

Skolepreget sementeres

Ved at man forlangte tilfredsstillende deltakelse i en lang rekke obligatoriske kurs og forlangte godkjent klinisk praksis, sendtes det ut tydelige signaler om at medisinstudiet var et *praktisk* studium. Befolkningen skulle trygt kunne betro sin helse til de nyuteksaminerte kandidatene fra Det kongelige Frederiks Universitet i Kristiania.

Som også understreket av Kyllingstad i hans 200-årige tilbakeblikk på Universitetet i Oslo, var undervisningen nå i stor grad flyttet ut fra auditorier til sykehusavdelinger, laboratorier og institutter.³¹⁵ Studiet var blitt mer skolemessig og med mindre frihet for både studenter og lærere. Og studieopplegget var tydeligere innrettet mot praktisk legearbeid.

Med denne profileringen hadde fakultetet i 1914 lagt ut på en stø kurs som det skulle holde helt til utgangen av høstsemesteret 2001. Selv om mye skjedde innenfor medisinen og mye skjedde med Universitetet, ble likevel hovedtrekkene i undervisning og eksamen beholdt, bare med mindre modifikasjoner, fram til studieplanen «Oslo -96» ble introdusert for studentene som begynte på medisinstudiet høsten 1996.³¹⁶ Denne planen snudde opp ned på hele den gamle studieordningen, men mer om dette senere.

27. Forskningen fortsetter

Anatomi på bred front

Det klassiske basalfaget anatomi hadde et fast grep om studentene og en stor plass i studiet, men ikke like gode fysiske betingelser i den overfylte midtbygningen til Karl Johans gate, særlig ikke for å drive forskning. Professor Gustav Adolph Guldberg (1854–1908) drev hjerneforskning og hadde ambisjoner på feltets vegne, men vi har allerede hørt om hans tunge stunder, fordi arbeidsforholdene var så vanskelige. Hans etterfølger fra 1908, Kristian Emil Schreiner (1874–1957) overtok disse problemene, men selv om det skjedde ombygginger og moderniseringer ettersom tiden gikk, økte også aktiviteten i betydelig grad, slik at behovene stadig var der.

Loft og kjeller ble utnyttet til hver minste krok. Instituttet hadde f. eks. store samlinger av middelalderskjeletter med blant annet hodeskaller samlet i glasskap og tilhørende knokler i skuffeseksjoner. Innimellom skalleskap og skuffer kom det etter hvert flere og flere skrivebord og beskjedne arbeidsplasser. Det satt forskere, stipendiater og studenter omtrent over alt, mens

315 Kyllingstad JR, Rørvik TI. *Universitetet i Oslo 1870–1911 – Vitenskapenes universitet*. Oslo: Unipub, 2011.

316 Se Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.

formalinlukten fra disseksjonssalene i kjelleren steg oppover gjennom etasjene og gjorde det umulig for noen å glemme hvor man var. Så sent som i 1970-årene og fram til flyttingen til Preklinisk Bygg på Gaustad i 1990 var imidlertid Anatomisk Institutt et eksempel på et arbeidsmiljø der primitive forhold ikke var noen hindring, kanskje tvert om et stimulus for en nærmest forrykende undervisnings- og forskningsaktivitet.³¹⁷

Spektret på forskningsfronten var vidt, fra det i høyeste grad tilbakeskuende til problemstillinger som pekte forover på emneområder som ble meget store. La oss se på det tilbakeskuende først:

Prosektor Halfdan Hopstock (1866–1925), som vi allerede har hørt om i forbindelse med boken om instituttets historie fra 1915,³¹⁸ ga nemlig i årene 1911–1916 ut et fire binds verk med oversettelse av teksten og reproduksjoner av Leonardo da Vincis (1452–1519) anatomiske tegninger som befant seg i Windsor, bøker som ble meget ettertraktede.³¹⁹ Han var imidlertid ikke alene om dette arbeidet. Han hadde med seg filologen og diplomaten Ove Vangensten (1880–1946) og dosenten i medisinsk historie Adolf Fonahn (1873–1940).³²⁰

Professor Schreiner som hadde medisinsk embetseksamen fra 1899, ble allerede i 1902 bestyrer for universitetets biologiske forskningsstasjon i Drøbak. Cytologi og embryologi var en hovedinteresse. Han samarbeidet med sin kollega og hustru Alette Schreiner (1873–1951). De regnes blant annet som pionerer innen kromosomforskningen.

Så var det altså trykket fra middelalderen som var følbart overalt på instituttet på grunn av de store skjelettsamlingene. Her var det et åpenbart forskningspotensial. Skjelettsamlingen hadde geografisk spredning og representerte ulike deler av Norge. Dessuten var det en stor samling samiske skjeletter. Befolkningsstudier lå i tiden. Schreiner vendte seg derfor mot fagområdet fysisk antropologi og publiserte en rekke større arbeider basert både på skjelettsamlingene og på feltstudier med studier av levende mennesker rundt om i landet. Dette var en blanding av medisinske studier og kulturstudier som hundre år senere kan virke noe spesielle, men de doku-

317 Se blant annet i Holck P. *Den fysiske antropologi i Norge: Fra Anatomisk Instituttets historie 1815–1990*. (Antropologiske skrifter, hefte 3). Oslo: Anatomisk Institutt, Universitetet i Oslo, 1990.

318 Hopstock H., *op. cit.* (1915).

319 Leonardo da Vinci (1452–1519): *Quaderni d'anatomia, I-IV: Fogli della Royal Library di Windsor*. Utg. ved Vangensten CL, Fonahn A, Hopstock H. Christiania: Dybwad, 1911–1916. Verket er blitt en bibliografisk sjeldenhet. Det ble utgitt i 250 nummererte eksemplarer. F. eks. ble nr. 22, som hadde tilhørt fysiologiprofessor Sophus Torup (1861–1937), solgt på en auksjon i New York 5. oktober 2007 for USD 8125,-.

320 Fonahn var legeutdannet, men også orientalist, og endte opp som bestyrer for Myntkabinettet. Han hadde et betydelig internasjonalt kontaktnett blant vitenskapshistorikere og ble mer kjent ute enn hjemme.

menterte forhold og ulikheter innen befolkningen som allerede da var i sterk endring og i ferd med å forsvinne.

De genetiske sidene av ekteparet Schreiners forskning pekte i høy grad framover. De ble videreført av Otto Lous Mohr (1886–1967), professor i anatomi fra 1919 etter genetikkstudier i USA.³²¹ Bananfluer hadde egenskaper som gjorde at de var mye brukt som studieobjekter i datidens genetik, og Mohr benyttet også slike. I ca. 15 år var kromosomstudier hans spesialområde.

Arvelighet var ordet man den gang brukte. Mohr var bestyrer for Universitetets institutt for arvelighetsforskning fra 1938 og hadde også andre sentrale verv innen fagområdet. Otto Lous Mohr var rektor ved Universitetet 1946–1951. Han følte da han sluttet som rektor at han hadde vært utenfor sin vitenskap så lenge at han valgte å gå av med pensjon i 1952, 66 år gammel. Det ble hans nevø Jan Mohr (1921–2009) som overtok genetikken, men han ble senere professor i samme fag i København.

Otto Lous Mohr var også en meget allsidig og utadvendt person som blant annet publiserte atskillig om kunst og kultur. Han måtte dra utenlands under krigen. Da han kom tilbake ble han valgt til Universitetets rektor, et verv han altså hadde fram til 1951. Et av de viktigste sporene Otto Lous Mohr har etterlatt seg i norsk forskningspolitikk, er at han i 1945 tok initiativet til opprettelsen av Norges allmennvitenskapelige forskningsråd i 1945 – den viktigste finansieringskilde for norsk forskning siden.³²² Mohr var også styreleder for Norsk Rikskringkasting 1945–1957.

