Rydholm 1800.

¹²² SVAR ÅFP5 Pehr Gustaf Lindro[th] 1807.

¹²³ Hjelt 1893, 678.

¹²⁴ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771.

¹²⁵ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771.

tarvitsevien määrän ja velvollisuuksien hoitamisen välttämättömyyden. He saattoivat uskoa, ettei tilanne ollut parannettavissa. Joko he hyväksyisivät sen tai luopuisivat virastaan.

3 LÄÄKÄRI KOHTAA SAIRAUDEN

3.1 Tartunnan ehkäiseminen

Koska käsitykset sairauksien syntymekanismeista olivat puutteelliset, paljon ei ollut tehtävissä tartuntojen ja sairastumisen ehkäisemiseksi. Joidenkin tautien tarttuvuus ymmärrettiin, mutta ei sitä, miten tartunta tapahtui. Tämä näkyy siinä, että vaikka piirilääkäreiden yksi tärkeimmistä tehtävistä oli tautiepidemioiden hillitseminen, he mainitsevat siihen melko vähän konkreettisia toimintatapoja.

Samuel Fahlberg mainitsee sairastuneen eristämisen tapana hillitä isorokon leviämistä Saint Barthelémyn saarella.¹²⁶ Tuntemattomaksi jäänyt lääkäri kehottaa ehkäisemään punataudin leviämistä erottamalla sairastunut heti terveistä ja siirtämällä jokainen potilas omaan tilaansa.¹²⁷ Muutoin karanteeni vaikuttaa olleen harvinainen tapa ehkäistä sairauksia siitakin huolimatta, että tarttumisen ymmärrettiin liittyvän sairastuneen läsnäoloon. Syy voi olla se, että sairastunut oli hankala sulkea rajatun elinpiirin ulkopuolelle: käytännössä helpointa oli lähettää potilas lasarettiin, ja niissä tila oli varattu ensisijaisesti sukupuolitauteja sairastaville. Tässä priorisoinnissa oli kyse siitä, että kaikista taudeista sukupuolitaudin leviäminen haluttiin estää ensimmäisenä;¹²⁸ se oli kenties ainoita tauteja, joiden tavallisin tartuntatapa varmuudella ymmärrettiin. Toinen esimerkki laajamittaisista toimista kulkutaudin leviämisen estämiseksi on Suomen itärajan sulkeminen 1770-luvulla ruton uhan vuoksi¹²⁹. Kansaa voitiin myös ohjeistaa oikeista menettelytavoista tartuntojen ehkäisemiseksi, ja esimerkiksi erään mätäkuume-epidemian sattuessa alueen asukkaat olivat itse pyytäneet ohjeita taudin leviämisen estämiseksi¹³⁰.

Rokonistutuksia ja rokotuksia voi pitää ajan sairauskäsityksiin heijastaen edistyksellisinä tapoina hillitä epidemioita. Inokulaatio eli rokonistutus oli otettu käyttöön Euroopassa 1700-luvulla¹³¹. Siinä siirrettiin tartunta-ainetta ihoon tehtyyn haavaan ja saatiin näin aikaiseksi isorokon lievempi muoto, joka oli harvoin vakavanlaatuinen, mutta antoi immuniteetin

¹²⁶ SVAR ÅFP2 Samuel Fahlberg 1798.

¹²⁷ SVAR ÅFP5 Allekirjoittamaton raportti, 1809.

¹²⁸ Kallioinen 2009, 69–70.

¹²⁹ Suolahti 1991, 285–294.

¹³⁰ SVAR ÅFP3 Carl Clemens Flodin 1801.

¹³¹ Porter 1999, 275.

varsinaista tautia vastaan.¹³² Rokonistutukset kuuluivat piirilääkäreiden tehtäviin. Eräät heistä raportoivat yksityiskohtaisesti antamistaan istutuksista, niiden seurauksista ja niiden lääkkeellisestä esivalmistelusta, jolla pyrittiin hillitsemään oireita.¹³³ Rokonistutusaktiivisuudessa oli lääkäreillä huomattavaa vaihtelua. Toiset istuttivat rokkoa kymmenittäin, toiset vain muutamia, monet eivät mainitse istutuksia lainkaan.

Rokonistutukset eivät olleet täysin vaarattomia. Silloin tällöin joku kuoli istutettuun rokkaan, ja rokonistutuksen saanut voi tartuttaa taudin sellaisiin, joilla ei ollut immuniteettia.¹³⁴ Piirilääkäri Henric Deutsch mainitsee istutetun rokon tarttuvuuden selvänä haittana rokotuksiin verraten.¹³⁵ Lisäksi rokonistutusten tehoa epidemioiden ehkäisyssä heikensi se, että rahvas – suurin kansanosaa – suhtautui siihen niin epäluuloisesti eikä useinkaan suostunut ottamaan sitä edes ilmaiseksi.¹³⁶ Useimmat rokonistutuksen saaneista lapsista olivatkin säätyläisten lapsia, mikä ilmenee muun muassa Lars Montinin ja Carl M. Blomin laatimista rokonistutuslistoista.¹³⁷ Huomion arvoinen kysymys on, miksi säätyläiset luottivat rokonistutuksiin ja ottivat niitä lapsilleen jopa maksusta, kun rahvas ei kelpuuttanut niitä edes ilmaiseksi. Sama ilmiö oli nähtävissä muuallakin Euroopassa, ja syyksi on arveltu muun muassa rokonistutuksen maksullisuutta, vaivalloisuutta ja sitä, että rahvas piti sitä herkemmin Jumalan tahtoon puuttumisena¹³⁸.

Rokotukset aloitettiin Ruotsin valtakunnassa vuodesta 1801 lähtien. Rokotusten tartunta-aine oli peräisin lehmärokosta, joka oli ihmiselle vaaraton, mutta joka antoi suojan myös isorokkoa vastaan.¹³⁹ Piirilääkärit joutuivat käymään rokotusten kanssa samaa taistelua kansan ennakkoluuloja vastaan kuin rokonistutusten kohdalla, joskin lopputulos oli onnistuneempi: lääkärit antoivat 1800-luvun alun raporteissaan varovaisen positiivisia arvioita siitä, miten rokotteet ”alkoivat saavuttaa luottamusta”¹⁴⁰. Rokotusaineen säilyvyys oli kuitenkin rajallinen: piirilääkäri N. Almqvistin mukaan se säilyi kaksi kuukautta, minkä jälkeen siitä tuli käyttökelvotonta.¹⁴¹ Varhaisten rokotusten rokotusmenetelmä ei juuri poikennut

¹³² Kallioinen 2009, 56.

¹³³ Esim. SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771 & Carl M. Blom 1771.

¹³⁴ Kuolemantapaus rokonistutuksesta esim. SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771; Forsius 2004c.

¹³⁵ SVAR ÅFP5 Henric Deutsch 1807.

¹³⁶ Esim. SVAR ÅFP4 Pehr Albert Acksell 1801.

¹³⁷ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771 & Carl M. Blom 1771.

¹³⁸ Harrison 2004, 62.

¹³⁹ Forsius 2004c.

¹⁴⁰ Esim. SVAR ÅFP4 F. V. Ham 1806; ÅFP5 Johan Adolph Léven 1806.

¹⁴¹ SVAR ÅFP5 N. Almqvist 1809; Forsius 2004c.

rokonistutuksista,¹⁴² minkä vuoksi siitä käytettiin samaa nimitystä ”istuttaminen” (*ympning*)¹⁴³. Suhtautumisessa rokotuksiin oli myös alueellista vaihtelua: muutamat totesivat rahvaan tuovan lapsiaan mielellään rokotettaviksi, toisaalla rokotuksiin suhtauduttiin yhtä kielteisesti kuin aiemmin rokonistutuksiin.¹⁴⁴ Kielteisiä asenteita lisäsi se, että muut taudit, erityisesti kuppa, saattoivat levitä rokotusten yhteydessä.¹⁴⁵ Lisäksi lehmärokon pelättiin aiheuttavan rokotettavissa eläimellisiä ominaisuuksia.¹⁴⁶

Kuitenkin käytännön esimerkit vakuuttivat sekä rahvasta että lääkäreitä rokotusten tehosta. Herman Rudolf Hast toteaa, että alkanut isorokkoepidemia laantui rokotusten ansiosta.¹⁴⁷ Carl Clemens Flodin kertoo varoittavien esimerkkien edesauttaneen luottamusta. Luonnollinen rokko oli päässyt leviämään alueella ja aiheuttanut monille siitä selvinneille lapsille pysyviä silmävammoja, sokeutta ja paiseita. Heitä oli tuotu Flodinin hoitoon, mutta liian myöhään. Sen seurauksena rahvas oli tuonut auliimmin lapsiaan rokotettaviksi. Samassa kertomuksessa Flodin kertoo rokotuksen hämmästyttävän nopeasta tehosta. Hänen luokseen oli tuotu 2-vuotias tyttö, jonka oli pelätty saavan tartunnan luonnolliseen isorokkoon sairastuneelta veljeltään. Flodin arveli, ettei rokotus enää siinä vaiheessa voisi estää isorokon puhkeamista, kun tyttö oli jo mitä todennäköisimmin saanut tartunnan. Hän antoi kuitenkin rokotuksen siinä toivossa, että tauti ei äityisi niin pahaksi. Yllättäen tyttö ei ollut saanut minkäänlaisia oireita, vaikka oli nukkunut veljensä kanssa samassa vuoteessa saman peitteen alla: rokotteen aiheuttama ”suojarokko” (*skydskoppor*) oli luonut vastustuskyvyn kyllin nopeasti.¹⁴⁸

Päinvastaisiakin todisteita ilmeni. Eräät tapaukset laittoivat epäilemään, että rokotuksen teho ei ollut aukoton. J. Landeberg kertoo kuulleensa, että lähikylissä isorokko oli tarttunut aiemmin rokotuksen saaneisiin henkilöihin. Hän oli matkustanut alueille tutkimaan tilannetta ja todennut rokotettujen todella sairastuneen luonnolliseen rokkoon rokotuksesta huolimatta.¹⁴⁹ Mahdollisia selityksiä on useita: rokotukset olivat kenties olleet tehottomia vanhentuneen aineksen vuoksi, tautitapaukset oli voitu sekoittaa esimerkiksi tuhkarokkoon tai

¹⁴² Rokotusten kehittäjä, englantilainen lääkäri Edward Jenner teki ensimmäiset rokotuksensa siirtämällä lehmärokkoon sairastuneen eritettä rokotettavan ihoon tehtyyn naarmuun. Jenner ei kuitenkaan tietävästi ollut ensimmäinen, joka kokeili menetelmää. Hirvonen 1987, 148; Jesty & Williams 2011.

¹⁴³ Esim. SVAR ÅFP4 J. Witthoff 1806; ÅFP5 P. Lundmark 1808.

¹⁴⁴ Esim. SVAR ÅFP4 F. V. Ham 1806 & Johan Adolp Léven 1806.

¹⁴⁵ Forsius 2004c.

¹⁴⁶ Harrison 2004, 64.

¹⁴⁷ SVAR ÅFP4 H. R. Hast 1806.

¹⁴⁸ SVAR ÅFP4 Carl Clemens Flodin 1806.

¹⁴⁹ SVAR ÅFP5 J. Landeberg 1807.

vesirokkoon tai virus oli voinut muuntua rokotukselle vastustuskykyiseksi. Myös piirilääkäri Olander oli kuullut eräältä välskäriltä, että rokotettu lapsi olisi saanut kaikesta huolimatta isorokon¹⁵⁰.

3.2 Tutkimus ja diagnoosi

Suurin osa lääkäreiden diagnooseista pohjautui heidän havaitsemiinsa ja potilaiden kuvailemiin oireisiin. Hyvin usein he tyytyvät kertomuksissaan vain toteamaan potilaan sairastaneen tiettyä tautia perustelematta diagnoosia muuten kuin korkeintaan oireiden kuvauksella. Oireiden kuvaus on hyvin seikkaperäistä. 1700- ja 1800-lukujen medikaalikirjalliselle tyylille oli ominaista yksityiskohtien runsaus, jota pidettiin uskottavuuden ja totuuden puhumisen merkinä. Lisäksi tarkoilla kuvauksilla pyrittiin konstruoimaan lukijalle mahdollisimman autenttinen, jopa myötätuntoinen kokemus potilaan oireista ja tuntemuksista.¹⁵¹

Roy Porterin mukaan aikakauden lääkäreiden tutkimukset perustuivat muun muassa perinteiseen ”viiden aistin” tutkimukseen, jossa tunnusteltiin pulssia, etsittiin mätänemisen hajua, kuunneltiin hengitystä ja tarkasteltiin ihon väriä. Tutkimus oli usein kertaluontoinen ja arviollinen: esimerkiksi pulssia ei laskettu, vaan lääkäri arvioi tuntumalta sen voiman ja rytmin.¹⁵² Viiden aistin tutkimus näkyy piirilääkäreiden raporteissa lähinnä pulssin tunnusteluna ja ihon värin kuvailuna. Pulssia lääkärit kuvailevat sanoilla kuten ”matala” (*låg*), ”tiheä” (*hastig*) ja ”heikko” (*klen*)¹⁵³, mutta kuten Porter on esittänyt, varsinaisesta pulssin mittaamisesta ei ole merkkejä. Tällöin arvion pulssin tiheydestä ja voimakkuudesta on täytynyt olla melko epätarkka ja subjektiivinen.

Monet taudit todetaan veri-, virtsa- ja ulostenäytteistä. Piirilääkärit tarkastelivat potilaidensa nesteitä ja eritteitä tutkimisen ja diagnoosin yhteydessä. Tavallisinta oli virtsan tutkiminen, mutta eräät lääkärit tutkivat myös ulosteita¹⁵⁴. Virtsasta tutkittiin sen väriä ja koostumusta. Bengt Björnlund havaitsi mätäkuumepotilaidensa virtsan sakeaksi, rusehtavaksi tai punertavaksi, ja myöhemmin potilaiden oireiden lieventyessä virtsan sakka asettui normaalisti

¹⁵⁰ SVAR ÅFP5 Olander 1808.

¹⁵¹ Laqueur 1989, 177, 182–183.

¹⁵² Porter 1995, 403.

¹⁵³ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771 & J. G: Bergman 1780; ÅFP5 J. L. Westberg 1807.

¹⁵⁴ Esim. SVAR ÅFP3 Johan Ant: Ortman 1799 & Simon Landberg 1800.

pohjalle¹⁵⁵. Johan Gabriel Bergmanin hypokondrisella, *Febra lentis nervosasta* kärsineellä potilaalla virtsa oli ollut ”kelmeää, ilman sakkaa”, ja sakkakerros oli ilmestynyt jälleen, kun potilas oli alkanut parantua¹⁵⁶. Virtsatutkimukset jäivät kuitenkin raporteissa neutraaleiksi huomioiksi. Ilmeisesti tiettyä väriä ja koostumusta pidettiin normaalina ja siitä poikkeavia muutoksia sairauden merkkeinä, mutta virtsasta tehtyjen havaintojen perusteella ei tehty sellaisia terveydentilaa koskevia johtopäätöksiä, jotka lääkärit olisivat katsoneet mainitsemisen arvoisiksi.

Bergman tutki potilailtaan myös veren koostumusta. Reumaattiseen tertiaanikuumeeseen (*Amphimerina Rheumatica*) sairastuneilla ei ollut Bergmanin mukaan ollut veressään *crustaa*. Lasaretissa hoidetun piian, jolla oli *Lepra Ichtiosis* (oletettavasti iktyoosi), veressä ei niin ikään ollut *crustaa* tai suurta määrää veriseerumia. On epäselvää, mitä Bergman tarkoittaa *crustalla*. Sana merkitsee nykyisin rupea, mutta Bergman puhuu siitä ikään kuin veren koostumuksen osana. Kuitenkin erottaakseen seerumin verestä hänen on täytynyt antaa potilaan veren seisoa jonkin aikaa juuri tutkimusmielessä. Mitä ilmeisimmin *crustan* puute ja seerumin kohtuullinen määrä olivat toivottavia ominaisuuksia, sillä hän kutsuu piian verta ”hienoksi”.¹⁵⁷

Myös kieli saattoi kertoa potilaan terveydentilasta. Lääkärit mainitsevat usein oireita kuvatessaan, onko potilaan kieli kostea vai kuiva, puhdas vai likainen tai poikkeavan värinen. M. Zettermanin potilaalla oli ollut tauti, joka oli aiheuttanut kielen muuttumisen kovaksi ja tummanpunaiseksi¹⁵⁸. Jonas Haleniuksen hoitamaan kuumetautiin oli kuulunut eräillä potilailla ”aivan musta” kieli.¹⁵⁹ J. L. Westberg huomioi ”mätähermokuumeen” yhteydessä tumman, ruskeapintaisen, kuivuneen kielen.¹⁶⁰ Sairauteen yhdistyy näin käsitys likaisuudesta, kuten myös epämiellyttävästä hajusta tai mausta: P. G. Fengmalmin potilas valitti ”pahasta ja mädästä mausta” kielensä päällä¹⁶¹, ja Johan Ortmanin potilailla oli ollut paha maku suussa mätäkuumeen yhteydessä¹⁶².

Diagnoosissa oli tärkeää ottaa huomioon potilaan sairaushistoria. Potilaan kuului kertoa lääkärille aikaisemmasta terveydentilastaan, sairastumista edeltäneet tapahtumat ja milloin ja miten oireet olivat alkaneet. Lisäksi lääkäri saattoi haluta tietää potilaan elämäntavoista, mikä

¹⁵⁵ SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1778.

¹⁵⁶ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

¹⁵⁷ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

¹⁵⁸ SVAR ÅFP3 M. Zetterman 1801.

¹⁵⁹ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771.

¹⁶⁰ SVAR ÅFP5 J. L. Westberg 1807.

¹⁶¹ SVAR ÅFP2 P. G. Fengmalm 1798.

¹⁶² SVAR ÅFP3 Johan Ant: Ortman 1799.

Roy Porterin mukaan edellytti lääkäreiltä myös kuuntelu- ja haastattelutaitoja.¹⁶³ Piirilääkärit kertaavat usein raporteissaan potilaiden tautihistorian ja sairastumista edeltäneet tapahtumat, vaikka eivät aina vedäkään niiden ja sairastumisen välille syy-yhteyttä. Usein mainitsemisen arvoista oli, jos potilas oli ollut ennen täysin terve¹⁶⁴. Myös potilaan aikaisemmat vaivat voitiin huomioida etenkin, jos niistä ei ollut kovin pitkä aika: esimerkiksi Johan Jacob Rudolphi mainitsee noidannuolesta kärsineen potilaansa sairastaneen polttokuumeetta ennen noidannuolta.¹⁶⁵

Vain harvat piirilääkärit ilmaisevat epävarmuutensa taudin tunnistamisessa. Toisinaan harvinaisemmat sairaudet tuottivat päänvaivaa. Esimerkiksi piirilääkäri Zetterman myöntää diagnosoineensa taudin nimeltä *angina polyposa* seuraavasti: ”Sen, etten erehtynyt taudista enkä arvellut, että se olisi *Asthma acutum Millari*, erityisesti koska näin taudin ensimmäistä kertaa, lasken enemmän tuurin kuin todellisen ymmärryksen ansioksi.” Diagnoosin tekemisessä häntä oli auttanut lääkäri Wichmanin teos *Ideen zur Diagnostik*.¹⁶⁶ Carl Nordblad kertoo diagnoosivaikeuksista samassa taudissa. Poikalapsi oli kuollut hoitovirheen vuoksi: taudin diagnoosi oli ollut epävarma, ja vasta ruumiinavaus oli varmistanut, että kyseessä oli ollut *angina polyposa*.¹⁶⁷

Tällainen maininta väärästä diagnoosista aiheutuneesta hoitovirheestä on poikkeuksellinen. Raporttien kertoman valossa piirilääkärit eivät tavallisesti joko tunnistaneet tai myöntäneet omia diagnoosivirheitään edes jälkepäin. Lisäksi aineistossa on hyvin vähän viitteitä siihen, että tarkalla diagnoosilla olisi ollut ratkaisevaa vaikutusta siihen, mitä lääkkeitä potilaat saivat. Toisinaan tietty yhteneväisyys on havaittavissa, mutta usein taudin laadusta riippumatta käytettiin samoja yleisimpiä lääkkeitä.

¹⁶³ Porter 1995, 403.

¹⁶⁴ Esim. SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780; ÅFP3 Simon Landberg 1801; ÅFP4 Simon Landberg 1806.

¹⁶⁵ SVAR ÅFP3 Joh. Jac. Rudolphi 1800.

¹⁶⁶ SVAR ÅFP3 M. Zetterman 1801. ”At jag ej misstog mig på sjukdomen, at jag ej förblandade den med *Asthma acutum Millari*, i synnerhet som det var för första gången jag såg denna sjukdom, til skrifver jag mera lyckan än et rätt fattande ... ”

¹⁶⁷ SVAR ÅFP5 C. Nordblad 1808.

3.3 Mekaaniset hoitomenetelmät ja kirurgia

Suonenisku oli vielä 1800-luvulle leimallinen mekaaninen hoitokeino, jota suositeltiin lähes vaivaan kuin vaivaan, mutta siihen ei suhtauduttu kritiikittömästi. Aikakauden oppineista esimerkiksi Johan Linder ja Carl von Linné pitivät sitä haitallisena malarian hoidossa¹⁶⁸. Monet piirilääkärit käyttivät suoneniskua ja väittivät sen parantaneen potilaat, mutta monet myös arvioivat sen hyödyttömäksi tai jopa haitalliseksi tiettyjen sairauksien hoidossa. Rudolf Hast toteaa sen olleen enemmän haitaksi mätäkuumeen hoidossa vuonna 1771. Johan Adolph Léven tuo useissa raporteissa esiin suoneniskun haitat: vuonna 1798 hän toteaa sen hyödyttömäksi paisekuumeen hoidossa, vuonna 1799 hän katsoo tapaamansa potilaan aikaisemman itsehoidon suoneniskulla olleen turhaa, ja vuonna 1801 hän pitää sitä jopa haitallisena hermokuumeen hoidossa. Myös J. Almquist huomasi, että hermokuumeepotilaille suoneniskusta ei ollut koskaan mitään muuta kuin haittaa.¹⁶⁹

Myös suoneniskun tehosta raportoitiin. Jonas Haleniusen mukaan se oli ollut oksennuslääkkeiden ja laksatiivien ohella eduksi kuumetaudin hoidossa. Simon Landberg sai hoidettua puuttuvista kuukautisista kärsineen naisen suoneniskulla ja aloella. Myös Christoffer Herman Schaunik sai erään naisen kuukautiset taas alkamaan suoneniskulla ja lääketipoilla. Erik Acharius havaitsi suoneniskun hyödylliseksi influenssan hoidossa.¹⁷⁰ Ilmeisesti suoneniskun vaikutuksen ymmärrettiin yleisestikin olevan toisaalta parantava, toisaalta heikentävä, sillä eräiden piirilääkäreiden sanavalinnat viittaavat siihen, että siihen turvauduttiin vain jos se katsottiin todella tarpeelliseksi: Pehr Albert Acksellin mukaan suonenisku oli influenssan hoidossa ”harvoin tai ei lainkaan tarpeellinen”, ja myös Carl Wilhelm Hårdh katsoi angiinapotilaiden tarvinneen sitä vain harvoin¹⁷¹.

Suoneniskut, samoin kuin muut ulkoiset hoitotoimenpiteet ja kirurgiset operaatiot, kuuluivat perinteisesti välskären ja kirurgien toimenkuvaan. Sisätaudit olivat piirilääkäreiden alaa, mutta myös he tekivät aika ajoin kirurgisia operaatioita, ja heidän opintovaatimustensa osana oli myös kirurginen kokemus. Käytännössä vuoden 1688 lääkintämääräyksen seurauksena

¹⁶⁸ Hulden 2011, 2.

¹⁶⁹ SVAR ÅFP1 B. Rud. Hast 1771; ÅFP3 J. A. Léven 1798; ÅFP4 Joh. Adolph Léven 1801 (1799) & Joh. Adolph Léven 1801; ÅFP5 J. Almquist 1807.

¹⁷⁰ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771; ÅFP3 Simon Landberg 1800 & Erik Acharius 1800 & Christoff. Herm. Schaunik 1801.

¹⁷¹ SVAR ÅFP4 Carl Wilh. Hårdh 1801 & Pehr Albert Acksell 1801.

kirurgien toiminta oli piirilääkärijärjestelmälle alisteista: kirurgit eivät saaneet puuttua sisätautien hoitoon, jos lääkäri oli saatavilla, ja myös vaikeissa leikkauksissa lääkärin oli oltava läsnä.¹⁷² Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että kirurgien saamasta käytännön kokemuksesta huolimatta lääkäreiden kirurgista osaamista pidettiin korkeampana.

Vaativina leikkauksina voi pitää piirilääkäreiden toisinaan mainitsemia amputaatioita, joilla tavallisesti tarkoitettiin kasvaimen poistamista (*Amputatio Tumori*). A. L. Anglöv poisti nuorelta naiselta onnistuneesti kasvaimen silmän yläpuolelta ja rengiltä käsivarresta¹⁷³. E. R. Högbergin tykö oli tullut piika, jolla oli ollut kaulan oikealla puolella selvästi erottuva kasvain. Alueen kirurgi oli kieltäytynyt leikkaamasta sitä, joten Högberg oli ottanut sen vastuulleen. Leikkauksessa oli vuotanut paljon verta, mutta haava oli umpeutunut nopeasti ja sen ympärille oli laitettu side. Leikkaushaava oli parantunut lääkkeiden avulla neljässä viikossa.¹⁷⁴ Kirurgin kieltäytyttyä vaativasta operaatiosta oli siis käännytty lääkäriin puoleen, ja leikkaus oli tehty ammattitaidolla. Raporteissa on kerrottu vain onnistuneista leikkauksista. Mielenkiintoista tämä on siksikin, että piirilääkäreillä oli väitetysti vähäisesti kokemusta kirurgiasta¹⁷⁵.

Piirilääkärit hoitivat menestyksekkäästi virtsaumpea, joka useimmilla heidän naispuolisista potilaistaan johtui kohdun taaksepäin kallistumisesta. Fredrik Rådberg oli tehnyt ensin raskaana olevalle naispotilaalleen sisätutkimuksen ja tilan todettuaan antanut tälle ensimmäiseksi hoidoksi suoneniskun ja peräruiskeen. Sen jälkeen hän oli painanut molemmilla käsillään naisen sisäelimiä emättimen ja peräsuolen kautta, mikä oli helpottanut välittömästi naisen oloa. Sitten hän oli asettanut katetrin naisen virtsaputkeen. Hoito oli tepsinyt, ja Rådberg oli kymmenen päivän kuluttua tullut katsomaan naista uudelleen. Nainen oli käyttänyt itse katetria hyvällä menestyksellä hoidon jälkeen, eikä hänellä Rådbergin mukaan ollut keskenmenon vaaraa.¹⁷⁶

Anders Johan Lillen samasta vaivasta kärsinyt naispotilas, postimiehen vaimo, oli ollut hänen paikalle tullessaan niin kovissa kivuissa, että oli maannut lattialla. Paikalla oli ollut myös vanhempi nainen, jonka apuun potilas oli tukeutunut. Naisen kuukautiset olivat lakanneet 12 viikon ajaksi, mutta myöhemmin hän oli saanut voimakkaan verenvuodon, jonka myötä

¹⁷² Pesonen 1980, 13, 211–212.

¹⁷³ SVAR ÅFP2 A. L. Anglöv 1798.

¹⁷⁴ SVAR ÅFP3 E. R. Högberg 1801.

¹⁷⁵ Sandblad 1979, 238.

¹⁷⁶ SVAR ÅFP2 Fred. Rådberg 1799.

virtsaamisvaivat olivat alkaneet. Lille oli kysynyt vanhemmalta naiselta, oliko tämä tutkinut potilasta sisäkautta, ja tämä sanoi tehneensä niin, muttei ollut ymmärtänyt, mitä siellä oli tuntunut. Lille oli tehnyt itse sisätutkimuksen ja tehnyt katetroinnin, ja nainen oli sanonut olonsa helpottuneen niin, että tuntui kuin hän olisi synnyttänyt lapsen. Seuraavana päivänä Lille oli palannut ja tehnyt katetroinnin uudestaan, ja myöhemmin samana päivänä hän oli tullut paikalle kirurgi Bökmanin kanssa. Hän oli tehnyt potilaalle saman operaation kuin Fredrik Rådberg: hän oli yrittänyt korjata käsin kohdun asentoa sisäkautta. Lille oli naisen kanssa samaa mieltä siitä, että tämä oli todennäköisesti ollut raskaana, saanut keskenmenon ja alkanut sen myötä kärsiä vaivoistaan. Nainen oli saanut muutakin lääkintää, esimerkiksi peräruiskeen, ja lopulta toipunut vaivoistaan, joskin kärsinyt vielä ajoittain vuodoista. Myöhemmin hän oli saanut lapsen.¹⁷⁷

Vaikka virtsaummen syitä ei välttämättä osattu korjata (lääkäreiden yrityksillä korjata käsin kohdun asentoa tuskin on ollut mitään vaikutusta), sekä Rådberg että Lille hoitivat sen oireita asianmukaisesti. Katetrointi toimi välittömänä helpotuksena naisten olotilaan ja esti umpea aiheuttamasta vakavampia vammoja, esimerkiksi munuaisten vaurioitumista. Myös peräruiskeiden käyttö puolsi paikkaansa, sillä myös ummetus voi aiheuttaa tai pahentaa jo olemassa olevaa virtsaumpea.¹⁷⁸

3.4 Lääkintä

1700- ja 1800-lukujen farmakopea oli monipuolinen. Tulkintaa vaikeuttaa lääkäreiden tapa lyhentää tai numeroida lääkkeiden nimet. Useimmin toistuvat lyhenteet voi täydentää muista täysmittaisista esiintymistä ja esimerkiksi apteekkien lääkelistoista, mutta vuosikertomuksissa esiintyy paljon lääkeaineita, joiden sisältö jää mysteeriksi. Yleisimmät lääkkeet ja niiden käyttötarkoitukset kertovat kuitenkin paljon siitä, millä tavoin lääkkeiden uskottiin tehoavan.

