

Nerland mener at Lochmanns faglige liv kan deles i to faser. Først var han en lege som søkte medisinske framskritt basert på naturvitenskapelige undersøkelser. Deretter ble han en universitetsprofessor som var kritisk til et positivistisk vitenskapsideal som kom istedenfor synet på mennesket som et åndelig vesen. Og at Darwin med *The descent of man*¹⁸⁰ i 1871 hevdet at mennesket stammet fra apene, var for sterkt. Nerland mener at Lochmann var kommet i klemme mellom en kristen og en darwinistisk synsmåte.

Men Lochmann skrev og skrev. Den biologiske og medisinske vitenskapen kom ut til folket gjennom avisene. Dessverre for ettertiden lanserte han mange sterke utsagn i anonyme innlegg. Likevel, vitenskapens innbygde tro og tvil kom nå ut fra professorkontorer og auditorier til de brede lag av avislesere.

Det hevdes at Henrik Ibsen (1828–1906) hadde Ernst Ferdinand Lochmann som modell for dr. Tomas Stockmann i *En folkefiende* fra 1882. Men noen slik opprørsk og lettere naiv bajasdoktor var ikke professor Lochmann, selv om han undertiden kunne virke noe alene i sin argumentasjon. Hans refleksjoner over sykdomsårsaker og annet lå sannsynligvis på et betydelig mer avansert nivå enn det Ibsen tillia sin rollefigur dr. Stockmann.

«Sagen er den, ser I, at den sterkeste mand i verden, det er han, som står mest alene» lar Ibsen være dr. Stockmanns siste replikk.

Mon det.

15. Kliniske fag midt på 1800-tallet

Teori og praksis hånd i hånd

De fleste av fakultetets lærere var leger og hadde privat praksis ved siden av universitetsarbeidet. Det var liten avstand mellom medisinsk teori og medisinsk hverdag. Nærheten til virkeligheten var tett.

Fakultetets kliniske undervisning var selvsagt knyttet til de sykehusene der studentene hadde praktisk tjeneste. Likevel var fakultet og sykehus to forskjellige typer virksomheter. Fakultetet hadde, i det minste i de første par mannsaldre, studentundervisning som sin fremste oppgave. Sykehusene hadde en annen logikk og var også administrert annerledes. De skulle betjene befolkningen i tråd med de prinsippene man den gang hadde for bruk av sykehus i medisinsk behandling og omsorg. Det normale var å være syk hjemme. Som vi skal se, var det i stor grad type sykdom og sosiale livsbetingelser som bestemte hvem som kom på sykehus. Mange pasienter

180 Darwin C. *The descent of man, and selection in relation to sex*. London: John Murray, 1871.

med alvorlige sykdommer kom derfor ikke på sykehus, men ble forpleid i sine hjem. Rikshospitalet, som var blitt opprettet med undervisning for øye, var i prinsippet et unntak. Pasientinntaket måtte der skjele til pedagogiske hensyn. Men også her kom etter hvert de medisinske oppgavene overfor befolkningen til å dominere bildet. Derfor er ikke Rikshospitalets historie sammenfallende med fakultetets, fordi det var så mange andre krefter og hensyn som drev utviklingen framover, eventuelt bremsert den.¹⁸¹

Det kongelige Frederiks Hospital i København var blitt opprettet med undervisning for øye i 1757. Noe tilsvarende måtte vi også ha for å kunne utdanne leger. Norge var riktignok styrt fra København, men på grunn av blokaden hadde vi i perioden 1809–1815 et eget sunnhetskollegium.¹⁸² Dette kollegiet anbefalte i 1814 et allment sykehus for hele riket med plass til 150 syke og i tillegg en fødselsstiftelse med 30 plasser. Anbefalingen kom før Danmark og Norge skilte lag. Det lokale behovet for et sted å utdanne eget helsepersonell besto – uansett hvilken politiske utvikling som måtte komme.

Sykehus – men hvordan?

