



Kapittel I

Hjertet – fra metafor til terapiobjekt

Øivind Larsen

Maleriet og reaksjonene

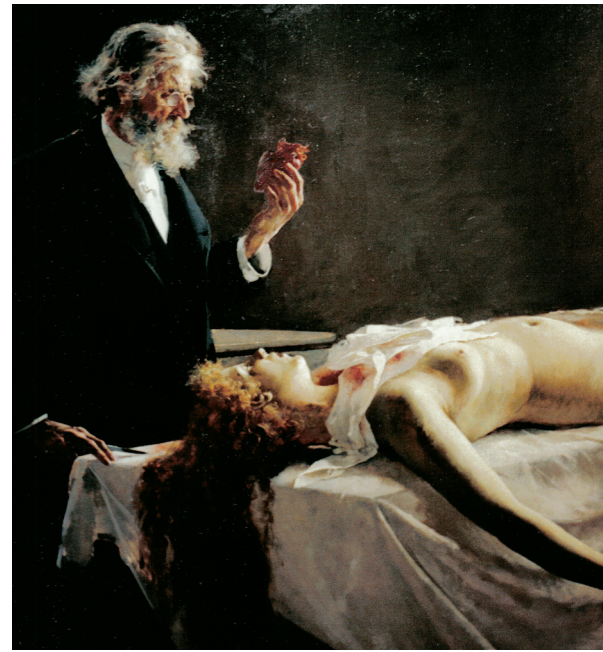
I samlingene til Museo de Arte Moderno i Malaga i Spania finnes et maleri som er utført i 1890 av Enrique Simonet y Lombardo (1863–1927). Det har tittelen «Y Tenia Corazón» og viser nettopp det navnet sier, en som holder et hjerte (figur 1.1).

Det er et naturalistisk bilde fra en obduksjonssal, der legen, som har tatt ut den avdøde pikens hjerte, studerer det inngående og konsentrert. Maleriet er velkomponert og har en sterk virkning, blant annet fordi det setter den kjølige, triste obduksjonen opp mot den intense observasjonen, legens jakt på en biologisk forklaring på pasientens død.

Jeg ble fascinert av bildet på medisinhistorisk grunnlag da jeg så det på en utstilling i Malaga i 1999, og brukte det som forsidebilde på *Tidsskrift for Den norske lægeforening* sammen med en liten tekst samme år.¹

Det kom imidlertid reaksjoner fra leserne på dette bildet. Det var to kolleger som skrev brev til tidsskriftets redaksjon og i sterke ordelag mente det var upassende. Man viste ikke et slikt bilde, var essensen i klagen. Men nå hadde altså maleriet eksistert i mer enn ett hundre år og var offentlig tilgjengelig. Og Rembrandts (1606–1669) «Dr. Tulps anatomiforelesning» (1632) hadde allerede vært berømt i flere hundre år. En naken, her for øvrig også noe tildekket, kvinnekropp var det verken i 1999, i 1890 eller tidligere særlig grunn til å reagere på.

Kom reaksjonene fordi det var et *hjerte*?



Figur 1.1. Enrique Simonet y Lombardo: «Y tenia corazón», 1890. Olje på lerret. Museet for moderne kunst, Malaga. Utsnitt av bilde i tverformat. (Foto: Ø. Larsen.)

1. Larsen Ø. Obduksjon som kunstmotiv. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1999;119:4153. Om temaet i kunsthistorisk lys, se f.eks. Vinken P. How the heart was held in medieval art. *Lancet* 2001;358:2155–2157.

En hypotese som det kunne være interessant å belyse og forsøke å bekrefte, eventuelt avkrefte, i dette kapitlet, er at det er noe spesielt med hjertet og de funksjoner som hører sammen med det. At dette spesielle har effekter som gjør at hjertets medisinske historie, derunder læren om hjertesykdommene og også den nåtidige kardiologien, får enkelte særtrekk.