Useimmat lääkkeet olivat uskomuksen mukaisesti kehoa puhdistavia ja nestetasapainoa ylläpitäviä (*evacuantia*): laksatiiveja (*laxermedel, laxantia*), oksennuslääkkeitä (*kräkmedel, emetica*), peräruiskeita (*lavemens*), hikoiluttavia lääkkeitä (*diaphoretica*) tai rakkulalääkkeitä (*vesicatoria*). Niillä poistettiin kehosta ylimääräisiä tai huonolaatuisia nesteitä, jotka humoraalipatologisen käsityksen mukaan aiheuttivat epätasapainon (kr. *dyskrasia*) eli

¹⁷⁷ SVAR ÅFP5 And. Joh. Lille 1807.

¹⁷⁸ Saarelma 2013.

sairastumisen ja jotka poistamalla tasapaino (kr. *eukrasia*) voitiin palauttaa¹⁷⁹. Kehon puolustusreaktioiden laukaisemista voidaan pitää humoraalioppiin perustuvan lääkinnän erityispiirteenä, mutta toisin kuin uskottiin, yleensä niillä ei ollut myönteistä vaikutusta paranemiseen. Päinvastoin, lääkekuurit saattoivat olla hyvin rajuja ja potilasta rasittavia, minkä lääkärit toisinaan myönsivätkin. Jo aikalaislääkäreissä oli vallitsevien hoitomuotojen arvostelijoita, joiden mielestä potilaan etu oli antaa sairauden edetä luonnollisesti ilman lääkkeellistä interventiota.¹⁸⁰

Yleisimpiin oksennuslääkkeisiin kuuluivat esimerkiksi viinikivi (*Cremor Tartari*), raparperi ja ipekakuana (*ipecacuanha*). Ipekakuanaa tavattiin käyttää oksennuttamisen lisäksi hikoilua aiheuttavana lääkkeenä¹⁸¹. Lääkkeitä voitiin käyttää sekä oksentelua vastaan että sitä aiheuttamaan. Oksetuslääkkeet tähtäsivät juuri ”parantavaan” oksenteluun, mutta Simon Landberg antoi ”anti-emeticaa” eli lääkettä oksentelua vastaan miehelle, jolla oli ollut juopottelusta seurannutta vatsakipua ja oksentelua¹⁸². Oksennuslääkkeiden uskottiin pääasiallisesti tekevän tehtävänsä,¹⁸³ joskin Eberhard Munk af Rosenschöld oli havainnut, että oksennuslääkkeistä oli usein enemmän haittaa kuin hyötyä¹⁸⁴. Laksatiivit olivat lähes yhtä yleisiä kuin oksennuslääkkeet, mutta niitä yksilöidään huomattavasti harvemmin. Johan Ernst Blacher mainitsee käyttäneensä kalomelia ulostuslääkkeenä¹⁸⁵. Kuten oksennuslääkkeistä, niiden tehosta on vaihtelevaa raportointia: Simon Landbergin hoitama maaninen nainen oli parantunut ”riittäväällä määrällä laksatiiveja”, kun taas Johan Adolph Lévenin paisekuumepotilaat eivät olleet hyötäneet niistä lainkaan.¹⁸⁶

Vesicatoria eli espanjankärpäsestä (*lytta vesicatoria*) valmistettu lääke laitettiin suoraan iholle, johon puhkesi sen seurauksena rakkuloita. Rakkuloiden uskottiin vetävän sisältämäänsä nesteeseen taudinaiheuttajaa ja siten poistavan sitä kehosta. Sitä käytettiin erityisesti erilaisiin kiputiloihin, kuumeisiin ja ihottumaa aiheuttaviin tauteihin. Sen uskottu teho perustui kuitenkin vain sen pintaverenkiertoa tehostavaan vaikutukseen, joka lievitti kipuja.¹⁸⁷ Ihoon vaikuttava lääke oli myös sinapinsiemenestä valmistettu tahna, jota Rudolf Hast käytti

¹⁷⁹ Hirvonen 1987, 182; Forsius 2001.

¹⁸⁰ Shorter 2006, 108–109; Kallioinen 2009, 186.

¹⁸¹ Weatherall 2006, 216.

¹⁸² SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1801.

¹⁸³ Esim. SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771; ÅFP2 Erik Acharius 1800; ÅFP5 Henric Deutsch 1807.

¹⁸⁴ SVAR ÅFP5 E. M. af Rosenschöld 1807.

¹⁸⁵ SVAR ÅFP3 Johan Ernst Blacher 1799.

¹⁸⁶ SVAR ÅFP3 J. A. Léven 1798 & Simon Landberg 1801.

¹⁸⁷ Hooper & Quincy 1817, 298.

tulirokkopotilaan iholle ja sai ihottuman ”painumaan takaisin”.¹⁸⁸ Rakkulalääkkeitä tavattiinkin laittaa sinne, missä oireet tuntuivat, kuten tulirokossa nieluoireet.¹⁸⁹ Esimerkkejä on myös hikoiluttavien lääkkeiden käytöstä: Bergman antoi reumaattisiin sairauksiin lievästi hikoiluttavia aineita, jotka olivat saaneet taudin hellittämään.¹⁹⁰

Oireita lievittävinä lääkkeinä voidaan pitää myös oopiumia ja kinkinaa (*kinkina*, *cinchona*) eli kiinanpuun kuorta, josta opittiin myöhemmin eristämään kiniini. Kiinanpuun kuori osoittautui tehokkaaksi lääkkeeksi malariaan, ja sitä alettiin käyttää yleisesti kuumesairauksiin.¹⁹¹ Yleinen lääke oli myös kiinanjuuri (*smilax china*), jota käytettiin tavallisesti sukupuolitautien ja ihotautien hoitamisessa.¹⁹² Piirilääkärit käyttivät sitä tavallisesti rokkoihin, ja sitä annettiin esimerkiksi teen ja emulsion muodossa. Luotto lääkkeen tehoon oli vahva,¹⁹³ joskin P. Fengmalm väittää sen olleen hyödytön, jos sitä ei sekoitettu oopiumiin.¹⁹⁴

Kuitenkin vain harvaa lääkettä voi pitää itsessään potilaalle hyödyllisenä. Osa lääkkeistä saattoi olla yksinkertaisesti hyödyttömiä, mutta monet olivat jopa myrkyllisiä, syövyttäviä tai muuten elimistölle haitallisia. Näitä olivat esimerkiksi metallivalmisteet, elohopea, kalomeli eli elohopeakloridi, antimoni sekä monet kasveista saatavat lääkeaineet, kuten belladonna ja ukonhattu,¹⁹⁵ joista hyvinkin pieni määrä voi olla tappava. Syövyttäviä olivat hapot, esimerkiksi rikkihappo, typpihappo ja suolahappo¹⁹⁶. Happohoidot olivat tyypillisiä ihoon vaikuttavissa sairauksissa, kuten rokoissa ja kupassa.¹⁹⁷ Oletettavasti potilaille annetut määrät haitallisia lääkeaineita olivat tarkasti laskettuja ja niin pieniä, ettei niistä koitunut kuin korkeintaan epämukavia oireita. Toisaalta myrkytysreaktiota voitiin pitää merkinä lääkkeen toimivuudesta¹⁹⁸. Aikakauden lääkärin oletettiin hallitsevan lääkeannostelun oikeat suhteet. Niihin vaikuttivat potilaan iän, sukupuolen, painon ja temperamentin eli kehotyyppin lisäksi vuodenaika ja vallitseva säätila.¹⁹⁹

¹⁸⁸ SVAR ÅFP1 Rudolf Hast 1771.

¹⁸⁹ Esim. SVAR ÅFP2 M. Zetterman 1798.

¹⁹⁰ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

¹⁹¹ Weatherall 2006, 216.

¹⁹² Hooper & Quincy 1817, 194.

¹⁹³ Esim. SVAR ÅFP1 Rudolf Hast 1771 & Bengt Björnlund 1779; ÅFP3 Christopher Herman Schaunik 1801; ÅFP4 Johan Abraham Andberg 1801 & Pehr Albert Acksell 1801.

¹⁹⁴ SVAR ÅFP4 P. G. Fengmalm 1801.

¹⁹⁵ SVAR ÅFP5 Johan Adolph Léven 1806 & J. Landeberg 1807.

¹⁹⁶ SVAR ÅFP2 Fredric Schulzen 1798; ÅFP3 Johan Ernst Blacher 1799; ÅFP4 Simon Landberg 1806.

¹⁹⁷ Esim. SVAR ÅFP3 Johan Ernst Blacher 1799; Hooper & Quincy 1817, 780–781.

¹⁹⁸ Hooper & Quincy 1817, 492; Pesonen 1980, 245; Porter 1999, 175; Vuorinen 2002, 150.

¹⁹⁹ Jackson 2001, 488.

Mineraalivesi oli aikakauden kuuma keskustelunaihe ja suosittu hoitomuoto. Niin kutsutuista terveyslähteistä etsittiin parannusta moniin eri vaivoihin, ja lähteiden vesiä tutkittiin siinä toivossa, että niitä voitaisiin käyttää parantamistarkoituksiin.²⁰⁰ Suomessa oli 1700-luvun lopulla pari kymmentä paikkakuntaa, joissa oli virallisesti hyväksytty terveyslähde. Mineraalivettä ryhdyttiin myös valmistamaan keinotekoisesti.²⁰¹ Samuel Bergman laati Collegium Medicumille tarkan raportin tekemästään tutkimuksesta Naantalin terveyslähteen vedestä.²⁰² Daniel Erik Naézen suositteli mineraalivettä erityisesti naisille, joiden kehon toiminnot olivat hitaanlaiset ja lisäksi mm. reumatismiin, kihtiin, ihottumaan ja hysteriaan.²⁰³ Jopa Naézenin oma vaimo oli nauttinut mineraalivettä ja hyötynyt siitä.²⁰⁴ Hysterian hoitoon mineraalivesi vaikuttaa jossakin vaiheessa lähes vakiintuneen: Simon Landberg oli määrännyt sitä kahdelle hysteriaa kärsineelle naispotilaalleen, ja myös Erik Rumberg mainitsee mineraaliveden hysterian hoidossa.²⁰⁵ L. Peterson lukee mineraaliveden eduksi myös sen, että se valmisteleo kehoa ottamaan vastaan elohopeaa sukupuolitaudin hoidossa.²⁰⁶

Huomattava piirre lääkkeiden käytössä oli eri lääkeaineiden tehon vertailu. J. Landebergin hoitama melankoliapotilas oli aluksi saanut oksennuslääkkeitä ja kamferietikkaa, mutta ne eivät olleet auttaneet. Sen sijaan *Extractum Hyoschiamum*²⁰⁷ ja pään kylvettäminen olivat parantaneet potilaan vähitellen.²⁰⁸ Christoffer Herman Schaunik määräsi potilaalleen jopa neljä erilaista lääkekuuria, joista kolme ensimmäistä epäonnistui ja vasta neljäs tepsi.²⁰⁹ Johan Salberg oli antanut sukupuolitauti-diagnoosin saaneille piikasiskoksille aluksi tavallisia sukupuolitaudin hoitoon käytettyjä lääkkeitä, mutta kun ne eivät olleet auttaneet, hoidoksi oli kokeiltu paloviinaa, ja oireet olivat helpottaneet.²¹⁰ Arkisempien aineiden käyttö lääkinässä ei ollut harvinaista: Pehr Lundmark käytti punataudin hoidossa oksennuslääkkeiden lisäksi öljyä ja etikkaa.²¹¹ Myös hunajaa voitiin käyttää lääkkeiden seassa ja niitä makeuttamassa.²¹² Rahvaalle

²⁰⁰ Sandblad 1979, 120–121.

²⁰¹ Heikkinen 1991, 80–81.

²⁰² SVAR ÅFP2 Sam. Bergman 1798.

²⁰³ Sandblad 1979, 121.

²⁰⁴ SVAR ÅFP3 Dan. Erik Naézen 1800.

²⁰⁵ SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1801; ÅFP4 Er. Rumberg 1801.

²⁰⁶ SVAR ÅFP5 L. Peterson 1807.

²⁰⁷ Hullukaalista valmistettu uute. Hullukaali on myrkyllinen koisokasvi.

²⁰⁸ SVAR ÅFP5 J. Landeberg 1807.

²⁰⁹ SVAR ÅFP3. Christoff. Herm. Schaunik 1801.

²¹⁰ SVAR ÅFP4 Joh. Salberg 1801.

²¹¹ SVAR ÅFP6 P. Lundmark 1810.

²¹² SVAR ÅFP2 Pehr Hagerstrand 1799; Kallioinen 2009, 189–190.

annettavia tyypillisiä lääkkeitä olivat viini, paloviina ja tervavesi. Tervavettä käytettiin erityisesti sukupuolitaudin hoitoon. Erik Acharius tutki sen käyttöä ja kirjoitti siitä Collegium Medicumille kokonaisen raportin: ”Havaintoja tervaveden hyödyistä ja käytöstä sukupuolitautiin.” Raportissa hän vertaa sitä sukupuolitaudin hoidossa tyypillisen elohopean käyttöön ja viittaa mm. ranskankieliseen lääketieteelliseen tutkimukseen aiheesta.²¹³

²¹³ SVAR ÅFP4 Erik Acharius 1806: ”Rön om Tjärvattens nytta och bruk i Veneriska Sjukan.”

4 TARTUNTATAUDIT

4.1 Kuumeet

”Kuumeet” ei ole nykylääketieteessä validi tautiluokka, vaan kuume eli kohonnut ruumiinlämpö tiedetään eri muodoissaan monien erilaisten ja eri syistä johtuvien tautien ja vaivojen yksittäiseksi oireeksi. Antiikin lääketieteestä saakka se oli taudinkuvissa leimallinen ja antoi nykyisinkin käytössä olevan nimen monelle tartuntataudille. On jopa sanottu, että ennen 1900-lukua lääkäreiden toiminta pyöri pitkälti kuumeiden ympärillä²¹⁴. Käsitystä tukee se moninaisten kuumeoireen nimeämien sairauksien luokka, jota tässä luvussa käsitellään. Kuumesairauksia yhdistää piirilääkäreiden ja heidän saamansa opetuksen mukainen käsitys kuumetautien luonteesta.

Piirilääkäreiden raporteissa kuumeet ovat toistuva ja monipuolinen tautiluokka, jossa useimmille taudeille on omat nimensä, mutta toisinaan he ilmoittavat yleisesti alueellaan esiintyneen erilaisia kuumeita²¹⁵, mikä saattaa kertoa diagnostisista vaikeuksista. Lars Meden mainitsee erikseen ”tulehdukselliset kuumetaudit” (*inflammatoriska febrar*), missä nimityksessä oireesta on tehty aiheuttaja. Tulehdusta on saattanut seurata kuume pikemminkin kuin kuumetta tulehdus; kuumeen diagnostisesta hallitsevuudesta kertoo se, että kuumetta on oletettavasti pidetty vaivan määrittävänä oireena tulehduksen sijaan. Meden raportoi myös muidenkin lääkäreiden yleisesti mainitsemista kuumeen muodoista, *febris remittens* eli ”toisintokuume”²¹⁶ ja *febris continua*, ”jatkuva kuume”. Näiden lisäksi tunnettiin myös *febris intermittens* eli ”vaihteleva kuume”, jossa malarian taudinkuvalle tyypillisesti kuume laskee ja nousee muutaman päivän väliajoin,²¹⁷ mille jo antiikin lääkärit antoivat nimitykset tertiaaninen (”kolmaspäiväinen”) ja kvartaaninen (”neljäspäiväinen”) kuume.²¹⁸ Samat nimitykset olivat piirilääkäreiden käytössä. Esimerkiksi Johan Gabriel Bergman ja Rudolf Hast kertovat alueillaan esiintyneistä kvartaanisen ja tertiaanisen kuumeen tapauksista, ja Lars Montin mainitsee myös

²¹⁴ Shorter 2006, 105–106.

²¹⁵ SVAR ÅFP2 Lars Meden 1798 & P. G. Fengmalm 1798.

²¹⁶ Vuorinen 2002, 191.

²¹⁷ Vuorinen 2002, 184, 191.

²¹⁸ Sallares 2002, 11, 121.

kuumeen nimeltä *hemitritaius*.²¹⁹ Kyseessä on oletettavasti latinalaistettu nimitys kreikankielisestä sanasta *hemitritaion*, joka tarkoittaa puolitertiaanista kuumetta.²²⁰

Malaria on piirilääkäreidenkin käyttämän kuumeiden jaottelun taustalla. Se esiintyy raporteissa myös itsenäään nimityksillä *fråssa* ja *fråssfeber*. Malarian on katsottu yleistyneen 1600- ja 1700-luvulla, ja 1700- ja 1800-luvuilla se aiheutti epidemioita myös Pohjoismaissa. 1700-luvulla se oli hyvin yleinen Suomessa, erityisesti sen lounaisosissa malarialle suotuisan maaston ja ilmaston vuoksi, tosin jo 1800-luvulla lääkärit totesivat sen melko lieväksi.²²¹ Malarian kaltainen epideeminen tauti on *Borrealis recurrentis* -bakteerin aiheuttama toisintokuume, jossa kuume saattaa kestää muutaman päivän, laskea reiluksi viikoksi ja palata sen jälkeen samalla kaavalla monta kertaa.²²² Tämänkaltaisen kuvauksen taudista antaa Turun piirilääkäri Johan Gabriel Bergman, joka kertoo hoitamastaan kahdeksannella kuulla raskaana olleesta naisesta. Nainen oli Bergmanin mukaan saanut kvartaanisen kuumeen ja kärsinyt siitä kuukauden ajan niin, että kuume oli laskenut ja noussut tiheissä jaksoissa. Kyseessä on saattanut olla jokin raskaudenaikainen häiriö, mutta taudinkuva tuo ensimmäiseksi mieleen malarian tai *Borrealis recurrentis* -toisintokuumeen. Malarian tapauksessa Bergmanin naiselle antamasta kiinapuun kuoresta on voinut olla aidosti apua, sillä sen teho malarian hoidossa tunnustetaan nykyisinkin²²³. Toisaalta hän lääkiti naista myös oksennuksen aiheuttavalla raparperipulverilla, jolla on saattanut olla muuta hoitoa heikentävä vaikutus. Oli hoidosta apua tai ei, kaksi viikkoa parantumisensa jälkeen nainen oli synnyttänyt terveen pojan ja toipunut hyvin synnytyksestä.²²⁴ Jos kyseessä oli malaria, tämä voidaan lukea hyvän hoidon tai tuurin ansioksi, sillä malaria on erityisen vaarallinen sekä odottavalle äidille että sikiölle.²²⁵

Luultavasti juuri kuumeiden pitäminen omana sairautenaan aiheutti sen, että käytössä oli monia kuumetautien nimityksiä, joita ei nykyisin tunneta yleisesti. Näitä olivat esimerkiksi Upsalan kuume (*Upsala feber*), polttokuume (*brännsjuka*, *hetsig feber*) ja elokuunkuume (*augustifeber*)²²⁶. Tavallisin oli piirilääkäreidenkin toistuvasti mainitsema *rötfeber* eli ”mätäkuume”. Kyseessä on ollut ainakin pilkkukuume, toisinaan ehkä myös

²¹⁹ SVAR ÅFP1 B. Rud. Hast 1771 & J. G. Bergman 1780 & Lars Montin 1771.

²²⁰ Jarcho 1987, 411–412.

²²¹ Vuorinen 2002, 189; Kallioinen 2009, 73–74; Hulden 2011, 3.

²²² Vuorinen 2002, 191.

²²³ Vuori 1979, 108; Vuorinen 2002, 193; Kallioinen 2009, 75.

²²⁴ SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman, 1780.

²²⁵ WHO 2003.

²²⁶ SVAR ÅFP1 J. V. Siefert 1771; ÅFP3 Johan Ant: Ortman 1799; Forsius & Hirvelä 1999–2006.

samankaltainen lavantauti²²⁷. Molemmat taudit on herkästi sekoitettu paitsi toisiinsa, myös muihin tauteihin: kummassakin on esiintynyt iho-oireita, jotka on voitu sotkea esimerkiksi tuhkarokon aiheuttamaan ihottumaan.²²⁸ Anders Hesselius ja Jonas Halenius raportoivat alueillaan esiintyneen mätäkuumetta pilkkujen kanssa ja ilman. Haleniuksen kertoman mukaan lähikylissä oli esiintynyt ”epätavallista, tarttuvaa tautia”, jota paikalliset eivät olleet tunnistaneet, mutta jonka Halenius oli vierailullaan paikan päällä todennut niin ikään mätäkuumeeksi.²²⁹ Oireiden vaihtelun perusteella kyseessä on molemmissa tapauksissa saattanut olla kyse kahdesta eri kulkutaudista. On mielenkiintoista, että tiettyjen oireiden puuttuminen – esimerkiksi mätäkuumeelle leimallisten pilkkujen – ei vaikuttanut epidemian diagnosointiin. Toisin sanoen lääkäreiden täytyi pitää joitakin oireita toisia määrittävämpinä: se, että jokin oire puuttui, ei mitätöinyt diagnoosia, jos jokin toinen oire oli sama kuin muissa tautitapauksissa.

Mätäkuume-nimitystä käytettiin pitkään senkin jälkeen, kun pilkkukuume ja lavantauti alettiin tunnistaa erillisiksi taudeiksi. Lavantauti ilmestyy piirilääkäreiden raportteihin 1700- ja 1800-lukujen vaihteessa, ensin muodossa *typhus nervosa*, 1800-luvun alkuvuosina nimellä *nervfeber* eli hermokuume. *Typhus* tunnetaan nykyisin pilkkukuumeena, ja vaikka piirilääkärit käyttivät samaa nimitystä, *typhus* ei ole tarkoittanut pelkästään pilkkukuumetta²³⁰. Ainakin Adolf Reinhold Boucht käyttää nimityksiä *nervfeber* ja *typhus* toistensa synonyymeina.²³¹ Tautien sekaantuminen sekä diagnostisesti että käsitteellisesti on ollut piirilääkäreiden raporttienkin valossa yleistä. Tautien on raportoitu esiintyneen samanaikaisesti,²³² ja Daniel Erik Naezén kertoo pahanlaatuisesta mätäkuumeesta, joka ”kehittyi pilkkukuumeeksi”.²³³ Kuitenkin esimerkiksi Johan Henrik Olin kertoo mätäkuumeesta ja lavantaudista erillisinä tauteina²³⁴, ja Magnus D. Wejlanderin mukaan alueella oli esiintynyt ”mätäkuumetta pilkkujen kanssa”²³⁵. Myöhemmin yleistyvät myös nimitykset *fältsjuka* ja *fältfeber*, ”kenttätauti”, joka on saattanut tarkoittaa kumpaa tahansa: piirilääkäri Carl Nordbladin mukaan se on sama kuin *nervfeber* eli lavantauti. Kenttätauti on toisaalta voinut tarkoittaa mitä

²²⁷ Vuorinen 2002, 199, 321.

²²⁸ Vuorinen 2002, 199–200.

²²⁹ SVAR ÅFP2 Anders Hesselius 1798.

²³⁰ Kallioinen 2009, 84.

²³¹ SVAR ÅFP5 Ad. Reinh. Boucht 1807.

²³² SVAR ÅFP4 C. Nordblad 1805.

²³³ SVAR ÅFP5 Dan. Erik Naezén 1807.

²³⁴ SVAR ÅFP5 Joh. Henr. Olin 1807.

²³⁵ SVAR ÅFP5 M. D. Wejlander 1807.

tahansa tartuntatautia, jota esiintyi epideemisesti armeijassa, mistä se on myös saanut nimensä²³⁶. Kenttätauti-nimitys esiintyy useimmin raporteissa Suomen sodan ajalta, 1808–1809.

Myöskään katarrikuumetta (*flussfeber, catarrhal feber*) ei tunneta nykyisin. Kyseessä on ollut hengitystieoireellinen kuumetauti, mahdollisesti nykyisinkin tunnettu influenssa, jonka oireisiin esimerkiksi suomalaisen lääkäri Johannes Eken väitöskirjassaan *De febre catarrhali horum annorum epidemica* kuvaama tauti sopii hyvin. Influenssaa pidetään eräänä maailman vanhimmista tartuntataudeista, mutta sitä on kutsuttu eri aikoina ja eri alueilla hyvin erilaisilla nimillä, mikä vaikeuttaa sen tutkimista. Pelkkä oireiden samankaltaisuus ei välttämättä tee menneisyyden taudista influenssaa, ja toisaalta influenssana pidetyissä taudeissa on ollut myös oireita, jotka eivät sovi sen nykyiseen taudinkuvaan.²³⁷ Piirilääkäreiden raporteissa katarrikuume esiintyy usein, mutta 1700- ja 1800-luvun vaihteessa sille on annettu vaihtoehtoinen nimitys *influenza*: monet viittaavat siihen ensin nimityksellä *catarrhal feber* ja täsmentävät sen perään ”eller influenza”,²³⁸ mikä viittaisi siihen, että nimitys alkoi vakiintua tai sen käyttämistä alettiin vaatia katarrikuumeen sijaan tai sen rinnalla. Toisaalta ne voitiin mainita erillisinä tauteina tai toisiaan muistuttavina²³⁹.

Nykyisin kuume yhdistetään ainakin länsimaissa lähinnä tavanomaiseen nuhakuumeeseen vakavampien kuumetta nostavien sairauksien käytyä harvinaisemmiksi. Sen tavallisimpiin oireisiin kuuluvat kurkkukipu, nuha ja yskä²⁴⁰. Huomionarvoista on, että edellä mainituista oireista vain kurkkukipu mainitaan usein piirilääkäreiden kuume kuvauksissa, kun taas ripuli ja oksentelu tulevat huomattavasti useammin mainituiksi, ja Jonas Halenius pitää niitä jopa ”tavanomaisina kuumeoireina”.²⁴¹ ”Tavallinen kuumetauti” ymmärrettiin siis 1700-luvun jälkipuoliskolla toisin kuin nykyään, ainakin jos Haleniuksen määritelmää voidaan yleistää. Selitys saattaa löytyä bakteerien ja virusten muuttumisesta, mutta myös siitä, että tauteja, joissa korkea kuume oli aikalaisten mielestä leimallinen oire, oli tuolloin enemmän ja ne olivat yleisempiä tehokkaiden hoitojen puuttuessa. Tällöin ainakin nykyisin useimmiten vaaraton nuhakuume on saattanut jäädä vakavampien kuumetautien varjoon – myös tartuntamäärissä. Syy vähäisiin mainintoihin saattaa olla myös se, että nuhakuume oli jo silloin niin tavanomainen

²³⁶ Sandblad 1979, 242; Vuorinen 2002, 200, 319.

²³⁷ Forsius & Hirvelä 1999–2006; Vuorinen 2002, 137–141.

²³⁸ SVAR ÅFP3 F. Gestrich 1801 & J. Olander 1801 & A. M. Sjöborg 1801 & Fredrik Rådberg 1801.

²³⁹ ÅFP4 Erik Acharius 1806.

²⁴⁰ Heikkinen & Ruuskanen 2003, 354.

²⁴¹ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771.

tauti, ettei sen kanssa haettu apua lääkäriltä. Toisaalta on syytä huomioida, että yleisesti raporteissa esiintyvä katarrikuume, joka rinnastettiin influenssaan, on lievänä saattanut olla juuri nuhakuume, sillä siihen liittyi samankaltaisia hengitystieoireita. Tätä tukee myös se, että kuten nuhakuumetta nykyisin, katarrikuumetta tuntui olevan liikkeellä lähes aina, silloinkin kun muita tauteja ei esiintynyt.