Ved begynnelsen av det 19. århundret var det heller ikke internasjonalt klart hvordan et sykehus skulle være og hvilke oppgaver sykehusene skulle fylle. Noen steder var det undervisningssykehus, altså akademiske sykehus. Men mest var det sykehus for omsorg og pleie – *hospitalet* i ordets egentlige forstand. Dessuten var det sykehus for pasienter med spesielle sykdommer, som spedalskhet, den særnorske 1700-tallssykdommen radesyke,¹⁸³ foruten dollhus for sinnslidende. Militærpsykehus og sykehus ved større bedrifter, f. eks. gruver,¹⁸⁴ skulle dekke egne behov. Både samfunnsforhold og medisin gjorde det naturlig at folk var hjemme når de var syke. Man måtte altså ikke bare bestemme seg for å bygge sykehus, man måtte også ta et standpunkt til hva slags sykehus det skulle være. Alt dette skulle skje i et samfunn

181 Se Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø, Swärd ET. *De tre Riker – Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001. Spesielt kapittel 1 (Larsen Ø, Børdahl PE. Hvorfor et «almindeligt Hospital for Riget»? S. 11–22), kapittel 2 (Børdahl PE, Larsen Ø. Sykehuset vokser og flytter. S. 27–55) og kapittel 5 (Evensen SA. Universitetet og Rikshospitalet – betraktninger fra en siamesisk tvilling) drøfter utviklingen av forholdet mellom sykehus og fakultet. Rikshospitalets historie er ellers beskrevet i en mer populær form i: Elster T. *Rikets hospital: historien om et lite samfunn i den store verden*. Oslo: Aschehoug, 1990.

182 Se Michael 2009, årgang 6, hefte 3: 200 år med nasjonal helseforvaltning, spesielt Schjønby HP. Hvordan begynte det hele? Etablering av sunnhetskollegiet i 1809. Michael 2009; 6: 275–83, og Schjønby HP. *Sundhedskollegiet 1809–1815*. Rapport 1/2009. Oslo: Statens Helsetilsyn, 2009.

183 Lie AHK. *Radesykens tilblivelse – Historien om en sykdom*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, 2008 (dr. avh.)

184 Eksempel: Kongsberg Sølvverk hadde et eget sykehus. Se Larsen Ø. Sykehusets funksjon i bergstaden Kongsberg i årene 1769–1773. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1966; 86: 1412–6.

der det var mange offentlige oppgaver som skulle løses, og der finansieringsmulighetene var vanskelige.

Det var tre sykehus i Christiania som kunne trekkes inn i undervisningen, nemlig det såkalte sivile sykehus som lå i Lille Strandgade, der Jernbanetorget er nå, til det ble revet i 1851, Agershus Amtssygehus for radesyke og veneriske pasienter på Galgeberg, foruten det nye militærhospitalet ved Hammersborg fra 1807, som var det som ble ombygget til å bli Rikshospitalet og åpnet i 1826. Her var det plass til 100 pasienter med indremedisinske og kirurgiske sykdommer. Det sivile sykehus ble omgjort til filial med 55 plasser for pasienter med hudsykdommer. Det var blitt opprettet en fødselsstiftelse allerede i 1818, og den flyttet inn i eget hus på Rikshospitalet i Akersgaten i 1837.¹⁸⁵

Historien om Rikshospitalets tilblivelse er fortellingen om en kronglete ferd mot et resultat som hadde svakheter helt fra begynnelsen av. Det er ikke rart at Rikshospitalet fikk sin første historiebok umiddelbart etter at det ble åpnet¹⁸⁶ og den neste knappe 40 år senere.¹⁸⁷ Diskusjonene om hvordan Rikshospitalet skulle være, var ingenlunde over ved etableringen, snarere tvert imot. Fram mot 1854 ble tomte i Akersgata videre utbygd med den unge arkitekten Christian Henrik Grosch (1801–1865) som ansvarlig for utformingen. I årene fram til flyttingen til Pilestredet i 1883 var hele seks forskjellige bygninger i funksjon, og avdelingene var fordelt der. Fra 1844 var også hudavdelingen flyttet til området, fordi det gamle sivile sykehus igjen var blitt sykehus for byen. Men det var trangt om plassen på Rikshospitalet, så i 1854 ble en nærliggende bygning med det muntre navnet «Sorgenfri»¹⁸⁸ innleid for de veneriske pasientene. I tillegg til trengselen kom det faktum at medisinen hadde utviklet seg i en retning bygningsmassen hadde vanskeligheter med å følge med i. Laboratorievirksomhet var blitt mer og mer aktuelt, og det var det vanskelig å få plass til.