Ville man reagert på samme måte hvis det var en lever obdusenten hadde holdt opp mot lyset og studert?

Hjertet som metafor

Hjertet er stedet der motet sitter, mente de gamle germanere.² Romere, grekere og jøder hevdet imidlertid at hjertet var følelsenes og derunder medlidenhetens sete i kroppen. Slikt går inn i allmenne tanker og i allmenn språkbruk over en lang skala også i dag, fra å være *godhjertet* til å *granske hjerte og nyrer*. Hjertet hadde med sjelen å gjøre. Hvem har ikke hørt dette – *med hånden på hjertet*? Den middelalderske tro på at det fantes ormer som kunne skade hjertet og som kunne bekjempes med en morgendram før man hadde spist, ga uttrykket *på fastende hjerte*.

Man må være *hjertens* enig, dvs. enig med følelse og forstand, i at det er noe spesielt med hjertet i kulturell sammenheng. Selv om det også er konnotasjoner knyttet til andre organer, står antakelig hjertet i en særstilling.

Livet og hjertet

At selve livet sitter i hjertet, er en rotfestet forestilling.³ Å ta ut og se på hjertet på falne krigere kunne fortelle våre vikingforfedre noe om den drepte. Et stort hjerte med mye blod kunne være tegn på at den drepte hadde vært en fryktsom person, fordi redselen satt i hjerteblodet, og da hadde et stort hjerte sin tydelige tale.

Men når hjertet var det som drev selve livet, kroppens «livmuskel», burde et hjerte, satt inn i en død kropp, kunne gi denne kroppen liv. Sagaen sier at Håkon Ladejarl satte et hjerte inn i en mannsfigur av tre for at denne skulle bli levende og deretter drepe en fiende av ham på Island, men selv sagaens nedskriver tvilte på denne historien.

Fordi livet sitter i hjertet, kan hjertet simpelthen ikke være særlig sykt, og i ethvert fall ikke feile noe i lengre tid, for det er uforenlig med at det er livets sete.⁴ Da er livet i fare. Og siden hjertet også er sete for følelsene, kan symptomene og sykdomstegnene ikke bare skyldes hjertet selv, men også følelsene. Smerter, beven og sting kan være begge deler, både sykdom og følelser. *Hjartverkr* kan også bety hjertesorg, slik

2. Falk H, Torp A. *Etymologisk ordbog* (1903–1906). Faksimile. Oslo: Bjørn Ringstrøms antikvariat, 1991, s. 293f.

3. Se artikkelen Bø O. «Hjarta» i *Kulturhistorisk leksikon for nordisk middelalder*, bind 6. København: Rosenkilde og Bagger, 2. opplag, 1981 sp. 606–607.

4. Vilh. Møller-Christensen refererer her til Christiern Pedersens legebok fra 1533 og holder utsagnet sammen med annen tradisjon fra middelalderen. Se Møller-Christensen V. «Hjertesygdomme» i *Kulturhistorisk leksikon for nordisk middelalder*, bind 6. København: Rosenkilde og Bagger, 2. opplag, 1981 sp. 611–612.

f.eks. ifølge sagaen Olav Tryggvasons hund døde av, da dens herre falt i slaget ved Svolder i år 1000.

At sykdommer inndeles etter sine årsaker, er i sykdommenes og medisinenes historie et relativt nytt fenomen, nemlig for alvor først fra perioden etter ca. 1800. Da ble patologisk-anatomiske forandringer i stigende grad brukt som forklaring på symptomer og tegn, og dermed som pekepinn på den utløsende årsaken. Da man for den dominerende sykdomsgruppen, nemlig infeksjonene, utover på 1800-tallet oppdaget flere og flere spesifikke sykdomsårsaker, slo den etiologiske diagnostikken rot for alvor. Tidligere var det symptomer og tegn som i seg selv var utgangspunktet for diagnostikken. Dette gjør det vanskelig å etterspore etiologihistorien når man i kildene finner beskrivelser av sykdom som kan skyldes hjertet, men som også kan ha andre årsaker. Et klassisk eksempel er ødemer. «Oversettelse» av gamle diagnoser må således gjøres med stor forsiktighet, selv der ordbruken er besnærende, simpelthen fordi det kan hende at logikken bakom er en helt annen. Eksempler: *Kardialgi* har ofte ikke noe med hjertet å gjøre. Og undersøkelse av pulsen kunne like gjerne skje for å vurdere en feber som for å se på blodsirkulasjonen.