4.2 Hengitystieoireiset kulkutaudit

Halsjuka eli ”kaulatauti” oli oireenmukainen nimitys erilaisille nieluoireille, joista osaa pidettiin kuumeiden tapaan tulehduksellisina.²⁴² Nimityksen esiintyminen usein monikossa osoittaa, että kyseessä oli samankaltainen epämääräinen, monipuolinen tautiryhmä kuin kuumeet. Käytännössä sen ovat saattaneet muodostaa esimerkiksi sellaiset sairaudet kuin kurkkumätä, tonsilliitti eli nielutulehdus,²⁴³ sikotauti ja muut nieluoireita aiheuttavat taudit. Nimitys *angina* oli jo tuolloin käytössä, ja sen alle luokiteltiin muun muassa nielutulehdus (*angina tonsillaris*) ja sikotauti (*angina parotidea*).²⁴⁴ Västeråsissa toiminut P. G. Fengmalm oli havainnut alueellaan kaulatautia, jonka oireet hän yhdisti sikotautiin. Lääkäri Hamiltonin kuvaus sikotaudista täsmäsi hänen mielestään taudin oireiden kanssa, ja se osoittautui myös tarttuvaksi:

Sen [taudin] tarttuvuus kävi ilmi siten, että eräässä talossa, johon se tuli, se kiersi läpi enimmäkseen kaikki lapset. Noin 14 päivän päästä siitä, kun ensimmäinen sairastui, tartunnan saivat muut. Se tarttui erityisesti lapsiin, nuorukaisiin ja nuorempaan naisväkeen, harvemmin vanhempiin. ... Kuume kesti muutaman päivän ja oli lievä, kärsimykset siedettäviä, paitsi silloin kun potilas söi tai puristi leukansa yhteen. Nielu oli puhdas, mutta kasvot paisuneet, minkä vuoksi he antoivat sairaudelle nimen ”pussitauti”.²⁴⁵

²⁴² SVAR ÅFP2 Anders Hesselius 1798.

²⁴³ Forsius & Hirvelä 1999–2006.

²⁴⁴ SVAR ÅFP2 P. G. Fengmalm 1798.

²⁴⁵ SVAR ÅFP2 P. G. Fengmalm 1798. ”At den var smittsam bewises däraf, att i et hus där den kom in, geck den merendels för warf på alla barnen. Kring 14 dagar sedan den första sjuknade, smittades de andre. Den angrep i synnerhet barn, ynglingar och unga Fruntimer, sällan äldre. ... Febern varade få dagar och var lindrig, plågorna drägliga, utom då patienten skulle äta eller trycka käftarna tillsammans. Svalget var fritt, men ansiktet svullet, hvarföre de gafvo sjukdomen namn af Päs-sjukan.”

Fengmalm päätteli suurella todennäköisyydellä oikein, sillä oireet ja tarttumistapa täsmäävät sikotaudin kanssa. Sikotaudissa kuume on alhainen, ja oireet ilmaantuvat tavallisesti kahden tai kolmen viikon kuluttua tartunnasta²⁴⁶. Se, että Fengmalm vertaa kohtaamaansa tautia ”englantilaisten sikotautiin” (*engelsmännernes mumps*), osoittaa, että sikotauti oli Ruotsissa 1700- ja 1800-lukujen vaihteessa vielä melko tuntematon tauti ja kenties vain yksi määrittelemätön osa ”kaulatautien” joukkoa. Fengmalmin mainitsema sairastuneiden taudille antama nimitys vakiintui sittemmin, sillä sikotauti tunnetaan edelleen ruotsiksi nimellä *påssjuka*, ”pussitauti”.

Sikotaudin luonne askarrutti myös Fredrik Vilhelm Radloffia, jonka alueella Kastelholman läänissä sikotauti oli vaivannut Jomalan kylässä ”ainakin yli sataa henkilöä”. Sitä arveltiin tarttuvaksi samalla perusteella: se oli tarttunut moneen henkilöön samassa taloudessa. Radloff toteaa: ”Miasma tuskin voi olla sairauden syynä, koska Jomalan kylän sijainnissa ei ole mitään eroa lähikyliin.”²⁴⁷ Miasmateoria selitti sairauksien johtuvan miasmasta eli huonolaatuisesta ilmasta, joka saattoi syntyä esimerkiksi maaperästä, seisovasta vedestä ja mätänevistä kasveista ja eläimistä.²⁴⁸ Radloff siis päätteli, että koska oltavat Jomalassa olivat samankaltaiset kuin lähikylissä, joissa tautia ei ollut esiintynyt epidemiana, miasma oli epätodennäköinen taudinaiheuttaja.

Usein lääkäreiden teksteissä esiintyvä tautiryhmä on myös ”rintataudit”, *bröstsjukdomar*, joista on eroteltu keuhkokuume (*bröstfeber, pneumonia*), hinkuyskä (*kikhosta*), keuhkopussintulehdus (*pleuritis*) ja keuhkokuumeeseen liittyvä keuhkopussintulehdus (*pleuropneumonia*). Epämääräiseen tautiluokkaan on arveltu kuuluneen myös edellä mainittujen tunnistettujen tautien lisäksi keuhkotuberkuloosi²⁴⁹, joka on saattanut sisältyä esimerkiksi nimitykseen *lungshot*, ”keuhkotauti”. Aina ei kuitenkaan ole selvää, millaista keuhkotautia lääkärit ovat tarkoittaneet eri nimityksillään. Nimityksiä *pneumonia*, *peripneumonia*, *pleuropneumonia* ja *pleuroperipneumonia* käytettiin tavalla, joka nykylukijan silmään vaikuttaa epäjohdonmukaiselta, eikä esimerkiksi *peripneumonia* todennäköisesti tarkoittanut samaa kuin nykyisin, eli kuumeellista pleuriittia²⁵⁰.

²⁴⁶ Salmi & Vainionpää 2003, 434–435.

²⁴⁷ SVAR ÅFP2 Fredrik Vilhelm Radloff 1797. ”Et Miasma kunde svårligen vara orsaken emedan läget af Jomala socken ej har minsta olikhe[...] med de närbelägne.” *Sana ei ole kokonaan näkyvässä digitoidulla sivulla.

²⁴⁸ Porter 1999, 10, 79.

²⁴⁹ Vuorinen 2002, 318, 320.

²⁵⁰ Örneholm 2003, 37.

Hinkuyskä kuului niihin lastentauteihin, joita esiintyi lähes aina. Epidemioiden laajuus ja tappavuus vaihtelivat, mutta ajoittain siihen kuoli lapsia jopa enemmän kuin tappavana tunnettuun isorokkoon.²⁵¹ Siihen nähden piirilääkärit kertovat hinkuyskästä vähän: sen esiintymät aineistossa jäivät pitkälti pelkiksi maininnoiksi. Usean lääkärin kertoman pohjalta hinkuyskään käytettiin tavallisesti oksennuslääkkeitä²⁵². Johan Henrik Olinin mukaan ne olivat erityisesti hyödyksi, kun niitä annettiin heti taudin alkaessa.²⁵³ Hinkuyskä itsessään aiheutti oksentelua,²⁵⁴ mikä saattaa tarkoittaa, että taudin aiheuttaman oksentelun ei katsottu olevan samaan tapaan hyödyksi kuin oksettavat lääkkeet. Toisaalta Johan Adolph Léven kertoo vältelleensä oksennuslääkkeiden käyttöä huomattuaan niiden aiheuttavan pidemmän päälle veriyskää, eikä hän ollut sen lisäksi löytänyt mitään toimivaa lääkettä. Lääkäri John Fernarsin vaihtoehtoa *Solutio Arsenici*, oletettavasti arseenia, hän ei ollut uskaltanut kokeilla omin päin.²⁵⁵ Myöhemmässä kertomuksessaan hän kertoo sen sijaan käyttäneensä antimonia, rikkiä, sinkkikalkkia ja belladonnaa, josta hän oli joutunut hyödyntämään vain lehtiä, koska juurta ei ollut saanut apteekista.²⁵⁶ Belladonnaan käyttöä hinkuyskään suositeltiin vielä myöhemminkin 1800-luvulla.²⁵⁷

Eräät hinkuyskäkuvaukset viittaisivat siihen, että diagnoosi oli oireenmukainen, ja mikä tahansa paha yskä saatettiin tulkita hinkuyskäksi. Esimeriksi E. R. Högbergin mukaan tauti oli alkanut kuumeella ja tulirokon kaltaisella ihottumalla²⁵⁸. Erik Nordbladin mukaan alueella esiintynyt kuume oli ”influenssan ja hinkuyskän yhdistelmä”, eikä kuvauksesta selviä, tarkoittaako hän molempien tautien yhdistymistä samassa henkilössä vai sitä, että epidemian aikaan esiintyi molempia itsenäisesti.²⁵⁹ Johan Adolph Lévenin mukaan alueella oli esiintynyt hinkuyskää, joka ei ollut osoittanut taipumusta muuttua keuhkotaudiksi (*lungsot*),²⁶⁰ mistä voi päätellä, että sen katsottiin voivan tehdä niin. Kenties keuhkotauti – oli se sitten esimerkiksi

²⁵¹ Kallioinen 2009, 91–92.

²⁵² SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797; ÅFP3 Olof Noreus 1804; ÅFP5 Joh. Henr. Olin 1807.

²⁵³ SVAR ÅFP5 Joh. Henr. Olin 1807.

²⁵⁴ Pesonen 1990, 195.

²⁵⁵ SVAR ÅFP4 Johan Adolph Léven 1801.

²⁵⁶ SVAR ÅFP5 Johan Adolph Léven 1806.

²⁵⁷ Pesonen 1990, 195.

²⁵⁸ SVAR ÅFP3 E. G. Högberg 1801.

²⁵⁹ SVAR ÅFP3 Er. Nordblad 1801.

²⁶⁰ SVAR ÅFP5 Johan Adolph Léven 1806.

tuberkuloosi²⁶¹ tai keuhkokuume – ymmärrettiinkin lievempien katarraalisten oireiden pahimpana muotona, joksi mikä tahansa hengitystieoireinen tauti saattoi muuttua.

4.3 Vatsaoireiset kulkutaudit

Vatsa- ja suolisto-oireisia tauteja kuvaavat piirilääkäreiden käyttämät yleiskategoriat, gallaktiset (*gallaktiga*) ja gastriset (*gastriska*) taudit, usein kuumeet. Gallaktinen kuume oli sappikuume (*galla* = sappi), gastrinen kuume oletettavasti mikä tahansa kuume, johon liittyi vatsakipua, oksentelua tai muita vatsaoireita²⁶². Vatsaoireita kutsuttiin myös ”koleerisiksi”. M. D. Wejlander kohtasi alueellaan gallaktisen mätäkuumeen, joka aiheutti eräillä myös koleerisia oireita, oksentelua ja ripulia. Oksentelusta huolimatta hän katsoi sopivaksi lääkitä potilaita oksennuslääkkeillä, raparperilla ja ipekakuanalla.²⁶³ Kuten hinkuyskässä, taudin aiheuttaman oksentelun ei katsottu tekevän oksennuslääkkeiden antamista aiheettomaksi. Taudin ja lääkkeen aiheuttamien oireiden samanlaisuus on voinut olla tarkoituksellista. Muun muassa Paracelsukselta tunnetun ”samankaltaisuuden periaatteen” (*similia similibus curantur*) mukaan sairauteen tepsii lääke, joka aiheuttaa samantapaisia oireita kuin sairaus²⁶⁴.

Ripuli oli kuumeen tavoin paitsi yleinen oire erilaisissa taudeissa, myös oma diagnoosinsa. Ripuleita (*diarrhé*) esiintyi erityisesti lapsilla ja vanhuksilla, ja ne saattoivat olla tappavia. Johan Gabriel Bergman epäili erään ripuliepidemian syyksi hikoilun puutetta, joka johtui tuulisesta ja sateisesta säästä.²⁶⁵ Tämä osoittaisi, että ripulien mahdollista tarttuvuutta tai niiden taustalla olevia ruoansulatuksellisia ongelmia ei välttämättä ymmärretty, vaan ripulia pidettiin kehon tapana hankkiutua eroon sellaisesta aineksesta, jota oli mahdollista erittää myös esimerkiksi hikoilemalla. Tällainen tulkinta tukee humoraalipatologian käsitystä siitä, että ripulia ja oksentelua aiheuttavat lääkkeet ovat kehoa puhdistavia. Kuitenkin ripulien tappavuus huomioitiin, ja niitä yritettiin lääkitä. Anders Hesseliuksen valinta ”muiden hoitokeinojen puutteessa” oli matoläläke (*anthelmintica*) kylmän veden kanssa, ja muutamille hän oli antanut

²⁶¹ Heikki Vuorisen mukaan *lungshot* oli kuolinsyytauluissa useimmiten keuhkotuberkuloosia. Jo aikalaiset tosin arvelivat, että mikä tahansa yskä saatettiin nimetä kuolinsyynä keuhkotaudiksi. Vuorinen 2002, 320.

²⁶² Forsius & Hirvelä 1999–2006.

²⁶³ SVAR ÅFP5 M. D. Wejlander 1807.

²⁶⁴ Romanovsky 1999.

²⁶⁵ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771 & J. G. Bergman 1780; ÅFP2 Anders Hesselius 1798.

muun muassa oksennuslääkkeitä ja oopiumia²⁶⁶. Tällaiset hoitomenetelmät ovat oletettavasti perustuneet taudinaiheuttajan häätämiseen. Hesseliuksen kirjoituksesta ei kuitenkaan selviä, mitä hän piti taudin syynä – matolääkkeillä on saatettu uskoa olevan muitakin vaikutuksia kuin loishäätö.

Punataudin leimallinen oire oli verinen ripuli, mikä on helpottanut sen erottamista muista ripulia aiheuttaneista taudeista.²⁶⁷ Piirilääkäreiden raporteissa punatautiepidemiat kuvataan laajoiksi, useisiin kyliin levittäytyneeksi, ja usein tappaviksi. Ne vaativat lääkäreiltä monia muita kulkutauteja enemmän huomiota lääkkeiden lähettämisen ja virkamatkojen muodossa.²⁶⁸ Jonas Haleniuksen, G. J. Strömin ja Pehr Lundmarkin mukaan punatautiepidemiat talttuivat lähetettyjen lääkkeiden ansiosta.²⁶⁹ Todellisuudessa kyseessä on saattanut olla epidemian luonnollinen laantumisen: epidemia alkoi tyypillisesti kesähelteiden jälkeen ja jatkui pakkasiin saakka,²⁷⁰ mikä on nähtävissä myös piirilääkäreiden kuvauksissa, joissa pahimmat punatautiesiintymät ajoittuvat kesä- ja syyskuukausille. Punatautia oli epidemiana liikkeellä ympäri valtakuntaa 1770- ja 1780-lukujen vaihteessa, myös Turun seudulla vuonna 1779. Bergman pisti merkille, että tuolloin monella alueella oli ollut puutetta kunnollisesta vedestä.²⁷¹ Punataudin on myöhemmin todettu leviävän erityisen hyvin huonon käyttöveden kautta ja heikoissa hygieenisissä oloissa.²⁷²

Myös 1800-luvun alkuvuosina, eritoten 1806–1809, punatautia esiintyi laajoina epidemioina. Johan Lorenz Westbergin alueella tauti oli ollut vuonna 1806 niin tappava, että ”ei ollut sellaista sunnuntaita, ettei jotakuta olisi haudattu”. Kansan tottumus haudata vainajansa nimenomaan sunnuntaisin osoittautui ongelmaksi, sillä ruumis joutui odottamaan hautausta siihen saakka ja saattoi levittää sillä aikaa tautia eteenpäin. Tämän vuoksi annettiin määräys, että hautausta sai lykätä korkeintaan yhdellä päivällä.²⁷³ Tuntematon piirilääkäri, joka kehottaa eristämään punatautipotilaat terveistä, opastaa myös siivoamaan potilaiden ulosteet mahdollisimman pian²⁷⁴. Nämä ohjeistukset osoittavat, että punataudin kaltainen tarttuva tauti

²⁶⁶ SVAR ÅFP2 Anders Hesselius 1798.

²⁶⁷ Kallioinen 2009, 80–81.

²⁶⁸ Esim. SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1778 & Jonas Halenius 1780; ÅFP5 G. J. Ström 1808; ÅFP6 P. Lundmark 1810.

²⁶⁹ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1780; ÅFP5 G. J. Ström 1808.

²⁷⁰ Kallioinen 2009, 82.

²⁷¹ SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1778 & J. G. Bergman 1780 & Jonas Halenius 1780.

²⁷² Kallioinen 2009, 81–82.

²⁷³ SVAR ÅFP5 J. L. Wesberg 1807.

²⁷⁴ SVAR ÅFP5 Allekirjoittamaton raportti, 1809.

voitiin ymmärtää myös erilliseksi ihmisen kehosta, ulkopuoliseksi olioksi, joka jatkoi elämäänsä vielä kantajansa kuoleman jälkeen ja saattoi levitä vielä tämän kehon ulkopuolella ulosteiden kautta. Voikin olettaa, että tautien tartuntamekanismeja auttoivat ymmärtämään parhaiten taudit, joista saatiin niiden yleisyyden vuoksi paljon kokemusta. Tällainen tauti oli punataudin lisäksi isorokko. Kun tehtiin riittävän paljon havaintoja siitä, millaisissa olosuhteissa taudit tarttuivat, niistä voitiin tehdä johtopäätöksiä, vaikka niitä ei olisi vielä osattu selittää tai yhdistää muihin tartuntatauteihin.

Vuosina 1808–1809 Pehr Lundmark yhdisti punatautiepidemian alueen nälänhätään. Ensin ravinnon puutteesta oli aiheutunut ripuli, sitten se oli muuttunut punataudiksi. Kansa oli saanut ilmaisia lääkkeitä. Epidemia oli Lundmarkin mukaan lopulta tyrehtynyt lääkkeiden ansiosta.²⁷⁵ Punataudiksi ”muuttumisen” kuvaa myös Anders Johan Lille. Tämän alueella Heinolassa oli ollut ripulia, joka oli parissa päivässä muuttunut punataudiksi.²⁷⁶ Toisin sanoen punatauti (*rödsot, dysenteri*) tarkoitti veriripulia oireena pikemminkin kuin itsenäisenä sairautena, jollaiseksi se nykyisin käsitetään, tai sairaudella katsottiin olevan kyky vaihtua toiseksi. Punatautidiagnoosiin saattoi joka tapauksessa riittää vain verinen uloste, vaikka muutkin taudit saattoivat aiheuttaa suolistoverenvuotoja.

4.4 Rokot

Rokoista tunnettiin tulirokon lisäksi isorokko ja tuhkarokko, jotka sekoitettiin helposti keskenään,²⁷⁷ vaikka isorokko oli tavallisesti huomattavasti vakavampi. Tuhkarokko mainitaan raporteissa harvoin ennen 1800-luvun alkua ja etenkin vuosia 1807–1809, jolloin se yleistyi huomattavasti. Isorokko esiintyy aineistossa säännöllisesti vähintään endeemisenä, ja se aiheutti etenkin vuosisadan vaihteessa monia laajalle levinneitä ja pahanlaatuisia epidemioita. Tiedettiin yleisesti, että isorokko tarttuu herkästi, mutta että sitä ei yleensä voi saada kahta kertaa. Tähän tietoon perustui myös rokonistutus.

Isorokon yleisyys tarjosi piirilääkäreille mahdollisuuden tehdä sen tarttuvuudesta ja ominaisuuksista joitakin edistyksellisiä havaintoja. Samuel Fahlbergin mukaan oli sanottu, että

²⁷⁵ SVAR ÅFP6 P. Lundmark 1810.

²⁷⁶ SVAR ÅFP5 And. Joh. Lille 1807.

²⁷⁷ Lindroth 1981, 453; Vuorinen 2002, 132.

noin viisi henkilöä sadasta ei koskaan saa isorokkoa, mikä on tarkoittanut käytännössä taudin kantajuutta oireettomana. Hän oli itse havainnut tämän tehdessään rokonistutuksia, sillä hänen alueellaan oli ollut kaksi lasta, jotka eivät olleet saaneet rokonistutuksesta edes lievää rokkoa.²⁷⁸ Johan Adolph Léven taas havaitsi, että toisin kuin yleisesti luultiin, isorokkoon saattoi sairastua kahdesti. Hän oli hoitanut lasta, joka oli sairastunut varsinaiseen isorokkoon siitä huolimatta, että oli aikaisemmin saanut tartunnan rokonistutuksesta. Léven kuvaa tapausta seuraavasti: ”Tämä tapaus, jonka kaltaista en ole koskaan ennen havainnut, osoittaisi sen mahdollisuuden, että sellainen tila [isorokko] voi syntyä kehossa toisenkin kerran, kun rokkoainne muodostuu ja nesteet muuttuvat.”²⁷⁹

Myös joidenkin rokotettujen henkilöiden havaittiin saaneen isorokon myöhemmin. J. Landeberg oli saanut käskyn käydä tutkimassa tilannetta Östergarnin kylässä, jossa rokotettujen väitettiin saaneen kuitenkin isorokon. Landeberg oli todennut taudin todella olleen isorokkoa, mutta erittäin lievä.²⁸⁰ Eräs lukkari oli kertonut piirilääkäri Olanderille huomanneensa rokotusmatkoillaan, että rokotetutkin olivat saaneet isorokkoa. Olander oli kuitenkin itse matkustellut lukkarin mainitsemaalla alueella ja lähikylissä kuulematta mitään vastaavasta, joten hän arveli lukkarin sekoittaneen isorokon johonkin toiseen ihottumaan.²⁸¹ Vaikka on mahdollista, että Olanderin arvion mukaisesti tauti sotkettiin johonkin lievempään rokeroon, myös muuntunut isorokkovirus on näissä tapauksissa mahdollinen selitys. Myöhemmät tutkimukset ovat osoittaneet sitä esiintyneen erityisesti rokotetuilla, ja se oli taudinkuvaltaan lievempi²⁸².

Johan Adolph Léven teki muitakin havaintoja harvinaisemmista isorokon muodoista. Hän oli havainnut erään isorokkoon kuolleen lapsen iholla punaisia läiskiä, jotka eivät olleet koholla ihosta.²⁸³ Kuvauksen perusteella lapsella oli ollut todennäköisesti harvinainen isorokon hemorraginen muoto, joka aiheutti kehon eri osissa verenvuotoja ja lähes aina kuoleman.²⁸⁴ Hän tutki myös toista kuollutta lasta, jolla isorokkorakkuloita oli poikkeuksellisen paljon, ne olivat ikään kuin yhteen sulautuneita ja niissä ei juuri ollut

²⁷⁸ SVAR ÅFP2 Samuel Fahlberg 1798.

²⁷⁹ SVAR ÅFP4 Johan Adolphus Léven 1799. ”Denna händelse, af mig aldrig förr observerad, skulle bevisa möjligheten, at et sådant tilstånd i kroppen kan för andra gången upkomma, hvarigenom koppämne genereras och vätskorna därtill förändras.”

²⁸⁰ SVAR ÅFP5 J. Landeberg 1807.

²⁸¹ SVAR ÅFP5 Olander 1808.

²⁸² Fenner et al. 1988, 27.

²⁸³ SVAR ÅFP4 Johan Adolphus Léven 1801.

²⁸⁴ Fenner et al. 1988, 32–38.

rakkuloille tyypillistä märkää.²⁸⁵ Kyseinen tapaus saattoi olla toinen isorokon muoto, ”tasainen isorokko”, jossa rakkulat eivät nousseet voimakkaasti pintaan ja sisälsivät vain vähän nestettä. Sille oli tyypillistä myös nieluun syntyvä voimakas ihottuma,²⁸⁶ ja Léven havaitsikin taudin levinneen myös lapsen nieluun ja keuhkoputkeen. Hän kuitenkin ilmaisee epävarmuutensa siitä, saattoiko kyse olla isorokon aiheuttamista oireista, sillä kaksi eri lääkäriä oli kirjoittanut aiheesta ristiriitaista tietoa eikä hän tiennyt, kumpaa olisi pitänyt uskoa. Lääkäri Vestring oli väittänyt, ettei isorokkoa voi olla kehon sisäosissa, kun taas lääkäri Starek oli kirjoittanut nähneensä tapauksia, joissa tauti oli levinnyt muun muassa maksaan, suolistoon, munuaisiin ja keuhkoihin.²⁸⁷ Starek saattoi kuvata juuri hemorragista tai tasaista isorokkoa ja olla näin ollen oikeassa.

Tulirokko (*scharlakans feber*) oli aikalaisille nimellisesti kuume, mutta se yhdistettiin helposti oireidensa perusteella toisiin ihottumia aiheuttaviin rokkoihin. Tulirokon erotti kuitenkin muista rokoista se, että sille tunnusomaisia olivat kuumeen ja ihottuman lisäksi selvät nieluoireet. Piirilääkärit lääkitsivät mieluusti tulirokkoa paikallisesti kaulalle rakkuloita aiheuttavilla lääkkeillä (*vesicatoria*), joita käytettiin myös yleisesti nieluoireisiin.²⁸⁸ Jonas Halenius osasi vetää tulirokon ja nielutautien välille myös etiologisen yhteyden: vaikka hänellä ei ollut vielä tietoa sekä tulirokon että nielutulehduksen aiheuttavasta streptokokkibakteerista,²⁸⁹ hän epäili samalla alueella esiintynyttä tulirokkoa ja angiinaa (nielutulehdusta) samaksi taudiksi eri muodoissa.²⁹⁰ Oletettavasti hän osasi päätellä yhteyden samankaltaisten oireiden perusteella.

Rokkojen erottamisessa toisistaan oli huomattavaa sekaannusta²⁹¹. Kolme eri piirilääkäriä raportoi vuosilta 1807–1809 lievää ihottumaa aiheuttaneesta, rokon kaltaisesta sairaudesta. Pehr Lundmark kutsuu sitä nokkosihottumaksi eli nokkosrokoksi (*nässelfeber*), jonka hän kuvaa tartuntataudin kaltaiseksi, kun nykyään sitä pidetään lähinnä erilaisista syistä johtuvana yliherkkyysreaktiona²⁹². Vuonna 1808 tauti oli muistuttanut tulirokkoa, mutta ei Lundmarkin mukaan ollut sitä, kun taas vuonna 1809 hän epäili tautia ”lieväksi tulirokon

²⁸⁵ SVAR ÅFP4 Johan Adolphus Léven 1801.

²⁸⁶ Fenner et al. 1988, 31–32.

²⁸⁷ SVAR ÅFP4 Johan Adolphus Léven 1801.

²⁸⁸ SVAR ÅFP1 B. Rud. Hast 1771, SVAR ÅFP2 Anders Hesselius 1798.

²⁸⁹ Huovinen et al. 2007, 112.

²⁹⁰ SVAR ÅFP2 Jonas Halenius 1797.

²⁹¹ Vuorinen 2002, 26.

²⁹² Hannuksela 2012.

muodoksi”.²⁹³ Johan Adolph Léven kuvaa ”tulirokon kaltaista” ihottumaa aiheuttanutta kuumetta, jossa ei kuitenkaan ollut taudille tyypillisiä nieluoireita.²⁹⁴ Carl Nordblad kertoo tuhkarokon kaltaisesta, mutta lievemmästä taudista.²⁹⁵ Lääkäreiden epävarman diagnoosin huomioon ottaen on mahdollista, että kaikissa kolmessa tapauksessa kyseessä on ollut ainakin osaksi sama tauti, joka esiintyi vuosina 1807–1809 epidemisesti laajoilla alueilla. Lévenin ja Lundmarkin vastuualueet, Uddevalla ja eteläinen Värmland, olivat lisäksi maantieteellisesti lähellä toisiaan, reilun 100 kilometrin päässä. Hyvin todennäköinen vaihtoehto on vihurirokko, jota oli kuvailtu ensimmäisen kerran jo 1700-luvun puolivälissä Saksassa, mutta jonka saksalainen lääkäri George de Maton erotti omaksi taudikseen vasta 1814.²⁹⁶ Sitä ennen sitä pidettiin tuhkarokon eräänä muotona.²⁹⁷ Vihurirokko aiheuttaa Lévenin raportissaan kuvaamaa ihottumaa, jossa rakkulat eivät nouse juuri koholle eivätkä täyty märällä.²⁹⁸ *Nässelseber*, jonka esiintymisestä kirjoittaa Lundmarkin lisäksi Johan Daniel Gustafs, saattoi sekin olla käytännössä vihurirokkoa: Gustafsin mukaan sitä oli esiintynyt tuhkarokon ja tulirokon rinnalla.²⁹⁹

Nordblad, joka kuvaa tuhkarokon kaltaista tautia, toteaa, ettei tauti kuitenkaan voinut olla tuhkarokko, koska eräs sen sairastanut lapsi oli saanut myöhemmin oikean tuhkarokon. Lisäksi kuume oli ollut alhaisempi, eikä se ollut aiheuttanut ihon kuoriutumista. Hän olisi uskonut sen tuhkarokoksi, ellei olisi kuullut juuri nieluoireiden olevan sille tunnusomaisia, kun taas silmätulehdusta ei esiintynyt siinä lainkaan. Hän kutsuu itse tautia ”valetuhkarokoksi” (*Falsk Mässling*) ja jättää Collegium Medicumin arvioitavaksi, katsooko se uuden nimityksen asianmukaiseksi vai ei.³⁰⁰ Myös Nordbladin kuvaus sopii vihurirokon taudinkuvaan. Nykyisen tiedon mukaan silmätulehdusta voi esiintyä sekä tuhkarokossa että vihurirokossa, mutta ihon hilseily ei ole vihurirokolle tyypillistä³⁰¹, toisin kuin tuhkarokolle. Myös taudin lievät oireet viittaisivat vihurirokoon pikemmin kuin tuhkarokkoon, joten Nordbladilla oli perusteltu syy erottaa tauti ”oikeasta tuhkarokosta”.