På 1800-tallet var det vanlig at nyutdannede leger arbeidet en stund på Rikshospitalet for å kvalifisere seg for det som var datidens egentlige innhold i legerollen, nemlig å få en egen praksis et eller annet sted, gjerne kombinert med en militærlegestilling eller noe annet som kunne gi litt faste inntekter i tillegg. Fordi det var så få sykehus, var det rift om denne formen for

185 Børdahl PE. At redde Mødres og Børns Liv – Fødselsstiftelser og kvinneklinikker. Balto JA & al. (red.) *Årbok for Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring*. 2000; 154: 114–36.

186 Holst F. *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*. Christiania: Messel, Keyser & Comp's Forlag, 1827.

187 Johansen JNM. *Historisk beretning om Rigshospitalet og Fødselsstiftelsen i Christiania*. Christiania: W.C. Fabritius, 1865.

188 På folkemunne kalt «Fila» eller «Flisa» – hvorfor er det lett å tenke seg når man vet hvilken sykdom som fantes der!

praksisopplæring. Mange arbeidet for meget liten lønn eller de hospiterte uten lønn i det hele tatt. Det var professorene og de øvrige kliniske lærerne som var ansvarlige for den medisinske driften.

Uklart vitenskapelig grunnlag

I jubileumsberetningen om Universitetet fra 1911¹⁸⁹ beskrev professor Søren Bloch Laache (1854–1941) hvordan medisinen ved midten av århundret fortsatt var på leting etter det teoretiske grunnlaget for behandling av en rekke sykdommer. Det var ulike skoler og ulike retninger. Medisinsk forskning studerte sammenhengene i naturen, og sykdommene var en del av denne naturen.

Pionertiden ved det nye fakultetet var nå slutt. En ny generasjon lærere tok over ved et fakultet og ved universitetssykehus som ikke var prinsipielt forskjellige fra det man fant andre steder i Europa. Humoralpatologiens interesse for væskebalansen og for blodet og dets sammensetning var et viktig behandlingsgrunnlag. Årelating passet inn i denne tankegangen. Ellers var man opptatt av en *genius epidemicus* som knyttet sykdomsforekomsten til årstidene, og av noe man kalte konstitusjonell arv. Man så blant annet på spedalskhet som eksempel på dette.

Det medisinske miljøet i Wien¹⁹⁰ var toneangivende også i Norge. Der hadde man tro på et prinsipp som vi allerede har nevnt, nemlig den såkalte terapeutiske nihilisme. Man skulle ikke gripe inn mer enn nødvendig i den prosessen som en sykdom var. Med stor nøyaktighet, og i henhold til den medisinske logikk man fulgte, skulle man stille en diagnose. Man skulle klassifisere sykdommen der den hørte hjemme i et system. Da visste man hva det var. Nå gjaldt det å følge utviklingen av akkurat dette tilfellet av sykdommen, og understøtte kroppens krefter slik at sykdommen kunne gå sin gang, fortrinnsvis og forhåpentligvis mot helbredelse.