Gustav Adolph Guldberg hadde vært hjerneforsker. Den faglige arven etter ham ble først og fremst tatt opp av Jan Birger Jansen (1898–1984) som allerede i 1925, året etter embetseksamen, var blitt prosektor i anatomi. Han overtok også Guldbergs interesse for hjernen hos hval, selv om hans doktorarbeid fra 1931 handlet om hjernen hos slimålen, *myxine glutinosa*. Samme år fikk han en sønn, Jan Jansen jr. (1931–2011) som både ble medarbeider og senere dosent og professor i fysiologi. Jansen senior ble professor i anatomi i 1945.

Jansen senior hadde også en annen yngre kollega, nemlig Alf Brodal (1910–1988). Brodal hadde medisinsk embetseksamen fra 1937. Umiddelbart etterpå begynte han ved Tannlegehøgskolens anatomiske avdeling. I 1940, samme år som han forsvarte sin doktoravhandling som var basert på eksperimentelle undersøkelser av lokalisasjonsforhold i lillehjernen, ble

321 Se: Walløe L. Otto Lous Mohr. (13.2.2009) I: *Norsk biografisk leksikon*. Hentet 12.3.2014 fra http://nbl.snl.no/Otto_Lous_Mohr.

322 Det var Mohr som lanserte ideen om å bruke tippemidler for å finansiere forskning. Se: Skoie H. *En norsk forskningsorganisasjon tar form*. (Arbeidsnotat 7/2013) Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, 2013.

han universitetsstipendiat i nevroanatomi, prosekter i 1943 og professor i 1950.

Uten forkleinelse for noen av de andre hjerneforskerne som etter hvert kom til og supplerte og fulgte etter Jansen og Brodal, er det disse to som har fått knyttet sine navn til framveksten av det som har fått stor internasjonal anerkjennelse som «The Oslo School of Neuroanatomy».

Før vi går videre med dette, la oss se litt på hva som foregikk ellers:

Fysiologi med forviklinger

I universitetsbygningen der fysiologene skulle forske, var det ikke innlagt strøm. Elektrisiteten kom først i 1903. Det var mørkt, fuktig og liten plass. Nok en gang kom Sunnhetskommisjonen til hjelp. I 1901 fant de ut at det var sopp i gulvbjelkene og det tvang fram forbedringer. Kan man forske på internasjonalt nivå under slike omstendigheter? Professor Sophus Torup (1861–1937) var bitter. Han var kommet fra København for å bli professor i fysiologi i Kristiania i 1889, men forholdene hadde vært vanskelige i alle år.³²³

Torup la mye arbeid i å planlegge et nybygd fysiologisk institutt. Men samtidig ble det planlagt et nytt universitetsbibliotek ute på Drammensveien. Dette prosjektet ble prioritert av Universitetet. Da ble det ledige lokaler i vestbygningen i Karl Johans gate, der biblioteket hadde vært, i *Domus bibliotheca*. Her kunne fysiologene flytte inn. I 1919 var alt ferdig. Og deretter gikk alt egentlig ganske bra i 24 år – fram til søndag 19. desember 1943 kl. 14.28. Hva som hendte da, skal vi snart komme tilbake til.

Torup var særlig interessert i de kjemiske sidene ved fysiologien. Da det ble råd med et ekstra professorat i 1925, ble fagbetegnelsen fysiologisk og medisinsk kjemi.

Den naturlige kandidaten var Einar Langfeldt (1884–1966). Han var lege fra 1909 og begynte umiddelbart som militærlege. I 1914 ble han innbeordret som sanitetsoffiser til Universitetets fysiologiske institutt. Han var også fysiologisk konsulent for sanitetssjefen og generalintendanten 1916–1920. Vi har allerede nevnt den samfunnsrettede karakter for datidens fysiologi, og her ser vi et utslag av dette.

I 1919 ble Langfeldt universitetsstipendiat og i 1925 professor i fysiologisk og patologisk kjemi. Det var diabetesforskning som ble hans viktigste forskningsfelt. Doktorarbeidet fra 1920 var en studie av hva som skjedde ved delvis fjerning av bukspyttkjertelen hos forsøksdyr. Avstanden var ikke lang derfra til Torups interesse for ernæring. I 1932 publiserte Langfeldt således en vitenskapelig basert kostholdsplan.

323 Hauge A. & al. *op. cit* (1975).

I mellomkrigstiden arbeidet en lang rekke senere kjente klinikere i perioder ved Fysiologisk Institutt. Her lærte man laboratorieteknikk og man lærte spennende problemstillinger å kjenne. Instituttet var populært, så det var også atskillige forskere der som ikke hadde noen formell tilknytning, de bare *var* der.

Blant dem som var innom instituttet, kan nevnes Per Fredrik Scholander (1905–1980). Han var cand. med. fra 1932, og samme år ble han universitetslektor i anatomi. I 1934 disputerte han på et botanisk arbeid om karplanter på Svalbard. Så ble han universitetsstipendiat og arbeidet ved Fysiologisk Institutt med noe han hadde begynt å spekulere på under sine reiser i arktiske strøk: Dykkende dyr – hvordan er de respirasjonsfysiologiske prosessene når f. eks. selen oppholder seg lenge under vann? Det ble forskning på Fysiologisk Institutt med seler som forsøksdyr fram til 1939,³²⁴ da han dro til USA med Rockefellerstipend. På grunn av krigen ble det vanskelig å komme tilbake, og han forble i USA, der han fikk en lysende karriere som fysiolog.

Scholander ble Norges første professor i zoofysiologi i 1955, men i 1958 bar det tilbake til USA igjen. Scholander var meget kreativ, konstruerte instrumenter og andre hjelpemidler selv, og hadde et vidt spekter av interesseområder, mange initiert gjennom hans virke som forsker i det amerikanske forsvaret.³²⁵

I 1932 gikk Torup av. Isteden kom Fredrik Christian Leegaard (1891–1970) som hadde vært amanuensis ved instituttet i årene 1920–1926, deretter vært reservelege på medisinsk avdeling på Rikshospitalet, før han ble utnevnt til professor i fysiologi i 1931. Han hadde disputert i 1927 på et arbeid om hemodynamikk hos kaniner. Målet var å finne ut mer om hva som skjedde ved lungebetennelse når strømningsmotstanden endres. Dette hadde også generell interesse. Det fortelles om Leegaard at han hadde det til felles med Scholander at han var meget flink til å konstruere instrumenter, noe som var både arbeid og hobby for ham.³²⁶

Forskningsaktiviteten i fysiologi var lovende. I 1941 var det hele fire disputaser ved instituttet, mer enn hele fakultetet pleide å ha i løpet av et år. I 1940 ble det dessuten opprettet et eget institutt for ernæringsfysiologi, en del av fysiologien som skulle blir meget stor. Ny professor i dette ble amanuensis i fysiologi, Ragnar Nicolaysen (1902–1986). Hans doktorgrad

324 Det fortelles at selene var nokså selskapssyke og de kunne skrike ganske hjerteskjærende hvis de kjedet seg, f. eks. utenom instituttets arbeidstid. Dette kunne høres merkelig ut utenfra. En sen kveld tilkalte derfor forbipasserende både politi og brannvesen.

325 Se under zoofysiologi i *Universitetet i Oslo 1911–1961*, bind 1, s. 629–30.

326 I all hemmelighet kunne instituttets laborant Arne Skjønhaug vise oss som var studenter ved instituttet i 1950-årene professorens store hobbyprosjekt – en modell av damplokomotivet *Dovregubben*, håndlaget ned til minste detalj.

fra 1935 dreide seg om kalsiumutskillelse hos hunder. Ernæring var et meget aktuelt forskningstema. Nå som i årtiene før, var dette også knyttet til spektakulære ekspedisjoner til dårlig kjente strøk. Nicolaysens kollega, polarforskeren og legen, amanuensis Arne Høygaard (1906–1981) tok doktortrad i 1941 på ernæring hos eskimoer på Øst-Grønland, basert på feltstudier i 1936–1937.