²⁹³ SVAR ÅFP5 P. Lundmark 1808 & 1809.

²⁹⁴ SVAR ÅFP5 Johan Adolph Léven 1808.

²⁹⁵ SVAR ÅFP5 C. Nordblad 1808.

²⁹⁶ Lee & Bowden 2000, 571. Viitataan Conrad Wesselhoeftin tutkimukseen *Rubella (German Measles)*, *The New England Journal of Medicine* (1949), 240: 258–261.

²⁹⁷ Hooper & Quincy 1817, 700–701.

²⁹⁸ Hedman & Vaheri 2003, 448.

²⁹⁹ SVAR ÅFP5 Johan Daniel Gustafs 1809.

³⁰⁰ SVAR ÅFP5 C. Nordblad 1808.

³⁰¹ Hedman & Vaheri 2003, 448; Kallioinen 2009, 95.

Mahdollisen vihurirokkoepidemian rinnalla esiintyi poikkeuksellisen laajalti tuhkarokkoa. 1700-luvun raporteissa se on melko epätavanomainen tauti, mutta mainintojen määrä kasvaa huomattavasti vuosina 1807 ja 1808. On todennäköistä, että tuhkarokon esiintyessä samanaikaisesti vihurirokko jäi useimmilta lääkäreiltä tunnistamatta, mutta jo kolmen lääkärin kyky erottaa se omaksi taudikseen osoittaa, ettei diagnoosin muodostaminen ollut aina yksittäisiin oireisiin perustuvaa, vaan toisinaan hyvinkin tarkkaa, empiiristä ja ammattitaitoista. Kyseessä on siten päinvastainen esimerkki kuin aiemmin käsiteltyjen mätäkuumediagnoosien kohdalla, jossa eri sairaudet laitettiin helposti vain yhden tautinimikkeen alle erilaisista oireista huolimatta.

4.5 Sukupuolitaudit ja lepra

Piirilääkäreiden vuosikertomuksissa esiintyy sama epämääräinen tautinimitys kuin ajan kuolinsyytilastoissa: *veneriska sjukdomar*, sukupuolitaudit. Käytännössä kyseessä on ollut useimmiten kuppa tai siihen sekoitettu lepra, ja sekä tahallisen että tahattoman sekaannuksen vuoksi molemmat käsitellään tässä alaluvussa. Tippuri erotettiin kupasta omaksi taudikseen vasta 1800-luvun kuluessa. Kuppa ymmärrettiin kuitenkin sukupuoliteitse tarttuvaksi, ja sen uskottiin tarttuvan myös esimerkiksi yhteisistä vuodevaatteista ja syömäästioista tai imettämällä.³⁰² Tämän osoittaa myös Bengt Björnlund, joka kertoo sukupuolitaudin tarttuneen äidistä lapseen, koska he nukkuiivat samassa sängyssä.³⁰³ Samoin Jonas Halenius kertoo hoitaneensa sukupuolitautia 13-vuotiaalla tytöllä, jonka äiti tahtoi hänen lääkitsevän myös tytön sisarta, koska nämä olivat nukkuneet samassa vuoteessa.³⁰⁴ Riittävän yleisenä kupan onkin todettu tarttuneen myös ilman sukupuoliyhdyntää, jolloin siltä eivät ole säästyneet edes lapset.³⁰⁵

Piirilääkäreitä oli ohjeistettu toiminta-alueensa sukupuolitautilanteen tarkkailuun,³⁰⁶ ja tautien leviämisen estämistä pidettiin ensisijaisen tärkeänä, jopa muihin tauteihin sairastuneiden kustannuksella: kuppiaan sairastuneet otettiin usein muiden edellä

³⁰² Vuorinen 2002, 152.

³⁰³ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

³⁰⁴ SVAR ÅFP2 Jonas Halenius 1797.

³⁰⁵ Forsius 2007.

³⁰⁶ Vuorinen 2002, 151.

laitoshoitoon, kuten esimerkiksi Turussa 1700-luvun loppupuolella maaherran käskystä.³⁰⁷ Tästä ovat osoituksena myös piirilääkäreiden sukupuolitautilaininnat, joiden yhteydessä he kertovat sairastuneiden siirtyneen hoitoon lasaretteihin.³⁰⁸ Esimerkiksi Erik Acharius kutsuu lasarettia, jossa työskentelee, nimenomaan sukupuolitautilasarettiksi, *veneriska sjukhuset*.³⁰⁹ Muiden tautien kohdalla laitoshoito oli huomattavasti harvinaisempaa.

Kupan lääkintään vakiintui vuosisadoiksi elohopea, jonka väistymistä hidasti se, että sen potilaissa aikaansaamaa myrkytysreaktiota pidettiin asiaankuuluvana pikemmin kuin haitallisena.³¹⁰ Käytössä oli yleisesti niin kutsuttu *Methodus mixta* -menetelmä eli elohopeavalmisteen käyttö sekä sisäisesti että ulkoisesti.³¹¹ Mainintoja menetelmästä esiintyy useissa raporteissa.³¹² 1790-luvulta alkaen elohopean käyttöön oli kuitenkin alettu suhtautua varauksellisemmin sen aiheuttamien haittojen vuoksi.³¹³ Fredric Schulzen lähetti vuodelta 1798 Collegium Medicumille kirjeen Lontoosta, jossa hän oli ottamassa selvää lääketieteen ja kirurgian edistymisestä. Siellä hän sai uutta tietoa eritoten sukupuolitautilien hoitomenetelmistä, joista ”lääketieteessä on ollut puutetta”. Hän tuo esiin elohopean käytön lääkinnässä ja toteaa, että joissakin tapauksissa se on yhtä haitallinen kuin itse tauti. Schulzen kertoo oppineensa uutta ”Bombayn herra Scotilta³¹⁴”, joka kertoi kirjeessään vuodelta 1796 kokeilleensa elohopean tilalla typpihappoa (*Acidum Nitricum*), ensin hoitona omaan huonokuntoiseen maksaansa, ja havainneensa sillä olleen samankaltaisia vaikutuksia kuin elohopealla. Tästä Scot oli tehnyt päätelmän, että se voisi poistaa myös kupan oireet ja kokeillut sitä menestyksellisesti yli 50

³⁰⁷ Kallioinen 2009, 69.

³⁰⁸ Esim. SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771, SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797 & SVAR ÅFP2 A. W. Sjöborg.

³⁰⁹ Esim. SVAR ÅFP5 Erik Acharius 1808.

³¹⁰ Hooper & Quincy 1817, 492; Pesonen 1980, 245; Porter 1999, 175; Vuorinen 2002, 150.

³¹¹ Sandblad 1979, 111.

³¹² Esim. SVAR ÅFP3 Fredr. Marin 1800 & J. Gestrich 1800; SVAR ÅFP4 Dan. Erik Naezén 1806; SVAR ÅFP5 J. Landeberg 1807.

³¹³ Sandblad 1979, 111.

³¹⁴ ”Herra Scot” oli tohtori Helenus Scott (n. 1757–1821), joka tunnetaan typpihappohoidon kehittäjänä. Sukunimestä esiintyy kaksi variaatiota, joista toinen oli Schulzenin tapa kirjoittaa nimi yhdellä t-kirjaimella. Scott todella uskoi löytäneensä elohopean rinnalle vähintään yhtä hyvin, ellei paremmin toimivan lääkkeen, jolla hän väitti poistaneensa sukupuolitautilien oireet jopa muutamissa päivissä. Menetelmä levisi monien muiden lääkkäreiden tietoisuuteen, ja he kokeilivat sitä hoitona sukupuolitautilien vaihtelevin tuloksin, kunnes hoidon alettiin raportoida olevan useammin hyödytön tai haitallinen kuin paranemista edistävä. Säilyneiden kirjeiden mukaan Scott säikähti saamaansa kritiikkiä ja siirtyi typpihaposta muihin aiheisiin. Eräät lääkärit jatkoivat hänen jälkeensä aiheen tutkimista ja puolsivat edelleen typpihapon käyttöä eri sairauksissa, myös yhdessä elohopean kanssa. Harrison 2010, 158–168.

tapaukseen, joista monet olivat olleet ”pahinta laatua”. Myös Schulzen oli hoitanut omia potilaitaan typpihapolla.³¹⁵

Tässä on huomattava se, että Scot puhuu oireiden poistamisesta, mikä ei välttämättä tarkoita potilaan parantamista. Tämä on ristiriidassa monien piirilääkäreiden, myös Schulzenin itsensä, kirjoittaman kanssa: he katsoivat hoitamiensa sukupuolitautipotilaiden tulleen ”täysin terveiksi”³¹⁶. Huomion arvoista on myös, että Schulzen on yksi harvoista piirilääkäreistä, jotka käyttävät kupasta sen omaa nimeä *syphilis* (vaikkakin varhaisessa kirjoitusmuodossa *siphylis*)³¹⁷. Syfilis-nimi tunnetaan jo vuodelta 1531, mutta sen katsotaan yleistyneen vasta 1700-luvulla³¹⁸. Piirilääkäreiden käytössä oli kuitenkin tavallisesti pelkkä ”veneerinen tauti”. Johan Otto Hagström käyttää nimitystä *siphilis* jo vuoden 1771 raportissa,³¹⁹ mutta muilla se alkaa esiintyä vasta 1700- ja 1800-lukujen vaihteessa³²⁰.

Sukupuolitautilien ”paraneminen” oli muidenkin lääkäreiden kuvausten mukaan niin yleistä, että on syytä olettaa kupan luonnollisen taudinkulun johtaneen lääkäreitä harhaan. Kupan eteneminen on vaiheittaista. Muutaman viikon kuluttua tartunnasta alkaa lyhyt primaarivaihe, jossa tartuntapaikkaan ilmestyy kova haavauma. Noin kahden kuukauden kuluttua alkaa sekundäärivaihe, joka aiheuttaa yleisoireita ja kupalle ominaisia ihomuutoksia eli syfilidejä. Aktiivinen sekundäärivaihe kestää joistakin viikoista kuukausiin, minkä jälkeen tauti vaipuu jopa vuosia kestävään latenttiin vaiheeseen. Sen aikana sekundäärioireet saattavat puhjeta ja laantua jaksoittain. Noin kolmasosalla sairastuneista tauti etenee noin 10–15 vuoden kuluessa tertiäärivaiheeseen, joka aiheuttaa ihomuutosten lisäksi vakavampia oireita, aortan tulehdusta, selkäydinkatoa, aivojen pehmentymistä sekä luuston ja nivelten muutoksia.³²¹

Oireiden luonnollinen laantuminen aktiivisen sekundäärivaiheen jälkeen on saattanut saada lääkärit uskomaan, että hoito ja lääkintä aiheuttivat paranemisen. Mainintoja oireiden palaamisesta on vähäisesti, eikä ole varmaa, missä määrin lääkärit ymmärsivät taudin kolmivaiheisuuden ja mahdollisesti erilaisia oireita aiheuttavien vaiheiden yhteisen aiheuttajan. Etenkin siirtymä sekundäärivaiheesta tertiäärivaiheeseen on voinut olla niin pitkä, ettei oireita ole välttämättä osattu yhdistää yli kymmenen vuoden takaiseen tautiin. Piirilääkäri Johan Adolph

³¹⁵ SVAR ÅFP2 Fredric Schulzen 1798.

³¹⁶ SVAR ÅFP2 Fredric Schulzen 1798 & Jonas Halenius 1797.

³¹⁷ SVAR ÅFP2 Fredric Schulzen 1798.

³¹⁸ Joutsivuo 1999.

³¹⁹ SVAR ÅFP1 Joh. Otto Hagström 1771.

³²⁰ Esim. SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1800 & J. Olander 1801.

³²¹ Forsius 2007.

Léven tosin osasi nimetä tertiäärivaiheen kupan samaksi taudiksi. Hän hoiti naista, jolla sukupuolitauti oli alkanut jo 11–12 vuotta aikaisemmin ja vaikuttanut parantuneen. Kymmenen vuotta myöhemmin tauti oli kuitenkin puhjennut uudelleen, ja se oli ollut niin pahanlaatuinen, ettei elohopeahoidosta ollut ollut mitään apua.³²² Ilmeisesti tauti oli ollut latentissa vaiheessaan kymmenen vuoden ajan täysin oireeton, mikä tekee sen tunnistamisesta sitäkin ansiokkaampaa, sillä sen olisi voinut helposti sotkea esimerkiksi samankaltaisia oireita aiheuttavaan lepraan.

Lepran ja tertiäärikupan yhtäläisyydet olivat yleinen ja tunnustettu ongelma. Tauteja ei välttämättä sekoitettu toisiinsa vain vahingossa; Heikki Vuorisen mukaan sekaantuminen oli käsitteellistä, ja kupan saatettiin jopa uskoa saavan alkunsa leprasta³²³. Piirilääkärinäkin toiminut Elias Lönnrot erottaa teoksessaan *Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri* (ilmestynyt ensi kerran 1838) lepran kupasta,³²⁴ mutta vielä 1700-luvun puolella lepra on toisinaan sekoitettu kuppaan paitsi kansan parissa, myös lääketieteellisissä kirjoituksissa³²⁵. Lönnrot mainitsee myös, ettei lepran syytä tunneta vielä, kun taas kuppa tulee aina tarttumalla.³²⁶ Toisaalta jo vuosisatoja jatkunut tapa eristää leprasairaat muusta yhteisöstä perustui tartunnan pelkoon.³²⁷ Piirilääkäri Simon Landbergin oma piika sairasti lepra, ja Landberg teki huomion, että oireet olivat alkaneet piian oltua pyykillä joessa maaliskuussa. Ensin tällä oli ollut huonovointisuutta, kehon arkuutta ja selkäkipua, myöhemmin tauti oli muuttunut lepraksi. Piika oli ollut aikaisemmin terve ja hyvinvoiva.³²⁸ Tällainen kuvaus ei tue käsitystä siitä, että lepra olisi aina ymmärretty tarttuvaksi, vaan selitystä on voitu hakea ympäristöstä. Todennäköinen syy on se, että lepra ei tarttunut herkästi³²⁹.

Piirilääkäreiden maininnat leprasta ja sukupuolitaudeista eivät kuitenkaan tue sitäkään käsitystä, että tautien eroa ei olisi ymmärretty teoreettisesti tai että niitä olisi pidetty saman taudin eri muotoina. Lääkärit puhuvat leprasta ja veneerisistä taudeista erillisinä. Lepran diagnosoinnin pelkän ulkomuodon perusteella on kaiken kaikkiaan täytynyt olla hankalaa lääkärin osaamisesta riippumatta, koska niin moni sairaus kupan lisäksi on voinut aiheuttaa

³²² SVAR ÅFP3 F. A. Léven 1798.

³²³ Vuorinen 2002, 149, 151, 165.

³²⁴ Lönnrot 1981, 94: ”Pitali, on erotettava kohta mainittavasta kuppataudista, joka aina tulee tarttumalla, jota wastoin pitali saapi alkunsa muista, vielä epätietoisista syistä.”

³²⁵ Vuorinen 2002, 151.

³²⁶ Lönnrot 1981, 94.

³²⁷ Kallioinen 2009, 206–211.

³²⁸ SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1801.

³²⁹ Vuorinen 2002, 153.

samankaltaisia muutoksia ulkonäössä.³³⁰ Esimerkiksi Porin piirilääkäri Bengt Björnlund erottaa kuitenkin veneeriset taudit ja *lepra nodosan* ansiokkaasti toisistaan: hänet oli kutsuttu Merikarvialle tutkimaan siellä esiintynyttä veneeristä tautia, mutta kaksi sairastapausta olikin osoittautunut lepraksi.³³¹ Kansa ei siis ollut osannut tehdä eroa kahden eri sairauden välillä, mutta Björnlund kuvasi sairastuneiden oireet erillisiksi sukupuolitautisista. Simon Landberg puolestaan myöntää lepran diagnosoinnin olevan alkuvaiheessa hankalaa, erityisesti kun se on erotettava herpeksestä, pahanlaatuisesta syyhyistä ja muista samankaltaisista taudeista: ”Monta kertaa olen erehtynyt siinä, ja tunnustan sen kernaasti.” Hän kertoo myös hoitaneensa omassa sairastalossaan sukupuolitautiin sairastuneita, joista yhdellä oli ollut sukupuolitaudin lisäksi lepra.³³² Siitä, oliko todella kyse molemmista taudeista, ei tietenkään voi saada varmuutta, mutta hänen kertomansa perusteella hänellä oli edellytykset erottaa taudit erillisiksi toisistaan jopa samassa henkilössä.

Lepran tunnistamisessa ansioitui myös Jonas Halenius. Lepra kutsuttiin pitkään Ruotsissa nimellä *Elfkarlebysjukan*, ”Elfkarlebyn tauti”, koska sitä oli tavattu erityisesti kyseisessä Elfkarlebyn (nyk. Älvkarleby) kylässä.³³³ Jonas Halenius kertoo taudin levinneen Älvkarlebystä lähikyliin ja matkustaneensa niihin tutkimaan sairastuneita, yhteensä viittä henkilöä. Hän antaa raportissaan yksityiskohtaisen kuvauksen sairastuneiden oireista, jotka täsmäävät hyvin keskenään. Eräällä taudista jo kuuden vuoden ajan kärsineellä naisella oli ollut ”rumia haavoja jaloissa, muhkuroita käsivarsissa ja sääriissä”, ja nenä oli ollut ”aivan litteä ja laskeutunut”. Lisäksi hänellä oli ollut hyvin käheä ääni ja vaikeuksia puhua.³³⁴ Oireet sopivat lepraan, joka vaikutti erityisesti vaurioalttiissa ruumiinosissa, sormissa, varpaissa ja nenässä, jonka potilas saattoi menettää kokonaan. Ääni potilailla oli usein käheä ja törähtelevä.³³⁵ Muilla potilailla oli ollut niin ikään kovettuneita tai haavaisia paisumia kasvoissa ja vartalolla, ja monen huulet olivat turvonneet suurikokoisiksi. Näiden viiden lisäksi oli itse Älvkarlebyssä sairastunut vielä kolme muuta henkilöä, joita Halenius oli tutkinut.³³⁶ Oireiden samankaltaisuuden ja lepran taudinkuvan perusteella on syytä olettaa Haleniuksen diagnoosien osuneen enimmäkseen

³³⁰ Vuorinen 2002, 155.

³³¹ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

³³² SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1801. ”Flere gånger har jag misstagit mig derpå och ärkänner det gärna.”

³³³ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771; Vuorinen 2002, 165.

³³⁴ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771. ”...hon, utom fula sår på benen, och knölar på armar och ben, hade näsan aldeles platt och nedfallen,

³³⁵ Vuorinen 2002, 154.

³³⁶ SVAR ÅFP1 Jonas Halenius 1771.

oikeaan, joskin lepran esiintyvyys alueella olisi tällöin aikaisemman tutkimuksen valossa hämmästyttävän suuri. Pohjoismaat olivat Euroopan viimeisiä kolkkia, joissa lepraa vielä esiintyi 1700- ja 1800-luvuilla, mutta niissäkin se kävi 1600-luvun jälkeen huomattavan harvinaiseksi – jo 1600-luvulla esimerkiksi Suomessa lepran esiintyvyyden on arveltu olleen vain yhdestä kolmeen 10 000 henkilöä kohti³³⁷. Voi kenties olettaa kyseessä olleen pienimuotoisen paikallisen lepraepidemian, etenkin kun se sijoittui alueelle, josta lepra oli aikoinaan saanut erään nimensä korkean paikallisen esiintyvyytensä vuoksi.

Leprasta tunnettiin myös jo antiikin kirjoittajien käyttämä nimitys *elephantiasis*.³³⁸ Nimitystä ei tule sotkea nykyisin samaa nimeä kantavaan elefanttitautiin, ja tässä lienee ollut sekaannusta myös tautia tutkineilla. Esimerkiksi Niilo Pesonen on tulkinnut sekä *elephantiasis*-että *Elfkarlebysjukan*-nimityksen tarkoittaneen juuri elefanttitautia³³⁹. Kuitenkin Simon Landberg käyttää nimitystä *elephantiasis* lepran synonyymina.³⁴⁰ Myös piirilääkäri Bergman kuvaa *elephantiasikseen* sairastuneen miehen kohdalla lepralle tyypillisiä oireita, kuten muhkuroita kasvoissa ja jäsenissä.³⁴¹

³³⁷ Vuorinen 2002, 162–168.

³³⁸ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780; Vuorinen 2002, 157.

³³⁹ Pesonen 1980, 249.

³⁴⁰ SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1801.

³⁴¹ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

5 VAMMAT, SISÄTAUDIT JA MIELENTERVEYS

5.1 Vammat ja haavat

Vaikka erilaisten vammojen voi olettaa olleen yleisiä, piirilääkärit kertovat niistä verrattain harvoin. Syy on oletettavasti se, että ”ulkoisten” vaivojen hoito oli pitkälti väliskärien ja kirurgien käsissä, kun taas lääkäreillä oli yksinoikeus sisätautien hoitoon.³⁴² Poikkeus oli Bengt Björnlund, joka kertoo useista hoitoonsa hakeutuneista, joilla oli ollut jokin fyysinen vamma. Arno Forsiuksenkin mukaan Bengt Björnlundin kirurgiset taidot olivat ajan lääkärille poikkeuksellisen hyvät³⁴³. Yksi selitys voi olla Björnlundin tausta kenttäsaaralan lääkärinä.³⁴⁴ Vammojen kuvauksissa huomio kiinnittyy pikkutarkkuuteen: jokaisen ruumiinosan vammat voidaan luetella erikseen. Todennäköinen selitys on, että lääkäreiden vammakuvauksia voitiin hyödyntää väkivaltarikosten oikeudenkäynneissä samaan tapaan kuin ruumiinavausraportteja. Siihen liittyy myös jo aiemmin mainittu käsitys yksityiskohtaisuudesta totuuden merkinä³⁴⁵.

Björnlund kirjoittaa säätyläismiehestä, joka oli jonkin vastoinkäymisen seurauksena menettänyt elämänhalunsa siinä määrin, että oli yrittänyt surmata itsensä katkaisemalla kaulansa. Björnlund oli ehtinyt hätiin, tyrehtyttänyt runsaan verenvuodon ja sitonut haavan. Miehen vointi oli Björnlundin mukaan vaikuttanut paremmalta ”verenhukan jälkeen”, mutta myöhemmin hän oli käynyt maaniseksi ja loukannut itsensä uudelleen.³⁴⁶ Oletettavasti Björnlund uskoi verenvuodon olleen miehelle samaan tapaan hyväksi kuin suonenisku, vaikka haava oli tehty vahingoittamistarkoituksessa. Tätä tukee se, että aikakauden kirurgit ja sotilaslääkärit saattoivat kirurgian tai haavoittuneen hoitamisen yhteydessä vuodattaa ylimääräistä verta, sillä sen katsottiin ehkäisevän haavakuumetta³⁴⁷. Kaulaan kohdistuneen vamman hoidon on täytynyt vaatia taitoa ja hyvää anatomista ymmärrystä.

Muissakin loukkaantumistapauksissa Björnlund on kuvailut tarkalla anatomisella asiantuntemuksella potilaiden vammoja. Saman säätyläismiehen renki oli myöhemmin samana vuonna hakeutunut Björnlundin hoitoon, koska isäntä oli ”mielettömyydessään” lyönyt häntä rautalapiolla päähän, minkä seurauksena kallo oli paljastunut nahan alta ja kallon luukalvo

³⁴² Koskivirta 2009, 279, 286.

³⁴³ Forsius 2010.

³⁴⁴ Hjelt 1893, 678.

³⁴⁵ Laqueur 1989, 177.

³⁴⁶ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

³⁴⁷ Hirvonen 1987, 183.

(*Pericranium*) oli rikkoutunut. Hänellä oli ollut myös muita vammoja ympäri kasvoja ja kehoa. Björnlund oli lääkinnyt niitä ruusuhunajalla ja ”haavatipoilla” (*sårdråppar*) kuuden viikon ajan.³⁴⁸ Vuonna 1777 Björnlundin tarkkailussa oli ollut nainen, jota sotilas oli pahoinpidellyt. Naisen kaulan kiertäjänikama oli irronnut kannattajanikamasta, eikä hän ollut kyennyt enää kannattelemaan päätään. Viidentenä päivänä vammautumisensa jälkeen hän oli menehtynyt, ja kuoleman jälkeisessä tutkimuksessa Björnlund oli havainnut vammautuneiden nikamien alueella verenpurkauksia ja tulehdusta.³⁴⁹ Kaiken kaikkiaan Björnlundin anatominen tuntemus vaikuttaa virkaveljiinkin verraten poikkeukselliselta, ja ilmeisesti hänellä oli alueellaan hyvä maine vammojen hoitajana, koska niiden kanssa hakeuduttiin hänen luokseen huomattavan usein muihin piirilääkäreihin verraten.

Kuten verenvuotoa, haavojen märkimistä pidettiin paranemista edesauttavana. Sen katsottiin poistavan kehosta haitallisia nesteitä. Märkimistä voitiin edistää erilaisin haavan umpeutumisen estävin toimenpitein.³⁵⁰ Björnlund oli hoitanut veitsellä aiheutettua haavaa ja ihmetelty, kun märkää ei ollut alkanut erittyä oikeaan aikaan.³⁵¹ Johan Adolph Léven oli hoitanut rahvaalla esiintynyttä kuumetautia, joka oli aiheuttanut paisumia kaulalle. Monilla paisumat olivat alkaneet märkiä ja erittää visvaa. Hoidosta Léven kirjoittaa: ”Suonenisku, laksatiivit, espanjankärpäset ja kamferilinimentti eivät kyenneet poistamaan näitä paisumia, joten lakkasin työskentelemästä luontoa vastaan ja yritin sen sijaan edistää niiden kypsymistä.” Märkimisen alettua Léven oli havainnut kuumeen laskeneen, mikä oletettavasti tuki hänen käsitystään märkimisen hyödyllisyydestä.³⁵² Myös E. R. Högberg piti kasvaimen poiston jälkeen leikkaushaavassa tapahtunutta märkimistä hyvänä merkinä.³⁵³ Märkiminen oli siis lääkäreiden näkemyksen mukaisesti paitsi toivottavaa, myös luonnollinen osa haavojen paranemisprosessia.

³⁴⁸ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

³⁴⁹ SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1778.

³⁵⁰ Forsius 2001.

³⁵¹ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

³⁵² SVAR ÅFP3 J. A. Léven 1798. ”Åderlätning, laxermedel, spanska flugor och linimentum e Sale volatile camphorat. förmådde icke at resolvera dessa svulnader, hvarföre hjag sedan ej mera arbetade mot naturen, utan sökte at befordra deras maturation.”

³⁵³ SVAR ÅFP3 E. R. Högberg 1801.

5.2 Sisätaudit, tulehdukset ja reumat

Erilaiset tulehdukset, etenkin silmätulehdukset ja reumat olivat raporttimainintojen valossa yleisiä, mutta niiden hoidosta kerrotaan vähän. Vaikka monet näistä sairauksista ovat hoitamattomina hengenvaarallisia, kuolemantapauksista on raportoitu harvoin.

Vesipöhöt eli ödeemat (*wattusot, oedema*) olivat tavallisia. Heikki Vuorisen mukaan kyseessä oli oireenmukainen tauti, jolle ominaista oli turvotus kehossa³⁵⁴. Piirilääkärit havaitsivat vesipöhöä esimerkiksi kuumeen yhteydessä ja sen jälkitautina,³⁵⁵ mutta myös vakavampina tiloina. Simon Landberg hoiti kahdella miehellä *anasarca* eli voimakasta kehon yleisturvotusta. Ensimmäistä miestä, nuorta, vahvaa ja ”aikaisemmin tervettä” talonpoikaa Landberg lääkitsi erilaisilla laksatiiveilla, raatekeitteellä (*Decoct af Menyanthes*) ja makeutetulla suolahapolla (*Spiritus Salis dulcis*). Mies oli parantunut 27 päivän jälkeen hoidon aloittamisesta. Toiselle potilaalle, merimiehelle, Landberg antoi samaa raatekeitettä ja suolahappoa, ja myös tämä parani neljän ja puolen viikon kuluessa turvotuksestaan.³⁵⁶

Johan Gabriel Bergman tunnisti eräällä iäkkäällä potilaallaan askiteksen eli vesivatsan, jossa turvotus keskittyy vatsan alueelle. Edellisvuosina 64-vuotiaalla miehellä oli ollut hypokondrisia oireita. Sittemmin hän oli kärsinyt yskästä, ruokahaluttomuudesta ja laihtumisesta, ja hänen sääreensä ja jalkateräänsä oli ilmestynyt paisumia. Mies hakeutui Bergmanin hoitoon, kun paisumat muuttuivat punaläikkäiksi. Miehen vatsa oli Bergmanin mukaan ”kova ja kiiltävä”, hän ei hionnut, ja hänen virtsansa oli niukkaa ja ”tummaa kuin olut”. Miehen jalat olivat kylmät ja pulssi kiihtynyt. Bergman toteaa: ”Hänen tummankeltainen hipiänsä ja tukkeumat alapäässä eivät luvanneet hyvää lopputulosta”.³⁵⁷ Bergman lääkitsi miestä muun muassa diureeteilla ja ulostuslääkkeillä, mikä auttoi hetkellisesti, mutta myöhemmin hänen vointinsa huononi taas: ”Sitä seuraavana aamuna koko vasen jalka oli tummansininen, mustia rakkuloita oli noussut siihen, missä oli ollut punoitusta viime syksynä, ja punaiset juovat kulkivat ylös reittä pitkin kohti nivusia.”³⁵⁸ Bergman laitto jalkaan ”kiinanjuurisiteen”, oletettavasti kyseisestä lääkeaineesta tehdyllä voiteella varustetun siteen, siihen kohtaan, missä rakkulat

³⁵⁴ Vuorinen 2002, 322.