Kroppen som ukjent landskap og interessant maskin

Enhver som leser medisinenes eldre historie, vil undres. Hvorfor gikk det så langsomt? Siden Arilds tid hadde krigere hogd armer, bein og hoder av, og med sine sverd sprettet fiender opp. Likevel var den systematiske kunnskapen om kroppens indre både fragmentarisk og spekulativ. Anatomiske og fysiologiske studier var belagt med tabuer og kulturelle overlag helt fram til renessansen og den moderne tid.⁵ Hva kan dette skyldes?

En viktig årsak kan være at anatomisk og fysiologisk kunnskap lenge ikke var noen forutsetning for tidens oppfatning av kroppens funksjon i sunnhet og sykdom. Det eksisterte mange teorier, og det var mange meninger om hvordan denne funksjon egentlig var. I den klassiske greske vitenskapelige medisin fra ca. det 5. århundre før Kristus og framover ble det etter hvert et hovedpoeng at både normale og sykelige prosesser i kroppen var knyttet til balansen mellom kroppens væsker. Dette utviklet seg videre til en omfattende medisinsk filosofi, humoralpatologien, og denne passet inn i tidens universelle virkelighetsoppfatninger. Selv om den ble utfordret av andre tenkemåter opp gjennom århundrene, holdt humoralpatologien likevel stand til langt ut på 1800-tallet, og enkelte trekk ved den lever sannsynligvis den dag i dag.

Poenget med å nevne humoralpatologen her er at væskebalanseteorien egentlig ikke trengte særlige anatomiske eller fysiologiske bakgrunnskunnskaper for å forstås og å aksepteres. Sannsynligvis er det ikke så galt å si at de studiene av kroppens indre

5. Se en hvilken som helst oversiktsbok om dette. Eksempler: Gotfredsen E. *Medisinenes historie*. 3. utg. København: Nyt Nordisk Forlag, 1973; Lyons AB, Petrucelli RJ. *Medicine – an illustrated history*. New York: Abrams, 1978; Toellner R. (ed.) *Illustrierte Geschichte der Medizin* 1–6. Salzburg: Andreas, 1986; spesielt om overgangen til nyere tid Loudon I (ed.) *Western medicine*. Oxford/New York: Oxford University Press, 1997; for litteratursøk generelt i medisinsk historie Norman JM. (ed.) *Morton's medical bibliography*. 5. ed. Aldershot: Scolar Press, 1991.

som tross alt ble gjort, mer var å sammenlikne med andre naturstudier – som å lære å kjenne et ukjent landskap, drevet av interesse for nettopp det.

Før medisinen gjaldt det lenge at hvordan kroppen var konstruert, og hvordan den virket, måtte sees på bakgrunn av hvordan man ifølge teoriene mente den så ut og mente den virket. At teoriene i tekstene var virkeligheten, og naturen en ofte ufullkommen illustrasjon, kom f.eks. tydelig fram da Andreas Vesalius (1514–1564) ga ut sitt eget anatomiverk basert på egne anatomiske studier i 1543. Hans egne, originale funn, dvs. avviket fra sannheten, nemlig fra hva Galenos (130–201) hadde sagt, ble et vitenskapelig opprør.