Så var det altså søndag den 19. desember 1943. Det var *krig*. Skipet D/S «Selma» lå ved Filipstadkaia og losset. 1200 tonn ammunisjon var om bord. Kl. 1428 gikk det galt. Hvorfor vet ingen. Skipet eksploderte. Utover ettermiddagen kom stadig nye eksplosjoner. Skader oppsto i vid omkrets. Mer enn 400 bygninger ble ødelagt. 45 nordmenn og ca. 75 tyskere ble drept.³²⁷

Dette ble tragisk også for Fysiologisk Institutt. Virksomheten hadde vært dalende en stund på grunn av ressurssituasjonen. Men nå ble alle vinduer knust. Det store glasstaket raste sammen. Vinterkulden fikk fri adgang. Instrumenter var blitt ødelagt. Det var knapt mulig å få gjort noe som helst. Forsøksdyr måtte avlives på grunn av mangel på fôr. Det ble stille. Publikasjonslisten for 1944 ble kort. Situasjonen for instituttet de siste krigsårene minnet om 1889. Les mer om krigen i kapittel 29.

Hygien – det konkurrerende basalfaget

Begynnelsen av 1900-tallet var en tid da den mikrobiologiske sykdomsforståelsen av folkesykdommene var vel etablert, men det var fortsatt dårlig med spesifikk behandling. Dette betydde at mikrobiologi var et høyaktuelt forskningsfelt. Hygienisk Institutt med dets laboratorier var i den første tiden det sentrale sted for slik forskning. I 1915 ble det et dosentur i bakteriologi for tyfus- og paratyfuforskeren Harald Mathias Gram (1875–1929), men han gikk over i administrative stillinger, som medisinaldirektør fra 1919 og stadsfysikus i Oslo fra 1927.

Etter ham fulgte Arent Greve de Besche (1878–1945) som hadde doktortrad på barnetuberkulose fra 1913. Professor Axel Holsts sønn, den senere overlegen ved infeksjonsavdelingen på Ullevål Sykehus fra 1935, Peter Midelfart Holst (1892–1961) hadde arbeidet ved instituttet, likeledes Johannes Heimbeck (1892–1976), kjent for sitt arbeid med tuberkulose og BCG-vaksinering ved Ullevål Sykehus.

Det er likevel først i 1931 vi hører om et eget Bakteriologisk Institutt tilknyttet Universitetet. Det var i 1935 vi fikk den første professor i faget,

³²⁷ Ingen fra Oslo sentrum som har opplevd denne søndagen, glemmer den. For denne forfatters vedkommende gjelder det minnene om å løpe hjem gjennom gatene mens himmelen var blodrød av flammer, det smalt i ørene og det singlet i glass.

Theodor Thjøtta (1885–1955), som kom fra et av de andre miljøene som drev med bakteriologi, nemlig «Hærens bakteriologiske laboratorium».

Thjøtta var tidligere sjømann og hadde en dramatisk bakgrunn for sitt arbeid med infeksjonssykdommer.³²⁸ Thjøtta var sønn av en skomakermester i Sandnes, og som det ikke var uvanlig i de kanter av landet, var det sjøen som dro når ungdommen skulle ut i arbeid. Det var fortsatt seilskutetid og han var med på langfart i tre år, blant annet til Syd-Afrika, der han måtte på sykehus for en infeksjon i en hånd som førte til at en finger måtte amputeres. Han fikk da lyst til å bli lege, leste gymnasfag, riktignok avbrutt av drivgarnfiske i Nordsjøen, tok artium i 1907 og medisinsk embetseksamen med laud i 1912, bare fem år senere. Så var det ut igjen i 1913, nå som skipslege på hvalfangst utenfor Angola. Opphold ved hvalstasjonen der kunne vært greit nok, med antilopejakt og møte med halvville innfødte. Men så oppsto det en epidemi av basillær dysenteri som han med enkle midler måtte forsøke å ordne opp i. I 1914 dro han til Afrika på hvalfangst enda en gang. Nå var interessen for epidemiske sykdommer vakt for alvor. Etter arbeid på Ullevåls epidemiavdeling dro han derfor til Gades institutt i Bergen i 1917, der han disputerte på dysenterisykdommen i 1918. Dysenteriutbrudd var for øvrig på denne tiden et problem i distriktene rundt Bergen.

I Kristiania var «Hærens bakteriologiske laboratorium» åpnet i 1919 med Thjøtta som bestyrer og samtidig epidemilege i saniteten. Hygienefaget og bakteriologien ved Universitetet var således ikke alene på feltet. Hærens bakteriologiske institutt ble et levende vitenskapelig miljø, der mange kjente personer fra norsk medisin fikk sine læreår.

Thjøtta skal ha vært en usedvanlig dynamisk og fargerik person og en dyktig foreleser. Hans fag var både viktig og populært. Diagnostikk og forskning skjøt fart. Thjøtta avstedkom gjennom sine forbindelser i sjøfartsmiljøet at dårlige arbeidsvilkår ble erstattet med det hypermoderne Kaptein W. Wilhelmsen og frues bakteriologiske institutt i 1940.

Samfunnet som premiss

Fysiologene ved Universitetet var ikke alene om å ha samfunnsansvar som bakteppe for sin forskning. Blant annet pustet hygienefaget dem i nakken. Dels var det fra Hygienisk Institutt med Axel Holst og hans vitaminforskning. Men Universitetet hadde på dette feltet også konkurranse utenfra. Et stort navn når det gjaldt kosthold og helse i mellomkrigstiden var Carl Schiøtz (1877–1938). Han hadde vært lege på Romerike og tok doktorgrad i 1918 på *En undersøkelse av 10 000 norske skolebarn, særlig med hensyn på*

328 Se spesielt hans biografi i Larsen Ø. (red.) *Norges Leger* 1996, bind 5, s. 376-8.

vekstforhold. Blant skolebarna var det ikke bare uoppdaget sykdom, men også tegn på mangelfull eller feilaktig ernæring.

Med sin studie av skolebarna løftet Schiøtz fram den *kvantitative* tilnærmingen i medisinsk og hygienisk forskning. Dette var i og for seg ikke nytt, men ved hjelp av sine store tall kunne Schiøtz belyse viktige helseproblemer på en ny måte.

Schiøtz ble skolelege i Kristiania i 1917 og sunnhetsinspektør fra 1918. Ut fra denne posisjonen satte han i gang viktige studier som berørte både ernæringsfysiologi og fysisk antropologi. Schiøtz fikk i 1924 Voss' legat for arbeidet *Physical Development of Children and Young People during the Age of 7 to 18–20 years*.

Schiøtz gjennomførte systematiske høyde-vekt-undersøkelser av skolebarn. Forskningsresultatene fikk umiddelbare praktiske konsekvenser. Han satte således i gang *Oslo-frokosten* fra 1929 som et viktig tiltak for å sikre barnas ernæring. Han fikk også i stand den norske bedriftslegeordningen, som startet med ham som bedriftslege ved A/S Freia Chokoladefabrik i 1917. Dette var et folkehelseiltak, men ga samtidig muligheter for kvantitative studier av voksne, nemlig en befolkningsgruppe som besto av presumptivt friske og arbeidsføre personer, men der det kunne være uoppdaget sykdom.