³⁵⁵ SVAR ÅFP2 Anders Hesselius 1799; ÅFP5 E. G. Lönberg 1807.

³⁵⁶ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806.

³⁵⁷ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780. ”Hans mörkgula hy och stockningar i underlifvet lofvade ej god utgång.”

³⁵⁸ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780. ”Morgonen därpå var hela vänstra benet mörkblått, samt svarta bläddror upstegna, där rådnaden var i höstas, och röda strimmor gingo upföre låret åt ljumskan.”

olivat. Tämän seurauksena rakkuloista vuoti pois pahanhajuista nestettä, ja jalan ”epämiellyttävä väri” muuttui. Hoito ei kuitenkaan pelastanut miestä, vaan hän menehtyi reilun viikon kuluessa.³⁵⁹

Nykyisin tiedetään, että askites on seurausta pitkään jatkuneesta maksasairaudesta, yleensä maksakirroosista³⁶⁰. Maksan heikentyneeseen toimintaan viittaa Bergmanin mainitsema miehen keltainen ihonväri, mutta Bergman ei esitä yhteyttä maksaan tai sen tilan todennäköiseen aiheuttajaan, liialliseen alkoholinkäyttöön³⁶¹. Ilmeisesti maksan aiheuttamat oireet ja alkoholinkäytön vaikutukset kehossa olivat suurilta osin tuntemattomia. Bergman mainitsee askitekseen yhteydessä miehen aiemmat hypokondriset oireet, mutta ei suoraan esitä niitäkään taudin aiheuttajaksi³⁶². Ainoa parannus askitekseen on nykyisin maksansiirto, mutta sitä voidaan hoitaa helpottamalla oireita.³⁶³ Bergman totesi ennusteen huonoksi, mutta jatkoi lääkintää siitä huolimatta, ja on mahdollista, että hänen hoitonsa todella lievitti miehen oireita. Askitesta hoidetaan nykyisinkin diureeteilla, joilla voidaan vähentää elimistöön kertynyttä nestettä³⁶⁴. Vaikka Bergmanin valitsemat diureetit – joita hän ei erittele – ovat voineet olla muutoin haitallisia, niiden vaikutukset ovat saattaneet olla samankaltaisia kuin nykyisten nesteenoistolääkkeiden.

Anders Johan Lille teki ruumiinavaukseen 21-vuotiaalle nuorukaiselle, joka oli eläessään kärsinyt muun muassa vatsakivuista ja rintataudista. Rinnan avauksessa oli paljastunut valtava ”säkki”, joka oli vienyt tilaa muilta sisäelimiltä niin, että ”keuhkot ja pallea näyttivät tyystin Luojan unohtamilta”. Lille päätteli säkin perikardiumiksi eli sydänpussiksi ja nuorukaisen kuolinsyyksi verenhukan ja liiallisen laihtumisen. Hän uskoi niiden aiheutuneen ”hengityksen virheellisyydestä”, jonka sisäelinten yhteen kasvaminen oli saanut aikaan. Lähes valkoiseksi väriään muuttanut maksa ja vatsalaukku olivat tulleet yhdeksi möykyksi, ja sappirakko oli kadonnut kokonaan. Näiden muutosten seurauksena Lille katsoi normaalin ruoansulatuksen olleen mahdotonta. Maksan värin ja suuren koon hän uskoi johtuvan sappirakon

³⁵⁹ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

³⁶⁰ Nordin & Mäkisalo 2000.

³⁶¹ Esimerkiksi nykyisin Suomessa yhdeksän kymmenestä kroonisesta maksasairaudesta johtuu alkoholinkäytöstä. Nordin & Mäkisalo 2000.

³⁶² Eräs selitys hypokondrialle oli pernan erittämät haitalliset nesteet. King 1993, 13.

³⁶³ Nordin & Mäkisalo 2000.

³⁶⁴ Nordin & Mäkisalo 2000.

puuttumisesta.³⁶⁵ Lillen kuvauksessa sisäelimillä on muuttuva ja kehon tiloihin reagoiva luonne, jopa mahdollisuus kadota kokonaan.

Reumat ja reumaattiset oireet yhdistettiin voimakkaasti säätilaan. Bengt Björnlund kertoo alueellaan esiintyneen ”kylmettymisestä aiheutunutta reumatismia”.³⁶⁶ Johan Gabriel Bergman puolestaan ilmoittaa Turun seudulla, sekä maalla että kaupungissa, verevillä keski-ikäisillä työmiehillä ilmenneestä akuutista reumasta (*Rheumatismus acutus*).³⁶⁷ Verevällä (*blodrik*) Bergman lienee tarkoittanut sangviinista kehotyyppiä, jossa verta pidettiin hallitsevana nesteenä³⁶⁸. Reuman oireita olivat olleet kipu erityisesti käsivarsissa, selässä ja reisissä sekä iltaa kohti kohonnut ja aamuksi laskenut kuume. Hoitona he olivat saaneet muun muassa suoneniskua ja ”viilentäviä laksatiiveja”.³⁶⁹ Toisaalta reuman kaltaisen kihdin ymmärrettiin johtuvan elämäntavoista: piirilääkäri Högberg ilmoittaa sitä esiintyneen niillä, jotka elävät yltäkylläisesti eivätkä liiku tarpeeksi.³⁷⁰

Bergman esittää, että suomalaisen rahvaan parissa yleiset ”mätähaavat” jaloissa saattaisivat johtua osittaisesta kroonisesta reumasta, joka puolestaan oli seurausta heidän tavastaan kulkea syksyisin ja talvisin paljasjaloin märässä maassa, loassa ja lumessa. Tätä seuranneiden kivun, punotuksen ja turvotuksen he Bergmanin mukaan olivat yrittäneet karkottaa erilaisilla voiteilla ja öljyillä, kunnes olivat saaneet märkimisen aikaan. Rahvas nimittäin uskoi oireiden aiheutuvan jostakin elävästä elukasta, jonka saisi tapettua tupakan tuhkalla tai keitetyillä näsiän marjoilla.³⁷¹ Tupakan käyttö lääkinnässä on tunnettu muuallakin; keitetyjä tupakanlehtiä käytettiin yleisesti iho-oireisiin, erityisesti kutinaan.³⁷² Bergman ei selitä tarkemmin, miksi yhdistää jalkahaavat juuri reumaan, mutta voisi olettaa hänen uskoneen, että ne saivat alkunsa samaan tapaan säätilasta, erityisesti kylmästä.

J. Landebergin potilaalla oli vaikea iskiasreuma (*Rheumatismus Ischiaticus*). 42-vuotiasta vahtimestaria olivat vaivanneet kivut jo pidemmän aikaa, ja lopulta kipu oli siirtynyt kokonaan oikeanpuoleiseen lonkkaniveleen niin pahana, ettei hän ollut kyennyt enää liikkumaan. Ennen Landebergin paikalle kutsumista mies oli syksyn ajan hoidattanut itseään muun muassa

³⁶⁵ SVAR ÅFP5 And. Joh. Lille 1807.

³⁶⁶ SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1778. ”... Reumatismen, genom förkylning åkomne.”

³⁶⁷ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

³⁶⁸ Porter 1999, 57–58.

³⁶⁹ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

³⁷⁰ SVAR ÅFP3 Högberg 1801.

³⁷¹ SVAR ÅFP3 Högberg 1801.

³⁷² Hooper & Quincy 1817, 834.

suoneniskuilla, juotikkailla, espanjankärpäsillä ja viinikivellä, mutta mikään ei ollut auttanut. Landeberg määräsi miehelle lisäksi ukonhattupulveria ja edelleen espanjankärpäsiä suoraan polviin. Myös kaupunginkirurgi Höög kutsuttiin hätiin, ja tämä määräsi potilaalle ipekakuanapulveria. Nämä lääkkeet aiheuttivat vain voimakasta hikoilua, eikä niistäkään ollut mitään apua. Höög luopui potilaasta, ja myös Landeberg kertoo olleensa tämän kanssa neuvoton, kunnes keksi käyttää mieheen ”keltatautimenetelmää”, numeroin nimettyä balsamia (N_°10) ja linimenttiä (N_°11). Muutaman viikon kuluttua hoidon aloittamisesta mies oli kyennyt jo kävelemään sauvojen avustuksella, ja jatkettuaan hoitoa edelleen hän oli luopunut sauvoista ja palannut virkaansa.³⁷³

Vaikka reumakuume (*rheumatisk feber*) tunnettiin jo,³⁷⁴ on todennäköistä, että erilaisille bakteeri- ja virustaudeille tyypillisiä lihaskipuja kutsuttiin reumaattisiksi, vaikka kyseessä ei olisi ollut varsinainen reumasairaus sellaisena kuin se nykyisin käsitetään – lihas- tai nivelperäisenä, usein pysyvänä vaivana. Tätä tukee se, että ”reumaattisuus” on piirilääkäreiden tautikuvauksissa liikkuva määre mitä erilaisimpien sairauksien rinnalla. He kertovat esimerkiksi reumaattisesta keuhkotulehduksesta ja keuhkokuumeesta (*Peripneumonia Rheumatica*), reumaattisesta punataudista (*Dysenteria Rheumatica*), reumaattisesta ruususta ja reumaattisista pistoista (*rheumatisk håll, rheumatisk stickning*).³⁷⁵

5.3 Mielenterveyden ongelmat

Mielenterveysongelmia on pidetty perinteisesti haasteellisena menneisyyden tutkimuskohteena. Kaikki aihetta koskevat lähteet ovat kirjallisia, ja tutkimusta hankaloittavat ajan myötä vaihtuneet nimitykset, tautikuvaukset ja mielisairaisiin liitetyt sosiaaliset merkitykset. Jälkimmäistä edustaa selvimmin se voimakkaan negatiivinen stigma, jonka mielenterveysongelmista kärsivä sai väistämättä osakseen niin kauan kuin häiriöiden syitä ja parannuskeinoja ei tunnettu. Mielisairausselitykset painoutuivat keskiajalla ja vielä uuden ajan alussa noituuteen ja uskonnollisiin ilmiöihin, ja mielisairaisiin suhtauduttiin myötätunnottomasti. Vaikka käsitykset muuttuivat inhimillisemmiksi ja naturalistisemmiksi 1700-luvulla,

³⁷³ SVAR ÅFP5 J. Landeberg 1807.

³⁷⁴ Esim. SVAR ÅFP1 B. Rud. Hast 1771.

³⁷⁵ SVAR ÅFP1 B. Rud. Hast 1771 & J. G. Bergman 1780; ÅFP5 Carl Wilhelm Hårdh 1807.

käytännössä ainoa tarjolla ollut ”hoito” kohdistui edelleen enemmän mielisairaahan rasittamaan yhteisöön kuin mielisairaaseen itseensä: tämä eristettiin epäinhimillisiin oloihin vaivaistaloon tai mielisairaalaan.³⁷⁶

Humoraalipatologian hippokraattisessa perinteessä mielisairauksien syyt ymmärrettiin pääosin fyysisiksi, tiettyjen kehon nesteiden aiheuttamiksi, ja siten niiden uskottiin olevan ruumiillisesti lääkittävissä. 1700-luvun lopulla ja 1800-luvun alussa käytiin keskustelua ruumiillisista ja psykologisista selittäjistä, ja rinnalle tulivat myös hermostolliset aiheuttajat ja niistä seuranneet neuroosit. Valistusajan Euroopassa mielisairauksia yritettiin lääkittää perinteisillä humoraalipatologian kehoa puhdistavilla lääkkeillä ja esimerkiksi suoneniskuilla ja oopiumilla, mutta ne osoittautuivat tuloksettomiksi keinoiksi.³⁷⁷ Varhaisin säilynyt lääketieteellinen suomalaiskuvaus mielenterveysongelmista on vuodelta 1762 ja Johan Haartmanin käsialaa, artikkeli *Berättelse om Flera Hufvudsvaga Människor, Maniacis, och Försök att hjälpa dem*, josta Petteri Pietikäinen on nostanut esiin joitakin potilastapauksia. Haartman lääkitsi potilaitaan runsaasti erilaisilla lääkkeillä, joista useimmat eivät toimineet, mutta muutamat (kenties yllättäen rajuimmat ja myrkyllisimmät) näyttivät lopulta tehonneen. Pietikäisen mielestä lumevaikutuksen ansiosta lääkkeet ja hoito olivat potilaille tyhjää parempi vaihtoehto, ja lääkinnän monipuolisuus ja intentionaalisuus olivat osoitus mielisairauksien tieteellisyydestä verrattuna sekä varhaisempiin käsityksiin että maallikkojen taikauskoon.³⁷⁸

Vielä 1700- ja 1800-luvuilla mielenterveysongelmat käsitettiin pääasiassa joko melankoliaksi, maniaksi tai hysteriaksi. Hippokraattisessa mielisairauksien käsityksessä melankolian aiheutti musta sappi, manian keltainen sappi, mutta myös eräät psykologiset selitykset hyväksyttiin. Melankoliaa luonnehtivat suru ja alakuloisuus, maniaa kiihtymys.³⁷⁹ Näistä kahdesta mania esiintyy piirilääkäreiden kertomuksissa useammin. Mielenhäiriöt eivät ole niissä yleisimpiä mainittuja vaivoja, mutta kuvauksista voi vetää joitakin johtopäätöksiä, esimerkiksi sen, että piirilääkärit kävivät tavallisesti hoitamassa potilaita heidän kotonaan. Toisaalta hysteriapotilaat laitettiin erityisen usein lasarettiin.

Sekä oirekuvaukset että hoitomenetelmät ovat tavallisesti yhdistelmä somaattisia ja mentaalisia selityksiä. Simon Landbergin hoitama maaninen ”hullu nainen” oli parantunut

³⁷⁶ Nygård 1998, 193–195; Vuorinen 2002, 230–231.

³⁷⁷ Brown 1993; Porter 1999, 81, 271–272.

³⁷⁸ Pietikäinen 2013, 63–64.

³⁷⁹ Porter 1999, 81.

riittäväällä määrällä laksatiiveja³⁸⁰. J. Landeberg aiemmin maniasta kärsinyt miespotilas oli saanut taudin, joka oli aluksi ollut katarrikuumetta, mutta vaihtunut myöhemmin melankoliaksi. Kipujen ja monien ruumiillisten oireiden lisäksi miehellä oli ollut joitakin kummia kuvitelmia, kuten että hän olisi ollut päätön tai että kaikki nesteet olisivat kuivuneet hänestä.³⁸¹ Johan Adolph Léven oli lukenut yhdysvaltalaisen lääkärin Benjamin Rushin³⁸² teoksesta *Medical Inquiries and Observations [Upon the Diseases of Mind]*, että toisinaan mania vuorotteli keuhkotaudin kanssa, ja näissä tapauksissa potilaat yleensä kuolivat. Léven uskoi erään oman potilaansa todistavan väitteen todeksi: naista olivat vaivanneet vuoroin maaniset kohtaukset, vuoroin yskänkohtaukset, ja hän oli menehtynyt. Toisaalta Léven oli kuullut erään toisen kirjoittajan väittäneen, että mania saattoi parantaa keuhkotaudin.³⁸³ Myös eräissä muissa piirilääkäreiden mielisairauskuvauksissa luetellaan potilaiden fyysisiä oireita, mikä tukee arviota, jonka mukaan mielisairaudet ymmärrettiin pikemminkin oirekokonaisuuksiksi kuin pelkiksi mielen sairauksiksi. Tästä huolimatta sairastuneista käytettiin nimitystä ”hullu” (*galen*).³⁸⁴

Kun aiheuttajista käytiin teoreettisellakin tasolla keskustelua, yksittäisissä potilastapauksissa on kaikkea muuta kuin yksiselitteistä, pidettiinkö mielialaa seurauksena ruumiillisista vaivoista vai toisin päin. Piirilääkäri Henric Deutsch esimerkiksi nimittää hysteriaa, samoin kuin maniaa, ”hermotaudeiksi” (*nerfsjukdomer*).³⁸⁵ Erään naisen tapauksessa lääkäri yhdisti kuitenkin fyysiset oireet suoraan potilaan mielialaan. Nuorella naisella oli ollut kuukautishäiriöitä ja ripulia. Häntä hoitaneen Simon Landbergin mielestä oireet olivat seurausta naista painaneesta surusta, joka johtui hänen äitinsä kuolemasta ja epäonnistuneesta kihlauksesta. Lääkinnän avulla nainen oli toipunut vaivoistaan.³⁸⁶ On mielenkiintoista, että psyykkisistä selityksistä huolimatta oireita hoidettiin ruumiillisesti. Landberg ei oletettavasti katsonutkaan aiheelliseksi – tai edes mahdolliseksi – puuttua naisen suruun, vaan hänen osansa oli korjata sen aiheuttamat vaivat. Hoitotavassa korostuu ajalle tyypillinen tapa ennemmin poistaa oireet kuin

³⁸⁰ SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1801.

³⁸¹ ÅFP5 J. Landeberg 1807.

³⁸² Benjamin Rush (1746–1813) oli arvostettu lääkäri, joka uskoi kaikkien sairauksien johtuvan samasta syystä, verisuonten kiihtymistilan aiheuttamasta kuumeesta. Hänen hoitomenetelmänsä, suonenisikut ja ulostuslääkkeet, olivat usein potilaille varsin raskaita. Rushilla oli voimakas ja pitkäaikainen vaikutus Yhdysvaltojen lääketieteeseen. Hän perehtyi myös mielisairaiden hoitoon ja esitti, että mielisairaus johtui usein fyysisistä syistä, minkä vuoksi potilaita oli hoidettava kuin muitakin sairaita – ajattelutapa, joka on nähtävissä myös piirilääkäreiden kertomuksista. Rushin huomiota mielisairauden suhteesta elinympäristön vaikutukseen on pidetty edistyneenä. Forsius 1994.

³⁸³ SVAR ÅFP3 J. A. Léven 1798.

³⁸⁴ SVAR ÅFP5 J. Landeberg 1806.

³⁸⁵ SVAR ÅFP5 Henric Deutsch 1807.

³⁸⁶ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806.

pureutua niiden syyhyn. Toisaalta se osoittaa, että mielisairauksia hoidettiin kuin muitakin tauteja, mikä korostaa niiden selvää irtautumista uskonnollisista ja kansanuskomuksellisista selityksistä.

Samassa raportissa Landberg kertoo myös toisesta nuoresta naisesta, joka oli ollut lapsesta saakka joidenkin päivien ajan joka kuukausi ”heikkomielinen” (*sinnestvag*) ja ”toisinaan niin hullu, että oli vaellellut ympäriinsä alastomana useisiin kyliin”.³⁸⁷ Lisäksi häntä olivat vaivanneet ajoittain vaikea epilepsia ja ”kamala opistotonus”³⁸⁸. Landbergilta apua kysyttäessä hän oli antanut välittömästi diagnoosin: naisella oli matoja. Landberg oli määrännyt hänelle matolääkkeitä, mutta nainen kuoli tapaturmaisesti ennen kuin ehti aloittaa lääkitystä. Ruumiinavauksessa Landbergin diagnoosi oli osoittautunut oikeaksi: naisella oli ollut elimistössään niin paljon matoja, että se oli järkyttänyt paitsi Landbergia, myös kaikkia läsnä olleita, joille hän oli näyttänyt löytöään. Landberg oli tunnistanut madot suolinkaisiksi (*Ascaris lumbricoides*). Kuvauksen alussa Landberg sanoo tapausta esimerkiksi siitä, mitä kaikkea madot voivat aiheuttaa ihmiselimistössä.³⁸⁹ Muuta diagnoosia nainen ei saanut Landbergilta, joten oletettavasti hän yhdisti kaikki tämän oireet matoihin. Selitys ei ilmeisesti ollut poikkeuksellinen, sillä matojen aiheuttamasta hulluudesta mainitsi myös Johan Haartman edellä mainitussa artikkelissaan: erään naisen ”henkisen poikkeavuuden” olivat aiheuttaneet madot³⁹⁰. Tosiasiassa Landbergin kuvaaman naisen oireet (epilepsia, opistotonus, lapsuudesta saakka jatkuneet kohtaukset ja ”heikkomielisuus”) viittaisivat suurella todennäköisyydellä jonkinlaiseen synnynnäiseen kehitysvammaan tai oireyhtymään, mikä kertoo jotakin myös aikalaisten suhtautumisesta geneettisiin poikkeavuuksiin: ne saatettiin yksinkertaistaa pelkäksi mielettömyydeksi, hoidettavissa olevaksi sairaudeksi, tai, kuten tässä tapauksessa, ulkoisten tekijöiden kuten matojen aiheuttamaksi.

Bengt Björnlund kertoo nuoresta naisesta, joka oli ollut kerrotun mukaan terve koko ikänsä, mutta alkanut osoittaa manian merkkejä heti avioitumisensa jälkeen. Kerran hän oli yrittänyt hirttää itsensä, mutta kiireellinen apu oli pelastanut hänet. Mania oli jatkunut niin kauan kuin hän oli ollut miehensä luona, mutta hän oli toipunut heti kun oli palannut samassa kylässä asuvien vanhempensa luokse. Björnlundin paikalla olon aikana hän ei ollut osoittanut

³⁸⁷ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806. ”...stundom så galen, at hon, med naken kropp, vandrade omkring til flere Byar.”

³⁸⁸ Selkälühaskouritus, jonka seurauksena selkä kaartuu voimakkaasti taaksepäin.

³⁸⁹ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806.

³⁹⁰ Pietikäinen 2013, 64.

huomattavia sekavuuden merkkejä sen jälkeen, kun oli tullut pois miehensä luota. Vaimoonsa harmistunut mies oli lopulta pyytänyt kihlakunnanoikeudelta eroa vaimostaan tämän hulluuteen vedoten, mutta sitä ei ollut myönnetty, koska vaimon mania oli ilmennyt vasta vihkimisen jälkeen. Mies oli kääntynyt vielä kuninkaan puoleen, mutta tämän päätös ei ollut enää tullut Björnlundin tietoon. Joka tapauksessa vaimo oli ainakin toistaiseksi palannut miehensä luokse parempivointisena.³⁹¹

Jää epäselväksi, miksi Björnlund ottaa tapauksen esiin raportissaan, mutta on oletettavaa, että hänet oli pyydetty katsomaan nuoren naisen tilannetta ja mahdollisesti auttamaan häntä. Hän ei kerro omasta toiminnastaan muuta kuin sen, että viipyi jonkin aikaa kylässä ja samalla tarkkaili naisen vointia. Hänen kuvauksestaan ei selviä, onko mania naisen läheisten – aviomiehen tai hänen oman perheensä – vai Björnlundin itsensä hänelle antama diagnoosi, eikä hän esitä vaihtoehtoisia selityksiä naisen käytökselle. Hän kuitenkin teki huomion siitä, että nainen käyttäytyi maanisesti vain aviomiehensä kanssa, mikä viittaisi siihen, että hän ymmärsi yhteyden naisen elämäntilanteen ja hänen mielenterveytensä välillä. Kertomuksen lopuksi Björnlund huomauttaa vielä ”melankolisten nesteiden” vaikutuksesta naisen mielialaan³⁹².

Hysteria sai lääkäreiltä erityishuomiota 1700-luvun lopulla ja 1800-luvulla.³⁹³ Lääkäreillä oli jo tuolloin eriäviä näkemyksiä sen syistä ja oireista, ja hysterian määritelmän jatkuvasti vaihtunut luonne tuottaa haasteita nykytutkijalle. Hysteria löydetään jo hippokraattisista kirjoituksista, joiden mukaan hysteria johtui kohdun (kr. *hystera*) liikkumisesta kehossa. Käsitys säilyi läpi antiikin ja keskiajan, mutta on katsottu, että sitä alettiin pitää 1600-luvulla enenevässä määrin aivoperäisenä häiriönä. Toiset selitykset liittivät sen hypokondriaan, ”miesten hysteriaan”, tai melankoliaan eli liialliseen mustaan sappeen. 1700-luvulla se luettiin yhä useammin neuroosiksi. Hysterian uskottiin johtavan moninaiisiin henkisiin ja fyysisiin oireisiin, ja eräiden tulkintojen mukaan se osasi naamioitua toisen sairauden kaltaiseksi niin, että käytännössä mikä tahansa oireyhdistelmä oli tulkittavissa hysteriaksi³⁹⁴. Hysteriaa ei löydy

³⁹¹ SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

³⁹² SVAR ÅFP2 Bengt Björnlund 1797.

³⁹³ Vuorinen 2002, 232.

³⁹⁴ Brown 1993, 446–447.

nykyisistä tautiluokituksista, ja tutkimuksissa on kiistelty siitä, onko se ollut todellinen tauti vai konventionaalistunut tapa diagnosoida epämääräiset oireet yhden käsitteen alle.³⁹⁵

Turun piirilääkäri Johan Gabriel Bergman raportoi vuonna 1780 hypokondristen ja hysteeristen kärsineen ”kouristuksellisesta oksentelusta ja särystä ja kivusta alapäässä”. Oireet rajoittuivat siten fyysisiin, ja hoitona hän antoi sen mukaisesti muun muassa ulostuslääkkeitä ja oksennuslääkkeitä.³⁹⁶ Eräs ”murheellinen hypokondrinen” oli sen sijaan kärsinyt sekä mielen että ruumiin voimien heikkenemisestä. Häntä olivat vaivanneet myös kuume, hikoilu, yskä, oksentelu ja pääkipu. Potilas itse oli pyytänyt suonieniskua, mutta sen sijaan Bergman oli antanut hänelle jopa kymmentä eri lääkeainetta. Vei pitkään, ennen kuin miehen voimat palasivat.³⁹⁷

Simon Landberg raportoi alueellaan esiintyneen runsaasti hysteriaa. Eräällä naisella oli ollut ”lähes kaikki hysterian oireet”, ja lisäksi hän oli ollut hypokondrinen. Naista olivat auttaneet mineraalivesi ja kylmät kylvyt.³⁹⁸ Myös Daniel Erik Naézen oli havainnut mineraaliveden tehon erinäisten sairauksien, myös hysterian, hoidossa. Eräs hysteriaasta kärsinyt nainen oli Naézenin mukaan vapautunut vaivoistaan juomalla sitä.³⁹⁹

Edellä mainittujen esimerkkien ja aikalaisten käymän tieteellisen keskustelun valossa todennäköisimmältä vaikuttaa, että kuten muita sairauksia, mielenterveysongelmia pidettiin monen eri tekijän summana, ensinnä altistavista ominaisuuksista johtuvina, toiseksi kehon tilojen ja ympäristötekijöiden (nesteiden tasapainon, elämäntilanteen) aiheuttamina. Siten niiden uskottiin myös olevan hoidettavissa ruumiillisesti, kuten muutkin sairaudet. Lääkärit saattoivat myös katsoa, että mieli oli se osa, johon he eivät voineet vaikuttaa, joten heidän velvollisuutensa oli ainakin helpottaa ruumiillisia oireita.

5.4 Epilepsia

Epilepsia kuuluu mielisairauksien ohella niihin sairauksiin, joiden vallitsevat selitykset ovat vaihdelleet suuresti eri aikakausina. Rajanvetojen ja luokitteluiden hankaluuden vuoksi se käsitellään omassa luvussaan. Modernin lääketieteen kontekstissa tulisi puhua epilepsioista, sillä

³⁹⁵ King 1993, 3–4, 12–14; Showalter 1993, 293–294.

³⁹⁶ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780. ”Samma tid plågades Hypochondriaci och Hysterica af svåra krampagtiga kräkningar, värk och coliqver i underlifvet.”

³⁹⁷ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

³⁹⁸ SVAR ÅFP3 Simon Landberg 1801.