Selvsagt har det så langt tilbake historien kan følges, eksistert sykdomsbehandling basert på empiri, behandling som også kunne være virksom. Det har også vært terapi begrunnet i religiøse og kulturelle forestillinger, tiltak som hadde sin plass i samtiden. Men fordi «offisiell» forebygging og terapi av sykdommer langt på vei skjedde på bakgrunn av den teoretiske medisinske kunnskap som tidens vitenskap sto for, ble dagliglivets sykdomsbehandling på mange måter noe annet, noe som var distansert fra det de få bedrev som utførte anatomiske og fysiologiske studier. Deres funn og resultater hadde sjelden umiddelbare terapeutiske konsekvenser, i ethvert fall ikke for folk flest. Kroppen var som en interessant maskin som pirret nysgjerrigheten og mest det.

Blodstrømningen og hjertet

Før William Harvey (1578–1657) var hjertet riktignok ansett som en mekanisk pumpe, men hvordan denne pumpefunksjonen skjedde, var omdiskutert.⁶ Felles for de gamle teoriene var imidlertid at hjertet pumpet blod, dvs. drivstoff ut i kroppen for å forsyne dens enkelte deler. Noen tilbakestrømning tenkte man seg ikke. Blodet var kroppens drivstoff.

Holder vi dette sammen med oppfatningen av at hjertet er livets sete, og at hjertet ikke kan bli sykt uten at livet er i stor fare, har vi en logisk bakgrunn for en nærmest defaitistisk, observerende holdning til hjertets rolle i kroppen. Det var hjertet som ernærte kroppen, holdt den i live.

Den mest tungtveiende og lengst levende teorien skyldtes Galenos. Han bygde blant annet på de klassiske greske hippokratiske tekster. Sterkt konsentrert kan vi summere opp Galenos' syn slik: Hovedorganene i kroppen er hjernen, hjertet og leveren. Herfra springer henholdsvis nerver, arterier og vener ut. Til dette hører tre biologiske krefter, henholdsvis den psykiske, den vitale og den ernærende. Den vitale kraft sitter i hjertet, og derfra kommer den indre varme. De tre hovedorganene sender gjennom henholdsvis nerver, arterier og vener ut en spiritus som formidler hovedorganets virkning til vevene. Rundt omkring i kroppen møtes dette av fire krefter: den tiltrekkende, den tilbakeholdende, den omdannende og den uttømmende.

Denne teorien ble utviklet videre til et svært innviklet system. Hvis vi ser på blodet og dets strømning, ble blodet ifølge Galenos dannet fra føden gjennom en serie

6. En oversikt over dette er samlet i Larsen Ø. *Blodstrømningsteoriernes utvikling*. 4. utg. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1991.

kokninger. Den første skjedde når maten kom ned i magesekken. Den andre skjedde i krøsvenene, før den tredje foregikk i leveren. Så kom blodet ut i vena cava og ble fordelt ut i kroppen, der den fjerde kokningen skjedde i og med at blodet ble brukt opp der som kroppens drivstoff.

Galenos antok at en liten del av blodet gikk til høyre hjertekammer og videre derfra for å ernære lungene. Venstre del av hjertet – ifølge Galenos – hørte til respirasjonsorganene. Her ble *spiritus vitalis* dannet som en blanding av innåndingsluft med deler av blodet. Luften var kommet gjennom fine bronkiegrener inn i venstre hjertehalvdel via pulmonalvenene. Det er også i venstre hjertehalvdel at varmen dannes.

Galenos' teori lyder egentlig ganske besnærende. Det er imidlertid et svakt punkt i den: Hvordan kommer blodet inn i venstre hjertekammer? Galenos' svar: Gjennom porer i hjerteskillevæggen. Han hadde selv drevet anatomiske og fysiologiske studier og ikke funnet disse porene, men forklarer dette ved at de er trange, og at man neppe kan se dem i et dødt hjerte.