I 1930 sluttet Axel Holst og i 1931 ble Carl Schiøtz hans etterfølger i professoratet ved Hygienisk Institutt. Slektskapet med virksomheten ved Anatomisk Institutt ble nå slående. Schiøtz studerte fysisk antropologi, blant annet ved hjelp av en teknikk der personene som skulle undersøkes ble fotografert på en meget nøyaktig, standardisert måte. Målinger kunne så foretas på bildene.

Et varsko

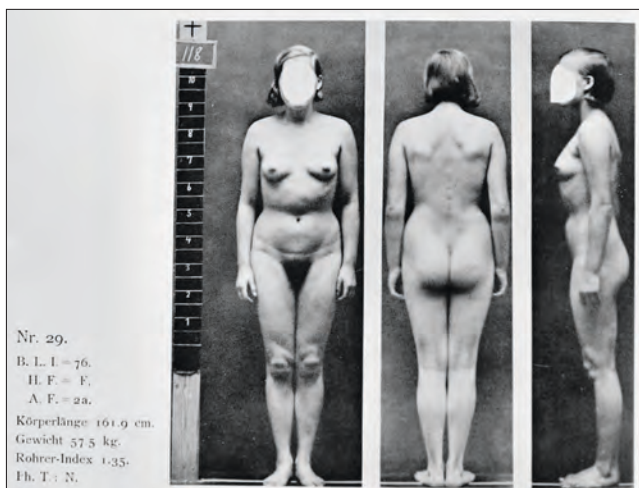
Vitenskap basert på målinger av mennesker hadde lange tradisjoner, faktisk flere hundre år, fordi man hadde samlet inn store tallmaterialer ved militær sesjon i mange land. Her var målsettingen fra gammelt av grovt sagt å sortere ut de som ikke passet til tjenesten og å få rett mann på rett plass. Dette ble slike målinger for så vidt fortsatt brukt til, ikke bare for militære forhold, men også ellers, f. eks. i arbeidslivet.

På akkumulert nivå kunne slike tall fortelle noe om befolkningen som sådan. Derfor var studier av den typen som foregikk på Anatomisk Institutt og på Hygienisk Institutt i mellomkrigstiden god forskning, i tråd med internasjonale trender.

Inndeling av mennesker i typer og raser på bakgrunn av antropologisk forskning kunne kombineres med tidens store interesse for arvelighet. Da kunne det også bli *farlig*.



Figur 74: I mellomkrigstiden var vekst og utvikling, samt normalverdier for biologiske mål et viktig forskningstema. Skolebarnsundersøkelsene til professor Carl Schiøtz (1877–1938) var i så måte banebrytende. (Foto: Anders Beer Wilse (1865–1949), tilhører Oslo Bymuseum)



Figur 75: Tilsvarende antropologiske undersøkelser ble også utført på voksne. Her ser vi en av illustrasjonene i: Schiøtz C. Somatologische und funktionelle Untersuchungen an 300 jungen norwegischen Frauen. Oslo: Jacob Dybwad, 1936. Det er ikke sikkert denne type forskning ville bli akseptert uten videre idag, især ikke publikasjonsformen, hvor det i samtiden kunne tenkes være mulig å gjenkjenne personene. Forskningsetikken forandrer seg.

I Norge hadde vi et frittstående, noe egenartet institutt som drev med denne problemstillingen. Jon Alfred Mjøen (1860–1939) hadde avlagt farmasøyteksamen 21 år gammel i 1881.³²⁹ Han drev Røros apotek noen år før han dro utenlands. Etter opphold i blant annet Frankrike, Storbritannia og USA slo han seg ned i Tyskland, der han tok doktorgrad i organisk kjemi i 1894. Her fikk han kontakt med den forskningsretningen som kom til å oppta ham resten av livet, nemlig *rasehygiene*.

Mjøen grunnla det private Vinderen Biologiske Laboratorium i 1906, finansiert ved at han hadde jobber ved siden av. Fra 1916 var han apoteker på Majorstuen apotek. I sin bok *Rasehygiene* (1914) ga han samfunnet omkring innblikk i sitt fag, men for medisinerstudentene hadde han lagt fram sitt program på et møte i Medicinerforeningen allerede 7. mai 1908.³³⁰

Mjøens grunnidé var å bevare arvestoff og unngå degenerering ved raseblanding. Dette ga grunnlag for et sosialpolitisk program. Han møtte kraftig motstand, blant annet fra Universitetet, der mange betraktet ham som en uvitenskapelig outsider. Men det er viktig å merke seg at hans tanker også vant bred gjenklang og fikk stor oppmerksomhet, blant annet i politiske kretser. Mjøens framlegging av sin rasehygiene på Venstres landsmøte i 1914 ble godt mottatt. Så sent som 20 år senere, i 1934, uttalte selv sosialisten Karl Evang seg positivt.

Etter 1933, da nasjonalsosialistene med Adolf Hitler (1889–1945) overtok i Tyskland, blomstret tysk raseideologi opp med idéer om at enkelte raser var mer verdifulle enn andre, noe som åpnet for skremmende politiske konsekvenser.

Det skjedde også noe annet som det tok litt tid før omverdenen forsto konsekvensene av: Det nye regimet i Tyskland begynte å omforme landets tradisjonsrike og velansette universiteter til politiske redskaper.³³¹ Dette ble også forsøkt gjennomført i de land tyskerne okkuperte fra 1939 og i årene som fulgte, mange steder på brutalt vis.

Strømningene fra syd ble et varsko for norske forskere. De tyske universitetene hadde høy prestisje og det var dit norsk vitenskap hadde vendt seg gjennom generasjoner. Men nå ble fag forandret. Det ble et politisk overlag over noe så grunnleggende som problemstillinger og metoder. Det meste av virksomheten ved universitetene siktet nå på å tjene som vitenskapelig legitimering av den nasjonalsosialistiske grunnidé.

329 Se Gylseth CH. Jon Alfred Mjøen. I: Arntzen JG (red.) *Norsk biografisk leksikon*, bind 3. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2003. s. 312-3.

330 Mjøen JA. *Rasehygiene*. Kristiania: Jacob Dybwads forlag, 1914, s. 246.

331 Dette er omfattende drøftet i Fure JS. *Universitetet i Oslo 1940–1945. Universitetet i kamp*. Oslo: Unipub, 2011.

Vi har tidligere drøftet linjen *kunnskaper* satt inn i et sett av *verdier* som grunnlag for *meninger* og dermed for beslutninger. I det tredje rikes Tyskland ble dette snudd rundt: Politisk *mening* var gitt forrang og formet *verdier* som bestemte hvilke *kunnskaper* man skulle lete etter for å begrunne dem.

Mange norske universitetsfolk hadde gode faglige og personlige kontakter i Tyskland. Det var faktisk vanskelig å forstå hva som skjedde. Noen skjønnte alvoret tidlig, andre ikke. Og i praksis: Hva skulle man f. eks. gjøre hvis man ble invitert til et eller annet møte med sine kolleger eller til en konferanse, der sjansen for at besøket kunne bli utnyttet i propagandaøyemed absolutt var tilstede?³³²

For medisinerne kom det dessuten inn et annet moment som skapte undring og uro: Det tyske helsevesenet hadde utviklet en sosial profil som vi i Norge så på med interesse.³³³ Også i Norge hadde medisinerne hevet blikket fra enkeltpasienten til befolkningsgrupper og sett at det ga nye perspektiver med potensial. Alfred Grotjahn (1869–1931) var blitt professor i det nye faget *sosialhygiene* i Berlin i 1920. Sosiale forhold ble nå trukket sterkere inn i medisinen. Denne synsvinkelen la grunnlaget for den brede ansats for å bedre folkehelsen som Verdens Helseorganisasjon (WHO) sto for da organisasjonen ble opprettet etter krigen i 1948, og som hadde bred støtte i norske fagmiljøer som stilte seg bak en sosialhygienisk tilnærming for å løse folkehelseproblemene. I Tyskland slo imidlertid den nasjonalsosialistiske politikken, og blant annet dens perverterte rasehygiene, inn i sosialhygienen etter 1933. Der ble også sosialhygienen et politisk redskap. Dette skurret i norske ører.

