

Jan Groven Grande

“To rom i min mors hus” -

Infeksjoner og deviasjoner
i norsk kvinnemedisin
ca 1850-1880

STS-arbeidsnotat 8/01

ISSN 0802-3573-179

arbeidsnotat
working paper

"To rom i min mors hus" - Infeksjoner og deviasjoner i norsk kvinnemedisin ca 1850-1880

Paper til konferanse i tverrfaglig nettverk i medisinsk historie, Bergen 2.-3. november 2001

I denne artikkelen skal vi se på hvordan *to konkrete, fysiske rom*, det ene for *kvinner* og det andre *i kvinner*, ble utforsket, kartlagt og kontrollert, dvs skapt, som nye rom innenfor 1800-tallets norske medisinske vitenskap. Artikkelen kommer til å handle om hvordan en ny medisinsk spesialitet - fødsels- og kvinnemedisin - både omdannet og gjenfødte kvinner som medisinske objekter. Vi skal videre se på at når kvinner ble spesielle pasienter, ble de også påført nye forståelser av seg selv og sin kropp.

Artikkelen inneholder to historier som foregikk i en periode midt på 1800-tallet hvor medisinen ble vitenskapeliggjort. Men samtidig som medisinen produserte ny og livsviktig kunnskap, er det også mulig å se på datidens medisin som et helt særegent område for generering av nye former for makt og kontroll. Artikkelen ønsker å utforske og reflektere over slike ambivalenser.

Min inngang til å avdekke dette skal være fra to kanter. Artikkelens første del beskriver hvordan Christiania Fødselsstiftelse ble et bygningsmessig rom for kvinner. Innenfor denne stiftelsens vegger ble kvinner både konkret fødte, men også mer abstrakt konstruerte, som empiriske og teoretiske objekter for ny medisinsk kunnskap og medisinske praksiser. Artikkelen handler i sin andre del om at de store, bygningsmessige rommene ved Christiania Fødselsstiftelse hadde sin parallell, eller kanskje sin motsats, i det anatomiske rom inni kvinnene. Dette lille rommet, livmoren, ble utforsket, eksplorert, kartlagt og deretter transformert til henholdsvis normale eller sykelige, kroppslige rom etter bestemte og varierende kriterier. Disse to rommene, det store og det lille, kan vi begge metaforisk kalle "mors rom".

Før jeg begynner min fortelling om disse "rommene", for og i kvinner, skal jeg imidlertid se litt på tidligere bidrag til kvinnemedisinens historie.

Tre innganger: Én for leger, én for jordmødre og én for barselkvinner

Norsk kvinnemedisins historie har tre, relativt nylig tilskjærte innganger som forteller hver sin historie fra tre ulike posisjoner. Hver av disse inngangene representerer tre forskjellige, om ikke helt ulike, perspektiver på hva som *kan* være sentralt i norsk kvinnemedisins historie.

I boken *Midt i livet. Festskrift til Norsk gynekologisk forening 1946-1996*, har gynekolog Per Børdal skrevet et tilbakeskuende kapittel som heter "Fagets fremvekst. Hvor lærte de det?".¹ Dette er altså legens inngang. Som tittelen sier, så beskriver Børdal opplæringen av leger i kvinnemedisin, som på 1800-tallet også omfattet fødselsvitenskap. Han forteller at den teoretiske undervisningen fra først av foregikk, som nå, ved Universitetet i det som den gang het Christiania. Praktisk opplæring og kontakt med pasienter skjedde ved Fødselsstiftelsen i samme by. Siden Stiftelsen ble opprettet i 1818, flyttet den hele tre ganger, før den i 1837 fikk tilhold i den bygningen den ble værende i inntil 1914, da huset til den nye Kvinneklubben ble tatt i bruk.

Børdal skriver om lærerne, professorene i faget, undervisningen og litt av hva selve praksisen besto i. Blant annet inneholder artikkelen en liste over de ti første keisersnitt i Norge, som ble utført perioden 1843 til 1863.² Alle keisersnittene endte med morens død, fire av barna overlevde. Børdal bemerker forøvrig at bare ett av disse ti keisersnittene ble utført ved Christiania fødselsstiftelse, resten, med ett unntak, ble utført av distriktsleger utenfor sykehus.³

I Børdals fremstilling gjennomgår det medisinske feltet i løpet av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, en sakte ekspansjon og vitenskapeliggjøring. Det kommer flere fødselsstiftelser (Bergen, Trondheim), det blir flere ansatte ved stiftelsene, det ble skrevet lærebøker og legene publiserte oftere i medisinsk-vitenskapelige tidsskrift.