Var den terapeutiske nihilisme en holdning som vi i dag bør betrakte som uetisk? At man tilstrebet passivitet, istedenfor straks å kaste seg på det som ble lansert som nyvinninger? Sannsynligvis er det ingen grunn til å rette kritikk mot dette terapeutiske synet. Svært mye av den behandlingen man hadde å tilby var så vidt lite virkningsfull at det objektivt sett kunne bli det samme for utfallet hvilket medisinske «system» man hadde tiltro til og hadde fulgt. Men det man oppnådde, var at pasientene ved å få godt stell og god pleie ofte fikk det bedre enn om de hadde ligget syke hjemme, slik at mulighetene for helbredelse ble bedre bare av denne grunn. Dessuten fikk man anledning til å gjøre systematiske observasjoner av sykdommenes

189 Laache SB. *op. cit.*, 1911.

190 Se f. eks. Lesky E. *Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert*. Graz/Köln: Böhlau, 1965.

naturlige forløp. Det var bra både for undervisning og forskning. Man lærte mye om sykdommenes sanne natur.

Båndene til eldre tids medisin var sannsynligvis betydelig sterkere enn vi er vant til på 2000-tallet. Da indremedisinen Andreas Christian Conradi (1809–1868) overtok som professor etter Nils Berner Sørenssen (1774–1857) i 1845, videreførte han Sørenssens medisinske tenkning, som igjen var preget av 1700-tallets systemlære. Sørenssen hadde vært tilhenger av den såkalte Brownianismen, utviklet av John Brown (1735–1788) på basis av Albrecht von Haller's (1708–1777) irritabilitetslære,¹⁹¹ så det er mulig at også denne læren ble brakt videre i undervisningen hos oss.¹⁹²

Medisinhistorisk sett betyr båndene til de ulike typer medisinsk filosofi at nomenklaturen blir forvirrende når man ser bakover. Ordbruken *var* viktig, og den *er* viktig når man skal prøve å følge historiske linjer. Mens f. eks. det sentrale begrepet «feber» fra 1850-tallet til nå forbindes med en tilstand med forhøyd kroppstemperatur, var dette ikke selvsagt tidligere. Bindsterke verk om feber kunne behandle temaet uten å legge spesiell vekt på temperaturen. Laache skrev at «temperaturkurvernes tidsalder» begynte i 1850-årene. Temperaturmålingene hadde direkte terapeutiske konsekvenser, fordi man nå tydelig kunne se virkningen av å senke temperaturen medikamentelt. Kinin hadde vært brukt også i eldre tid i form av ekstrakt av kinabark, men fra 1820 ble det framstilt kjemisk og etter hvert mye brukt.

Undersøkelsesteknikk viktig

Christen Heiberg (1792–1872) hadde overtatt som professor i kirurgi etter Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844) i 1836. Heiberg var en meget dynamisk og allsidig person. Vi har allerede omtalt hans studiereise til utlandet i 1822–1823. Han førte et rikt sosialt liv med mange aktiviteter. På Rikshospitalet fikk han tilnavnet «Kniven». Dette var ifølge Laache å oppfatte som et hedersnavn, for Heiberg kunne være temmelig skarp, men hadde det ved seg at sinnet gikk fort over når han hadde blåst seg opp for et eller annet. Kirurgien hadde nødvendigvis fått nye områder åpnet opp

191 Kfr. en kortfattet omtale i Larsen Ø, Nylenna M. Profiler og portretter i norsk medisin. *Michael* 2012; 9: Supplement 11.

192 Albrecht von Haller var blant annet eksperimentalfysiolog. Han viste, publisert i 1752, at et irritament ble oppfattet og videreført av nervefibre, mens evnen til å reagere på irritamenter med bevegelse satt i muskelfibrene. Hallers etterlatte bøker og manuskripter ble overtatt av keiser Joseph II i Wien. Se: Gotfredsen E. *Medicinens historie*. 3. utg. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck, 1973.

da nye anestesimetoder ble tilgjengelige fra 1846 og framover. Dette stilte nye krav til faget.¹⁹³

Heiberg hadde ord på seg for å være en dyktig lærer. Han underviste studentene i undersøkelsesteknikk – de skulle lære å palpere, ikke bare med fingrene, men også med hodet. Den samme vekten på undersøkelsesteknikk var det også i innen indremedisinen. F. eks. Conradi var opptatt av å lære studentene til å bli flinke til å auskultere og perkutere, slik de gjorde i Frankrike.

