

Professor Nils Berner Sørenssen (1774–1857) – teori og praksis i en medisinsk brytningstid

«Midler af hvilke man har
at befrygte langt større Skade end Nytte
bør ei anvendes.»

Michael 2021; 18: Supplement 27, 218–38.

Da Det medisinske fakultet i 1814 ble opprettet ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania, var Nils Berner Sørenssen (1774–1857) den av fakultetets tre professorer som var medisinutdannet. De to andre, Michael Skjelderup (1769–1852) og Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844), hadde sin grunnutdannelse i kirurgi. Sørenssen underviste i patologi, farmakologi og i klinisk medisin. Et håndskrevet kompendium fra 1828, Therapia generalis, der Sørenssens forelesninger i terapi er systematisert, gir innblikk i Sørenssens teoretiske sykdomsoppfatninger. Det forteller også noe om hans praksis ved sykesengen. Sykdomslæren reflekterer både gammel humoralpatologi og John Browns (1735–1788) incitasjonslære fra 1700-tallet. Selv om teoriene kunne begrunne direkte skadelig behandling, tegner kompendiet fra 1828 et bilde av Sørenssen som en heller forsiktig og tilbakeholden kliniker i møtet med den enkelte pasient. Sørenssen la stor vekt på grundig diagnostikk og det å kunne forutse prognosen. Ofte ordinerte han helt «uskyldige» preparater eller ingen legemidler når erfaring tilsa at naturen selv ville sørge for tilfriskningen. Både i sin samtid og ettertid ble Sørenssen regnet som en meget dyktig kliniker. Sørenssen underviste i terapi til han gikk av med pensjon i 1840. At Nasjonalbibliotekets håndskriftsamling nå viser seg å ha flere bøker basert på Sørenssens forelesninger, indikerer at kildegrunnet for å beskrive Sørenssens terapilære er mer omfattende enn tidligere antatt.

De tre første: Skjelderup, Thulstrup og Sørenssen

1814 var året da professor Michael Skjelderup (1769–1852) startet opp legestudiet ved Det Kgl. Frederiks Universitet i Christiania for, som det het, å «danne Læger, som i lige Grad vare uddannede ogsaa i Chirurgi» (1, s. 66).



Figur 1: Nils Berner Sørensen (1774–1857) var en av grunnleggerne av Det medisinske fakultet i 1814 og landets første overlege ved Rikshospitalet. Portrettet er malt av Adolph Tidemand (1814–76) i 1844, året da Sørensen fylte 70 år. Det originale maleriet henger på Rikshospitalet. (Foto: Øystein Hørgmo)

Skjelderup var da 45 år gammel og kom fra embetet som professor ved Københavns Universitet. Han var utdannet *chirurgicus* og tok selv ansvar for undervisningen i anatomi, fysiologi og rettsmedisin.

Med seg på laget hadde han to nyoppnevnte professorer. Den ene var den danske kirurgen Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844) som fikk ansvar for undervisningen i kirurgi og fødselsvitenskap. Tredjemann var medisineren Niels Berner Sørensen (1774–1857), figur 1. Sørensen foreleste både om farmakologi, patologi og terapi. I tillegg hadde han klinikker på sykehuset hver morgen: «*Den praktiske Medicin ved Sygesengen*» (1, s. 88).

Sørensen hadde studert medisin i København fra 1793 til 1800. Fire år etter avlagt embetseksamen, forsvarte han den medisinske doktorgraden på et arbeid om nesens nevroanatomiske strukturer. Samtidig arbeidet han som reservelege ved Frederiks Hospital.

I 1807 vendte han tilbake til hjemlandet, først for å bli *stadsphysicus* i Jarlsberg, senere i Bratsberg amt, der han virket inntil han ble kallet til Det Kgl. Frederiks Universitet i Christiania. (2, Bd V s. 333–4). Niels B Sørensen var den eneste av de tre første professorene som hadde sin grunnutdan-

ning i *medisin*. Som lærer i så vel teoretisk som praktisk terapi ble han derfor en sterk rollemodell for de nye legene.

Etter at han lot seg pensjonere i 1840, tok Andreas Christian Conradi (1809–1868) over både overlegestillingen og undervisningen etter Sørensen. Conradi hadde selv fått sin utdanning hos Sørensen som «skattede ham som sin ypperste Discippel» (2, Bd I s. 589). I til sammen mer enn femti år hadde således professorene Sørensen og Conradi ansvar for undervisningen i sykdomslære og terapi. Gjennom å «*..udsaa en Sæd, der ved... (sine) Elever er bleven spredt over det hele Land, og i en lang Aarerekke vil vedblive at give god Frugt*» (2, Bd. I s. 589), har de to trolig mer enn noen andre preget norske legers oppfatninger om sykdommer og deres behandling på attenhundretallet.

Hva er sykdom?

De første femti årene til Det medisinske Fakultet i Christiania falt i tid sammen med det som til nå har vært den kraftigste brytningstiden i hele medisinen historie. På 1700-tallet og de første tiårene av 1800-tallet var medisinen kjennetegnet av stor forvirring og et mangfold av konkurrerende teorier for å forstå liv, helse og sykdom. Tilvarende variasjon fantes for behandlingsprinsippene.

De antikke leger hadde tidlig merket seg at for mange sykdommer skjedde bedring og helbredelse ved at kroppen kvittet seg med en væskeholdig substans fra en av kroppsåpningene, fra nesensue, oppspytt og svette via utflod til oppkast og diaré. I den urgamle læren fra Hippokrates og Galén, humoralpatologien, oppfattet man det slik at sykdommer skyldtes overskudd av en av de fire kroppsvæskene: blod, svart galle, gul galle og slim. Et viktig behandlingsprinsipp gikk derfor ut på å forsterke uttømming av kroppsvæske fra kroppen, for på den måten å understøtte det man antok var naturens legende krefter. Dette skjedde ved utstrakt bruk av slimløsende, svette- og urindrivende midler, brekkmidler, klystér, eller ved å evakuere blod gjennom bruk av blodigler, koppesetting eller årelating. Slik behandling ble praktisert av leger de fleste steder til langt ut på 1800-tallet, riktignok i varierende grad og etter hvert med ulike begrunnelser.

Inspirert av Isaac Newtons (1642–1727) overbevisende beskrivelse av tyngdekraften, søkte mange på 1700-tallet etter fysiske naturlover som kunne forklare sykdom og helse. Ved flere læresteder ble det arbeidet intenst med å tenke ut nye teorier om årsaker til helse og sykdom. Det utviklet seg ulike retninger. Den vitenskapelige medisinen ut over på 1700-tallet var derfor langt fra ensartet. Rivaliserende skoler lå strid med hverandre. Lære-



Figur 2: Den skotske legen John Brown (1735–88) postulerte i Elementa medicina (1778) at sykdom skyldes for sterk eller for svak irritasjon av nervesystemet. Resultatet var henholdvis steniske og asteniske sykdommer. Hans teorier vant stor anerkjennelse i Europa og i Nord-Amerika, men ikke i eget hjemland. Årsaken til manglende anerkjennelse hjemme hadde trolig å gjøre med hans livsførsel. Brown led av podagra som i hans system var en astenisk sykdom. Egenbehandlingen med øl, vin, brennevin og opium tok helt overhånd og Brown endte sine dager i et gjeldsfengsel i London. Samtidig kobberstikk.

steder i Holland, Tyskland, Østerrike og Storbritannia utfordret universitetene i Italia og Frankrike (3, s. 246–7).