1800-tallets medisinhistorie blir, i denne lege-sentrerte historien, både et lærestykke om den eldre medisin og selve grunnlaget for 1900-tallets medisinske vitenskap. 1800-tallets medisinhistorie inneholder altså, i Børdals perspektiv, både noe av det samme, nemlig basisen i vitenskapelige, og noe forskjellig fra i dag, nemlig høy syke- og dødelighet. Vi kan derfor kalle dette en utbyggings- og fremskrittshistorie.

¹ Børdahl P., Moen M.H. og Jerve F. (red.) (1996) *Midt i livet. Festskrift til Norsk gynekologisk forening 1946-1996*. Tapir, Trondheim.

² Børdahl 1996:49.

³ Unntaket dreier seg om et keisersnitt utført ved "Bergens comunale Sygehus" i 1858.

Den andre inngangen til norsk kvinnemedisins historie representeres av Kristina Kjærheims arbeid *Mellom kloke koner og kvitkleddede menn. Jordmorvesenet på 1800-talet*.⁴ Her er det jordmødrenes posisjon som er utmeislet. Denne boken beskriver blant annet jordmødrenes vei *inn i* medisinen, og den kampen de da måtte føre *nedover*, mot de ufaglærte hjelpekonene, og *oppover*, mot legene. Et annet poeng i Kjærheims historie, er jordmødrenes rolle i kampen mot barselfeber. Siden jordmødrene her i landet assisterte ved langt flere fødsler enn legene (jmf Semmelweis), så kunne det være en mulighet for at jordmødrene var de som først og fremst hadde spredt barselsfeberbakteriene. Men siden nedgangen i forekomsten av barselfeber kom *før* jordmødrene ble utdannet i antiseptikk, blir konklusjonen til Kjærheim at utbruddene av barselfeber hang sammen med mer allmenne hygieniske forhold, og *ikke* den enkelte jordmors spredning. Nøkkelordet her blir profesjonskamp.

Kvinnemedisinens tredje inngang er sosial- og kvinnehistorikerens, nemlig Ida Bloms *"Den haarde Dyst". Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år*.⁵ Faghistorikeren Blom beskriver tre fødesystemer kronologisk: hjemmefødsler med ufaglært hjelpekonen, hjemmefødsler med jordmorhjelp og til slutt institusjonsfødsler. Institusjonsfødslene kom ikke i overtall før flere tiår utpå 1900-tallet. Til slutt i boken, kommer Blom inn på et fjerde fødselssystem, som hun da (i 1988) så begynnelsen på, nemlig sentraliseringen av fødeklinikkene. De lange trekk i denne historien fremhever de fødenes vei bort fra hjemmet og inn på institusjonene, og videre fra lokale institusjoner i distriktene og inn til de større byene. Blom taler barselkvinnenes sak, de som mister kontroll med sin egen fødsel, og som føler seg fremmedgjorte langt hjemmefra.

Disse tre inngangene til kvinnemedisinens historie har alle sin styrke ved at de er orienterte mot mennesket og på den måten så og si tar menneskenes parti. Vi møter legenes kamp mot sykdom, jordmødrenes kamp for en rettmessig plass innenfor medisinen og kvinnenens kamp for humane fødsler nå. Min inngang i fortsettelsen er litt anderledes. Jeg skal beskrive hvordan 1800-tallets medisinske vitenskap bygget to kvinnerom, fødselsstiftelsens *ytre* rom, og kvinnenens *indre*, anatomiske rom. Jeg skal her prøve å beskrive disse to rommenes historie med *fokus på kunnskapen*, og ikke legenes, jordmødrenes og barselkvinnenes historie, som disse tre ovenfor allerede har gjort. Min fortelling og mitt perspektiv på 1800-tallets norske medisin skal imidlertid ikke *utelukke* menneskene og deres historie, men disse menneskenes lidelser, smerter og angst tones ned. Mitt anliggende her blir noe annet: Hvordan 1800-

⁴ Kjærheim K. (1987) *Mellom kloke koner og kvitkleddede menn. Jordmorvesenet på 1800-talet*. Samlaget, Oslo.