Arteriene inneholder i henhold til Galenos altså en blanding av blod og luft. Ved å undersøke pulsen kan vi vurdere hvordan *spiritus vitalis* fordeler seg. En undersøkelse av forandringer i pulsen blir i henhold til dette en undersøkelse av selve livskraften.

Faglig og politisk sprengstoff – og nytt syn på hjerte og kretsløp

Selv om teoriene hadde vært dominerende, hadde det selvsagt foregått anatomiske og fysiologiske studier i det små, men de fikk lenge liten betydning. Et hovedproblem var: Hvor var de porene i hjerteskillevæggen som utgjorde en forutsetning for Galenos' blodstrømningsteori?

William Harvey (1578–1657),⁷ som hadde studert i Padua, og som hadde syslet der og i England med blodstrømningssproblemer siden ca. 1600, utførte selv direkte eksperimenter som pekte hen på at Galenos' teori ikke stemte. Like viktig var det at han anla kvantitative synspunkter: Hvis blodet ble pumpet ut i kroppen og forbrukt som drivstoff, hvor ble det da av avfallsproduktene? Konklusjon: Det måtte være et kretsløp, noe som blant annet ble understøttet gjennom ny viten om hjerteklaffers og veneklaffers funksjon. Blodet måtte komme tilbake igjen. Harveys berømte forelesning der han lanserte teorien om blodets kretsløp, ble holdt i College of Physicians i London i 1616, men hans like berømte bok om dette, *De motu cordis*, kom ikke ut før i 1628, da den ble trykt i Frankfurt. Det var krigsåret i Europa og ikke lett å spre vitenskapelig erkjennelse.

Harveys sirkulasjonsteori trengte ikke porene i hjerteskillevæggen. Men den trengte andre «porer», nemlig en forklaring på hvordan blodet kom fra arteriell til venøs side i vevene. Det var gjennom kapillærene, som imidlertid først ble beskrevet ved mikroskopets hjelp av italieneren Marcello Malpighi (1628–1684) i 1660.

7. *The New Encyclopaedia Britannica*, Macropædia, Vol. 20, Chicago 1986, pp. 540–542 inneholder en kortfattet, god artikkel om Harvey med sentrale litteraturreferanser.

Harveys teori om blodsirkulasjonen utløste stor vitenskapelig motstand fordi den snudde opp ned på tilvart tenkning i en tid da det å stille kritiske spørsmål til det som til da var noe av selve vitenskapens essens, samling av sannhet, var et opprør.

Harveys nye bilde av hvordan Vårherre hadde innrettet menneskekroppen, er også blitt sagt å være et politisk og religiøst opprør: Kroppen med sitt nyoppdagede «feed-back»-system var nå ikke lenger noen metafor for verdens orden, slik den skulle være i de autoritære, hierarkiske samfunn med styring ovenfra og ned.

Men innenfor praktisk medisin hadde hjertet fått en ny rolle: som mekanisk pumpe i et rørsystem. Som sådant måtte hjertet heretter både studeres og behandles.

Når oppsto hjertesykdommene?

Det er ingen grunn til å anta at ikke hjertesykdommer har forekommet bestandig.⁸ Det som imidlertid er sannsynlig, er at begrepet hjertesykdommer, altså sykdommer relatert til hjertets funksjon, er relativt nytt, avhengig av en forståelse av hva denne funksjon egentlig består i.

En annen sak er at hjertesykdommenes viktighet i forhold til andre sykdommer har forandret seg i samsvar med sykdomsspekterets generelle utvikling, og at de framherskende typene av hjertesykdom også har endret seg i takt med dette.⁹ Fram til langt inn på 1900-tallet var infeksjonssykdommene den altoverskyggende sykdomsgruppe. Senfølger av infeksjoner ble en sykdomsgruppe i seg selv, og faren for infeksjoner la begrensninger for behandlingsmetoder, f.eks. for kirurgi, slik at også andre sykdommer ble farligere, og selvsagt også skader. Dette berørte også hjertesykdommenes rolle.