Den hollandske professoren Hermann Boerhaave (1668–1738) i Leiden lanserte en teori om at helse og sykdom var resultat av en hydrostatisk likevekt mellom ulike indre væsketrykk i kroppen (3, s. 246–7). I Göttingen utførte Albert von Haller (1708–1777) eksperimenter, der han viste at nervefibere kunne registrere og videreformidle irritasjon (sensibilitet) og at muskelfibere kunne reagere på irritasjon ved å kontrahere seg (irritabilitet). Haller kunne vise til at her derfor fantes to slags nervetråder: de irritable (motoriske) og de sensible (sensoriske). Han konkluderte at sykdom hadde å gjøre med over- eller understimulering av nervesystemet, ikke en ubalanse i kroppsvæskenes væsketrykk (3, s. 250).

I Edinburgh var William Cullen (1710–1790) professor. Inspirert av Haller hevdet Cullen at alle sykdommer sprang ut fra én form for spasme i nervesystemet. Spasmen kunne utløses av ytre påvirkninger som klima, kosthold, fuktighet mv. Forskjellige mennesker fikk forskjellige sykdommer på grunn av varierende tilstander i deres nervesystemer. Cullens sykdomslære og hans klassifikasjon av sykdommer og symptomer ble videreført ut

i sin ytterste konsekvens av hans elev og senere motstander, John Brown (1735–1788) (3, s. 262), figur 2.

I *Elementa medicinae* fra 1778 postulerte John Brown nærmest en allmenngyldig naturlov som forklaring på all sykdom og uhelse. John Brown hevdet nemlig at det egentlig bare fantes én sykdom, men at denne kunne anta tallrike former og grader. I følge «Brownianismen» var livet avhengig av en viss irritasjon eller stimulering av nervesystemet. Intern og ekstern stimulering påvirker nerve- og muskelsystemet og regulerer organismen. Sykdom var resultat av enten over- eller understimulering. Understimulering var årsak til de *asteniske* sykdommene, mens de *steniske* sykdommene (fra gresk *sthenie* = kraft) kom av for sterk irritasjon, at man var overspent. Ut fra dette skulle behandlingen av *asteniske* sykdommer være oppkvikkende og øke vitaliteten. Tiltakene var derfor varme, næringsrik mat, krydder, sterkt øl, vin, brandy eller opium. For de *steniske* sykdommene derimot gjaldt det å dempe sterk irritasjon og vitalitet ved hjelp av kulde, faste, brekkmidler, laksantia, klystér, blodigler eller årelating. Behandling av *steniske* pasienter gjennom å fjerne kroppsvæsker fra tarm, eller blod, reflekterer dels også humorallæren der sykdom ble forklart som en ubalanse mellom de fire kroppsvæskene blod, slim, svart og gul galle.

Motsvarende den systematikk Carl von Linné (1707–1778)¹ utarbeidet for planteriket, prøvde både Linné selv og senere flere andre å lage tilsvarende klassifikasjoner for sykdommene. En av dem var professor Frederik Ludvig Bang (1747–1820) ved Københavns universitet. I 1789 gav han ut det som lenge var et toneangivende medisinsk system ved fakultetet, *Praxis Medica*. Her hadde Bang katalogisert og sortert alle sykdommer i fem klasser, som igjen var inndelt i tretten ordener, 65 slekter og rundt 150 arter (4, s. 94). Hvert nivå var klart definert ved et enkelt sett av symptomer «*hvorved Lægen kunne indplacere det foreliggende Sygdomstilfælde og dermed finde frem til den rette Terapi*». Den samme Bang var det som underviste stud.med. Sørenssen om terapi ve slutten av 1700-tallet.

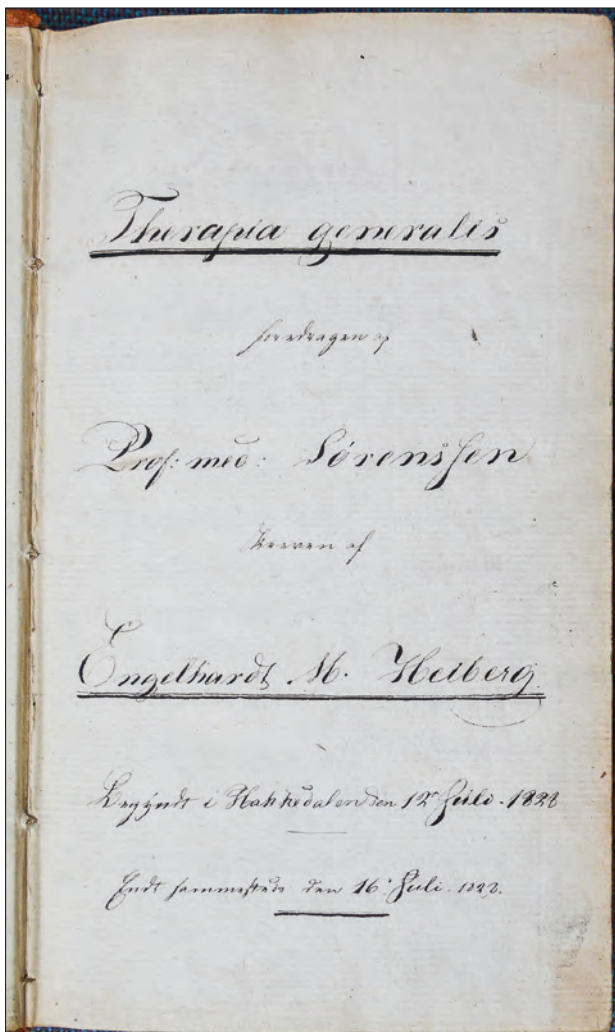
Andre terapeutiske tilnærminger og forklaringsmodeller mot slutten av 1700-tallet hadde med magnetisme eller elektrisitet å gjøre. Dessuten var det på denne tiden at den tyske legen Samuel Hahnemann (1755–1843) lanserte sitt homeopatiske system.

1 Alt i 1757 skrev Linné at smittsomme sykdommer trolig var forårsaket av et *contagium vivum*, en innvandring av uendelig små dyr i menneskekroppen. Ved sin uhyre formering antok Linné at et slik dyrisk vesen i løpet av kort tid kunne spre seg til hele menneskekroppen.