Det er grunn til å merke seg at det var først etter Det tredje rikes fall, etter 1945, at det anatomiske fag fysisk antropologi for en stund tapte i anseelse, før faget reiste seg igjen med nye problemstillinger og metoder. Men «rasehygiene» ble ikke lenger ansett som akademisk stuerent, og har heller ikke vært det siden.

Sosialhygienens opprinnelige grunnidéer om helse, levkår og sosiale forhold gjelder imidlertid fortsatt. De overlevde den vanskelige tiden og

332 Dette var tilsvarende i andre land. Kfr. Nils Hanssons doktorarbeid fra Lund (2013), der han blant andre temaer drøfter svenske legers holdning til tyske invitasjoner m.v.: Hansson N. *Entusiasm – Skepsis – Distans. Studier i svensk-tyska förbindelser inom medicinen 1933–1945*. Lund: Lunds Universitet, 2013.

333 Se Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003; Fischer A. *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens I-II*. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1933. Opptrykk Hildesheim: Georg Olms Verlagsbuchhandlung, 1965 (dekker grunnlaget fram til opprettelsen av Reichsgesundheitsamt 1876) og Evang K. *Health Service, Society, and Medicine – Present day health services in their relation to medical science and social structures*. London: Oxford University Press, 1960 (En sammenlikning og drøfting av ulike typer helsevesen.).

finnes igjen i etterkrigstidens norske sosialpolitikk, i helsevesenet og i universitetsfagene hygiene og sosialmedisin.

Forskning og uklar struktur

Det fins et gjennomgående problem når man skal forsøke å isolere Det medisinske fakultetet, og spesielt undervisningsfunksjonen, i en medisinhistorisk framstilling. Vi har berørt at så mye av den kliniske aktiviteten, med tilhørende undervisning i det som må regnes som universitetsmiljøet, foregikk ved sykehus og institusjoner som ikke var en del av Universitetet, og som derfor egentlig ikke hører med i fakultetets historie.

Rikshospitalet burde for så vidt være greit, ettersom det var opprettet som undervisningssykehus. Forskning var og er en del av Universitetets oppgaver, og dermed også av Rikshospitalets implisitte oppgaver. Rikshospitalet hadde også riksdekkende funksjoner for helsetjenesten, altså for kurativ medisin på høyt nivå. Rikshospitalet lå – og ligger fortsatt – til og med under et annet departement. Professorene på Rikshospitalet var gjerne ansatt i hovedstilling ved Universitetet og i bistilling som overleger ved de respektive avdelingene ved sykehuset. De kunne f. eks. ha en sekretær og noen tekniske medhjelpere som sammen med dem utgjorde den lille, lokale universitetsenheten, mens den ofte store staben for øvrig tilhørte Rikshospitalet. Hvor lojaliteten lå, kunne da være et spørsmål med flere svar. Inn til den nyeste tid har det dessuten vært et komplisert og dels uavklart spørsmål hvilke funksjoner de bevilgningene egentlig kom til gode, som årlig ble overført til Rikshospitalet for å dekke opp for universitetsfunksjonene.

Ved Ullevål sykehus, som helt fra starten i 1887 var et sentralt element i Det medisinske fakultets virksomhet, var forholdene tilsvarende. Her var forbindelsen mellom sykehuset og Universitetet enda løsere. Fram til 2002 var det Oslo kommune som eide Ullevål sykehus, og de kurative oppgavene utgjorde rasjonalet for sykehusets hele eksistens. Rundt om ved forskjellige avdelinger fantes det universitetsprofessorer og andre universitetslærere. Disse var som regel ansatt i hovedstilling ved Ullevål sykehus og hadde bistilling ved Universitetet. Det foregikk også mye undervisning og forskning ellers ved sykehuset, utført av andre som ikke hadde noen formell universitetstilknytning. Tilsvarende arrangementer hadde fakultetet ved andre sykehus, f. eks. Aker sykehus, Radiumhospitalet, Oslo kommunale legevakt og Sophies Minde. Ullevål-miljøet og de andre miljøene både var og er store og aktive. Derfor hører mye medisinsk virksomhet som man umiddelbart oppfatter som forbundet med fakultetet, egentlig til en annen historie.

I etterkrigstiden skjedde det generelt en oppsplitting av fag ved at spesialområder skilte seg ut og utviklet sin egen identitet. Dette førte også til formell oppsplitting. Spørsmålet man stiller seg ved det historiske tilbakeblikk, er hvorfor ikke sentrale fagpersoner i større grad ble fakultetsansatt, ettersom mange av disse fagområdene hørte med i undervisning og annen fakultetsrelatert virksomhet. Det kan ha noe med økonomi å gjøre, både for fakultetet og for lærerne, slik at begge parter fant ordningen gunstigst. Man hadde systemet med professorater II, dvs. vanligvis åremålsansatte professorer i bistilling, f. eks. i 20 %. De faglige kravene til professor II har imidlertid alltid vært de samme som til fulltidsprofessoratene, professor I. Professoratene II hadde – og har fortsatt – oftest fem års tjenestetid. Denne perioden ble gjerne, men ikke automatisk, fornyet.

For de eksterne institusjonene var det ofte prestisje i å ha professorater og universitetstilknytning. Fagpersonene det gjaldt ville også gjerne at det skulle være slik. Derfor hendte det flere ganger at de eksterne institusjonene selv tilbød seg å dekke fakultetets utgifter ved ordningen over sitt eget budsjett. Tilsynelatende paradoksalt var fakultetet periodevis ganske nølende til å ta imot slike tilbud og derved til å utvides uten at det ble noen økonomisk belastning. Man kunne se for seg et fakultet som i tillegg til den faste staben var bestående av et stort nettverk av tilknyttede professorer og andre lærere ved sykehus og institusjoner rundt omkring. Dette ville kunne gi stor bredde og slagkraft. På den annen side var det slik at en professor II var på linje med andre professorer i fakultetsspørsmål. Det var ingen forskjeller på professorer I og professorer II, bortsett fra den arbeidstiden som hørte til engasjementet ved Universitetet.

Stemmerett i fakultetssaker var et av elementene i den nølende holdning overfor eksternt finansierte lærerstillinger. Enkelte dekaner var engstelige for at man simpelthen skulle risikere å «selge ut» fakultetet til institusjoner utenfor Universitetet, slik at fakultetet ville få svekket sin egen innflytelse over seg selv.³³⁴ Tilknytningsformene ble derfor annerledes, men tilknytningen var der likevel.³³⁵ Dette forholdet bidrar til at historien om aktiviteten ved Det medisinske fakultet bare er en del av historien om hva som har foregått i det medisinske universitetsmiljøet i Oslo, sett i vid forstand.

334 Eksempel: I 1990-årene var det mye snakk om opprettelse av professorater II ved det som da het Statens Institutt for Folkehelse («Folkehelsa»). Man hadde allerede et professorat II i miljømedisin, men det var tilbud om flere fra det store, eksterne instituttets fagområder, og Folkehelsa sa seg villig til å betale. Daværende dekanus, professor Stein A. Evensen (f. 1942) ville imidlertid ikke dette av de prinsipielle grunnene som er nevnt i teksten. Det fakultetet da tapte, var muligheten for å inkludere disse fagområdene på en mer forpliktende måte i fakultetets aktiviteter. Det fakultetet vant, var å bibeholde sin autonomi.

335 Eksempel: Mange stipendiater og andre forskere som gjennomfører sine doktorgradsprosjekter ved eksterne institusjoner, har ofte veiledere fra fakultetet og forsvarer graden der.