På grunn av vansker med å tolke diagnostikken og på grunn av mangel på tall er det vanskelig å vurdere hjertesykdommenes relative plass i sykdommenes historie. Men når vi vet at den alminnelige dødelighet i f.eks. Norge fram til ca. 1815 svingte omkring et nivå på 30 promille, altså var tre ganger så høy som i vår tid, og videre at infeksjonssykdommer var viktigste dødsårsak, blir det rent statistisk «mindre plass» for sykdomsgruppen. Riktignok utgjordes en stor del av den alminnelige dødeligheten av spedbarnsdødelighet, slik at livssjansene når man først var blitt voksen, var mindre dramatisk dårlige enn hvis man så på dødsrisikoen ved fødsel. Og hjertesykdommer kunne selvsagt oppstå likesom i senere generasjoner. Men i tider med infeksjoner som dominerende helsefare må vi anta at det var særlig risiko for å pådra seg sekundær hjertesykdom, så som revmatisk hjertefeil med hjertesvikt som følge.

Det er interessant at da William Withering (1741–1791) lanserte sin berømte bok om digitalis, *An account of the foxglove, and some of its medical uses* i 1785, skilte han ikke mellom renale og kardiale ødemer.¹⁰ Dette er i tråd med tidens logikk, det

8. Se f.eks. litteraturhenvisningene i *Morton's medical bibliography* (fotnote 5).

9. Toellner (1986) (se fotnote 5), har i bind 3, side 1237–1275, et oversiktskapittel: «Geschichte der kardiovaskulären Krankheiten» med detaljinformasjon om hjertesykdommenes historie, især i nyere tid.

10. Se kommentar i *Morton's medical bibliography* (fotnote 5).

var symptomer og tegn som var det ordnende prinsipp. Svikten var viktigst, ødemer var de kliniske utslag av sykdommen.

Da humoralpatologien gradvis slapp taket som medisinsk virkelighet, kom det riktignok sykdomsoppfatninger basert på andre teoretiske systemer, men viktigere var oppfatninger basert først på organpatologien, dernest, fra 1850-årene, basert på Rudolf Virchows (1821–1902) cellularpatologi. Dette, sammen med skredet av oppdagelser av mikroorganismer som spesifikke årsaker ved de store folkesykdommene, ga letingen etter sykdomsårsaker helt generelt ny vind i seilene. Hos oss publiserte f.eks. Emanuel Winge (1827–1894) endokarditt som en mikrobiell sykdom i 1869.¹¹

Utviklingen av spesifikke undersøkelsesmetoder er egentlig en følge av at man har et noenlunde presist sykdomsbegrep, at man vet hva man leter etter. Når hjerte og kretsløp oppfattes som et mekanisk system, blir fysiologiske undersøkelser av systemets funksjon utgangspunktet for undersøkelsesmetoder som forteller om forstyrrelser. Fra midten av 1800-tallet og framover ble derfor slike metoder utviklet. Særlig fart på seg fikk kretsløpsundersøkelsene med innføringen av Scipione Riva-Roccis (1863–1936) blodtrykksapparat med mansjett og kvikksølv søyle i 1896, og Nicolai Sergevich Korotkovs (1876–1920) påvisning i 1905 av at man også kunne finne det diastoliske trykket ved denne metoden, ikke bare det systoliske.¹² Apparater til registrering av hjerteslagene, dvs. pulsen, ble konstruert, men viktigst var elektrokardiografen, som kom i vanlig bruk fra 1907–1908. Dette må nevnes her, for nye undersøkelsesmetoder og nye undersøkelsesresultater bidrar til å definere en sykdomsgruppe, og grensene mellom normalt og patologisk definerer sykdomsgruppens relative betydning. Til dette kommer også mulighetene for å utnytte undersøkelsesresultatene på gruppenivå. Det hadde for øvrig neppe vært mulig å få grep om sykdommene i hjerte- og karsystem som folkehelseproblem uten de datatekniske metodene som i Norge fra ca. 1970 gjorde de store befolkningsundersøkelsene mulig.