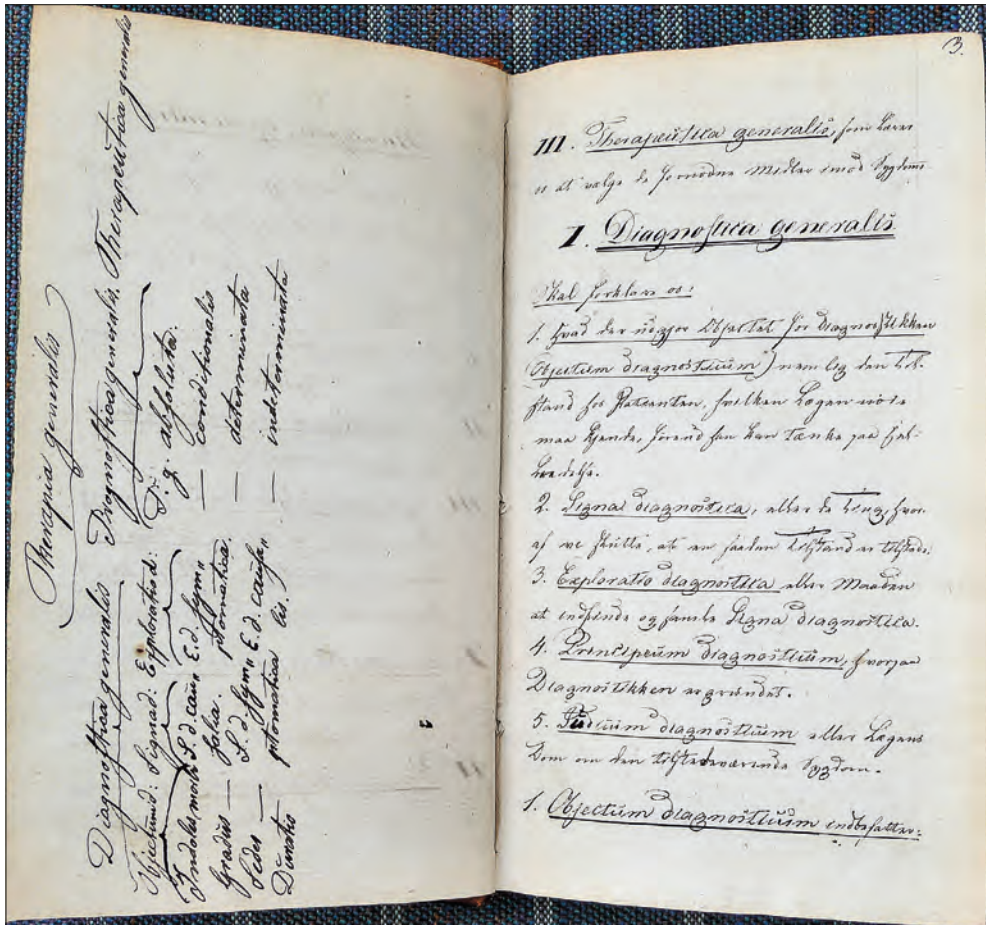
Therapia generalis

Hva vet vi om hvilke sykdomsoppfatninger og hva slags terapeutiske prinsipper Sørenssen og trolig senere Conradi, doserte for de legestuderende? Sørenssen var trolig sterkt farget av rådende sykdomslære og behandlingsprinsipper i København rundt århundreskiftet. Skriftlig dokumentasjon om dette fra han selv er imidlertid sparsom, ettersom Sørenssen knapt publiserte mer enn sin egen doktorgrad.

I 1988 kom en av oss (JS) over en håndskrevet bok, *Therapia generalis* – *Foredragene af Prof. med. Sørenssen* (figur 3 og 4), på et brukmarked i Skien.



Figur 3:
Tittelbladet i
Engelhardt
Marius Heibergs
håndskrevne
bok. (Foto:
Øivind Larsen)



Figur 4: Sørenssens systematikk, slik den kommer fram i boken. Under transkriberingen av den gotiske håndskriften i *Therapia generalis* er substantiv skrevet uten stor forbokstav mens «aa» er skrevet som «å». (Foto: Øivind Larsen)

Teksten er ført i pennen av den nittén år gamle stud.med. Engelhardt Marius Heiberg (1809–1883, figur 5) i løpet av noen sommerdager i Hakkedalen i 1828, mens han forberedte seg til høstsemesteret. Heiberg sin gotiske håndskrift er transkribert til latinske bokstaver og er gjengitt i sin helhet i *Michael* i 2012 (5).

Hva er det så *Therapia generalis* handler om? Sørenssen innleder med følgende: «*Therapia* er den disciplin som lærer os at behandle og helbrede sygdom. *Therapia* indeles i *Therapia generalis* og *Therapia specialis*. *Therapia generalis*



Figur 5: (Engelhardt) Marius Heiberg (1809–1883) var yngst av tre brødre fra Bergen og som alle utdannet seg til leger ved det nye universitetet i Christiania. De to eldre brødrene var Christen (1799–1872; professor i kirurgi) og Johan (1805–83, generalkirurg). Marius Heiberg var distriktslege i Solør og Odalen fra 1848 til sin død. I Kongsvinger er Heibergs gate stadig et minne om distriktslege Marius Heiberg. Fotografi fra Norges Leger Bd.II s. 597 (men her gjengitt fra hjemmesiden til Kongsvinger historielag)

forklarer os de grundsætninger og regler som ere tjenlige og anvendelige ved alle sygdommes behandling og cur. Den giver os almindelige regler og grundsætninger eller forskrifter med hensyn til sygdommes behandling og helbredelse. *Therapia specialis* lærer os derimod hvad vi må iagttage ved bestemte og visse sygdomme». Ut fra dette er det ikke utenkelig at det også kan ha eksistert et motsvarende kompendium om «*Therapia specialis*».

I ettertid har det vært hevdet at Sørenssen og hans etterfølger Conradi begge var Brownianere (6). Sørenssen har like fullt et ettermæle som en særdeles dyktig kliniker (2, Bd V s. 333–4).

I det følgende skal vi analysere teksten i *Therapia generalis* nærmere for å se om denne kan bekrefte eller avkrefte disse forholdene. Bekrefter sykdomslæren i *Therapia generalis* at Sørenssen var Brownianer? Finner vi spor av den *praktiske medicin ved sygesengen* i *Therapia generalis* og som fortsatt står seg rundt to hundre år senere? Framstillingen her bygger videre på en artikkel vi publiserte i *Tidsskriftet* i 1994 (7).

Diagnostikken

I *Therapia generalis* legger Sørenssen stor vekt på diagnostikken. For å stille en riktig diagnose må legen først eksaminere pasienten, deretter «*bese og beføle ham*». Sørenssen understreker at sykehistorien både skal være nøyaktig og systematisk. Sykehistorien gjør at «*alle signa af sygdommen stilles samlede for lægens øine. Derfor tjener den til at forhindre at man i sygdommens fremgang ikke forglemmer noget som er nyttigt og nødvendigt at vide. Fremdeles ere sygehistorierne høist nyttige og nødvendige i alle chroniske sygdomme, ligeledes i complicerede og mindre bekjendte sygdomme,...*»

Therapia generalis gir en nøye oppskrift på hvordan legen skal gjennomføre anamnese-opptaket: «*Allerførst gjør lægen patienten nogen almindelige spøragsmaal, nemlig hvor lenge han har været syg, og hvilke besværligheder han*

klager over. Patienten svarer på disse spørsmål, og hans hele, som oftest meget kjedende og langvarige fortelling, må lægen høre med den største oppmerksomhet, tålmodighet og agtpågivenhet.»