³⁹⁹ SVAR ÅFP3 Daniel Erik Näzen.

epilepsia kuvaa vain neurologista oirekokonaisuutta, ei yhtä ainoaa sairautta: epileptiset kohtaukset voivat aiheutua muun muassa vammoista, infektiosta, kasvaimista ja verenkiertohäiriöistä. Ennen uutta aikaa – ja vielä nykyisinkin joissakin kulttuureissa – epilepsiaa pidettiin ”pyhänä tautina”, jonka kohtaukset olivat jumalolennon tai demonin aiheuttamia. Selitykset muuttuivat ajan myötä luonnollisemmiksi.⁴⁰⁰

”Luonnolliset selitykset” ovat kuitenkin problemaattinen kategoria, joka ei välttämättä kerro, pidettiinkö tautia esimerkiksi mielisairautena. Siihen voisi viitata ainakin 1800-luvulle asti jatkunut tapa eristää epileptikot mielisairaiden kanssa samoihin laitoksiin⁴⁰¹. Toisaalta kyse on voinut olla vain käytännöstä. Piirilääkäreiden raporteissa epilepsia ei tule esiin kovin usein, mutta sen esiintymissä ei ole erityisesti viitteitä siihen, että sitä olisi pidetty mielenhäiriönä, vaikka jo edellä mainitulla, Simon Landbergin tapaamalla ”hullulla naisella” olikin ollut myös epileptisiä kohtauksia⁴⁰². Toisaalta ainakin kaksi piirilääkäreitä yhdistää sen hypokondriaan.⁴⁰³

Landbergin mukaan naisen oireet olivat johtuneet madoista, joita naisella todella oli ollut. Samaan tulokseen päätyivät eräät muutkin piirilääkärit. E. R. Högberg hoiti useiden potilaidensa kourituksia ja epileptisiä kohtauksia matoina. Hän teki huomioita nimenomaan heisimadosta.⁴⁰⁴ Myös Pehr Hager Strand totesi potilaansa epileptisten kohtausten johtuneen madoista. Hän lääkitsi tätä sen mukaisesti, mutta se ei pelastanut potilasta, vaan tämä menehtyi erääseen kohtaukseen 36 tunnin jälkeen ensimmäisestä kohtauksesta.⁴⁰⁵

Bengt Björnlund yhdistää vuosikertomuksessaan vuodelta 1778 kaksi epilepsiatapausta matoihin. Toista hän kutsuu nimellä *epilepsia verminosa*, ”matojen aiheuttama epilepsia”, toiselle hän antaa nimen *epilepsia brachiosymptomata*, ”käsivarsioireinen epilepsia” (lat. *brachium*, käsivarsi). Jälkimmäisellä potilaalla nimen taustalla olivat kouristukset erityisesti toisessa käsivarressa, ja hän oli ehtinyt saada muutamia kohtauksia noin viiden viikon välein. Hoidoksi Björnlund määräsi molempiin matokuurin. Molemmilla oli todella ollut matoja, ja *epilepsia verminosa* -potilaalla Björnlund oli tunnistanut ne heisimadoiksi. Hoidon tehosta

⁴⁰⁰ Vuorinen 2002, 225–227.

⁴⁰¹ Vuorinen 2002, 227.

⁴⁰² SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806.

⁴⁰³ SVAR ÅFP2 Pehr Hager Strand 1799 & ÅFP3 Johan Jacob Rudolphi 1800.

⁴⁰⁴ SVAR ÅFP3 E. G. Högberg 1801.

⁴⁰⁵ SVAR ÅFP2 Pehr Hager Strand 1799.

kummassakaan tapauksessa ei kuitenkaan ollut tietoa. Jälkimmäistä potilasta Björnlund ei ollut edes tavannut hoidon määräämisen jälkeen.⁴⁰⁶

Vaikka ihmiselimestössä elävät loiset ovat oletettavasti olleet nykyistä yleisempiä vielä 1700- ja 1800-luvulla, piirilääkäreiden epilepsiapotilaiden matoja voi tuskin pitää sattumana. Nykyisin tiedetään, että heisimato saattaa aiheuttaa loisinfektion, systiserkoosin, jossa matoja esiintyy suoliston lisäksi myös muualla kehossa ja sen kudoksissa. Jos madot pääsevät lisääntymään keskushermostossa, seurauksena voi olla jopa hengenvaarallinen neurosystiserkoosi, joka aiheuttaa nykyisinkin kehitysmaissa suurimman osan epilepsiatapauksista.⁴⁰⁷ Näin ollen piirilääkäreiden selitys epilepsialle on ollut todellisuudessakin hyvin todennäköinen aiheuttaja, etenkin kun esimerkiksi käsivarren kouristuksista kärsinyt nainen oli alkanut saada oireita vasta hiljattain. Myös Strandin raportoima kuolemantapaus voi selittyä neurosystiserkoosilla. E. R. Högberg jopa havaitsi, että kouristukset liittyivät matojen levittäytymiseen suoliston ulkopuolelle:

Olen tehnyt monta kertaa erään varman huomion, jota en millään tapaa ole osannut selittää, nimittäin sen, että *Taenia vulgaris* [heisimato] ... löydetään aina suolten ulkopuolelta ilman, että suolistosta voi havaita minkäänlaista arpea tai haavaumaa.⁴⁰⁸

Käsityksistä epilepsian parantuvuudesta on vähäisesti tietoa. Anders Hesseliuksen mukaan eräs epileptikko oli ”voittanut sairautensa” etelänarnikin (*arnica montana*) avulla.⁴⁰⁹ Tässäkin tapauksessa on epäselvää, tarkoittaako Hesselius voittamisella kohtausten harventumista vai katoamista kokonaan. Se voi kuitenkin olla osoitus siitä, että epilepsiaa uskottiin voitavan ainakin helpottaa lääkkein.

⁴⁰⁶ SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1778.

⁴⁰⁷ DeGiorgio et al. 2004.

⁴⁰⁸ SVAR ÅFP3 E. G. Högberg 1801. ”En säker anmärkning har jag på flere gånger gjordt, hvilken jag på intet sätt kunnat förklara, neml.[igen] at *Taenia vulgaris* ... alltid finnes ligga utanpå Tarmarna, utan at något ärr eller sårnaden på Intestina kunna uptäckas.”

⁴⁰⁹ SVAR ÅFP2 Anders Hesselius 1798.

6 LÄÄKÄRIT OSANA LÄÄKETIETEEN KEHITYSTÄ

6.1 Taudin luonne

Suurin haaste menneisyyden sairauskäsityksiä tutkittaessa on löytää, tunnistaa ja määrittää niiden taustalla oleva logiikka, mahdollisesti myös sen puute. Kun järjestelmä oli joka tapauksessa pitkälle kehittynyt, sen on ollut pakko olla suurimmilta osin yhteneväinen ja intentionaalinen; oli oltava jokin virallinen oppi, jota lääkäreille voitiin opettaa yliopistossa. Piirilääkäreiden teksteistä välittyvä kuva sairauksien määritelmistä on kaikkea muuta kuin looginen, mutta niitä tarkasteltaessa on unohdettava nykylääketieteen rajalliset määritelmät sairauksille kliinisesti todettavina kokonaisuuksina ja lähestyttävä niitä aikalaismäärittein.

1700- ja 1800-luvun lääketieteessä sairaudet eivät olleet yksiselitteisesti nimettäviä vakioita, jotka kävivät jokaisessa potilaassa läpi niille ominaisen taudinkulun.⁴¹⁰ Ne olivat pikemminkin kehon *tiloja* ja niiden muodostamia kokonaisuuksia, jotka saattoivat muuttua ja jopa vaihtua toisiksi taudin edetessä. Tämä on nähtävissä niistä oireita ja tauteja kuvaavista sanoista, joilla piirilääkärit viittaavat kehon olomuotoon, alttiuteen tai yleistilaan, esimerkiksi *tilstånd* (tila, olomuoto) tai *constitution* (konstituutio)⁴¹¹. Tilat saattoivat olla sellaisia kuin *maligne* (pahanlaatuinen), *nervosus* (hermostollinen), *catarrhal* (katarraalinen, hengitystieoireinen), *inflammatorisk* (tulehduksellinen), *gastrisk* (gastrinen), *biliosa* (melankolinen eli liian mustan sapen aiheuttama), *rötaktig* tai *putridus* (mätäinen) ja *rheumatisk* (reumaattinen). Johan Adolp Lévenin, Svante Björklundin ja Eberhard Munck af Rosenschöldin vuosilta 1807–1808 peräisin olevat kuvaukset havainnollistavat monella tapaa näiden kokonaisuuksien kompleksisuutta:

Menneen kesän ja alkusyksyn aikana vaikutti minusta siltä, että reumaattinen tai katarraalinen tila sekoittui gastriseen ja mätäiseen ja sai aikaan jatkuvan toisintokuumeen, joka kylläkin jatkuessaan ja loppuvaiheessaan osoitti adynaamista⁴¹² laatua, mutta oli monessa vaiheessa, erityisesti taudin alussa, piilevästi tulehduksellinen.⁴¹³ (J. A. Léven)

⁴¹⁰ Vuorinen 2002, 27.

⁴¹¹ Esim. SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman; SVAR ÅFP4 Johan Adolphus Léven 1799.

⁴¹² Sairauden aiheuttama voimattomuus.

⁴¹³ SVAR ÅFP5 Joh. Adolph Léven 1808. ”Under den framlidande sommartiden och vid höstens början syntes mig, att en rheumatisk eller catarrhalisk constitution blandade sig med den gastriska och rötaktiga; och uppväkte en

Aluksi se [hermokuume] oli osittain *febris Nervosa*, osaksi *Putrida nervosa*, ja nyt viimein yhdistelmä katarraalista ja reumaattista laatua, [ja] muutamalla sadasosalla niistä henkilöistä, joilla olen hoitanut tätä tautia, se on ollut pelkästään *febris vera Inflammatoria* ---⁴¹⁴ (S. Björklund)

Tämän kuumeen laatu oli asteeninen, ja sen muoto vaihteli erilaisten kokonaisuuksien, kuten hermokuumeen, mätä- ja pilkkukuumeen, sappikuumeen ja Cullenin *Synochuksen* välillä ---⁴¹⁵ (Eberhard M. a. R.)

Léven, Eberhard ja Björklund käyttivät tautien kuvauksessa sellaisia sanoja kuin luonne (*natur*), laatu (*beskaffenhet*), tila (*constitution*) ja kokonaisuus (*complexion*). Taudin tilat (katarraaliset, reumaattiset ym.) muodostivat yhdessä kompleksin, tautikokonaisuuden, joka saattoi esimerkiksi Eberhardin mukaan olla hermokuume tai pilkkukuume. Björklundin mukaan tauti saattoi olla hermokuume, vaikka osa siitä oli sellaista oirekokonaisuutta, joka ei kuulunut sen omaan taudinkuvaan. Sama hermokuume saattoi olla myös pelkästään yksi tila tai kokonaisuus (tulehduksellinen kuume) olematta silti jokin toinen tauti. Näiden tilojen aktiivinen vaihtelu samassa sairaudessa osoittaa, että ”tauti” oli arvaamaton, dynaaminen entiteetti, joka saattoi muuttua siten, että siitä tuli ominaisuuksiltaan jonkin toisen oirekokonaisuuden kaltainen tai jopa virallisesti eri tauti. Silti esimerkiksi epidemian aikana sairastuneiden katsottiin saaneen alun perin saman taudin, joka valitsi kulkunsa yksilöllisesti jokaisessa potilaassa. Tautien kyky muuntua antaa niille lääkäreiden kuvauksissa lähes subjektisen, tahdonalaisen olemuksen silloin, kun muutoksia ei selitetä ympäristöllisillä tekijöillä.

Oirekeskeisyys oli diagnoosille leimallista. Yksittäinen oire saattoi olla oma tautinsa. Esimerkiksi punatauti tarkoitti pikemminkin veriripulia kuin punatautia sellaisena kuin se nykyään käsitetään⁴¹⁶. Samoin vesitauti saattoi tarkoittaa mitä tahansa turvotusta. Historialliset tautikäsitteet näkyvät edelleen monen sairauden nimityksessä, jossa tautia määrittelee oire, esimerkiksi pilkkukuume (*fläckfeber*) tai tulirokko (*scharlakans feber*, myös

remitterande continuerlig feber, som väl under fortgången och vid slutet visade en adynamisk beskaffenhet, men ägde vid många tillfällen, särdeles i början af sjukdomen, en fördold beskaffenhet.”

⁴¹⁴ SVAR ÅFP5 Svante Björklund 1807. ”I början var den dels en febris Nervosa, dels Putrida nervosa, och nu sluteligen samlagit en Catarrhalisk och Rheumatisk natur, ibland flera hundrade Personer jag skött i denna sjukdom, har det varit en enda febris vera Inflammatoria ---”

⁴¹⁵ SVAR ÅFP5 E. M. af Rosenschöld 1807. ”Naturen af denna feber var asthenisk, och dess form varierade hos olika complexioner än som Nervfeber, än som röt- och fläckfeber, än som Gallfeber, och än som Cullens Synochus - --”

⁴¹⁶ Punataudin luonteesta ks. alaluku 4.3.

suomeksi tunnettiin nimellä sarlakankuume⁴¹⁷). Oirekeskeisyys on helppo ymmärtää, kun ottaa huomioon, että oireet olivat aikakauden lääkäreille ainoa tapa, jolla taudit tulivat ilmi. Voisi sanoa, että heidän käsityksensä mukaisesti taudit eivät tehneet oireita, vaan oireet taudin.

Monimutkaista, lähes mielivaltaisten selitysten ja luokitusten hallitsemaa sairauskäsitysjärjestelmää voi pitää oireena empiirisen tiedon puutteesta: rationaaliset selitykset vaativat rinnalleen aina uusia vaihtoehtoisia selityksiä, kun edelliset osoittautuivat kokemuksen myötä heikosti paikkansa pitäviksi. Edellistä selitystä ei tarvinnut hylätä, sitä piti vain täydentää ja asettaa se ehdolliseksi. Siitä tuli yksi monista vaihtoehdoista, jotka olivat useista tekijöistä riippuvaisia. Virheistään huolimatta rationaalista ajattelutapaa ei tule yksinkertaistaa epäpätevyydeksi tai huolimattomuudeksi. Tietty epämääräisyys on hyväksyttävä osana ajan parantamisen luonnetta. Se kertoo vain yhdenlaisesta painopisteestä ja preferenssistä tautien analyysissa ja hoitamisessa: lääkärit olivat kiinnostuneempia tautien oireista ja ilmenemismuodoista kuin niiden aiheuttajista⁴¹⁸. 1800-luvun jälkipuolen edistyneemmät lääkärit kritisoivat edeltäjiään oireenmukaisesta diagnoosista, jonka katsottiin johtaneen usein turhaan oireiden poistamiseen taudin aiheuttajan selvittämisen ja hoitamisen sijasta; olihan useilla eri sairauksilla samankaltaisia oireita, joita ei olisi tullut hoitaa taudista irrallisina. Tämä irtiotto tapahtui kuitenkin vasta perustavanlaatuisten murrosten aikaan: mikroskooppitutkimus oli johdattanut lääkärit vihdoon oikeiden taudinaiheuttajien jäljille, kuumetta voitiin mitata kuumemittarilla, ja se ymmärrettiin jo monen eri sairauden oireeksi, ei itsenäiseksi taudiksi.⁴¹⁹

6.2 Taudinaiheuttajat ja tarttuvuus

Roy Porterin mukaan historioitsijoilla on perinteisesti ollut anakronistinen tarve jakaa aikakauden etiologiset selitykset keskenään kilpaileviin leireihin. Humoraalipatologian ja miasman lisäksi Euroopassa tunnettiin ainakin hermostolliset selitykset ja ”kontagion” eli teoria erillisestä tartunta-aineesta. Tosiasiassa aikalaislääkärit hyväksyivät yleisesti useita selitysmalleja, sillä he uskoivat tautien (tai oireiden ja oirekokonaisuuksien) olevan seurausta

⁴¹⁷ Lönnrot 1981, 74.

⁴¹⁸ Porter 1995, 408.

⁴¹⁹ Pesonen 1990, 197–198.

monista yksilöllisistä ja ympäristöllisistä tekijöistä. Aiheuttajat jaettiin usein ”altistaviin” ja ”laukaiseviin”, ja niiden uskottiin olevan joka taudissa erilaiset.⁴²⁰

Humoraalipatologia ei siis ollut ainoa selitysjärjestelmä, mutta sen hallitsevuus näkyy ennen kaikkea piirilääkäreiden hoitokeinoissa ja hoidon oirekeskeisyydessä. Kuten edellä on todettu, suurin osa lääkkeitä tähtäsi nestetasapainon muuttamiseen ja taudinaiheuttajien poistamiseen kehosta. Humoraalipatologian neljä kehotyyppiä eli temperamenttia olivat sangviininen (hallitseva neste veri), flegmaattinen (hallitseva neste lima), koleerinen (hallitseva neste keltainen sappi) ja melankolinen (hallitseva neste musta sappi). Piirilääkärit viittaavat satunnaisesti näihin temperamentteihin ja katsovat niiden olevan osasyynä tiettyjen tautien, erityisesti mielenhäiriöiden puhkeamiseen. J. Landebergin mukaan eräs polttokuume (*hetsig feber/Synochus phlogisteus*), joka aiheutti kuolemaan johtaneissa tapauksissa myös hypokondrian oireita, tarttui ainoastaan ”nuoriin ja sangviinisiin”⁴²¹. Varsinkin hysteria ja mania yhdistettiin herkästi temperamentteihin, sillä ne mainitaan tavallisesti juuri näiden sairauksien yhteydessä. Piirilääkäri Westphalilla oli ollut hysteriapotilas, jolla oli ollut koleerinen temperamentti.⁴²² Johan Jacob Rudolphi taas oli hoitanut maniasta kärsinyttä naista, jonka temperamentti oli ollut melankolinen.⁴²³

Ilmeisesti miasmateoria ei ollut saavuttanut vahvaa asemaa Ruotsissa. Piirilääkärit mainitsevat miasman harvoin, ja silloinkin se esitetään ikään kuin vaihtoehtoisena selityksenä. Fredrik Vilhelm Radloff pohti miasmaa sikotaudin aiheuttajana, mutta tuli siihen tulokseen, ettei se voinut olla epidemian syynä.⁴²⁴ Hallandin piirilääkäri Johan Lorenz Westberg yritti etsiä selitystä punatautiepidemialle ja arveli, että sen on aiheuttanut ainakin osaksi sama miasma, joka oli aiheuttanut myös samassa raportissa kuvatun pahanlaatuksen hermokuumeen.⁴²⁵ Punataudin tapauksessa teoria ei ollut kovin kaukana totuudesta, sillä se leviää tavallisesti ihmisulosteiden saastuttaman veden kautta.

Alkuperäiseen hippokraattiseen humoraalipatologiaan kuului käsitys perusominaisuuksista, joita oli paitsi kehon nesteillä, myös luonnon elementeillä (maa, vesi, tuli ja ilma) ja vuodenajoilla. Ne kaikki olivat kylmiä tai kuumia ja kuivia tai kosteita, ja siten

⁴²⁰ Porter 1995, 406–408.

⁴²¹ SVAR ÅFP5 J. Landeberg 1807.

⁴²² SVAR ÅFP2 Westphal 1799.

⁴²³ SVAR ÅFP3 Johan Jacob Rudolphi 1800.

⁴²⁴ SVAR ÅFP2 Fredrik Vilhelm Radloff 1797.

⁴²⁵ SVAR ÅFP5 J. L. Westberg 1807.

vuodenajoilla ja sen säätiloilla uskottiin olevan vaikutus kehon nestetasapainoon.⁴²⁶ 1700-luvulla sään ja sairauksien yhteydestä kiinnostuttiin tutkimuksissa uudelleen,⁴²⁷ ja oletettavasti tähän perustui piirilääkäreiden tapa pitää kirjaa säästä. Sään tilastoiminen on tyypillistä etenkin varhaisimmille vuosikertomuksille 1700-luvun puolella, myöhemmin sitä ei enää esiinny niin usein, ja vain muutamat lääkärit tekevät sitä 1800-luvun kertomuksissa. Eräät lääkärit tilastoivat säästä 1700-luvun kertomuksissa, mutta eivät tee sitä enää myöhemmissä kertomuksissaan.⁴²⁸ Tavan yleisyyden muutoksen taustalla oli todennäköisesti raporttien sisältövaatimusten epäyhtenäisyys pikemminkin kuin lääketieteen kehittyminen, sillä Suomessa säätilastointia alettiin vaatia kaikilta piirilääkäreiltä vielä vuoden 1845 määräyksessä⁴²⁹. Piirilääkäreiden tilastot ovat hyvin tarkkoja, aineiston alkupäässä jopa päiväkohtaisia mittauksia lämpötilasta, tuulesta ja sateesta. Usein kertomukset on jaettu kuukausittaisiksi jaksoiksi, joissa piirilääkäri kertoo ensin säästä, sitten kuukauden sairaustilanteesta.

Pelkkä sään tilastointi ei kuitenkaan osoita, että sillä olisi katsottu olevan jokin yhteys sairauksiin. Usein säätilastot jäävätkin raporteissa irrallisiksi muusta sisällöstä. Käsitettyyn yhteyteen viittaavat kuitenkin lääkäreiden ohimennen mainitsemat selitykset epidemioiden muutoksille. Johan von Collan kirjoittaa vuodelta 1799, että ankara talvi oli antanut aihetta uskoa, että vuodenaikaan liittyvät reumaattiset kuumeet ja katarrikuumeet jäisivät vähäisemmiksi, mutta sään muuttuessa vaihtelevammaksi keväällä ne olivat olleet yhtä yleisiä kuin ennenkin.⁴³⁰ Johan Gabriel Bergman toivoi samaa vuoden 1779 heinäkuussa, jolloin ukkosen, viileän tuulen ja sateen aiheuttamat ”liikehdinnät ilmassa” (*rörelsen i atmosfären*) olisivat hänen mielestään voineet hillitä kesäajan ”saariston kuumeiden” (*skärgårds febrar*) esiintyvyyttä.⁴³¹ Kyseessä oli oletettavasti myös Johan Haartmanin kuvailema saaristokuume, joka oli tyypillinen lounaisrannikon kosteille ja mutaisille rannikkoalueille. Saaristokuumetta pidettiin eräänlaisena vaihtelevan kuumeen eli malarian muotona, ja koska malariaa levittävät hyttysset välttelevät tuulta,⁴³² sää on hyvinkin voinut vaikuttaa tautiepidemian voimakkuuteen. Johan Adolph Léven puolestaan arveli vuonna 1798, että kesäajan ”mätäiset ja gallaktiset taudit”

⁴²⁶ Vuori 1979, 48–49, 245–246.

⁴²⁷ Harrison 2004, 55.

⁴²⁸ Esimerkiksi Bengt Björnlund jättää sään tilastoinnin 1700-luvun raporttien jälkeen. SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1778 & ÅFP4 Bengt Björnlund 1801.

⁴²⁹ Pesonen 1980, 258.

⁴³⁰ SVAR ÅFP3 Johan von Collan 1799.

⁴³¹ SVAR ÅFP1 J. G. Bergman 1780.

⁴³² Hulden 2011, 5–6.

(*rötacktiga och gallacktiga sjukdomar*) jäivät vähäisiksi maltillisen lämpötilan vuoksi. Mätäisillä ja gallaktisilla taudeilla on tarkoitettu oletettavasti mätäkuumeen kaltaisia suolisto-oireisia sairauksia. Niidenkin esiintyvyyteen helteiden puute on todella saattanut vaikuttaa, koska esimerkiksi lavantauti (joka selitti osan mätäkuumetapauksista) ja punatauti tunnetaan erityisesti lämpimissä oloissa leviävinä kulkutauteina⁴³³. Näin yhteys ei olisi ollut aina kaukaa haettu, vaikka sen syytä ei olisikaan ymmärretty.

Lääkäreiden käsityksissä ei välttämättä ollut yhteneväisyyttä, mutta jos oli, Lars Medenin selostus kansanomaisista tautiselityksistä monimutkaistaa kuvaa. Hän kertoo vuonna 1798: ”Karkeat kotihoidot ja taikauskaiset käsitykset ovat tämän kansan keskuudessa melko tavallisia. Alinomaa saa kuulla, että yksi henkilö istuttaa taudin toiseen tai että sen voi saada säästä, vedestä tai jostain muualta.”⁴³⁴ Kutsumalla rahvaan käsityksiä taikauskaisiksi Meden irtisanoutuu niistä ja tuomitsee ne, vaikka ne eivät vaikuta kovin toisenlaisilta kuin monet aikakaudella vallinneet ”viralliset” selitykset, kuten miasma ja kehon nesteiden suhde säätilaan. Toisaalta kansanomaisen näkemykset olivat personalistisempia ja uskomuksellisempia: esimerkiksi suomalaisessa kansanperinteessä taudin saattoi aiheuttaa ”väki”, jonka saattoi saada luonnosta⁴³⁵. Taudin ”istuttamisen” (*sätta*, perusmerkitys ”asettaa”, ”laittaa”) merkitys on vaikeammin tulkittavissa. Todennäköisesti kyseessä on kansanomainen käsitys siitä, että tauteja voitiin tahdonalaisesti (myös noituudella) siirtää henkilöstä toiseen. Tätä puoltaisi etenkin se, että ilmaisumuodossa taudin kantajalla on aktiivisen toimijan (”istuttaja”) rooli, toisin kuin tavanomaisissa ilmaisuihin tarttuvuudesta, jossa toimija (”tarttuva”) on tauti itse.

Virallisten ja kansanomaisten näkemysten ero on voinut olla myös siinä, että lääkärit eivät uskoneet sään itsessään aiheuttavan taudin, vaan että sää saattoi pahentaa tai lieventää jo olemassa olevaa sairautta tai aktivoida esimerkiksi temperamentin tai nesteiden aiheuttaman alttiuden. Johan Adolph Léven tukee tätä esittämällä, että taipumus alueella esiintyneeseen ”sappikuumeeseen” (*gallaktig feber*) on jo olemassa ihmisen elimistössä, ja sen saattaa laukaista voimakas lämpö, joka johtuu taivaankappaleiden sijainnista suhteessa maahan ja toisiinsa.⁴³⁶ Taivaankappaleiden vaikutus tautiepidemioihin oli yleinen selitysmalli juuri

⁴³³ Kallioinen 2009, 124–125.

⁴³⁴ SVAR ÅFP2 Lars Meden 1798. ”Grofva Huscurer och vidskeppeliga Meningar är ibland denna Allmoge ganska wanliga. Ständigt får man höra, at den ena människa sätter sjukdom på den andra, eller at man får den i Wädret, Wattner, eller annorstädes.”

⁴³⁵ Stark 2006, 269–277.

⁴³⁶ SVAR ÅFP5 Johan Adolp Léven 1806.

näihin aikoihin, 1800-luvun alussa.⁴³⁷ Aikaisemmassa kertomuksessaan vuodelta 1801 Léven esittää, että ankara kylmyys olisi saanut ”piilevän veneerisen myrkyn” puhkeamaan sukupuolitaudiksi. Samassa raportissa hän väittää, että varomattomuus kylmää säätä kohtaan sai hinkuyskän puhkeamaan niillä henkilöillä, jotka olivat altistuneet sille.⁴³⁸ Hinkuyskän kohdalla hän on saattanut olla osittain oikeassa: eräät lääketieteelliset tutkimukset ovat osoittaneet, että kylmälle altistuminen ei itsessään aiheuta tautia, mutta se saattaa edistää jo kehossa olevan taudinaiheuttajan puhkeamista taudiksi.⁴³⁹

Tautien tarttuvuus oli usein epäselvää, mikä ilmenee piirilääkäreiden tavasta hakea selviä merkkejä tarttuvuudesta. Toisaalta joidenkin tautien tarttuvuus oli niin selvää, jopa leimallista, että se näkyi niiden nimessä: isorokkoa saatettiin kutsua vain ”rokkotaudiksi” nimityksellä *koppor*, mutta sen virallinen nimi oli ”tartuntarokko”, *smittkoppor*. Myös tarttumisen mekanismit olivat pimennossa, mutta havainnot herkästi tarttuvien kulkutautien kohdalla johdattivat piirilääkärit oikeille jäljille. Erityisesti taudin leviäminen suljetussa elinpiirissä pantiin merkille. Bengt Björnlund havaitsi toisintokuumeen (*remitterande feber*) olleen tarttuva, koska tartunta oli levinnyt erityisesti saman talouden henkilöihin ja läheisille tiloille samassa kylässä. Sikotaudin tarttuvuus kävi Fredrik Vilhelm Radloffin mukaan ilmi samalla tavalla. A. M. Sjöborg huomasi, että loppukesällä ilmaantunut gallaktinen toisintokuume ei yhteen talouteen asettuessaan säästännyt siellä juuri ketään. Johan Adolph Léven havaitsi hinkuyskässä samankaltaisen etenemistavan.⁴⁴⁰ Eberhard Munck af Rosenschöldiä askarrutti erään oireiltaan vaihdelleen kuumeen esiintyminen samassa taloudessa:

En uskalla arvella, saako tämän taudin aikaan jokin oma myrkky, vai onko sen aiheuttajana useita ... syitä, esimerkiksi useiden ihmisten pakkautuminen samaan huoneeseen, pilaantunut ilma, vai voiko sen aiheuttaa jo aiemmin altistuneessa henkilössä jokin itsessään vähäpätöinen syy, esimerkiksi liiallinen huonosti sulavan ravinnon ... nauttiminen. Mutta enimmäkseen yhden sairastuttua taloudessa myös useimmat muut talossa tulivat sairaiksi. Voisi uskoa tämän johtuvan kaikilla saman talouden henkilöillä yhteisistä aiheuttavista tekijöistä, jos haluaa vetää jonkinlaisen yleisen johtopäätöksen siitä havainnosta, joka minulla oli kerran mahdollisuus tehdä

⁴³⁷ Kallioinen 2009, 148.