Blant hjertesykdommene er det den delen som skyldes ernæring og livsstil, som har overtatt hegemoniet. Dette gjør at sykdomsgruppens framvekst også må søkes i disse grunnbetingelsenes fordeling og utvikling i befolkningen, dvs. i en årsakenes epidemiologi. Helt opp til etter den annen verdenskrig var både underernæring og feilernæring en faktor man i norsk helsestell måtte regne med. Satsingen på norsk «sikringskost» med egg, melk, ost og smør var ikke bare for å støtte norsk landbruk, slik det har vært ment, men simpelthen fordi mange nordmenn fortsatt trengte kaloririk og variert kost. Situasjonen blir en annen når bakgrunnsfaktorene for hjertesykdom forandres, dvs. når ernæringsproblemene er blitt de motsatte og betingelsene for allmenn fysisk aktivitet er blitt endret. Her er det også en sosial epidemiologi som er verd å studere: Når velfødde, sigarrøykende industriherrer og muskuløse tømmerhoggere erstattes av topptrimmede høyesterettsadvokater og maskinførere med sneip og vom.

11. Winge, EFH. Mycosis endocardii. *Norsk Mag. Lægevidensk.* 1869;23:78–82.

12. Se Gotfredsen (1973) s. 480 (fotnote 6).

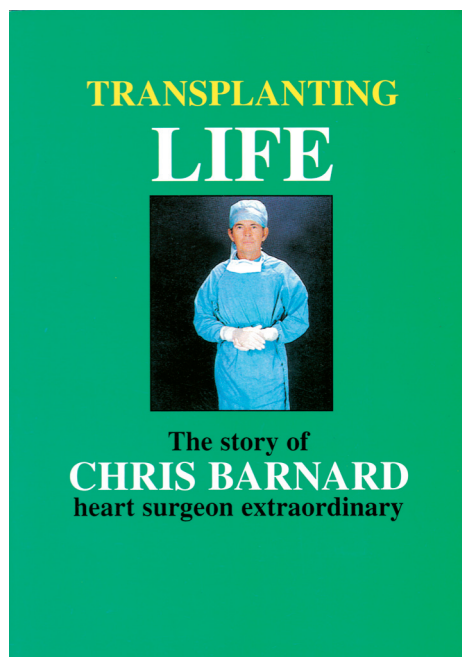
Behandling som drivkraft

La oss ta for oss en sentral, men litt eldre lærebok i indremedisin, nemlig den nordiske *Lærebog i intern medicin*, tredje utgave, utgitt i København i 1928 av Knud Faber (København) (1862–1956), Peter F. Holst (Oslo) (1861–1935) og Karl Petrén (Lund) (1868–1927), altså av et autoritativt triumvirat. Annet bind¹³ har et 189 siders kapittel om sirkulasjonssykdommene. Det er en grundig gjennomgåelse av fysiologi, patologi og undersøkelsesmetoder, men en leser av i dag blir slått av hvor defaitistisk den egentlig mest symptomrettede, palliative behandlingen er, på tross av at de bakenforliggende forhold synes godt kjent. Selv så sent som for ca. 80 år siden var det altså lite innenfor terapien som kunne gi fagområdet hjertesykdommer den store oppmerksomheten. Det var fortsatt relativt få forebyggbare livsstilsfaktorer av stor betydning, og især i forhold til helseproblemer som f.eks. den store svøpe tuberkulosen kom hjertesykdommene fortsatt i skyggen.

Museum eller tempel?