Når en utålmodig lege avbryter pasienten bare etter få sekunder og tar over styringen, kan resultatet være at viktige opplysninger ikke kommer for dagen. Først etter at pasienten har fått snakke fritt en stund, er tiden inne til at legen går løs på den mer systematiske utspørringen. *«Efterat nu disse almindelige spørgsmål ere besvarede spørges patienten om visse bestemte symptomer hvilke enten ere nærværende eller ifølge lægens formodning ere tilstede, thi som oftest kan lægen af patientens første fortelling slutte sig til sådanne forudgangne symptomer.»* Naturlige funksjoner og erfaringer med behandlingsforsøk hører også med i anamnesopptaket:

«Når examinationen på denne måde er fuldendt, spørges patienten tilsidst om de anvendte midler, om hans alder, appetitt, excretio alvina (vannlatning og avføring), og i fald det er et fruentimmer, om menstruationen.» Her kommer Sørenssen med en advarsel til de vordende unge legene: *«Man må vogte sig for at spørge sådanne fruentimmer om menstruationen som allerede ere så gamle at de ikke kunne have denne, da patienten ellers letteligen kunde få mistillid til lægen. I det fald undgår man så meget som muligt at spørge patienten, især unge piger om menstruationen, men man må heller henvende sig til de omkringværende.»*

Det er en god regel å avslutte pasientintervjuet med å spørre om det er noe man ikke har kommet inn på. men som likevel kan være av betydning. *«Efterat patienten har besvaret disse sidste spørgsmål, spørges patienten om han ellers fattes noget og dette for at erfare om sygdommen er compliceret eller ei. Dersom patienten nu desforuden klager over andre, enten almenne eller locale affectioner, så må også disse undersøges, men alletider i en vis bestemt orden.»*

Det var og er fortsatt viktig at legen dokumenterer sitt arbeid. I dag er dette noe man er lovforpliktet til. *«Efterat lægen på denne måde har gjort exploratio diagnostica, må han med den strengeste nøiagtighed og orden forfatte sygehistorien,.... En sådan sygehistorie (journal) forfattes i følgende orden: Først anmærkes patientens navn og kjønn, derefter hans alder, derefter symptomer og af disse de væsentligste og vigtigste først. I de complicerede sygdommer må symptomerne af et og samme slags stå sammen. Efter at symptomerne ere anførte, anføres potentia noscivæ (utløsende årsaker) og derefter de anvendte lægemidler og dissers virkning.»*

En grundig diagnostikk er også nødvendig for å avgjøre om pasienten simulerer syk. *«Det som skal veilede lægen i at kjende en indbilt sygdom, er tegnene på at alle functionerne ere normale, at de symptomer som opplyses at være forenede med den sygdom patienten klager over, mangle, når patientens beskri-*

velse over sygdommen er forunderlig og modsigende, og når han klager over tilfælde som aldeles stride mod den menneskelige natur. Så kan man med den største grund ansee sygdommen som fingeret».

Prognostikken

Å kjenne sykdommers naturlige forløp og sannsynlige utfall hadde en mer sentral plass i datidens kliniske praksis enn i dag: «...Lægen (må) først bestemme hvad udfald sygdommen vil få, om den nemlig vil ophøre og overgå i sundhed eller om den vil overgå i en anden sygdom eller og endelig om den vil ende sig med døden.»

En god prognostikk er også viktig for legen selv og for legens anseelse. «For lægen har (prognostiken) den den nytte at den bidrager til hans rolighed, thi det udfald man forudseer, smerter aldrig så meget som det der rammer uventet. Lægen som ikke have studeret sin prognostik rigtig, vil ængstes og forskrækkes ved tilfælde hvilke den mere kyndige læge dels kjende som ubetydelige dels forudsees. Prognostiken (skaffer) lægen agtelse og tillid. Den Læge som enten ingen prognosise kan give eller som giver en prognosise der ei passer til sygdommens udfald, står i fare for at beskyldes for uvidenhed eller bedrag. Kan man derimod med forsigtighed eller klogskab tilfredsstillte patientens forlangende såvel om prognosise udfalder ugunstig, han derved vinde i agtelse og tillid.»

Å gi en gunstig prognose kan i seg selv ha en terapeutisk effekt, – fordi placebo er ikke ingenting! «Hvad prognostikkens nytte for patienten angår, da ville lægen, dersom han kan forudsee og forudsige et lykkelig udfald, herved ... befordre sygdommens helbredelse.» Sørenssen er imidlertid veldig klar på at legen bør være ytterst varsom med å avsi en bestemt prognose når man er på usikker grunn. «I tvivlsomme tilfælde hvor der er ligesåmeget at frygte som at håbe, bør prognosise også være tvivlsom og afgives med yderste forsigtighed.»

Dersom sykdommen forventes å ha et fatalt utkomme, bør legen unngå å informere pasienten direkte. Pårørende derimot, kan man gi den hele og fulle sannhet. «Lægen bør ikke tale til patienten om faren. For de omkringstående må han derimod ikke fortie samme, på det man ikke skal beskyldes ham for at have taget feil. I farlige tilfælde som forekommer lægen at være åbenbar dødelige, er det urigtigt at give et godt håb, dersom patienten forlanger at vide lægens bestemte mening. Men dersom dette sidste ikke er tilfælde, så påligger det heller ikke lægen at forudsige patienten den forestående død. Til patientens omkringstående, venner osv. derimod bør lægen afgive sin bestemte prognosise.»

Å «skåne» alvorlig syke ved å holde tilbake kunnskap om prognosen, var nok ganske vanlig helt opp mot vår tid. Det spørres om ikke dette vel så mye handlet om å skjerme legen selv fra «vanskelige» samtaler? I dag er det

enighet om at det er pasienten selv som er eier av egne medisinske opplysninger.

Legemidlene

«Alt det som således virker på den levende menneskelige organisme og dens afvigelse fra normaliteten derved kan høves, kalder man remedia (lægemidler).»

Om man ikke kjenner sykdommens natur eller midlenes virkemåte, får man stole på erfaringer. Her nevner Sørenssen behandling av syfilis med kvikksølv og bruk av kinabark mot feber. Imidlertid kan legen også bli forledet av egne erfaringer, det gjelder derfor å tenke seg nøye om: *«...da denne vor egen erfaring kan bedrage os, så bør vi vide hvilke de omstændigheder ere som tilkjendegiver at et lægemiddel har været virksomt.»*

«Lægemidlerne bør ei anvendes i sygdomme som tydelig og åpenbar ere dødelige, thi her ville man beskylde lægen enten for uvidenhed eller og for vinnesyge». Skulle pasienter med dødelig sykdom likevel insistere på å få resept på en medisin, kan legen møte ønsket ved å ordinere et uskyldig preparat. *«Skulle patienten ikke destomindre absolut forlange lægemidler, så lader man ham bruge et eller andet uskyldig middel.»*

For øvrig var det best å overlate sykdommen til seg selv. Det gjelder også for sykdommer som forventes å gå over av seg selv. *«I sådanne tilfælde hvor mange lægemidler længe og forgjæves have været anvendte, bør man helder ophøre med brugen af remedia og overlade sygdommen i nogen tid til sig selv, så det at den kan vise sig i sin sande skikkelse. Hvor naturen selv synes at vise sig virksom i at hæve en sygdom bør man aldrig ved utidig anvendelse af lægemidler forstyrre den i dens velgjørende operationer.»*