⁴³⁸ SVAR ÅFP4 Johan Adolph Léven 1801.

⁴³⁹ Ks. Mourtkouzou & Falagas 2007.

⁴⁴⁰ SVAR ÅFP2 Fredr. Vilh. Radloff 1797 & Bengt Björnlund 1797 & A. M. Sjöborg 1799; ÅFP4 Johan Adolph Léven 1801.

tilanhoitaja Lundbergin talossa (Strössä), jossa seitsemän hänen palvelusväestään sai tämän kuumeen samana päivänä.⁴⁴¹

Eberhard Munck af Rosenschöldin tarve löytää tautitapauksille yhtenäinen selitys on osoitus ajan kontekstissa poikkeuksellisen tieteellisestä ajattelutavasta: hänelle ei riittänyt selitykseksi, mistä yksittäinen tautitapaus johtui, kun empiiriset havainnot olivat osoittaneet, että tautia esiintyi usein juuri samassa paikassa samaan aikaan olleilla ihmisillä. Toisaalta hänkin erottaa taudille altistavat ja sen puhkaisevat tekijät toisistaan ja myöntää, että syitä voi olla useita, vaikka ne olisivatkin kaikille taudin saaneille yhteisiä.

6.3 Oppineisuus ja tieteellinen kehitys

Jos nykyisten (joskin edelleen kiisteltyjen) tieteellisyyden tunnusmerkkien annetaan määritellä, mikä on tiedettä ja mikä ei, 1800-luvun lääketiede ei välttämättä vaikuta tieteeltä lainkaan. Kun kaiken pohjalla oli edelleen kokeellisesti todistamaton humoraalipatologia, jonka rinnalle oli syntynyt muita vaihtoehtoisia ja osin toisiaan tukevia selitysjärjestelmiä, joilla oli hyvin vähän tekemistä empirian kanssa, koko senaikainen lääketiede on helppo yksinkertaistaa vain rationaalisen päättelyn muovaamaksi uskomuskokonaisuudeksi. Kuitenkin yksittäiset lääkärit alkoivat etenkin 1800-luvun puolella osoittaa varovaista empiiristä ajattelua, jota voi pitää merkinä vähittäin liikkeelle lähteneestä rationaalisen ajattelutavan murtumisesta. Kuten edellä todettiin, rationaalisten teorioiden ja todellisuuden yhteentörmäys pakotti lääkärit hyväksymään rinnakkaisia selityksiä, mikä oletettavasti rohkaisi heitä empiiriseen havainnointiin ja päättelyyn.

Riippumatta siitä, kutsuisimmeko nykyisin tutkittavan aikakauden lääketiedettä tieteenä, lääkäreille itselleen se oli sitä. Yliopistokoulutus oli antanut heille muiden virallistenkin parantajien yläpuolelle nousevan pätevyyden ja etuoikeuden ammattinsa harjoittamiseen – ainakin heidän itsensä ja heitä edustavien tahojen silmissä. Piirilääkäreiden

⁴⁴¹ SVAR ÅFP5 E. M. af Rosenschöld 1807. ”Jag dristar mig icke afgöra, huruvida ett eget gift gör denna feber smittosam, eller dens uppväckande orsak blott är en genom flere ... omständigheter, t. ex. många människors sammanpackande i ett rum, förskämde luft, eller och denne feber hos ett praedisponerade subject af i sig själf obetydliga orsaker, t. ex. njutningen af mycket indigest föda ... kan uppväckas. Men merendels, då en sjuknade i ett hus, blefvo sedan äfven de fleste andra i huset sjuke. Man skulle kunna tro detta kunna härröra af ~~för~~ på alla i huset gemensamt veckande omständigheter, ~~här~~ om man ville draga ett almänt resultat af den observation jag haft tillfälle en gång göra i Inspector Lundbergs hus (i Strö), där 7 af hans tjenstfolk på samma dygn blefvo attackerade af denna feber.”

erikoisasema oli perusteltua. Monet seikat kertovat heidän osaamisensa ja ymmärryksensä laajuudesta oman aikansa ja oppiensa viitekehyksessä.

Latinan kielen käyttö ei ollut todiste tieteellisyydestä, mutta se oli ammatillinen erityispiirre ja rajanveto kouluja käyneiden ja käymättömien parantajien välillä. Piirilääkärit osasivat latinaa ainakin riittävästi käyttääkseen sitä raporteissaan: hyvin monet heistä käyttävät ihmisen ruumiinosien, vaivojen ja sairauksien latinankielisiä nimityksiä laajalti ruotsinkielisten rinnalla, ja muutamat laativat raportin Collegium Medicumille kokonaan latinaksi⁴⁴². Kirjoitusasut saattoivat poiketa jonkin verran nykyisistä: esimerkiksi Simon Landbergin mainitsema *episthotonas* oli oletettavasti *opisthotonus*⁴⁴³. Juuri latinankieliset nimitykset kertovat tarkoista tautiluokituksista, joita tosin vain osalla lääkäreistä oli tapana esittää raporteissaan. Esimerkiksi Rudolf Hast nimesi kaikki tautitapaukset yksilöllisesti latinaksi taudin, sen oireiden ja aiheuttajien mukaan, samoin Simon Landberg, joka käytti päänsärystä nimitystä *cephalea*, isorokon aiheuttamasta silmätulehduksesta nimitystä *ophthalmia variolosa* ja hammaskivusta nimitystä *odontalgia*⁴⁴⁴. Nimitykset tunnetaan lääketieteessä tänäkin päivänä. Se, että modernin lääketieteen nimistöllä on huomattavan paljon yhteistä 1700- ja 1800-lukujen lääketieteen sanaston kanssa, on pääasiallisesti osoitus siitä, että alkuperäiset nimitykset olivat kyllin kuvaavia ja tarkoituksenmukaisia kelvatakseen samaan tarkoitukseen vielä satoja vuosia myöhemminkin.

Muutamat lääkärit käyvät raporteissaan tieteellistä keskustelua vertailemalla ulkomaisten lääkäreiden kirjoituksia omiin kokemuksiinsa potilaidensa kanssa. Esimerkiksi Johan Adolph Léven kävi vuoropuhelua yhdysvaltalaisen Benjamin Rushin kirjoitusten kanssa manian ja keuhkotaudin suhteesta, ja myöhemmin häntä askarruttivat muiden lääkäreiden kuvaukset poikkeavista isorokon muodoista; hän vertaili niitä omiin havaintoihinsa⁴⁴⁵. Anders Hesselius kertoo käyttäneensä sukupuolitautipotilaiden hoidossa *Methodus mixta* -menetelmää ja elohopealääkinnän esivalmistelua toisen piirilääkärin lääkirilehdessä suosittelemalla tavalla.⁴⁴⁶

⁴⁴² SVAR ÅFP2 Christian Lilljenvall, Math R.* & Fried Kreij 1798; ÅFP4 Christian Gottfrid Gruner 1805.

*Henkilön sukunimi jää digitoinnissa nitteen taitoskohdan varjoon.

⁴⁴³ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1805.

⁴⁴⁴ SVAR ÅFP1 B. Rud: Hast 1771; ÅFP3 Simon Landberg 1801.

⁴⁴⁵ SVAR ÅFP3 J. A. Léven 1798; ÅFP4 J. A. Léven 1801.

⁴⁴⁶ SVAR ÅFP2 Anders Hesselius 1798.

M. Zettermania oli auttanut diagnoosissa saksankielinen teos nimeltä *Ideen zur Diagnostik*.⁴⁴⁷ Vertaileva menetelmä oli käytössä myös lääkkeiden ja hoitomuotojen valinnassa, kuten edellä on osoitettu. Toiset hoitomuodot saivat lääkäreiltä parempia arvioita tehostaan kuin toiset.

Toisinaan lääkärit pääsivät päivittämään osaamistaan matkustamalla ulkomaille. Kovin yleistä sen ei kuitenkaan voi katsoa olleen: aineistosta käy ilmi vain kaksi selvää oppimistarkoituksessa tehtyä matkaa. Lontooseen matkusti jo aikaisemmin mainittu Fredric Schulzen, joka raportoi Collegium Medicumille typpihapon käytöstä sukupuolitaudin hoidossa. L. S. Petersson puolestaan matkusti Berliiniin osallistuakseen kirurgikurssille. Petersson vietti Berliinissä kahdeksan kuukautta, ja Schulzen oli kirjeensä päiväykseen mennessä ollut Lontoossa noin viiden kuukauden ajan. Matkat tehtiin huomattavan samanaikaisesti: Schulzen oli Lontoossa edelleen helmikuussa 1798, ja Petersson oli Berliinissä toukokuuhun 1798 saakka.⁴⁴⁸ Ei ole selvää, oliko matkoilla mitään yhteyttä toisiinsa – esimerkiksi yhteinen kehotus Collegium Medicumilta – mutta ne ovat yksittäinkin osoitus halusta seurata tieteenalan edistymistä ja päivittää tietoja.

Tietojen vaihtaminen, tieteellinen keskustelu, menetelmien vertailu ja heräilevä havainnoiva empiria osoittavat, että lääketiede kehittyi kaiken aikaa, sekä opillisesti että tieteellisesti. Lääketiedettä edistettiin yliopistoissa, ja pitkään ainoina yliopistokoulutuksen saaneina lääkäreinä toimiessaan piirilääkärit olivat paitsi parantajia, myös tieteentekijöitä: tutkintoineen, raportteineen ja julkaisuineen lääkärit osallistuivat aktiivisesti viralliseen lääketieteelliseen diskurssiin ja olivat osaltaan kuljettamassa sitä kohti modernia lääketiedettä. Lääkäreiden ja lääketieteen oppineiden vastuulla tieteenalan kehityksessä ei ollut ainoastaan se, mitä he itse oivalsivat, vaan myös se, minkä he suostuivat omaksumaan muualta. Se vaati heiltä teoreettista avoimuutta ja tieteelle ominaisen, perusteluun pohjautuvan käytännön omaksumista.

⁴⁴⁷ SVAR ÅFP3 M. Zetterman 1801. ”At jag ej misstog mig på sjukdomen, at jag ej förblandade den med Asthma acutum Millari, i synnerhet som det var för första gången jag såg denna sjukdom, til skrifver jag mera lyckan än et rätt fattande ... ”

⁴⁴⁸ SVAR ÅFP2 Fredric Schulzen 1798 & L. S. Petersson 1799.

6.4 Hyötykö potilas?

Modernin lääketieteen menestykseen tottunut tulee helposti ihmetelleeksi, miksi humoraalipatologian kaltaisen vajavaisen, teoreettisen ja kliinisesti tarkasteltuna tehottoman opin annettiin hallita lääketiedettä antiikista pitkälle 1800-luvulle saakka. Yleinen käsitys on ollut, että aikana ennen bakteerien ja virusten löytämistä lääkäreiden hyödyntämät hoitokeinot olivat potilaalle enemmän haitaksi kuin hyödyksi niiden rajujen fyysisten reaktioiden vuoksi⁴⁴⁹. Näkemys on kuitenkin syntynyt osaksi modernin lääketieteen kliinisen tutkimuksen pohjalta, mikä tekee siitä yksipuolisen, jopa anakronistisen. Menneiden aikojen hoidon vaikutusta ei tule arvioida pelkkänä sosiaalisesta ja kulttuurisesta kontekstistaan irrallisena lääkereaktioketjuna, vaan monimutkaisena yhteisön, kulttuurin, lääkärin ja potilaan välisenä vuorovaikutuksena.

Humoraalipatologia kehittyi tieteenalaksi, mutta se oli aina myös kulttuurinen konstruktio, kiinteä osa arvostettua antiikin perinnettä. Selityksenä pelkkä uskollisuus kulttuurille ja länsimaiselle perinteelle olisi kuitenkin liian yksinkertaistava. Humoraalipatologiaa on pidetty täysin teoreettisena oppina, joka perustui uskomuksiin ja rationaaliseen päättelyyn empiiristen kokeiden sijaan. Mutta saattoiko kaksi tuhatta vuotta kestänyt luotto syntyä yksinomaan uskomusjärjestelmän varaan? Voi olla liioittelua väittää, ettei 1700- ja 1800-lukujen lääketieteessä ollut potilaalle mitään hyvää. Voi olla myös anakronistista ylimielisyyttä katsoa, että menneisyyden lääkärit olivat täydellisen sokeita oppinsa puutteille. Monet piirilääkärit esimerkiksi totesivat yleisesti hyväksytyt lääkeaineet ja hoitokeinot tehottomiksi. Luonnollisesti näitä havaintoja peilattiin aina humoraalipatologian viitekehykseen ja suhteutettiin ne siihen uudelleen. Lääketieteellisten löytöjen ei siis katsottu olevan ristiriidassa humoraalipatologian kanssa, vaan ne saivat siinä oman paikkansa ja jopa tukivat sitä. Näin humoraalioppi muotoutui vähittäin laajemmaksi ja alkuperäisestä jonkin verran poikkeavaksi, mutta siitä ei luovuttu. Mikään havainto ei ollut riittävän mullistava humoraaliopista irtautumiseen ennen bakteerien ja virusten löytämistä. On mahdollista, että humoraalipatologia muodosti kaikelle lääketieteen kehitykselle pohjan, jota ilman kaikki uudet havainnot olisivat jääneet vaille selitystä. Humoraalipatologia saattoi tarjota vain vähän ratkaisuja, se saatettiin jopa tiedostaa, mutta se tarjosi niitä kuitenkin enemmän kuin mikään muu vaihtoehto, sillä yhtä laajamittaisia rinnakkaisia selitysjärjestelmiä ei ollut.

⁴⁴⁹ Kallioinen 2009, 186.

Luotto järjestelmään on saattanut olla myös suggestiivisesti itseään ruokkivaa. Joka kerta, kun potilas parani, sitä voitiin pitää todisteena hoitokeinojen toimivuudesta. Tällainen optimismi on nähtävissä useimmissa lääkäreiden kertomuksissa, joissa potilaat olivat parantuneet tai epidemiat laantuneet lääkärin toimenpiteiden seurauksena⁴⁵⁰. Toisaalta lääkitty, mutta siitä huolimatta kuollut potilas saatettiin katsoa fatalistisesti menetetyksi tapaukseksi, jonka kohtaloon ei olisi voinut vaikuttaa lääkkein tai hoitotoimenpitein, olivat ne toimivia tai eivät. Tässä kohdin käsityksissä olisi yhteneväisyyksiä rahvaan kohtalouskoon, mutta tuntien piirilääkäreiden tarpeen tuomita rahvaan käsitykset, heidän selityksensä ovat voineet löytyä muualta kuin kohtalosta tai Jumalasta. Kuitenkin teoriaa puoltaa se, että menehtyneiden potilaiden kohdalla vedettiin tuskin lainkaan yhteyttä heidän saamaansa hoitoon. Toki kyse on saattanut olla myös ammattitaidollisesta itsesuojelusta: lääkäri ei ehkä mielellään myöntänyt Collegium Medicumille osoitetussa raportissa omaa epäonnistumistaan, vaan potilaan menehtymisen syy ulkoistettiin poikkeuksellisen ankaraan tautiin. Samasta syystä hoidettujen potilaiden todellinen kuolleisuus on saattanut olla huomattavasti suurempi kuin raporttien perusteella voi päätellä.

On tietenkin mahdollista, että lääkäreiden omat kokeilut – jos niitä on ollut – ovat jääneet raporttien ulkopuolelle. Muun kuin suositellun lääkeaineen tai hoitokeinon käyttäminen saattoi olla kiellettyä tai jopa rangaistavaa, ainakin jos lopputulos ei ollut toivottu. Toisaalta monilla yleisimmillä lääkkeillä, esimerkiksi espanjankärpäsellä, kiinapuun kuorella ja oopiumilla on nykytiedonkin mukaan ollut turruttava, kipua ja oireita lievittävä vaikutus, joka on saatettu tulkita paranemiseksi. Tämä selitys ei kuitenkaan kelpaa silloin, kun potilaiden parantamiseen on käytetty vain laksatiiveja tai oksennuslääkkeitä, sillä niillä harvemmin oli minkäänlaista kliinisesti todettua vaikutusta.

Jos oletetaan, että useimmilla piirilääkäreiden antamilla lääkkeillä ei voinut olla minkäänlaista myönteistä vaikutusta paranemiseen muuten kuin lumevaikutuksen kautta, lääkäreiden kirjanpito parantamistaan potilaista on hämmästyttävää. He kertovat ”poistaneensa oireet” tai ”potilaan parantuneen” tavallisten tarttuvien tautien lisäksi sellaisista sairauksista ja vaivoista, jotka nykyään luokitellaan kroonisiksi tai parantumattomiksi tai joihin ei nykynäkökulmasta ole ollut mahdollista vaikuttaa aikalaiskonstein. Erityisesti tämä korostuu lasaretin raporteissa: esimerkiksi Johan Engströmin raportin mukaan lasaretissa oli hoidettu 48 potilasta, joista 37 oli parantunut, kaksi paranemaan päin, yksi parantumaton ja kahdeksan

⁴⁵⁰ Esim. SVAR ÅFP5 M. D. Wejlander 1807; ÅFP6 P. Lundmark 1810.

”samassa tilassa”. 37 parannettua potilasta 48:sta on melkoinen määrä ottaen huomioon, että suurinta osaa lasaretissa hoidetuista vaivasi jokin muu kuin tartuntatauti, joka saattoi parantua itsekseen ja jonka aiheuttama kuolleisuus olisi ollut todennäköisesti suurempi kuin yksi henkilö 48:sta. Samoin Erik Achariuksen raportin mukaan sukupuolitautilasaretissa ”kokonaan parantuneita” oli jopa 64 henkilöä 119:sta⁴⁵¹. Lisäksi lääkärit vertailevat eri lääkeaineiden toimivuutta ja toteavat eräät lääkkeet selvästi toisia tehokkaammiksi. Se, että jokin aine näytti toimivan ja toinen ei, saattoi toki olla sattumaa, mutta se osoittaa sen, että lääkärit eivät arvioineet hoitoaan täysin kriittikittömästi vaan osasivat vertailla tapauksia keskenään.

Systemaattinen epärehellisyys raportoinnissa ei tunnu kestävältä tai edes mielekkäältä selitykseltä. Pääosin lääkärit todella uskoivat parantaneensa hoitamansa taudit. On mahdollista, että näissä tapauksissa havainto paranemisesta perustui joko lääkärin toteamukseen tai potilaiden omaan kokemukseen oireiden helpottamisesta. Tautikäsitteiden oirekeskeisyys voisi selittää sen, että oireiden poistuessa tai väliaikaisesti lieventyessä myös taudin katsottiin parantuneen. Jos oireet palasivat, sitä voitiin pitää jo kokonaan toisena tautina. Näin on ollut mahdollisesti ainakin kupan kohdalla, jossa oireelliset ja oireettomat kaudet vuorottelivat luonnollisesti. Mielenkiintoisempi kysymys voisikin olla, mikä sai potilaan *tuntemaan* olevansa terve, oli hän sitä kliinisesti tai ei – toisin sanoen, mistä syntyi paranemisen kokemus, ja oliko se pelkkä kokemus vai todennettavissa oleva siirtymä sairaasta terveeksi. Tällöin jouduttaisiin kuitenkin asettamaan mitattavissa oleva raja terveen ja sairaan, objektiivisesti todistetun ja subjektiivisesti koetun välille, ja monet aikaisemmat yritykset määrittää terveyttä (*health*), sairautta (*disease*) ja koettua sairautta (*illness*) ovat osoittaneet sen kiistanalaiseksi, ellei mahdottomaksi tehtäväksi⁴⁵².

Paranemisessa lääkkeen suoraa vaikutusta tärkeämpi voi olla lääkkeen antamiseen ja vastaanottamiseen liittyvä *merkitys*, tietoisuus ja tunne siitä, että on lääkittävänä ja hoidettavana. Kaikilla maailman kansoilla on todettavissa oleva lääkintä- ja parantamisjärjestelmä, monilla kaksikin, virallisempi ja epävirallisempi. Vaikka kaikkien näiden järjestelmien toimivuutta on vaikea todistaa tieteellisesti, niillä on tunnustettu asema yhteisössä.⁴⁵³ Uskomuksiin, traditioihin ja myytteihin linkittyvissä alkuperäiskansojen parantamisopeissa näillä merkityksillä on arveltu olevan suurempi rooli kuin tieteellisesti

⁴⁵¹ SVAR ÅFP3 Erik Acharius 1800.

⁴⁵² Terveyden ja sairauden käsitteiden problematiikasta ks. Emson 1987 ja McWhinney 1987.

⁴⁵³ Moerman 2002, 152.

todistettuun tehoon perustuvassa länsimaisessa lääketieteessä.⁴⁵⁴ Esimerkiksi medikaaliantropologiaan erikoistunut psykiatri Arthur Kleinman on osoittanut, että varsinkin taudinkuvaltaan tietynlaisten sairauksien hoidossa kansanparannusmenetelmistä on todistetusti apua osalle potilaista.⁴⁵⁵ Toisaalta nykyisille lääkkeille annetut merkitykset pohjautuvat juuri kokeellisesti todistettuun tehoon. David Moerman esittää, että lääkärin luottamus lääkkeen tehoon korreloi lääkkeen toimivuuden kanssa samaan tapaan kuin henkilökohtaiseen kokemukseen tai uskomuksiin pohjautuva luottamus: olennaista on vain se, että tämä tavalla tai toisella perusteltu teho on myös potilaan tiedossa. Näin luottamus sekä lääkäriin että lääkkeeseen lisää lääkkeen toimivuuden todennäköisyyttä. Tätä tukee myös havainto siitä, että uuden lääkkeen löytyessä aikaisemmat hoitokeinot muuttuvat tehottomammiksi.⁴⁵⁶ Nämä merkitykset ovat siis rinnastettavissa lumevaikutukseen siinä, että ne edellyttävät potilaan tietoisuutta hoidosta ja sen merkityksistä.

Piirilääkäreiden antama hoito on verrattavissa muihin uskomusjärjestelmiin, jotka eivät pohjautu empiriaan. Näin ollen piirilääkäreiden antaman hoidon arvo ei olisi kliinisesti todettavissa olevassa lääkinnällisessä tehossa, vaan hoidon kulttuurisessa, sosiaalisessa ja psykologisessa merkityksessä. Petteri Pietikäinenkin kutsuu piirilääkäri Johan Haartmanin hoitofilosofiaa mielisairaita kohtaan humaniksi ja sen vaikutuksia potilaaseen mahdollisesti terapeuttisiksi⁴⁵⁷. Myöskään suoran lumevaikutuksen merkitystä ei tule aliarvioida. Lumevaikutus on kiistanalainen käsite, jota on selitetty monin tavoin. Se on todettu eräissä tutkimuksissa hyödyllisimmäksi kivunlievityksessä ja muissa vaivoissa, joissa oireiden voimakkuuden kokeminen on subjektiivista ja vaihtelevaa. Objektiiivisissa mittauksissa, esimerkiksi verikokeissa, sen osoitetut hyödyt ovat olleet vähäisempiä.⁴⁵⁸ Riippumatta siitä, pidetäänkö lumevaikutusta kehon luonnollisen paranemismekanismin psykosomaattisena tukemisena vai pelkästään kokemusperäisenä, subjektiivisena arviona paranemisesta, sillä voidaan selittää osa piirilääkäreiden hoidon tuloksellisuudesta. Lumevaikutuksella voi olettaa olleen vaikutusta etenkin vaivoissa, joiden taustalla on voinut olla psyykkisiä syitä.

Puuttuva elementti mahdollista lumevaikutusta arvioitaessa on potilaiden luottamus lääkkeisiin ja lääkäreihin. Piirilääkärit kertovat erityisesti rahvaan ennakkoluuloista paitsi

⁴⁵⁴ Moerman 2002, 153.

⁴⁵⁵ Kleinman 1980, 319–332.

⁴⁵⁶ Moerman 2002, 43–45.

⁴⁵⁷ Pietikäinen 2013, 64.

⁴⁵⁸ Hróbjartsson & Gøtzsche 2001.

rokotuksia ja rokonistutuksia, myös muiden tautien hoitoa kohtaan, mutta he eivät kerro omien potilaidensa mahdollisista epäilyksistä. Kertomuksista välittyvä kuva potilaan ja lääkärin suhteesta on paljolti samankaltainen kuin nykyisessä biolääketieteellisessä tautikäsitelyssä, jota on kritisoitu etäisyydestä, potilaan passivoinnista ja objektivoinnista ja sairastuneen irrottamisesta sosiaalisesta kontekstistaan⁴⁵⁹. Piirilääkäreiden kertomuksissa potilaiden ääni pääsee esiin käytännössä vain heidän valittaessaan oireistaan lääkäreille, ja heidän roolinsa rajoittuu passiiviseen taudinkantajaan ja hoidon vastaanottajaan. Potilaiden mielipiteistä tai reaktioista rajuihinkaan hoitokeinoihin ei kerrota juuri mitään: olennaista oli vain se, että lääkkeet saivat aikaan toivotun fyysisen reaktion. Näistä tapauksista ei useinkaan ilmene, oliko oletettu paraneminen lääkärin vai potilaan lausunto. Tässä mielessä nykyinen epäinhimilliseksi koettu hoitosuhde ei välttämättä ole niin uusi tai nykylääketieteelle tunnusomainen kuin on totuttu ajattelemaan. Kuilu potilaan kokemusmaailman ja lääkärin dogmaattisten, jopa ylimielisten ja piittaamattomien parannuskäytäntöjen välillä saattoi osaltaan saada rahvaan välttelemään virallisen lääketieteen hoitokeinoja viimeiseen saakka. Toisaalta potilaiden voi tuskin olettaa vaivautuneen lääkärin hoitoon vasten tahtoaan, joten jonkinlainen luottamus tai edes toivo parantumisesta tämän hoidossa oli oltava, vaikka piirilääkäri olisikin ollut potilaan viimeinen vaihtoehto.

Aina potilaat eivät palanneet lääkärin luokse kertomaan, kuinka he olivat voineet hoidon jälkeen. Esimerkiksi Simon Landbergin vuonna 1806 hoitamasta 306 potilaasta 59 oli ollut sellaisia, jotka ”eivät tulleet takaisin”, minkä on täytynyt tarkoittaa, ettei hän ollut saanut tietoa kyseisten henkilöiden terveydentilasta väitetyn paranemisen jälkeen⁴⁶⁰. Tätä puoltaa myös se, että parantumattomuus näyttää olleen lähes vieras käsite: taudin katsottiin yleensä johtavan käytännössä kuolemaan tai paranemiseen, vähintäänkin olon kohenemiseen. Taustalla on luultavimmin aiemmin käsitelty oletus, että sairaus ei voi olla luonteeltaan stabiili, vaan aina suuntaan tai toiseen kehittyvä tai vaihtuva – aivan kuten muutoksille alttiit kehon nesteet. Muutamia poikkeuksia on lasarettien raporteissa, joissa tietty (pieni) määrä potilaita makaa lasaretissa pitkiä aikoja ilman, että taudintilassa tapahtuu muutosta suuntaan tai toiseen, ja lääkärit nimittävät heitä ”parantumattomiksi” (*obotelige*)⁴⁶¹. Siihen lääkärit eivät ota kantaa,

⁴⁵⁹ Honko 1994, 16–17.

⁴⁶⁰ SVAR ÅFP4 Simon Landberg 1806.

⁴⁶¹ Esim. SVAR ÅFP2 J. Engström 1800; ÅFP3 Erik Acharius 1800.

katsottiinko mahdollisen parantumattomuuden johtuvan sairauden luonteesta vai kenties potilaan ominaisuuksista.

Riippumatta siitä, mistä potilaiden raportoitu paraneminen johtui tai oliko se todellista kliinistä paranemista lainkaan, on kohtuullista olettaa, että lääkkeiden ja hoitokeinojen haittavaikutuksista huolimatta piirilääkäreiden hoidosta oli potilaille enemmän hyötyä kuin siitä, että he eivät olisi saaneet minkäänlaista hoitoa. Eräiden piirilääkäreiden mielestä monelta turhalta kuolemalta olisi välttytty, jos rahvas olisi ymmärtänyt hakea apua ajoissa: usein he hakeutuivat lääkärin tykö vasta viimeisessä hädässä, kun oli jo liian myöhäistä⁴⁶². Lisäksi he totesivat toisinaan tartuntatautien kuolleisuuden olleen huomattavasti korkeampi niillä, jotka eivät olleet hakeutuneet hoitoon tai saaneet lääkkeitä.⁴⁶³

⁴⁶² Esim. SVAR ÅFP5 Joh. Henr. Olin 1808 & P. Lundmark 1808.

⁴⁶³ Esim. SVAR ÅFP5 Carl P. Årman & Carl Gust. Widberg 1809.