Tuberkulosen – Ullevålsmiljøet som pionerer

Å studere medisin var farlig.³³⁶ Det var farlig ikke bare ved vårt medisinske fakultet, det var farlig overalt på grunn av kontakten med smittsomme sykdommer.

Det var farlig å være lege³³⁷ eller annet helsepersonell også, men det var særlig bekymringsfullt når unge mennesker som begynte på sin utdanning gikk rett inn i en betydelig helsefare. Mange medisinerstudenter ble smittet med tuberkulose og noen av dem døde enten i løpet av studiet eller like etter at de var ferdige med utdannelsen. Det samme gjaldt for sykepleierelevne. I mellomkrigsårene var dette særlig skremmende, fordi vi hadde fått nye, store sykehus der smitteeksponeringen kunne være massiv. I befolkningen var det f. eks. i 1913 slik at hele 15,2% av alle som døde av sykdom, døde av lungetuberkulose. Når vi dertil vet at tuberkulosen i særlig grad rammet unge, er det ikke til å undres over at situasjonen ble opplevd som meget dramatisk.

Problemet var at det forebyggende arbeidet mot tuberkulose ennå ikke hadde funnet sin form. Selv om tuberkelbasillen hadde vært kjent helt siden 1882, var ikke de forebyggende, hygieniske tiltakene effektive nok, og behandlingen var for det meste uspesifikk. Det var nødvendig med forskning, og på Ullevål sykehus var det forholdene for sykepleierelevne og medisinerstudentene som utløste dette.

Det hører med til historien at tuberkulosearbeidet i Norge hadde utviklet seg litt annerledes enn i mange andre land. Dette hadde betydning også for hvordan tuberkuloseproblemet ble tatt opp i universitetsmiljøet. Det var nemlig slik i Norge at den praktiske innsatsen i stor grad skjedde «nedenfra», fra «grasrota» som man ville uttrykt det noen generasjoner senere.

Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) var stiftet i 1896. Den hadde som formål å yte bistand under den forventede krigen med Sverige. Da det ikke ble noen krig, vendte den meget store, effektivt organiserte og godt ledede kvinneforeningen seg mot en annen fiende – tuberkulosen. I dette var det også politikk. Det var Venstre-sympatier og anti-svenske holdninger. Tuberkulosearbeid rundt om i landet var dessuten blitt kvinnesak.

336 Kfr. f. eks. stud. med. Sverre Sørsdals brev. Se: Larsen Ø. Legestudent Sverre Sørsdals brev til sin mor 1919–27. *Michael* 2013; 10: 365–446 og stud. med. Odd Kinck Eides (1894–1924) brev, gjengitt i Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.

337 Dr. Frantz Caspar Kiær (1835–1893) redigerte Norges Leger-utgavene fra 1873 og 1888, nå inkludert i Larsen Ø. (red.) *Norges Leger I-V*, Oslo: Den norske lægeforening, 1996). Han samlet inn materiale om sykdom hos legene ved hjelp av spørreskjemaer, men døde før han fikk gjort bearbeidelsen ferdig. Dette ble gjort hundre år senere: Rosvold EO. A day in the life of a country doctor – occupational hazards in general practice in the nineteenth century. S. 189–202 i: Larsen Ø. (ed.) *The shaping of a profession*. Canton MA, Science history publications/US, 1996 og Rosvold EO, Larsen Ø. Krankheit im Arztberuf. *Medizinhistorisches Journal* 1996; 31: 167–80.

Røde Kors drev også tuberkulosearbeid, men var mer borgerlige. Dessuten var de tilhengere av unionen med Sverige. Legeforeningen tok initiativet til å opprette Den Norske Nationalforening mot Tuberkulosen i 1910 med kongepar og myndigheter tilstede. Nå hadde *legene* fått et fotfeste. Det skar seg imidlertid forholdsvis fort med NKS. Over hele landet var det lokale tuberkulosehjem og sanatorier drevet av sanitetskvinnene. Det var dit pasientene kom.³³⁸

Det var den alminnelige mening at tuberkulosesmitten skjedde i barnealderen. Da arbeidet med å finne fram til en vaksine var kommet så langt at man hadde en bakterie som ga immunitet mot smitte med den patogene tuberkelbasillen, men som selv ikke ga sykdom, hadde man et forebyggende middel. Dette var BCG-vaksinen, med navn forkortet etter *Bacille Calmette Guérin*, utviklet i Frankrike av Albert Calmette (1863–1933) og Camille Guérin (1873–1961). Denne vaksinen var testet ut på nyfødte i 1921–1922.

På Ullevål sykehus hadde man et stort antall sykepleierelever og et stort antall legestudenter. Overlegen ved medisinsk avdeling IX, dit lungepasienter kom, var dr. med. Olaf Scheel (1875–1942). Som reservelege hadde han Johannes Heimbeck (1892–1976). Disse gikk kvantitativt til verks. Først kartla de forholdene og fant med pirquetprøver at de som ikke var pirquet-positive da de begynte, ble det etter hvert. Altså kunne også voksne smittes. Da var logikken at det måtte nytte med BCG-vaksinering. Den utadvendte Heimbeck fulgte opp sykepleierelevene, kunne vise god vaksinasjonseffekt og høstet stor heder for dette. Den eldre og mer stillfarende Scheel fulgte opp de BCG-vaksinerte medisinerstudentene og fant samme gode resultater.

Konklusjon på denne historien i vår kontekst? Banebrytende ny kunnskap om tuberkulose ble utviklet i mellomkrigstiden ved hjelp av medisinerstudenter, sykepleierelever og forskere som *hørte hjemme i universitetsmiljøet*, men som ikke var en del av *fakultetet*.

*Indremedisinsk forskning på Rikshospitalet*³³⁹

Indremedisiner og klinisk lærer i «moderfaget» indremedisin fra 1885 Søren Bloch Laache var professor i patologi og terapi fra 1895 og ble samtidig overlege ved det som ble kalt medisinsk avdeling A ved Rikshospitalet fra 1897.

Helt fra Laaches anemistudier og fram til i dag har *hematologi* vært et sentralt forskningsfelt ved Rikshospitalets medisinske avdeling A. Laache

338 Om tuberkulosearbeidet i Norge se: Bjartveit K. Hvit pest – Svart tjære. Felttog mot farlige folkesykdommer på 1900-tallet. *Michael* 2007; 4: Supplement 7.

339 For flere faglige detaljer om Rikshospitalets virksomhet vises til Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø, Swärd ET. *De tre Riker – Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.

var professor fram til 1924. Etter ham kom den da 46 år gamle Olav Mikal Hanssen (1878–1965) som var overlege i Bergen. Han hadde en doktorgrad fra 1914 som passet godt inn i avdelingens profil – *Transfusion und Anämie*. Et annet av hans og avdelingens sentrale interessefelt var diabetes.

I 1948 gikk Olav Hanssen av med pensjon og ble etterfulgt av Paul Arnor Owren (1905–1990). Med Owrens arbeider over blodkoagulasjonen, fra hans disputas om dette i 1947, ble det en «skole» av hematologer som hadde sin bakgrunn fra Rikshospitalets medisinske avdeling A.

Ved den andre medisinske avdelingen ved Rikshospitalet ble Peter Fredrik Holst (1861–1935) overlege og lærer for studentene da Emanuel Winge døde i 1894. Holst ble professor i indremedisin i 1902 ved avdelingen som nå het medisinsk avdeling B. Holst var professor i 30 år til han gikk av for aldersgrensen i 1932. Han hadde vært innom en rekke felter av indremedisinen. Avhandlingen fra 1894 var f. eks. av epidemiologisk-mikrobiologisk karakter: *Bakteriologiske Undersøgelser foretagne i Anledning af Masseforgiftningen paa Gaustad Sindssygeasyl i 1891*, en inngående studie av en matbåren infeksjonssykdom av en stavformet *bacillus* som ble kalt «Gaustadbacillen».