Dermatovenerologi – et av de største fagfeltene

Hudsykdommer var blitt utskilt fra professor Sørenssens fagområde i 1841. Brigadelege Johan Hjort (1798–1873) ble ansatt for å ta seg av den nye hudavdelingen. Carl Wilhelm Boeck (1808–1875), som var en halvbror av fysiologen Christian Peter Bianco Boeck (1798–1877), var blitt lektor ved universitetet i 1846 og ble professor i hudsykdommer i 1851. Han hadde arbeidet sammen med overlege Daniel Cornelius Danielssen (1815–1894) ved Lungegaardshospitalet i Bergen og gjorde seg således bemerket som en pioner innenfor både spedalskheter og planteparasitære hudsykdommer i sin alminnelighet.

Kjønns sykdommer var et stort problem av minst to grunner. Den ene var at behandlingsmulighetene var så vidt sviktende at pasientene måtte regne med å ha f. eks. en gonoré ganske lenge. Den andre grunnen til at kjønns sykdommene var problematiske, var smittespredningen. Det lot seg ikke stikke under en stol at prostitusjonen var økende, både i omfang og som medisinsk problem. Så vel de prostituerte som deres kunder kunne bidra til betydelig spredning.

Syfilis var på denne tiden sannsynligvis den sykdommen som opptok hudlegene mest. Den var også meget fryktet i befolkningen. Hadde man en gang fått syfilis, kunne man bli ved å ha sykdommen gjennom hele sin levetid, gå gjennom dens ulike faser og kanskje ende opp på et asyl med alvorlig sinnslidelse i syfilisens siste stadium. Dessuten var det et uløst spørsmål om sykdommen kunne være arvelig, slik at diagnosen også var stigmatiserende og sosialt vanskelig.

Boeck hadde et syn på syfilisbehandlingen som liknet på indremedisinernes terapeutiske nihilisme. Han hadde funnet teoretisk grunnlag for å la sykdommen gå sin gang urørt. Da kunne den kanskje lokkes fram på huden, slik at indre organer ble spart? Den såkalte «syfilisasjonen» besto i at man innpodet pasientene med smittestoff fra bløt sjanker, som man

193 Se Strømskag KE, Bratland N. *Et fag på søyler: anestesiens historie i Norge*. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.



Figur 45: Professor i hud- og kjønnssykdommer Carl Wilhelm Boeck (1808–1875) malt av Wilhelm Holter (1842–1916). Bilde tilhørende Det norske medicinske Selskab. (Foto: Øivind Larsen 2012) C.W. Boeck var en internasjonal kapasitet vedrørende lepra og syfilis og var på mange studiereiser i utlandet. I 1869–1870 var han i USA for å studere spedalskhet blant norske utvandrere.

[illegible]

Figur 46: Utsnitt av en side i Kristiania Sundhedskommisjons Protokoll for kontrollør med de veneriske sygdomme for året 1900 (Oslo Byarkiv). Helt fram til etter Den annen verdenskrig var det stor oppmerksomhet omkring kjønnssykdommene, som var et virkelig stort problem, men som det ikke ble snakket så mye om i offentligheten. Professor i hudsykdommer Edvin Bruusgaard (1869–1934) skrev f. eks. i 1926 at «Bekjæmpelsen av kjønnssykdommene er en av de vigtigste opgaver den sociale hygieene er stillet overfor, de er en statsfare hvis betydning fuldt ut kan sidestilles med tuberkulens.» (Tidsskr Nor Lægeforen 1926; 46: 1075–85.) Kjønnssykdommer var derfor en viktig del av medisinstudiet. Sykdommene var farlige fordi de spredte seg lett. I mangel av effektiv behandling av de smittede kunne den enkelte pasient få et meget langtrukket sykdomsforløp. Faren for å spre sykdommene videre var derfor stor. Syfilis var særlig fryktet, fordi den angrepne kunne få plager med sykdommen hele livet og kanskje ende opp på et sinnssykeasyl med sykdommens tredje grad, paralysis generalis. I Kristiania, der miljøet kunne være meget turbulent i siste del av 1800-årene og langt inn i neste århundre, var det atskillig prostitusjon. Sundhedskommisjonen hadde påbudt legekontroll av de prostituerte, på tross av at den landsdekkende loven om kjønnssykdommer som hjemlet tvangsbehandling, først kom i 1947. I protokollen som er avbildet her, er det på oppslagets venstre side rubrikker for pasientenes navn, adresse og diagnose. Bildet viser høyre side med opplysning om hvilken lege som har anmeldt tilfellet, deretter beskrivelse av smitteforhold. De tre øverste pasientene er en handelsfullmektig (22), en arbeider (40) og en lossearbeider (28) med henholdsvis gonoré, ulcus molle og kondylomatøs syfilis. For tilfelle nr. tre, legg merke til at politiet blir satt inn for å få smitekilden med oppnavnet «Inger Elvegata» under behandling (virkelige navn er sladdet her). Den lange rekken med pasienter videre er menn med primær syfilis. Legene som nevnes er Fredrik Wilhelm Hiorth (1850–1923), reservelege Edvin Bruusgaard, Johan Albert Høeg (1867–1908) og sunnhetsinspektør Nils Yngvar Ustvedt (1868–1938). «Sorgenfri» var hudavdelingen på Hammersborg. (Foto: Øivind Larsen 2014)