7 PÄÄTÄNTÖ

Piirilääkärit olivat merkittävä osa 1700-luvun lääketieteen ja parantamisen kehittymistä Ruotsin valtakunnassa. Vaikka piirilääkärijärjestelmän toiminta laajeni ja täsmentyi hitaasti, se oli ensimmäinen vakaa perusta valtion järjestämälle, koulutettuihin lääkäreihin pohjautuvalle alueelliselle sairaanhoidolle. Piirilääkäriin ammattia on aikaisemmassa tutkimuksessa selitetty pitkälti Collegium Medicumin ohjeistuksen ja yksittäisten piirilääkärien toiminnan kautta. Tämän tutkimuksen päämääränä oli vastata koko ammattikuntaa ja sen perustana olevaa oppijärjestelmää koskeviin yleisiin kysymyksiin, niistä tärkeimpinä siihen, millaista piirilääkäreiden työ käytännössä oli ja siihen, millaisia käsityksiä heillä oli hoitamistaan sairauksista.

Kokonaiskuva piirilääkäriin toimenkuvasta ei ole aineiston perusteella niin merkityksellinen kuin aikaisemmassa tutkimuksessa on väitetty. Vaikka tutkijat ovat löytäneet aikakauden lääkärintoimesta monia epäkohtia, kuten liian suuret toiminta-alueet, pitkät välimatkat, palkan riittämättömyys, rahoittamisvaikeudet ja passiivisuuden tai peräti velvollisuuksien laiminlyönnin, raporttien perusteella nämä ongelmat eivät olleet yleisiä. Pääasiallisesti piirilääkärit tulivat toimeen virkansa haasteiden kanssa tai eivät ainakaan kokeneet erityistä tarvetta valittaa niistä. Potilaiden kontaktihoito, jonka on väitetty olleen lääkäreiden vastuualueen asukasmäärän huomioon ottaen vähäistä, oli kuitenkin piirilääkäreiden raporttien mukaan heidän pääasiallinen tehtävänsä. Potilaskuntaa rajasi pääasiassa rahvaan, suurimman kansanosan, tuntema syvä epäluulo piirilääkäreiden edustamaa virallista lääketiedettä kohtaan. Se näkyi myös kansanparantajien ja lääkäreiden välisissä ristiriidoissa. Ne kuitenkin saivat konfliktisia piirteitä vasta, kun epäviralliset parantajat astuivat lääkäreiden privilegioidulle ammatinharjoituksen alueelle ja toimivat potilaiden edun vastaisesti.

Lääkäreiden keinot puuttua kansan sairastamiseen olivat rajalliset, mutta eivät merkityksettömät. Ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä laajamittaisimmat olivat rokotukset ja niitä edeltäneet rokonistutukset, joilla voitiin ainakin paikallisesti hillitä isorokkoepidemioita. Piirilääkärit yrittivät tällöinkin muuttaa rahvaan kielteisiä käsityksiä, ja rokotusten kohdalla siinä onnistuttiin paremmin. Sen hyödyt olivat moninkertaiset verrattuna rokonistutuksiin, jotka saattoivat levittää varsinaista tartuntaa edelleen ja aiheuttivat toisinaan kuolemantapauksia. Pääasiallisesti tauteihin voitiin vaikuttaa hoitamalla sairastuneita. Kun potilas sai diagnoosin, se tarkoitti lääkärin näkökulmasta sitä, että hän joko paransi tai kuolisi. Krooninen tauti oli lähes vieras käsite.

Diagnoosi oli oirekeskeinen ja potilaan tautihistoriaan pohjaava. Kehon tilaa arvioitiin paitsi kokemuseräisesti potilaan mainitsemien oireiden perusteella, myös erilaisilla ruumiin eritteiden tutkimuksilla, jotka muistuttivat nykyisiä objektiivisia näytetutkimuksia. Nykynäkökulmasta rajallisista diagnoositavoista huolimatta lääkärit olivat tavallisesti varmoja diagnooseistaan. Toisaalta niillä voi olettaa olleen vähäisemmän merkityksen kuin nykyisin, koska lääkintäkeinot olivat joka tapauksessa melko samankaltaisia sairaudesta riippumatta. Tiettyjä hoitokeinoja voitiin suositella tiettyihin sairauksiin, mutta koska useimmilla hoitokeinoilla ja lääkeaineilla oli sama kehoa puhdistava tarkoitus, samoja lääkkeitä voitiin käyttää lähes vaivaan kuin vaivaan. Nämä lääkkeet ja mekaaniset hoitokeinot, kuten suoneniskut ja leikkaukset, olivat usein rajuja ja potilaalle epämukavia. Siinä missä muutamat harvat lääkkeet saattoivat todella lievittää oireita, useimmat niistä olivat ärsyttäviä, syövyttäviä, myrkyllisiä tai vähintäänkin laksatiivisia tai oksettavia, ja toivottu lääkereaktio oli juuri se, jota nykyisin pidettäisiin tarpeettomana tai haitallisena oireena, jopa myrkytystilana.

Tautien luokittelu pohjautui leimallisiin oireisiin: esimerkiksi kuumeen nostattavat sairaudet olivat kuumetauteja, ja niihin sovellettiin malarian taudinkuvan pohjalta syntyneitä käsityksiä eri kuumetyyppien ominaispiirteistä. Samoin hengitystieoireiset taudit, piirilääkäreiden teksteissä ”kaulataudit” tai ”keuhkotaudit”, muodostivat oman, vain osaksi eritellyn tautiluokkansa. Tautien tarttuvuus aiheutti lääkäreille usein päänvaivaa, ja he hakivat raporteissaan todisteita tiettyjen tautien tarttuvuudesta. Se oli kuitenkin ilmiselvää esimerkiksi rokkojen kohdalla, ja niiden yleisyyden ansiosta niistä voitiin tehdä hyvinkin empirisiä havaintoja tarttuvuudesta ja erilaisista taudinmuodoista. Myös voimakkaasti tartunta-ainetta ympäristöön levittävät sairaudet, vatsaoireiset kulkutaudit, ymmärrettiin tarttuviksi jopa kuoleman jälkeen ja eritteissä ihmiskehon ulkopuolella. Toisaalta useimmat sairaudet, myös tarttuviksi ymmärretyt, saivat lisäksi ympäristöllisiä selityksiä: esimerkiksi sään uskottiin voivan myötävaikuttaa sairastumiseen tai estää sen.

Monet taudit sekoitettiin helposti toisiinsa, erityisesti toisiaan muistuttavat rokot. Lisäksi käytössä oli useita tautinimikkeitä, joita ei tunneta nykyisin, kuten katarrikuume ja mätäkuume. Vaikka osan näistä tautitapauksista voi selittää nykyisinkin tunnetuilla sairauksilla, varmuutta tautien todellisesta luonteesta on vaikea saada, ja lääkäreillä itselläänkin oli ilmeistä sekaannusta tautien diagnoosissa ja luokittelussa. Jos tautiepidemia riehui, kaikki alueella esiintyvät kulkutaudit voitiin helposti katsoa samaksi taudiksi, vaikka oireet olisivat olleet erilaisia. Toisaalta lääkärit osoittivat poikkeuksellista tarkkaavaisuutta juuri vaikeasti tunnistettavien rokkojen diagnoosissa. He huomasivat, että liikkeellä oli kaikista tunnetuista rokoista poikkeavaa rokkotautia, ja sille ehdotettiin jopa erillistä nimitystä.

Sisätaudit olivat lääkäreiden erikoisalaa ja heidän ammatillinen etuoikeutensa, mutta ajoittain he hoitivat myös kirurgeille ja välskäreille tyypillisiä potilastapauksia, vammoja ja haavoja. Lääkärin taustasta riippuen hän saattoi olla hyvinkin kokenut ja osaava kirurgian alalla, esimerkiksi Bengt Björnlund, joka sai huomattavasti virkaveljiään useammin hoidettavakseen kirurgisia tehtäviä. Suhtautuminen haavoihin ja niiden paranemisprosessiin oli toisenlainen kuin nykyisin ja jossain määrin jopa haitallinen – esimerkiksi märkimistä pidettiin toivottavana – mutta myös kirurgian alan edistyneisyys on nähtävissä tarkoista anatomisista kuvauksista ja onnistuneista vaativista operaatioita.

Vaikka piirilääkäreidenkin tehtäviin kuuluvat ruumiinavaukset lisäsivät vähittäin ymmärrystä ihmiskehosta, sisäelinten toiminta on raporttien perusteella ollut lääkäreille mysteeri. Sisäelinten aiheuttamia vakaviakin sairauksia osattiin jotenkuten lievittää oirekeskeisellä hoidolla, mutta parannuskeinoa ei ollut, koska aiheuttajaa ei aina osattu jäljittää. Vallalla oli edelleen käsityksiä, joiden mukaan sisäelimet saattoivat esimerkiksi vaihtaa paikkaa, sulautua yhteen, muuttaa väriään tai kadota kokonaan.

Sukupuolitaudit olivat ajan sosiaalinen vitsaus ja tautiryhmä, joka mieluiten suljettiin eristyksiin lasareteihin. Niiden ymmärrettiin tarttuvan paitsi sukupuoliteitse, myös muunlaisesta lähikontaktista, esimerkiksi sairastuneen kanssa samassa vuoteessa nukkumisesta. Käytännössä kyse oli kupasta, mutta se alkoi eriytyä ”venerisistä taudeista” omalla nimellään kulkeväksi sairaudeksi vasta vähittäin. Sen kolmivaiheista taudinkuvaa ei välttämättä ymmärretty, ja siitä syystä sen usein uskottiin paranevan, vaikka käytännössä kyseessä on täytynyt olla taudin vaiheiden luonnollinen laantuminen. Kuppa oli oireiden perusteella helppo sekoittaa moniin muihin sairauksiin, yleensä lepraan. Lepran suhde sukupuolitauteihin on ollut pohdinnan aihe paitsi aikalaisille, myös tutkijoille, joista eräät ovat väittäneet, että niitä pidettiin jossain määrin samana sairautena. Kuitenkin piirilääkärit erottivat järjestelmällisesti kupan ja lepran toisistaan teoreettisella tasolla, ja käytännössäkkin heillä oli ainakin vakiintuneita perusteita, joilla tunnistaa taudit, vaikka sen myönnettiin olevan hankalaa.

Muista olennaisesti poikkeava potilasryhmä olivat mielenhäiriöiset, vaikkakin heidän vaivojensa somaattisuus ja psyykkisyys olivat tulkinnanvaraisia paitsi lääkäreille, myös heidän kuvauksiaan tulkitsevalle tutkijalle. ”Mielisairaus”, tuohon aikaan lähinnä hysteria, mania tai melankolia, oli pikemminkin mentaalisen-somaattinen oirekokonaisuus kuin pelkkä mielenhäiriö, ja sitä hoidettiin lähinnä ruumiillisesti. Selitykset vaihtelivat vanhakantaisista nesteistä ja kehonkoostumuksista hyvinkin moderneihin ja inhimillisiin syihin, kuten elämäntilanteeseen ja henkiseen tasapainoon. Sen sijaan epilepsia, jolla oli mielisairauksien

tavoin takanaan pitkä historia personalistisia selityksiä, sai lääkäreiden kuvauksissa äärimmäisen luonnollisen aiheuttajan: loismadot.

1700-luvun lopun ja 1800-luvun alun lääketiede ei ollut pelkkää humoraalipatologiaa, vaikka etenkin hoitokeinoja ja niiden tarkoituksia tarkastellessa on helppo vetää sellainen johtopäätös. Tavassa selittää tautien luonnetta, tarttumismekanismeja, muuntumista ja paranemista on havaittavissa useita eri teorioita, joista muualla Euroopassa käytiin kiivasta keskustelua. Ihmisen sairastuminen saattoi olla seurausta hänen temperamentistaan johtuvasta alttiudesta, miasmasta, tartunta-aineesta ja sään ja ympäristön myötävaikutuksesta. Selitysten monimutkaisuus saa herkästi opin näyttämään hajanaiselta ja kilpaileviin leireihin jakautuneelta, vaikka todellisuudessa selitykset hyväksyttiin pitkälti rinnakkaisina ja toisiaan tukevina.

Tieteellisistä puutteista huolimatta lääketiede opinalana kehittyi ja edistyi kaiken aikaa, ja vaikka alkuperäiset parantamisen organisoinnin motiivit olivat olleet väestöpoliittisia, myös potilas oli yksi kehityksen hyötyjistä. Vaikka hoitokeinot olivat itsessään harvoin tehokkaita, potilaat saivat niistä lääkäreiden mukaan useimmiten avun. Hoitomuodot olivat usein epämiellyttäviä, mutta toisaalta lääkärit saattoivat muodostaa potilaaseen henkilökohtaisen, pitkäaikaisen hoitosuhteen, jolla jo yksinään saattoi olla paranemista edistävä vaikutus. Myös hoidon lumevaikutus ja potilaiden mahdollisesti kokema luotto lääkärin ammattitaitoon voivat selittää paranemista, jota nykyiset kliiniset tutkimukset eivät tue. Toisaalta sairauden ja terveyden määritelmät olivat itsessään niin subjektiivisia ja toisenlaisia kuin nykyisin, että ”paraneminen” on saattanut tarkoittaa vain taudin lieventymistä tai vaihtumista toisenlaiseksi, erityisesti tiettyjen luonnollisesti taudinkuvaltaan muuttuvien sairauksien kohdalla.

Kuitenkaan ei liene liioittelua sanoa, että ajan lääketieteellistä selitysjärjestelmää leimaa hämmennys. Vaihtoehtoiset selitykset olivat kuin alati karttuva vastausvarasto, josta voitiin ammentaa kulloiseenkin tautitapaukseen parhaiten sopiva selitys. Teorioiden ja todellisuuden yhteensovittamattomuus oli lopulta perustana vaihtoehtojen etsimiselle ja empirian heräämiselle. Rationalistinen ajattelutapa oli itse luonut ne sudenkuopat, joiden vuoksi siitä alettiin hiljattain luopua. Toisaalta vasta myöhemmän 1800-luvun lääketieteelliset läpimurrot antoivat vanhoille teorioille virallisen kuoliniskun.

8 LÄHTEET

Alkuperäislähteet

Riksarkivet (Stockholm): Collegium Medicum

SVAR, Digitala forskarsalen <http://sok.riksarkivet.se/digitala-forskarsalen>

Årsberättelser från provinsialläkare: 1769–1779 (ÅFP1)

1796–1799 (ÅFP2)

1799–1801 (ÅFP3)

1801–1807 (ÅFP4)

1807–1808 (ÅFP5)

1809–1811 (ÅFP6)

Tutkimuskirjallisuus

Alasuutari, Pertti (2011), *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.

Brown, Theodore (1993), "Mental Diseases". Teoksessa: Bynum, W. F & Porter, R. (toim.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Volume 1*. London: Routledge, 438–463.

DeGiorgio, Christopher M., Medina, Marco T., Durón, Reyna, Zee, Chi & Escueta, Susan Pietsch (2004), "Neurocysticercosis". *Epilepsy Currents* 4 (3), 107–111.

Eilola, Jari (1999), "Ehkä se on Jumalasta, mutta voi se olla pahoista ihmisistäkin..." – Sairausten kokeminen, tulkinta ja parantaminen uuden ajan alussa. Teoksessa: Roiko-Jokela, Heikki (toim.), *Vanhuus, vaivat ja erilaiset*. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 95–144.

Eilola, Jari (2009), "Moral Transgression and Illness in the Early Modern North". *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. 61 (1), 219–241.

Emson, Harry E. (1987), "Health, Disease and Illness: Matters for Definition". *CMAJ* 136 (8), 811–813.

Fenner, Frank & Henderson, Donald Ainslie & Arita, Isao & Ježek, Zdeněk & Ladnyi, Ivan Danilovick (1988), *Smallpox and Its Eradication*. *History of International Public Health*, No. 6.

World Health Organization. <http://whqlibdoc.who.int/smallpox/9241561106.pdf>, viitattu 21.10.2013.

Forsius, Arno (1994), "Benjamin Rush (1746–1813) – heroisten hoitojen lääkäri". Suomen Lääkärilehti 1994 (31), 3233. Tarkistettu lokakuussa 2003. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/rush.html>, viitattu 5.12.2013.

Forsius, Arno (2001), "Keinotekoiset haavat ja märkimishoidot". Suomen Lääkärilehti 2001 (39), 3977. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/fontanel.html>, viitattu 17.12.2013.

Forsius, Arno (2003), "Björnlund, Bengt (1732–1815) – piirilääkäri". Teoksessa: Suomen kansallisbiografia 1, Aaku – Browallius. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Artikkelia päivitetty viimeksi vuonna 2010. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/bjornlun.html>, viitattu 5.12.2013.

Forsius, Arno (2004a), "Haartman, Johan". Teoksessa: Suomen kansallisbiografia 3. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Forsius, Arno (2004b), "Hast, Rudolf". Teoksessa: Suomen kansallisbiografia 3. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Forsius, Arno (2004c), "Rokotus isorokkoa vastaan Suomessa". Kuvauksia lääketieteen historiasta, <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/rokotus.html>, viitattu 7.10.2013.

Forsius, Arno (2007), "Kuppataudin historiaa". Kuvauksia lääketieteen historiasta. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/syfilis.html>, viitattu 5.12.2013.

Forsius, Arno & Hirvelä, Harri (1999–2006), "Kuolinsyyt". Julkaistu alun perin artikkelissa: "Epidemioista, väestötapahtumista ja kuolinsyistä". Teoksessa: Suku ja tieto 3, Sukututkimuspäivien esitelmiä 1982–1986 (1986). Suomen Sukututkimusseuran julkaisuja 40, 81–97. Pieksämäki: Suomen Sukututkimusseura. Verkkotaulukkoa täydennetty vuosina 1999–2006. http://www.saunalahti.fi/hirvela/historismi_sivut/deathsivu.html, viitattu 28.4.2013.

Hannuksela, Matti (2012), "Nokkosihottuma eli urtikaria". Lääkärikirja Duodecim. Duodecim 24.9.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>, viitattu 18.11.2013.

Harrison, Mark (2004), Disease and the Modern World. 1500 to the Present Day. Cambridge, Malden: Polity Press Ltd.

Harrison, Mark (2010), Medicine in an Age of Commerce & Empire. Britain and Its Tropical Colonies 1660–1830. New York: Oxford University Press.

Hedman, Kalus & Vaheri, Antti (2003), "Vihurirokkovirus". Teoksessa: Huovinen, Pentti & Meri, Seppo & Peltola, Heikki & Vaara, Martti & Vaheri, Antti & Valtonen, Ville (toim.), Mikrobiologia ja infektiosairaudet I. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 447–449.

Heikkinen, Antero (1991), Terveiden ja ilon tähden. Herrasväki liikkeellä Suomessa 1700- ja 1800-luvuilla. Historiallisia tutkimuksia 160. Helsinki: Suomen historiallinen seura.

Heikkinen, Terho & Ruuskanen, Olli (2003), ”Ylähengitystieinfektiot ja otiitti.” Teoksessa: Huovinen, Pentti & Meri, Seppo & Peltola, Heikki & Vaara, Martti & Vaheri, Antti & Valtonen, Ville (toim.), Mikrobiologia ja infektiosairaudet II. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 353–373.

Hjelt, Otto E. A. (1891), Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Första delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.

Hjelt, Otto E. A. (1892), Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Andra delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.

Hjelt, Otto E. A. (1893), Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Tredje delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.

Hróbjartsson, Asbjørn & Gøtzsche, Peter C. (2001), “Is the Placebo Powerless? — An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment”. The New England Journal of Medicine 2001 (344), 1594–1602.

Hirvonen, Leo (1987), Lääketieteen historia. Hanko: Recallmed Oy.

Honko, Lauri (1994), ”Kulttuuri ja sairaus”. Teoksessa: Hyry, Katja (toim.), Sairaus ja ihminen. Kirjoituksia parantamisen perusteista. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 13–40.

Hooper, Robert & Quincy, John (1817), A New Medical Dictionary. Philadelphia: Griggs & Co. Printers. books.google.fi

Hulden, Lena (2011), “The First Finnish Malariologist, Johan Haartman, and the Discussion about Malaria in 18th Century Turku, Finland”. Malaria Journal 2011 (10). <http://www.malariajournal.com/content/10/1/43>, viitattu 19.12.2013.

Jackson, William A. (2001), “A Short Guide to Humoral Medicine”. Trends in Pharmacological Sciences, vol. 22 (9), 487–489.

Jarcho, Saul, (1987), ”A History of Semitertian Fever”. Bulletin of the History of Medicine 61, 411–413.

Jesty, Robert & Williams, Gareth (2011), “Who Invented Vaccination?” Malta Medical Journal, vol. 23 (2), 29–32.

Johnsson, Gunnar (1928), Suomen piirilääkärit 1749–1927. Suomen sukututkimusseuran julkaisuja VI. Helsinki: Suomen sukututkimusseura.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2004), Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.

Joutsivuo, Timo (1999), ”Tauti nimeltä *Morbus Gallicus* (ranskantauti) lääketieteellisessä kontekstissa vv. 1495–1530”. Historiallisia Papereita 2: Taudit ja historia. <http://www.helsinki.fi/historia/yhdistys/julk/taudit99/joutsivu.htm>, viitattu 17.2.2014.

Karvonen, Erkki (2002), ”Hermeneutiikka”. Viestinnän tutkimuksen oppihistoriaa. Johdatus viestintätieteisiin. Tampereen yliopisto, tiedotusopin laitos. <http://viesverk.uta.fi/johdviest/tutkhistoria/hermeneutiikka.html>, viitattu 19.9.2013

King, Helen (1993), ”Once upon a Text. Hysteria from Hippocrates”. Teoksessa: Gilman, Sander L. & King, Helen & Porter, Roy & Rousseau, G. S. & Showalter, Elaine, *Hysteria Beyond Freud*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 3–90.

Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Koskimies, Aleks (1943), ”Piirilääkärilaitoksemme”. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, vol. 59, no. 5, 202–211. (Duodecim, Terveysportti)

Koskivirta, Anu (2009), ”Parantaja, kuolinsyöntutkija ja syyntakeeton murhaaja. Välskäri-kirurgi Geissen veriteko yhteisöllisen kriisin kuvastimessa”. Teoksessa: Eilola, Jari (toim.), *Makaaberit ruumis. Mielikuvia kuolemasta ja kehosta*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 272–323.

Kotivuori, Yrjö (2005), *Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852* (verkkojulkaisu). <http://www.helsinki.fi/ylioppilasmatrikkeli>, viitattu 21.10.2013.

Laqueur, Thomas W. (1989), ”Bodies, Details, and the Humanitarian Narrative.” Teoksessa: Hunt, Lynn (toim.), *The New Cultural History*. Berkeley, London, Los Angeles: University of California Press, 176–204.

Lee, Jia-Yee & Bowden, Scott D. (2000), ”Rubella Virus Replication and Links to Teratogenicity”. *Clinical Microbiology Reviews* 13: 571–587.

Lindroth, Sten (1981), *Svensk Lärdomshistoria. Gustavianska tiden*. Stockholm: Nordstedts Tryckeri.

Ling, Sofia (2004), *Kärringmedicin och vetenskap. Läkare och kvacksalverianklagade i Sverige omkring 1770–1870*. Stockholm: Elanders Gotab.

Lönnrot, Elias (1981), *Suomalaisen talonpojan kotilääkäri*. Tampere: Kirjapaino R. K. Virtanen. Alkuperäispainos 1838, uudistettu laitos 1856.

Markkola, Pirjo (2008), ”Lähdekritiikki – niin hiljaista ettei sitä huomaa”. Teoksessa: Lempiäinen, Kirsti, Löytty, Olli & Kinnunen, Merja (toim.), *Tutkijan kirja*. Tampere: Vastapaino, 168–177.

- McWhinney, Ian R (1987), "Health and Disease: Problems of Definition". CMAJ 136, 815.
- Moerman, Daniel (2002), *Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.
- Mourtkouzou, E. G. & Falagas, M. E. (2007), "Exposure to Cold and Respiratory Tract Infections". *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease* 11 (9), 938–943.
- Nordin, Arno & Mäkisalo, Heikki (2000), Askites – kuoleman merkki? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2000; 116 (19): 2074–2084. Artikkelin verkossa: www.duodecimlehti.fi, viitattu 28.4.2013.
- Nygård, Toivo (1994), *Itsemurha suomalaisessa yhteiskunnassa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Nygård, Toivo (1998), *Erialaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pietikäinen, Petteri (2013), *Hulluuden historia*. Tallinna: Gaudeamus.
- Pesonen, Niilo (1980), *Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. Porvoo: WSOY.
- Pesonen, Niilo (1990), *Piirilääkärinä Suomessa 1800-luvulla*. Juva: WSOY.
- Porter, Roy (1995), "The Eighteenth Century". Teoksessa: Conrad, Lawrence, Neve, Michael, Nutton, Vivian, Porter, Roy & Wear, Andrew, *The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800*. Cambridge, New York, Oakleigh: Cambridge University Press, 371–475.
- Porter, Roy (1999), *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*. New York & London: W. W. Norton & Company.
- Porter, Roy (2006), "What Is Disease?". Teoksessa: Porter, Roy (toim)., *The Cambridge History of Medicine*. Cambridge, New York, Melbourne et al.: Cambridge University Press, 71–102.
- Riley, David S. (2012), *Materia Medica of New and Old Homeopathic Medicines*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Romanovsky, Andrej A. (1999), "Paracelsus on Wound Treatment". *The Lancet*, 354 (9193), 1910. Artikkelin verkossa: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)76881-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)76881-1/fulltext), viitattu 2.3.2014.
- Saarelma, Osmo (2013), "Virtsauampi". *Lääkärikirja Duodecim*. Duodecim 10.6.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>, viitattu 1.11.2013.

Sallares, Robert, (2002), *Malaria and Rome*. New York: Oxford University Press.

Salmi, Aimo & Vainionpää, Raija (2003), ”Paramyksenovirusten ryhmä”. Teoksessa: Huovinen, Pentti & Meri, Seppo & Peltola, Heikki & Vaara, Martti & Vaheuri, Antti & Valtonen, Ville (toim.), *Mikrobiologia ja infektiosairaudet I*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 429–443.

Sandblad, Henrik (1979), *Världens nordligaste läkare. Medicinalväsendets första insteg i Nordskandinavien 1750–1810*. Motala: Borgströms Tryckeri AB.

Shorter, Edward (2006), ”Primary Care”. Teoksessa: Porter, Roy (toim.), *The Cambridge History of Medicine*. Cambridge, New York, Melbourne et al.: Cambridge University Press, 103–135.

Showalter, Elaine (1993), ”Hysteria, Feminism, and Gender”. Teoksessa: Gilman, Sander L. & King, Helen & Porter, Roy & Rousseau, G. S. & Showalter, Elaine (toim.), *Hysteria Beyond Freud*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 286–344.

Spary, E. C. (2011), ”Health and Medicine in the Enlightenment”. Teoksessa: Jackson, Mark (toim.), *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 82–99.

Stark, Laura (2006), *The Magical Self. Body, Society and the Supernatural in Early Modern Rural Finland*. Helsinki: Academia Scientiarum Fennica.

Suolahti, Gunnar (1919), *Suomen papisto 1600- ja 1700-luvulla*. Porvoo: WSOY.

Suolahti, Gunnar (1991), *Elämää Suomessa 1700-luvulla*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Alkuperäispainos 1925.

Vilkuna, Kustaa H. J. (2013), ”Finnen an deutschen Unversitäten”. Teoksessa: Halmesvirta, Anssi (Hrsg.), *Land unter dem Nordlicht. Eine Kulturgeschichte Finlands*. Dormstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 71–72.

Vuori, Hannu (1979), *Lääketieteen historia – sosiaalhistoriallinen näkökulma*. Jyväskylä: Gummerus.

Vuorinen, Heikki S. (2002), *Tautien historia*. Tampere: Vastapaino.

Väkevä, Lauri (1999), ”Hermeneutiikka tieteellisenä lähestymistapana”. Musiikin merkitys ja musiikkikasvattajuus David J. Elliottin praksiallisessa musiikkikasvatusfilosofiassa. Pragmatistinen tulkinta. <http://www.edu.oulu.fi/muko/lvakeva/Lisuri/hermeneu.htm>, viitattu 19.9.2013.

Weatherall, Miles (2006), ”Drug Treatment and the Rise of Pharmacology”. Teoksessa: Porter, Roy (toim.), *The Cambridge History of Medicine*. Cambridge, New York, Melbourne et al.: Cambridge University Press, 211–237.

Wesselhoeft, Conrad (1949), "Rubella (German Measles)". *The New England Journal of Medicine* 240, 258–261.

WHO, (2003), Africa Malaria Report 2003.
<http://www.rbm.who.int/amd2003/amr2003/ch4.htm>, viitattu 11.4.2013.

Österholm, Urban (toim.) (2003), *Four Eighteenth-century Medical Dissertations under the Presidency of Nils Rosén*. Acta Universitatis Upsaliensis: Studia Latina Upsaliensia 28. Uppsala: Elanders Gotab.