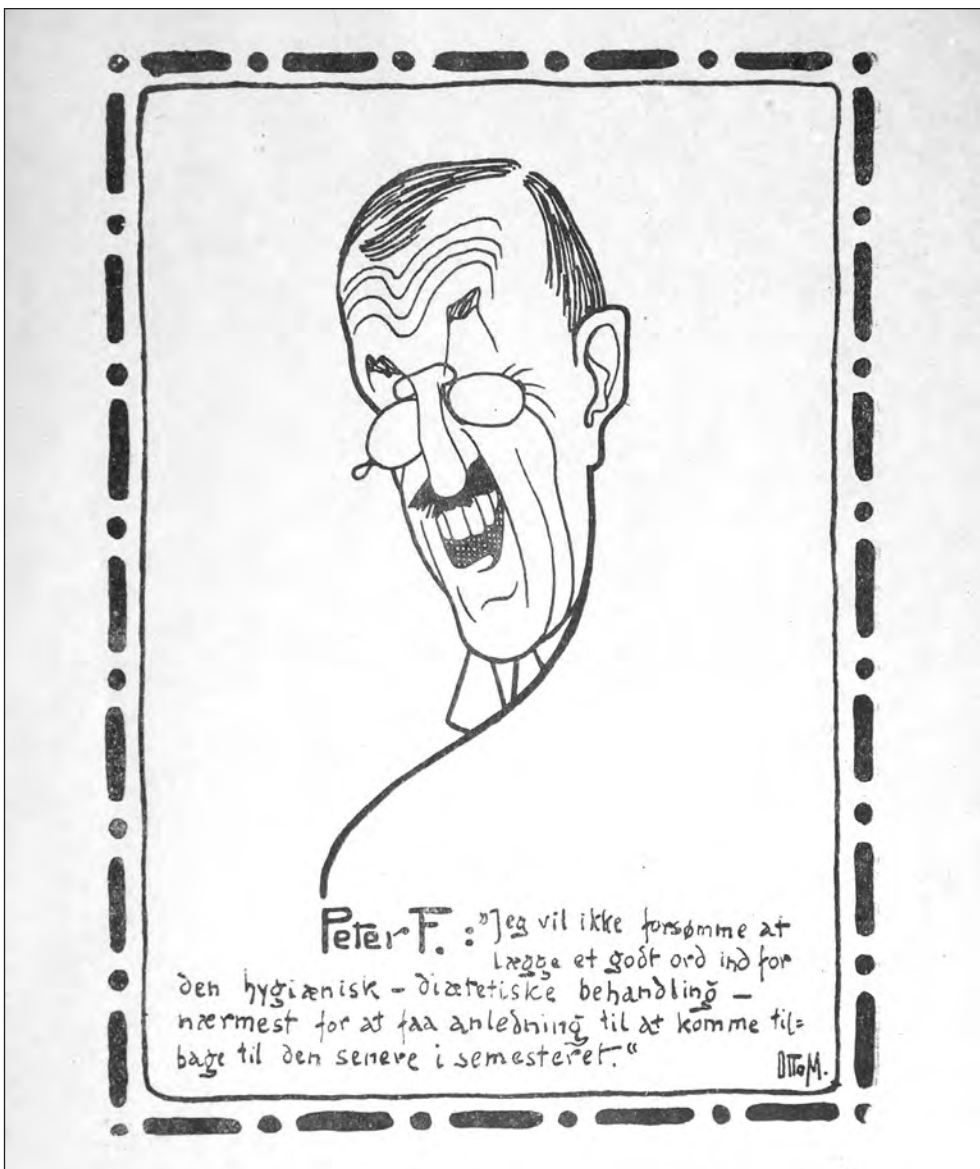
Holst mente at tuberkulosepasienter også med fordel kunne behandles i vanlige sykehus, ikke nødvendigvis på sanatorier, en oppfatning som ikke passet så godt inn i tidens strømninger i Norge.

Ellers ble *cardiologi* et sentralt felt for forskning og klinikk ved avdelingen mens Peter F. Holst ledet den. Denne retningen ble også videreført senere, selv om etterfølgeren, Harald Astrup Salvesen (1889–1972) hadde sterke interesser innenfor klinisk fysiologi. Han hadde vært på Fysiologisk Institutt i professor Torups tid og på Rockefellerinstituttet i New York 1922–1924. Doktorarbeidet *Studies on the physiology of the parathyroids* er fra 1923. Senere kom det et meget stort antall publikasjoner som tangerte dette, foruten om nyresykdommer m.v.

Etter «Keiseren»

Innen kirurgifaget var situasjonen den at innføringen av egnet anestesi som ga smertelindring og aseptikk som bremsset infeksjonskomplikasjonene, åpnet nye arbeidsfelter for kirurgene. Dette krevde imidlertid utvikling av nye operasjonsteknikker. Derfor ble kirurgisk metodeutvikling svært viktig fra slutten av 1800-tallet og framover. Hvis forskning defineres som å skape ny kunnskap, så må også slik metodeutvikling regnes som ekvivalent med forskning.

Ved Rikshospitalet hadde altså «Keiseren» Julius Nicolaysen trosset stormene (les: Scharffenberg) rundt århundreskiftet og gikk av i 1908. I 1909 ble hans sønn Johan Nicolaysen (1860–1944) farens etterfølger i profes-



Figur 76: Peter Fredrik Holst (1861–1935) var professor i indremedisin ved Rikshospitalet i årene 1902–1932. Her er han avbildet av stud. med., senere arvelighetsforsker og professor fra 1919, universitetsrektor 1945–1951, Otto Lous Mohr (1886–1967). Mohr var en glitrende karikaturtegner. Her har dette altså gått ut over en av hans lærere med mild humor. Denne og andre tegninger finnes i trykt form og henger på veggen rundt i mange eldre norske legers hjem. Bildet som er gjengitt her, har tilhørt overlege Rolf Grønn (1895–1978) ved Halden sykehus. (Reprofoto: Øivind Larsen)

soratet. I ettertid kan det se litt spesielt ut når stillinger tilsynelatende «går i arv», eventuelt er blitt besatt med nære bekjente. Den vesentligste forklaringen på dette er at det vitenskapelige miljøet var lite, slik at rekrutteringsgrunnlaget blant kvalifiserte var tilsvarende begrenset. Det var heller de faglige interessene som «gikk i arv». Vi har allerede sett hvordan prosessene med blant annet «professorkonkurranse» kunne være nådeløse nok.³⁴⁰

Johan Nicolaysen hadde doktorgrad på tarmslyng fra 1895. Han høstet stort ry for utvikling av operasjonsprosedyrer, spesielt innenfor gastro-intestinal kirurgi. Johan Nicolaysen hadde ikke bare vært i Tyskland på studieopphold, men også i London. Mange av metodene han innførte var hentet derfra, noe som på den tiden var nytt i den ellers svært tyskorienterte norske medisinen.

Men akkurat som indremedisinen hadde nær kontakt med andre fag, hadde kirurgien det samme. Johan Nicolaysen var opptatt av strumabehandling. Struma var ikke så sjelden før i tiden, blant annet fordi det i mange strøk av landet var et jodfattig kosthold. Nicolaysen begynte med preoperativ jodbehandling for pasienter som skulle opereres for thyreotoksikose og ivret for å bruke jod som profylakse mot struma. Dermed beveget han seg langt over på indremedisinernes banehalvdel.