Figur 47: Syfilispasient. Fra: Boeck W, Danielssen DC. Samling af iagttagelser om Hudens Sygdomme. Christiania: Johan Dahl, 1860 (Det norske medicinske Selskabs eksemplar). Ifølge den ledsagende teksten hadde sykdommen sannsynligvis utviklet seg over ca. ti år. I tillegg til hudforandringene på armene, hadde han også sårdannelse i ansiktet, svelget og ellers på kroppen og var allmennt meget medtatt, dvs. bildet er vesentlig penere enn virkeligheten må ha vært. Etter kvikksølvbehandling kunne han imidlertid skrives ut som «helbredet». Illustrasjonene i dette atlas over hudsykdommer er utført av Bergensmaleren og litografen Johan Ludvig Losing (1810–1876). (Foto: Øivind Larsen 2014)

trodde var en lettere syfilisform. Logikken var at pasientene da skulle utvikle denne lette graden av sykdommen, istedenfor de alvorligere formene. Teorien kan være immunologisk interessant, men den holdt ikke, for det viste seg at bløt sjanker, *ulcus molle*, var en egen sykdom med et eget smittestoff. Men uansett førte Boecks behandlingsprinsipper til at kunnskapene om det naturlige forløp av syfilissykdommen ble betydelig økt.¹⁹⁴

Psykiatrien blir et medisinsk fag

Ved midten av 1800-tallet gjorde norsk psykiatri et sprang framover ved at det første av de fire statlige asylene ble åpnet, nemlig Gaustad Asyl i 1855. Selv om personer med nær tilknytning til fakultetet hadde vært pådrivere i denne prosessen gjennom årtier, spesielt Frederik Holst, skjedde utviklingen av psykiatri som fag egentlig utenfor fakultetet. Holst hadde ved undersøkelser av de sinnslidendes forhold i Norge, ved studiereiser til utlandet og gjennom å skrive artikler og bøker og å være med på planleggingen av vårt første asyl, gjort en stor og avgjørende innsats. Dette var som konsulent og rådgiver, ikke som psykiater, for psykiatrifaget var ikke kommet ved fakultetet ennå.

Å få bygd nye og tidsmessige asyler var en tung prosess, blant annet fordi det hadde med menneskesyn i sin alminnelighet å gjøre. Medisinsk handlet det om synet på hvorvidt sinnssykdom kunne være gjenstand for behandling og bedring, eventuelt helbredelse, eller om egnet oppbevaring av de syke måtte være samfunnets fremste oppgave overfor dem.