⁵ Blom I. (1988) *"Den haarde Dyst". Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år*. JW Cappelens Forlag AS, Oslo.

tallets medisinske forståelser, kunnskap og praksiser også var med på å lage en historie som var betydelig og virksom, såvel i sin samtid som i ettertid.

1. del - Et rom for kvinner: Christiania fødselsstiftelse

Christiania fødselsstiftelse er vel den bygning i Norge som i legevitenenskapelig sammenheng ble mest om/be-skrevet i løpet av hele 1800-tallet. Grunnen til dette var at forekomsten av barselfeber, som legene tok svært alvorlig, ble satt i sammenheng med bygningens tilstand, dens omgivelser og innvendige opp-/av-delinger. Samtidig var stiftelsen i den mest kritiske perioden ledet av én og samme person, Frans Christian Faye, som på denne tiden også var den norske legestands mest produktive rapportør og medisinske forfatter.⁶ Disse forholdene har skapt en helt enestående serie beretninger om virksomheten ved Christiania fødselsstiftelse over en 40-årsperiode, fra og med Fayes tiltredelse som overlege i 1846 til og med hans etterfølger, Edvard Schönbergs, (foreløpige) siste gjennomgang av stiftelsens historie i 1887.⁷



Fødselsstiftelsen til høyre på bildet. Til venstre den gamle hovedbygningen, det gamle militære sykehus. Inngangen til Rikshospitalet sees mellom disse to bygningene. Den nye hovedbygningen lå i bakgrunnen, parallelt med Fødselsstiftelsen.⁸

⁶ Schönberg E. (1897) Oversigt over den norske medicinske literatur i det nittende aarhundre (Særtryk af Henrik Jægers "Illustrert norsk literaturhistorie"). Aktieselskabet Bieglers Forlag, Kristiania, s.31.

⁷ Faye F.C. (1847) Om Fødselsstiftelsen i Christiania fra dens Begyndelse i Aaret 1818 til Udgangen af 1846. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* Første Bind, 281-313 og Schönberg E. (1887) Kristiania Fødselsstiftelse 1818-87, med Beretning 1883-86. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*.

⁸ Schönberg 1887:217.

Hvordan fortalte så disse legene Christiania fødselsstiftelses bygningshistorie? Bygningen og stiftelsens felles historie begynte i 1837, da stiftelsen, som siden 1818 hadde hatt tilhold i midlertidige bygninger rundt om i Christiania, ble etablert som en avdeling under Rikshospitalet. Bygningen hadde vært i bruk som en del av Rikshospitalet siden 1826, på grunn av plassmangel. Men i 1836 var endelig den nye hovedbygningen til Rikshospitalet ferdig, og dermed ble denne bygningen frigjort til stiftelsen, slik det egentlig var ment.

Da Frans Christian Faye tiltrådte stillingen som overlege for fødselsstiftelsen i 1846, ble han samtidig klinisk lærer for medisinerstudentene og bestyrer for landets eneste jordmorskole. Rikshospitalet besto da av tre større bygninger med sengeplasser for pasienter: Fødselsstiftelsen mot Akersgaten, den gamle hovedbygningen på hjørnet av Akersgaten og Hospitalsgaten og den nye hovedbygningen mot Grubbegaten.⁹

Som overlege for Christiania fødselsstiftelse så F C Faye seg ikke fornøyd med den bygningsmessige tilstanden til stiftelsen, som hadde stått uforandret siden 1837. Faye utarbeidet derfor raskt et forslag om endringer, som stortinget bevilget penger til i 1848, og i 1849 ble arbeidet utført.¹⁰ Det Faye festet seg først ved var plassutnyttelsen innenfor husets fire vegger. Da stiftelsen ble tatt i bruk i 1826, var den tenkt som en selvstendig institusjon, og ble derfor tillagt en egen, ganske prangende inngang ("Portal") mot Akersgaten. Innenfor denne inngangen var det satt av plass til en stor mottakelseshall. Pr 1846 var denne inngangen gått ut av bruk, og Faye ville derfor bruke dette tom-rommet til noe mer nyttig.