Behandlingen ble da som nå ikke alltid gjennomført slik legen tror. *«Dels hender det ofte at patienten ikke bruger de af lægen ordinerede midler men i disses sted huusråd. Ligeledes kan det være tilfældet at en patient, som af en eller anden årsag ikke har villet åpenbare lægen sin sygdoms sande beskaffenhed, konsultere en anden som han har mere tiltro til og nu bruger de midler som denne sidste ordinerer ham. De af den første læge foreskrevne medikamenter derimod lader han stå ubrugt.»*

Da som nå er spørsmålet ofte om pasienten ble frisk av seg selv eller på grunn av behandlingen. *«Helbredelsen kan også have indfundet sig ved naturens egne kræfter, hvilke især med morbi acuti ere så virksomme at det er meget vanskeligt at sige om helbredelsen bør tilskrives naturen eller medikamentet.»* Mange akutte sykdommer, infeksjoner for eksempel, går som regel over av seg selv uten bruk av antibiotika. Ordineres likevel antibiotika, er det vanlig også blant dagens pasienter og leger å tro at tilfriskningen bare var legemidlenes verk.

Uansett skal legen vokte seg grundig mot å gjøre kuren verre enn sykdommen. Legemidler forbundet med høy risiko, bør unngås. «Midler af hvilke man har at befrygte langt større skade end nytte bør ei anvendes.» Ved bruk av legemidler er det viktig at administrasjonsmåte og smak er akseptabel for pasienten. «En egenskap vi have at iagttage hos lægemidlerne, er at de så meget som muligt ere behagelige for den syge, thi vi kunne da med langt større sikkerhed vente at lægemidlerne bleve rigtigen af patienten indtagne og anvendte.»

Som professor i faget er heller ikke Sørenssen fremmed for behandlingsforsøk, *Experimentum medicum*. Her gjaldt det å gå fram på en mest mulig systematisk måte, både ved valg av forsøksmedisin og hvordan man gjennomfører eksperimentet, tabell 1.

Riktig dosering – dosologi

«Lægemidlernes quantitet eller den dosis i hvilken de skulde anvendes må bestemmes efter medikamentets beskaffenhed, sygdommens grad og pasientens alder, personlighetstype eller om man fra tidligere er tilvendt middelet.» Da som i dag gjelder tommelfingerregelen om å justere dosen etter pasientens alder og størrelse. Blant annet ved å vise til anbefalinger fra Gaubius (trolig Hieronymus David Gaubius, 1705–1780, professor ved universitetet i Leiden og elev av Herman Boerhaave), angir Sørenssen et skjema for legemiddel-dosering i forhold til pasientens alder og andre kjennetegn:

«Den diciplin som lærer os den dosis i hvilken medikamentene bør gives, kaldes dosologia. Dosologia er en tabell over doser af medikamenterne der ere rimelig. Gaubius f.ex. anfører følgende bestemmelser desangående. Er Patienten over 21 år bør han have fuld Dose, mellom 20 og 21: 2/3 Dose, fra 14–20: 1/2 Dose, fra 7–14: 1/3 Dose, efter 4. år: 1/4 Dose, 3. år: 1/6 Dose, 2. år: 1/8 Dose,

1. Lægen bør kunne gjøre forsøg med sådanne midler for hvis virksomhet der er en sandsynlighed, enten formedelst dets lighed med andre virksomme midler, eller og på grund af allerede gjorde men utilstrækkelige erfaringer om middelets virksomhet.
2. Et hvert sådant experiment bør anstilles med største nøiagtighed.
3. Dersom forsøget kun består i at gjentage andres iagttagelser så bør man hermed på den nøieste måde rette sig efter den af hans foreskrevne måde.
4. Dersom midlet med hvilket man vil anstille et forsøg høre blant de såkalte remedia heroica eller og til gifterne, så bør man foruden de ovenanførte regler iagttage at man især i begyndelsen er forsigtig og endog bruger midlet i ringere doser, end af andre er forskrevet...
5. De sygdomme i hvilke man bør foretage experimenta medica må være sådanne som enten formedelst beskaffenhet eller grad ei kunde helbredes med de hidtil bekjendte midler. F.ex. epilepsi, phtisis, hydrops.

Tabell 1: Professor Nils Berner Sørenssen regler for gjennomføring av utprøvede legemiddelbehandling: *experimentum medicum*.

1. år: 1/12 Dose. Når patienten var over 60 år så skulde man efter Gaubius aftage med doser i samme orden som der aftages fra det 20. år modsat.» «Dog er ovenanførte ingenlunde en fast regel under alle omstændigheder. ... Temperamentum ... kommer i betragtning (for) medikamenternes dose. Således kunde f.ex. personer af et phlegmatisk temperament behøve stærkere dose end choleriske og sanguinske. Personer som ere vante til medicin behøve altid en større dose end sådanne med hvilket ei er tilfældet.»

I dag vet vi at to like gamle, like store personer av samme kjønn kan omsette legemidler på vidt forskjellige måter. Individuelt skreddersydd legemiddeldosering («persontilpasset medisin») for den enkelte basert på genetisk kartlegging er på full fart inn i klinisk praksis og innenfor stadig flere terapiområder.

Når det gjelder behandlingens varighet, *Continuatio Remediorum*, anfører Sørenssen at dette er kunnskap som best tilegnes gjennom erfaring. Men han legger likevel til følgende: «I mange sygdomme er det nødvendig at continue med brugen af et planmæssigt valgt medikament om end sygdommen er hævet, og dette ansees for at forekomme recidiver eller og for rent at udrydde alle lævninger af sygdommen, f.ex. Lues venerea og Febris Intermittens.»

Å stadig skifte mellom å gi ulike midler for en og samme sykdom, anså Sørenssen som et tegn på manglende rasjonalitet. «En hyppig vaxel af medikamenter uden nogen tilstrækkelig grund hertil, beviser at lægen handler uden principer og at han altså er blottet for den kundskab som den rationelle læge bør hylde.» Men ingen regel uten unntak. Noen ganger må legen også gi etter for kravstore pasienter som forlanger en annen behandling. Her har Sørenssen noen lure knep som legen kan benytte seg av. «Dog kan man ikke nægte at der gives omstændigheder som nøde selv den rationelle læge til imod sin villie og overbeviisning at forandre medicin. Således gives der f.ex. patienter der bestandig forlange nye medikamenter og lægen er nødt til at føie dem i deres forlangende. Men her må han da også forstå at forandre medicinen på en måde som ikke har nogen væsentlig indflydelse på dens virkning men som idet høieste indskrænker sig til form, smag, lugt, udseende osv. Og dette har lægen i sin magt, i det han nemlig i stedet for pulver f.ex. foreskriver piller, mixtur, dråber og annet ved at give midler af lignende virkning i stedet for det først foreskrevne middel.»