Det forenklet ikke situasjonen at internasjonal psykiatri utviklet seg en god del i løpet av den tiden man drev med utredningsarbeidet i Norge. Det var også en prinsipiell forskjell på nyere tysk og nyere fransk psykiatri. Hvem skulle man høre på? Det asylet som til slutt ble bygd på Gaustad og åpnet i 1855, fulgte den franske skole, som tilsa at man skulle velge en arkitektur med avdelinger av ulik strenghetsgrad, slik at pasientene kunne flyttes fram og tilbake ettersom sykdomstilstanden var. Helbredelse var det nok ofte utopiske medisinske mål. Holst hadde derimot gått inn for en panoptisk modell¹⁹⁵, nokså likt den arkitekturen som den dag idag kan sees ved Botsfengselet fra 1851. Utredningen om sinnssykehus begynte i

194 Kfr. Gjestland T. *The Oslo study of untreated syphilis: an epidemiological investigation of the natural course of the syphilitic infection based upon a restudy of the Boeck-Bruusgaard material*. Oslo, 1955. (*Acta dermato-venerologica*. Supplementum 02/1955; 35(Suppl 34): 3-368, Annex I-LVI.)

195 Panoptiske asyl og fengsler er gjerne bygd med fløyer som stråler stjerneformet ut fra et sentralbygg, der personalet har overvåkingsrom med fri sikt inn i fløyenes korridorer. Om Gaustad, se: Larsen Ø. Sykehuset som aldri ble bygd. *T Nor Lægeforen* 1986;106; nr. 2, forside, V-IX.

1820-årene, og prosessen gikk langsomt. Da planene omsider skulle settes ut i livet ved midten av århundret, var den panoptiske modellen ikke lenger aktuell byggeform for et sykehus der behandling var en uttalt målsetting. Panoptiske bygg var skreddersydd for oppbevaring. Derfor ble Botsfengselet som det ble, og Gaustad annerledes.

Den drivende kraften i datidens psykiatri var legen Herman Wedel Major (1814–1854). Han regnes som den som skapte den framtidsrettede sinnssykeloven av 1848. Major omkom da emigrantskipet han var passasjer på forliste etter en kollisjon utenfor Sandy Hook 26. september 1854. Major tilhørte ikke Universitetet, og det gjorde for så vidt heller ikke den som isteden ble direktør på Gaustad. Det var Ole Sandberg (1811–1883). Han underviste studentene i psykiatri, men da Gaustad, da som nå, lå ganske langt fra byens sentrum, lot Sandberg studentene hente med trille, eventuelt slede, fortelles det.

Fødselsvitenskap i kamp mot mødredødeligheten

Frantz Christian Faye (1806–1890) hadde drevet praksis i Skien. Han hadde gitt ut en lærebok for jordmødre i 1844,¹⁹⁶ ble lektor og overlege ved Fødselstiftelsen i 1846, professor i 1850. Også i Norge var barselfeber et stort problem. Fødende kvinner pådro seg en infeksjon etter fødselen og sjansen for å dø av dette var meget stor. I 1840-årene hadde den ungarsk-østerrikske legen Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) bevist hvorledes infeksjonssmitte ble overført fra lik av kvinner døde av barselfeber til friske fødende kvinner på grunn av mangelfull håndvask hos studentene når de gikk fra obduksjonsrommet til fødestuene. Faye hadde også mødredødeligheten som en fanesak og fikk lønn for strevet da antiseptikken ble innført. Faye var for øvrig en drivkraft, både vitenskapelig og økonomisk, da Det norske Videnskaps Akademi ble opprettet 3. mai 1857.

Medisin innenfor og utenfor fakultetet

Ved midten av århundret var fakultetet i og for seg sentralt både for medisinen i hovedstaden og for norsk medisin generelt, men ofte var det fordi fakultetets professorer og lærere også engasjerte seg på så mange andre felter i samfunnslivet.

Det var heller ingen selvfølge at det mest spektakulære innen medisinen skulle foregå ved Universitetet eller ved Rikshospitalet (herom senere). Det kunne like gjerne være utenfor.

196 Faye FC. *Lærebog i Fødselsvidenskab for Jordemødre*. Frederiksværn: Chr. Lange, 1844.