Da Johan Nicolaysen gikk av i 1930, kom den 38 år gamle Johan Martin Holst (1892–1953) inn som ny professor og sjef for kirurgisk avdeling A. Blant hans faglige hovedinteresser var også struma og thyreotoksikose, et tema han hadde doktorgrad på fra 1924. Som kirurgiprofessor er han kjent for sin videreutvikling av thorakoplastikken, den kirurgiske behandlingen av lungetuberkulose. Den gamle behandlingen med fjerning av ribbein for å få deler av den syke lungen til å falle sammen, var et stort inngrep for pasienten. Holst utviklet en metode for lokal plastikk, der plevrahinnen ble løsnet over lungetoppen, der de tuberkuløse kavernene gjerne satt. Da falt bare den angrepne delen av lungen sammen.

«Keiseren» Julius Nicolaysen hadde ikke vært alene som kirurgiprofessor ved Rikshospitalet. Han hadde en kollega, nemlig Hagbarth Strøm (1854–1912), som var apotekerutdannet før han begynte på medisin, ble lege i 1882 og reservelege ved Rikshospitalets kirurgisk avdeling B fra 1884. Doktorgraden fra 1884 var om kirurgisk behandling av kneleddstuberkulose. Strøms styrke skal først og fremst ha vært som metodeutvikler. Han utførte dristige inngrep, f. eks. ved gallestein, fjernelse av magesekken, strupehodet m.v. og han ble undertiden kritisert for dette. I henhold til

340 Kfr. f. eks. Guldberg/Hennum-konkurransen om professoratet i anatomi.

tidens skikk drev han også privat ved sin egen klinikk i byen. Men så døde han altså i 1912, 58 år gammel.

Det var derfor etterfølgeren, professor Peter Nicolay Bull (1869–1951) som holdt i roret ved Kirurgisk Avdeling B etter utnevnelsen i 1912. Han hadde medisinsk eksamen fra 1894. Etter det hadde han vært assistent i tre år hos den legendariske privatpraktiserende kirurg Alexander Malthé (1845–1928). Fra 1904 hadde han vært Hagbarth Strøms reservelege, og han tok sin doktorgrad i 1905 på en avhandling om dermoidcyster og teratoide svulster. En av Bulls faste meninger var at akutt blindtarmbetennelse skulle behandles kirurgisk, og han publiserte undersøkelser som støttet opp under dette synspunktet. Der fulgte han i Malthés fotspor. Peter Nicolay Bull utviklet også teknikker for kirurgisk behandling av lungetuberkulose.

Bull var svært misfornøyd med Rikshospitalets lokaliteter og klagde på dette, men det gikk tregt med hospitalets planlegging av en ny kirurgisk bygning. Bull skal ha vært en meget dyktig lærer, men i 1928, 59 år gammel, søkte han avskjed, sluttet og begynte isteden som kirurgisk overlege ved Lovisenberg sykehus. I Universitetets jubileumsbok fra 1961³⁴¹ siteres han på at han begynte ved Lovisenberg fordi han der kunne få «utnytte sin kliniske erfaring, befriet fra undervisning og eksamensbyrder.» Med denne nedlatende bemerkningen om sine sentrale arbeidsoppgaver som professor ved fakultetet befrier han seg også fra ytterligere omtale her.

Etter at Bull hadde sluttet, overtok Ragnvald Ingebrigtsen (1882–1975) som professor og som overlege ved Kirurgisk Avdeling B. Han hadde studieopphold bak seg både i USA og i Paris og doktorgrad fra 1918 på et eksperimentelt arbeid *Om nervetransplantation*. Ingebrigtsen gikk egentlig av med pensjon ved oppnådd aldersgrense i 1952, men fortsatte likevel to år til.

Samarbeid, spesialavdelinger og internasjonal standard

Det medisinske fagmiljøet i Kristiania, i byen som pr. 1. januar 1925 var omdøpt til Oslo, var oversiktlig, slik at det lå vel til rette for samarbeid når dette var aktuelt og ønskelig. Den fysiske og administrative avstanden mellom Rikshospitalet og Ullevål Sykehus betydde heller ikke alltid så mye.

Et eksempel: Carl Arnoldus Müller (1886–1983) var ved Ullevål sykehus, der han ble professor i indremedisin i 1951. Han arbeidet ut fra en klinisk synsvinkel med det samme problemet som hans eldre kollega, professor i patologi på Rikshospitalet fra 1900, Francis Gottfred Harbitz (1867–1950) hadde studert i laboratoriet, nemlig avleiringer i blodårene.

341 Bind 1, s. 200.

En rekke publikasjoner kom ut i perioden 1925–1938 om det som er blitt kalt familiær hyperkolesterolemi. De publiserte ikke sammen, men de har sammen fått knyttet sine navn til sykdommen *Müller-Harbitz sykdom*.³⁴² Selv om familiær hyperkolesterolemi i første omgang kan høres ut som en sjelden sykdom siden det har vist seg at den forekommer hos ca. tre av 1000 personer i Norge, er det likevel mange hvis man ser på befolkningen som helhet. Denne forskningen trakk kolesterolets betydning for hjertesykdom fram i lyset og ga støtet til omfattende ny forskning av stor og vedvarende praktisk betydning for både klinisk og forebyggende medisin. Det er tankevekkende at sannheter som forbindelsen mellom fett og hjertesykdom, viten som er gått inn som selvfølgeligheter i vår kultur, egentlig er ganske nye.

Både på Rikshospitalet og ved Ullevål sykehus og de andre universitetsrelaterte medisinske institusjonene som etter hvert kom til, ble det opprettet spesialavdelinger og av og til spesialiserte underavdelinger. Dette skjedde for å kunne rendyrke og utvikle fagligheten, og det utviklet seg en avansert forskningsvirksomhet, som vi skal komme tilbake til ved å omtale noen eksempler.³⁴³

Når vi ser på utviklingen etter 1914, preges den av at den medisinske, akademiske virksomheten nå skjedde på et selvstendig grunnlag, på linje med hva man fant i utlandet i samtiden. Det er mer og mer den internasjonale forskningsfronten man vender seg mot, selv om mye av forskningen fortsatt springer ut fra nasjonale problemstillinger og genererer kunnskaper som går inn som grunnlag for å løse aktuelle kliniske og samfunnsmedisinske oppgaver. Dermed var også mye av forskningen på denne tiden nær knyttet til *undervisningen* og de temaene man tok opp der.

Fakultetets første hundre år hadde vært preget av oppbygging av strukturer og profil og innsamling av kunnskap og erfaringer utenfra. Fakultetet hadde formet sin *identitet*, både i forhold til Universitetet ellers og til utlandet.

Hvis vi går tilbake til studentundervisningen og ser på alle kranqlene om studieplaner ved utgangen av 1800-tallet, kan vi tolke også dem som en *jakt på identitet*. Lenge hadde man som en naturlig sak støttet seg på

342 Ose L. Müller-Harbitz' sykdom – familiær hyperkolesterolemi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 924-5.

343 For en mer detaljert orientering, se jubileumsverket *Universitetet i Oslo 1911–1961 I-II*, Oslo: Universitetet i Oslo, 1961, Larsen Ø. *Mangfoldig medisin*. Oslo: Universitetet i Oslo, 1989 for perioden 1961–1989, og i Natvig & al. *op. cit.* 2001. for aktivitetene ved Rikshospitalet i årene etterpå. Kirurgi er omtalt i Kristiansen K, Larsen Ø. Surgical science, general surgery and superspecialization. *Acta Chirurgica, The European Journal of Surgery*, 1991: Supplementum 565. Spesielt om Ullevål sykehus i Kristiansen K, Larsen Ø. *Ullevål sykehus i hundre år*. Oslo: Oslo kommune, 1987.



Figur 77: Overlege Olaf Scheel (1875–1942) underviser ved sykesengen ved Ullevål sykehus i 1937. (Foto: Johs. Hagtvet)