Avmedisinering

Også i første del av attenhundretallet var det god medisin å etterprøve så vel behandlingsindikasjon som effekt av behandlingen. Resultatet kan da bli at legen velger å avslutte behandlingen. Sørenssen lister opp tre omstendigheter der avmedisinering (legemiddelseponering) er aktuelt: «1.) Dersom

der skeer en metaschematamus, det er når sygdommen går over til en anden sygdom. 2.) Dersom der aldeles ingen aftagelse bemærkes i sygdommen efter at medikamentet har været anvendt så længe at det sandsynlig kunde have frembragt solitære virkninger. 3.) Dersom sygdommen under det anvendte middels brug åbenbar tiltager og forverres.»

At god søvn er viktig for tilfriskning fra sykdom, blir understreket ved følgende råd til de legestuderende: «Patientens søvn (bør) aldrig forstyrres ved brugen af medikamenter».

Om «curDMETHODER» som virker på hele legemet

Sørenssen delte «curmethoderne» inn i to hovedklasser, de som virket inn på hele legemet og de som bare virket på enkeltsystemer eller enkeltorganer. Behandling som virket på hele kroppen, kunne enten øke eller senke «levevirksomheten». Levevirksomheten eller vitaliteten bestod av tre kvaliteter: organisk masse, tonus og incitabilitet.

Behandling som økte vitaliteten (*medicatio confortans*), virket ved å øke organisk masse, massens tonus og incitabilitet. *Medicatio debilitans* var behandling som reduserte levevirksomheten, tabell 2.

I følge Sørenssen var *tonus* en kraft som holdt legemet sammen. Både faste deler og væsker hadde en bestemt og ideell tonus.

Medicatio confortans bestod av næringsrik kost (*nutritio medica*), roborerende behandling (*roboratio*, for å øke tonus) og *stimulatio*. Eksempel på *roboratio* var frisk luft, kinabark, «og i det hele hvad man kalder en solid føde, men især portvin og andre gode røde vine.» *Stimulatio* handlet om å øke kroppens evne til å reagere på ytre stimuli (incitabilitet). Denne evnen kunne styrkes ved hjelp av moskus, kamfer eller opium.

Behandling for å redusere vitaliteten (*Medicatio debilitans*) kunne enten være sultekur (*extenuatio*) som reduserte den organiske massen, *relaxatio*

Levevirksomhet (vitaliteten)	Medicatio confortans	Medicatio debilitans
Masse	Nutritio medica (sunn mat, vin, mosjon og hvile)	Extenuatio (sultekur)
Tonus	Roboratio (Kinabark, solid føde, alkohol)	Relaxatio (tynn suppe, dampbad, oljer)
Incitabilitet	Stimulatio (moskus, kamfer, opium)	Stupefactio (sløve ned) (opium, bulemurt, beladonnaurt)

Lettere omarbeidet etter (7).

Tabell 2: Therapia Generalis: Professor Sørenssens inndeling av terapeutiske tiltak som virket på hele legemet. Medicatio confortans økte levevirksomheten (vitaliteten) mens medicatio debilitans reduserte den.

(tynne kjøtt supper, dampbad, oljer) som reduserte tonus eller *stupefactio* (neddoping) for å redusere incitabiliteten.

Om sultekuren (*extenuatio*) legger Sørenssen til følgende bemerkning:

«Sultekuren blev først indført i Danmark da professor Winsløw (Frederik Christian Winsløw, 1752–1811) kom tilbage fra Paris, men dens oprindelse taber sig i oldtiden. (Friedrich) Hoffmann (1660–1742) omtaler sultekuren, desforuden agiterer en afhandling de Morbi lazari (som uden tvivl er det samme som vår radesyge), hvilken sandsynlig er kommen til Norden fra sydländerne. Endelig omtaler Hippocrates den.»

Stupefactio er spesielt aktuelt ved sterke smerter på grunn av for sterk stimulus så som kraft- og steinsmerter, eller smerter på grunn for høy incitabilitet hos hysteriske pasienter. Her anbefaler Sørenssen narkotiske og sløvende midler som opium, og bulmeurt (hyoscyamus niger), men også den hallusinogene belladonnaarten (*atropa belladonna*) kan benyttes.

Behandlingsmetoder som virket på de enkelte organsystemer, har sin bakgrunn i humoralpatologien. Deler av denne læren tok Sørenssen avstand fra. Han innskrenket seg til å omtale metoder som virket inn på *massa humorum*, spesielt blodsirkulasjonen. Blodsirkulasjonen kunne enten være for hurtig eller for langsom, noe som i stor grad hang sammen med økt eller redusert incitabilitet i de faste delene. For hurtig blodsirkulasjon kunne man behandle ved å «formindske *massa humorum*», «bortjernelse af alle incitamenten så som af spirituosa, aromata, heftige vinde og lægemesbevægelse» og «Alt hvad der kan bidrage til at formindske legemets temperatur når nemlig dennes forøgelse er skyld i den forøgede *circulatio humorum*.» Midler som økte sirkulasjonen (*resolutio*) var bevegelse, varme og enkelte urter.

Betydningen av varmt klima kommenterer Sørenssen «Vi see således at mange af de sygdomme som tilskrives en formindsket *circulatio humorum*, høves ved den indtrædende sommer».

Therapia generalis avsluttes med fyldig omtale av betydningen av å *evacuere humores*, dvs fjerne kroppsvæsker på kunstig vis for å redusere incitabiliteten. «For at tilbagebringe sundheden er det i mange tilfælde ikke nok at vi indvirke på de faste dele og gennem disse på humores, men vi ere som oftest nødt til umiddelbart at evacuere humores, og en uimodsigelig og lang erfaring har overbevist os om virksomheden og nytten af *metodus evacuans*.» *Metodus evacuans* bestod av brekkmidler, avføringsmidler, slimløsende og svettedrivende midler, urindrivende midler (her nevner han blant annet *digitalis purpurea*) samt «*sanguinis missio* som er den *curmethode* hvorved blodet gjennom kunstige veie udsiver af legemet» så som koppesetting, blodigler, arteriotomi (av temporalisarterien) og *venesectio* (= årelating). Ved heftige steniske inflammasjoner «pleier man på en gang at borttage fra 12 unser til 1 skålpund».

«I mindre heftige tilfælde kan man borttage en mindre mengde såsom 4 til 6 unser på en gang.» (1 unse = 31 gram; 1 skålpund = 16 unser = 496 gram). Sørenssen avslutter med å understreke at sykdommer med «*critiske evacuationer*» var en viktig kontraindikasjon for årelating «*thi hvor disse ere tilstede, kan sanguinis missio have de allerskadeligste følger.*»

Diskusjon

Marius Engelhardt Heiberg strøk på preliminæreksamen i 1826, men fikk likevel følge forelesningene på legestudiet fra samme høst. Dette var egentlig mot alle regler, men han bestod fornyet prøve i 1827 og kunne dermed fortsette studiene (8; 2, Bd.II s. 597). Samtidig med Marius startet den fire år eldre broren Johan også på legestudiet, han ble uteksaminert i 1832, to år før Marius. Begge brødrene ble passet godt på og fulgt opp av eldstemann i søskenflokket, Christen Heiberg (1799–1872) som var uteksaminert lege i 1822 (8). Fordi de tre Heiberg-guttene i Bergen tidlig ble foreldreløse, hadde de fått byens mest berømte lege, regimentskirurg Wilhelm Schwindt (1766–1826), som fosterfar og første læremester (8).