Det var i Grootte Schuur – hospitalet i Cape Town – at Christiaan Barnard (1922–2001) utførte den første hjertetransplantasjon i 1967. Nå er det museum der. Operasjonssalen sto (i det minste da denne forfatter var der i 2001) som den gjorde i 1967. Operatører og assistenter var erstattet med dukker. Det var høytidelig, og man gikk lavmælt omkring. Utstillingsbrosjyren (figur 1.2) bar tittelen *Transplanting life*.¹⁴

Figur 1.2. Brosjyrefor-
side, transplantasjons-
museet, Grootte Schuur
Hospital, Cape Town.



Ordbruken og stemningen i utstillingen ga grunn til ettertanke. Her var det noe spesielt, noe som kanskje har lokale forklaringer. Men det var også noe spesielt som kunne bringe tankene til maleriet fra Malaga, maleriet som viser obdusenten som holder hjertet opp, som ser på det med nye øyne. I 1890 var tiden kommet dit at ny viten og nye undersøkelsesmetoder ga livets sete, hjertet, fornyet interesse som studieobjekt. I Cape Town ble det markert at i 1967 var det innenfor terapien et slikt nytt vendepunkt var kommet. Og det var ikke et vendepunkt for noe hvilket som helst organ, det var for selve livet. Det får derfor så være at museet nærmest var som et tempel.

Tilbake til vår innledende hypotese. Det er sannsynligvis noe spesielt med hjertet, erkjennelsen av hjertets spesielle forhold til livets opprettholdelse. Dette spesielle kan også ha hatt betydning for utviklingen av kardiologien som fag.

Da ny fysiologisk kunnskap ga nye undersøkelsesmetoder som i sin tur ga ny sykdomsdifferensiering og dermed nye terapiforventninger, begynte det å skje noe. Da det dessuten ble livsstilsavhengige og forebyggbare hjertesykdommer som overtok for dem man

13. Faber K, Holst PF, Petrén K. *Lærebog i intern medicin*. Bd. II, København: Gyldendalske boghandel – Nordisk forlag, 1928, pp. 273–461: Cirkulationsorganernes Sykdommer.

14. *Transplanting life – The story of Chris Barnard – heart surgeon extraordinary*. Ottery: Clifton publications (1984).

hadde hatt mindre innflytelse på, kom kardiologien nærmere den alminnelige hel-seopplysning og det alminnelige folkehelsearbeidet.

Og spesielt da akuttmedisinen utviklet seg og ga synlige, etterlengtede resultater, ble det dramatiske og skremmende ved mange hjertesykdommer vendt til å bli fagets venn – for hvordan kunne man si nei til tiltak som reddet selve livet? For eksempel hjertekirurgiens håndfaste suksesser, fra årebløkking til transplantasjoner, har bekreftet dette, likeledes de stadig nye virksomme medikamentene.

En kanskje konspiratorisk teori som det er vanskelig å belegge, er dessuten at siden hjertesykdommene, i ethvert fall i en periode, hadde middelaldrende menn som særlig risikogruppe, gjaldt sykdomsgruppen også personlig nettopp dem som bestemte i samfunnet.

Kanskje har kardiologien i løpet av relativt kort tid nådd en situasjon der dens rolle er blitt selvvedlikeholdende: en sikker plass innenfor befolkningens oppfatninger av friskt og sunt og hvordan bevare helsen. Det er tusener av blodtrykkspasienter som tenker på kardiologien hver eneste dag, tusener på statiner, og tusener av mosjonister minner seg selv hver dag på at nå tar de vare på hjertet, selve *livets sete*.

Summary

The heart: from metaphor to pump

This introductory chapter describes the history of cardiology as a cultural process. The metaphorical role of the heart gradually yields to the perception of the heart as a physiological organ. Metaphorically, the heart has been, and to many still is, the centre of courage, emotions and of life itself. For a long time this role probably inhibited the insight that the heart might be the locus of disease. Gradually, the systematic studies of cardiac anatomy, physiology and pathology and in particular the advances of cardiac surgery and heart transplantation have unveiled the enigma. We are left with a simple, but important pump and a target of effective medical therapy.