Siden *Therapia generalis* ble til i sommerferien 1828, er kompendiet trolig en avskrift fra en tidligere utgave Marius hadde lånt av en eldre student. Mest nærliggende er det å anta at denne eldre studenten var storebroren Christen. Ved siden av legestudiene arbeidet nemlig Christen i tre år ved professor Sørenssens klinikk i *Christiania Bys Sygehus* under hans veiledning (2, Bd.II s. 586–8). Da var det trolig spesielt viktig for han å «kunne sin Sørenssen». Christen var dessuten den klart mest akademisk orienterte av de tre. Han ble professor i kirurgi fra 1836, og fikk etter hvert tilnavnet «Kniven». Marius Heiberg ble uteksaminert som lege i 1834, fra 1848 til sin død virket han som distriktslege i Solør og Odalen.

Therapia generalis dokumenterer at professor Sørenssen var et barn av sin tid. Han forfektet en lære om sykdommer og om deres behandling som var rådende i København i hans tid som student og lege der. At behandlingen skulle enten «heve eller senke levevirksomheten», sammenfaller med John Browns lære om steniske og asteniske sykdommers behandling. Browns teorier var enkle og logiske og de ble mottatt med entusiasme både i Europa og i Nord-Amerika.

Det er godt dokumentert at læren til John Brown hadde en sterk posisjon ved Det medisinske fakultet i København til godt ut på 1820-tallet (9, s. 46). Brownianismen var gjenstand for avhandlinger, den ble dosert ved Fakultetet da Sørenssen var student og Browns lære lå til grunn for pasientbehandlingen ved Det kongelige Frederiks Hospital der Sørenssen var reservelege i tidsrommet 1802–1807. Også i Uppsala og Lund hadde Browns

lære mange tilhengere (10, s. 236–7). Göteborglegen Christopher Carlander (1759–1848) beklaget seg imidlertid over at Cullen og Brown var så negative til årelating «*som dessverre har gått av moten hos oss i senere tid*». (10, s. 237).

Et av de roborerende behandlingstiltakene Sørenssen anfører overfor pasienter med asteni i var «*i det hele hvad man kalder en solid føde, men især portvin og andre gode røde vine.*» At opium og alkohol ble regnet som de aller fremste legemidlene, brakte imidlertid Browns lære i vanry. På Det Kongelige Frederiks Hospital ble traktementet av stimulerende kost der drikkevarene bestod av brandy, vin og øl, så omfattende og så kostbar at overlegen ble tvunget til å forlate sin stilling i 1825. Mange av pasientene ble kroniske misbrukere av behandlingen, og pleiepersonalet regnet drikkevarene som et frynsegode de bare kunne forsyne seg av (9, s. 46.). Den nye overlegen på sykehuset, Ole Bang (1788–1877), var ikke nådig da han i 1822 skrev at: «*Med rette besværes man sig over den ulykke, som påførtes den menneskelige art av Brownianerne*» (4, s. 75).

Men den samme Ole Bang og mange med han, fortsatte i flere tiår å praktiserte sin medisin der mange elementer fra Browns lære fortsatt var med som nissen på lasset. Behandlingen av tyfusfeber i dansk medisin i tidsrommet 1789 til 1852, viser tydelig at selv om man støttet seg på forskjellige sykdomsoppfatninger til ulike tider, forble behandlingen likevel mye den samme: avføringsmidler, brekkmidler og årelating (4, s. 195). Dette gjaldt til tross for at nye naturvitenskapelige erkjennelser utfordret etablert praksis.

Alt i 1832 skrev legen William Brooke O'Shaughnessy (1809–1889) i *The Lancet* at den rette behandlingen av kolera måtte være å erstatte de bestanddeler som sykdommen fjernet fra blodet, nemlig vann, salter og alkali (11). Samme år publiserte den skotske legen Thomas Aitchison Latta (1796–1833) tilfeller der dødssyke kolera pasienter var mirakuløst helbredet takket være intravenøs væsketerapi (12). Ifølge artikler i *Eyr* vakte en behandlingsmetode med vann og salt, lansert av den skotske legen i Dansk Vest-India William Stevens (1786–1868), særlig oppmerksomhet i Danmark og Norge under koleraepidemien i 1832–1833. Den ble også utprøvd i Christiania (13, s. 137). I 1849 viste Joseph Dietl (1804–1878) i Wien at å behandle lungebetennelse med årelating nær tredoblet dødeligheten sammenlignet med å bare behandle dem med diet (13). Like fullt var brekkmidler og årelating standard behandling under den store koleraepidemien i Christiania så sent som i 1853 (14, s. 724–5). Ifølge Brown var kolera en astenisk sykdom, slik at inciterende behandling med kamfer, opium eller

alkohol var å foretrekke. «Conradis koleradråper» (en blanding av opium-, kamfer-, kaskarille- og bitre rabarbradråper) ble da også mye brukt.

Både i sin samtid og lenge etter sin død ble Sørenssen omtalt som en meget dyktig kliniker. Ole Rømer Aagard Sandberg (1811–1883), direktør for Gaustad Sindsygeasyl, beskrev i 1875 sine studiedager tidlig på 1830-tallet (2, Bd. V s. 334). Her omtalte han sin gamle læremester Niels B. Sørenssen: «*Jeg forlod Universitetet med en aldri svækket Overbevisning om, at navnlig Prof. Sørenssen ved sin rige ytre og indre Begavelse havde vist os bedste Vei, som paa den Tid var kjendt, til at diagnosticere og behandle Sygdomme...*» «*Jeg har seet og til dels fulgt mange Kliniker, men jeg har ikke truffet nogen, der i den Grad har imponeret mig som Sørenssen...*»

Sørenssens liv og lære som medisiner illustrerer på mange måter spenningsfeltet mellom en ballast av teoretisk, spekulativ sykdomsfilosofi, egne erfaringer ved sykesengen og nye vitenskapelige erkjennelser. At Sørenssen ble ansett som en dyktig kliniker skyldes neppe den spekulative sykdomslæren han hadde med seg fra København. Den dyktige kliniker forklares antakelig bedre av hans grundighet i forhold til sykehistorien i kombinasjon med en empatisk væremåte, og en generell forsiktighet med bruk av legemidler og årelating (14, s. 723). Sørenssen var ikke fremmed for å spille på lag med naturen, herunder å utnytte placebo for hva det var verdt.

Selv om naturvitenskapen mot slutten av 1800-tallet erobret medisinen, har klinisk medisin fortsatt også et «humanistisk bein» å stå på. Det handler om det personlige møtet mellom lege og pasient. Dette har hatt og vil fortsatt ha en helt sentral plass i medisinen. Det er trolig her vi finner forklaringen på at Sørenssen og mange av hans samtidige kolleger kunne oppleves som gode leger, selv om sykdomslæren var gal og mye av behandlingen var direkte skadelig.

Inntil han gikk av for aldersgrensen i 1840, fortsatte Sørenssen å undervise *den praktiske medicin ved sygesengen* på formiddagene og *spesiell terapi* på ettermiddagene. Undervisningen i farmakologi, derimot, ble overtatt av Frederik Holst (1791–1871) da han ble professor ved fakultetet i 1824. Holst var utdannet lege fra København i 1815, og bare to år senere tok han doktorgraden som den aller første ved det nye universitetet i Christiania. I studieplanen omtales farmakologiundervisningen til Holst på følgende måte: *Receptskrivningslæren, og, om Tiden tillader det, almindelig Pharmakologie* (15). Beretningen om Holst, farmakologien og legemidlene er imidlertid en helt annen historie. Den historien er viet betydelig plass andre steder i denne boken.

Epilog

Therapia generalis handler om generelle behandlingsprinsipper, ikke om «hvad vi må iagttage ved bestemte og visse sygdomme». Spørsmålet er da om det har eksistert eller fortsatt eksisterer håndskrevne kompendier basert på Sørenssens forelesninger om behandling av enkeltsykdommer, *Therapia specialis*. Inntil januar 2021 antok vi at så ikke var tilfellet, men her viste det seg at vi tok feil.

Da Peter Fredrik Holst (1861–1935) ble professor i indremedisin i 1902, holdt han følgende tiltredelsesforelesning: *Den medicinske klinik i det 19de aarhundre* (6). Her hevdet Holst at Sørenssen var «Brownianer» med henvisning til Jonas Gottfried Rasch (1831–1902) som tre år tidligere hadde skrevet om *Indremedicinen i vort universitets første decennier* (16).

Rasch, viste det seg, var nemlig i besittelse av et håndskrevet eksemplar av professor Sørenssens forelesninger over generell og spesiell patologi og terapi, nedtegnet i tidsrommet 1827–32. I artikkelen foretar han en omfattende gjennomgang av disse forelesningene (16). Artikkelen ble samme år kommentert av Johan Scharffenberg (1869–1965). Han hadde nemlig også håndskrevne bøker basert på Sørenssens forelesninger (17). Disse hadde han fått et par år tidligere etter en avdød distriktslege i Eidsberg. Bøkene hadde han gitt til Universitetsbiblioteket.

Disse opplysningene fikk oss til å kontakte Nasjonalbiblioteket. Et søk i Håndskriftsamlingens katalog gav resultater! Det viste seg at Nasjonalbiblioteket faktisk hadde et større antall avskrifter av Sørenssens forelesninger (19). Nå gjelder det å få tekstene digitalisert og transkribert. Siste ord er derfor neppe sagt om undervisningen i medisinsk teori og praksis ved Det kgl. Frederiks Universitet i den første halvdel av det 19de. århundre.

Litteratur

1. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). *Michael* 2014; 11: suppl. 15.
2. Larsen Ø, red. *Norges Leger*. Bd. I-V. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.
3. Porter R. *Ve og vel. Medicinens historie fra oldtid til nutid*. Dansk utgave. København: Rosinante forlag, 2000.
4. Skydsgaard MA. *Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin*. Århus: Aarhus universitetsforlag, 2006.
5. Straand J, Sandvik H. Professor Niels Berner Sørenssens *Therapia Generalis* – en «katekisme» for legestuderende anno 1828? *Michael* 2012; 9: 334–81.
6. Holst PF. Den medicinske klinik i det 19de aarhundre. *Norsk Mag Lægevidensk* 1902; 63: 1261–79.

7. Sandvik H, Straand J. Roboratio eller relaxatio? Klinisk teori og praksis på 1800-tallet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 918–21.
8. Bertelsen TI. *Regimentskirurgen. Wilhelm Johannes Schwindt 1766–1826 og hans lærlinger*. Bergen: Forlaget Regius, 2003.
9. Schiøtz A. *Viljen til liv. Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Det norske samlaget, 2017.
10. Uddenberg N. *Medisinens historie – lidelse og helbredelse*. Norsk utgave. Oslo: Dreyers forlag, 2018.
11. O'Shaughnessy WB. Chemical pathology of cholera. *The Lancet* 1832; 19: 225–32.
12. Latta T. Saline venous injection in cases of malignant cholera, performed while in the Vapour-bath. *The Lancet* 1832; 19: 208–9.
13. Nylenna M, Larsen Ø. Eyr – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015;12: Supplement 17.
14. Dietl J. *Der Aderlass in der Lungenentzündung. Klinisch und physiologisch erörtert*. Wien: Kaulfuss Witwe, Prandel, 1849. Se også: Zajaczkowski T. Joseph Dietl (1804–1878). Reformer of medicine and his contributions to urology [artikkel på tysk, engelsk sammendrag]. *Urologe A* 2006; 45(1): 85–94. doi: 10.1007/s00120-005-0955-9.
15. Hansen LK. *Koleraen i Christiania i 1853*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo: 1986. (avhandling for den medisinske doktorgrad). Ny utgave i *Michael* 2020; 17: 660–911.
16. Medicinske Forelæsninger ved det Kongl. Frederiks Universitet (I andet Halvaar af 1829) *Eyr* 1829; 4:351–2.
17. Rasch G. Indremedicinen i vort universitets første decennier. *Norsk Mag Lægevidensk* 1899; 60: 441–67.
18. Scharffenberg J. Professor Sørensen's forelæsninger. *Norsk Mag Lægevidensk* 1899; 60: 658–60.
19. Nasjonalbiblioteket ved Øvind Berg, Seksjon for sjeldne bøker og privatarkiv og Nina Korbu, Spesiallesesalen. Personlige meddelelser 20. januar 2021.

Jørund Straand,
 professor, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn,
 Universitetet i Oslo. jorund.straand@medisin.uio.no

Hogne Sandvik,
 forsker I, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, Bergen
hosa@norceresearch.no

Professor Nils Berner Sørenssen (1774–1857) – theory and practice in times of changing paradigms in medicine.

Jørund Straand and Hogne Sandvik

Summary

Michael 2021; 18: Supplement 27, 218–38.

When the Faculty of Medicine at King Frederik's University in Christiania (Norway) was established in 1814, Nils Berner Sørenssen was the only one of the faculty's three professors who had a basic education in medicine. The other two, Michael Skjelderup (1769–1852) and Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844), had their basic education in surgery. Sørenssen taught pathology, pharmacology and clinical medicine. A handwritten compendium from 1828, *Therapia generalis*, in which Sørenssen's lectures in therapy are systematized, provides insight into Sørenssen's theoretical conceptions of illness and disease. The book also reveals pieces of information about Sørenssen's bedside practice in the hospital. His doctrine of pathology reflects both old humoral pathology and the theories of John Brown (1735–1788), which stated that disease either was caused by over- or understimulation (-excitability). Although the theories could justify harmful treatment, the compendium from 1828 reveals an impression of Sørenssen himself as a rather cautious and restrained clinician when encountering individual patients. Sørenssen placed great emphasis on thorough diagnostics and the ability to predict a correct prognosis. He often prescribed completely "innocent" preparations, or no medicines at all, when his experience told him that nature itself would provide recovery. Both in his time and in posterity, Sørenssen was described as a very skilled clinician. Sørenssen taught therapy until he retired in 1840. The fact that the National Library's manuscript collection now turns out to have several manuscripts based on Sørenssen's lectures, indicates that the sources for describing Sørenssen's theories on health, disease and therapy are more extensive than previously known.