Fødselsstiftelsen ble planlagt med sengeplasser til 24-25 fødende og barselkvinner. Den gang, rundt midten av 1820-tallet, mente legene at hver sengeplass på fellesstue burde ha omtrent 800-900 kubikkfot rom.¹¹ På grunn av den økte forekomsten av barselfeber på fødselsstiftelsene rundt om i Europa i løpet av 1830-tallet, ble denne romlige normen økt. Samtidig ble det ansett som fordelaktig hvis stiftelsene hadde flere fødestuer, slik at i alle fall én av disse stuen kunne stå tom for utlufting og rengjøring. Alt i alt, forestilte man seg at disse bygningsmessige tiltakene skulle forhindre nye utbrudd av sykdom. Flytting av pasienter og tømning av rom var også prøvd ut med hell ved stiftelsen i Christiania under epidemiutbrudd i 1842, og påny i 1845. Ved begge disse anledninger ble kvinnene innlagt på stiftelsen flyttet over til andre

⁹ Området har bevart sin sentrale funksjon, i og med at inngangen til dagens Regjeringsbygg fra Akersgaten visstnok skal være den samme som den gamle inngangen til Rikshospitalet.

¹⁰ Schönberg E. (1887) Kristiania Fødselsstiftelse 1818-87, med Beretning 1883-86. *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, s.221.

¹¹ Johansen 1865:33.

bygninger ved Rikshospitalet, og barselfeberen svant deretter hen.

Bygningen inneholdt før 1849, 2 fellesstuer i første etasje, hver på omtrent 5000 kubikkfot og fem senger, skriver Faye i 1876.¹² Disse rommene var beregnet for barselkvinner "paa simpel Forpleining". De kvinner som ble lagt inn for offentlig regning av byens fattigkommisjon, ble også automatisk materiale for den kliniske undervisning. I andre etasje fantes mindre pasientrom, derav et rom med to senger og resten enerom. Disse rommene ble utelukkende brukt av kvinner fra byen "af de bedre stillede Klasser". Kvinner på "bedre Forpleining" var ikke tilgjengelig som undervisningsmateriale, men bidro til stiftelsens drift ved at de betalte for seg med egne penger.

Da Faye tiltrådte i 1846, fikk medisinerstudentene tilbud om å delta i klinikken, samtidig som disse, for første gang siden studiets begynnelse, fikk lov til å være tilstede under fødsler. Dette, og den praktiske undervisningen av jordmorelever på samme sted, skapte etter Fayes inntreden, et økende behov for undervisningsmateriell. Dette skaffet man i form av kvinner som var tilgjengelige for innvendige eksplorasjoner.

I Fayes artikkel fra 1858, la han stor vekt på at det fantes en uthusbygning i tilknytning til Fødselsstiftelsen da han ble ansatt, der det var innrettet 8 "Priveter" for hele Rikshospitalet.¹³ Dette hadde i løpet av år gjort at grunnen var gjennomtrukket av "urinøs og excrementøs Vædske". I tillegg hadde en del av kjelleren under stiftelsen vært brukt som likstue. Faye selv hadde som student vært tilstede der under obduksjoner. En annen del av kjelleren ble brukt som lagringssted for "mange Sager" som gikk i forrråtnelse. Dreneringen var dessuten dårlig, noe som gjorde at det samlet seg vann både i kjelleren og rundt bygningen i fuktige perioder.

Mellom de to fellesværelsene i første etasje var det ene føderommet lagt. Rommet var dårlig ventilert, i likhet med fellesrommene. Bak føderommet, med inngang fra hallen og uten vinduer, ble madrassene lagret. I andre etasje derimot, var luftingen noe bedre, siden det gikk en korridor i huset lengderetning mellom alle rommene.

Endringene som ble utført i 1849 tok først og fremst sikte på å skape bedre ventilasjon til alle rom og et større luftvolum til hver seng. Utedoene i bakgården ble flyttet, selve grunnen gravd ut og erstattet med ny masse, og det ble også bygd en tørre- og desinfeksjonsovn i kjelleren. I og med at inngangshallen ikke lenger var i bruk, kunne selve rominndelingen endres

¹² Faye 1876:58.

¹³ Faye 1858:967.

uten å forandre på bygningens ytre mål.

På slutten av 1849 ble "den i hygienisk Henseende forbedrede Anstalt" tatt i bruk igjen, med færre senger på fellesværelsene.¹⁴ Til tross for forbedringene, ble stiftelsen i 1850 utsatt for den verste barsel-feber-epidemien i hele sin historie, både før og etter. I løpet av denne epidemien, arbeidet Faye hardt med å avdekke hva dette kunne være forårsaket av. Han fant ut at kjøkkenet i kjelleren avga en jevn strøm av mindre ren luft til rommene i første etasje, og at denne luften hadde "avgivet et gunstigt Medium for de tilstedeværende Miasmer".¹⁵ Kjøkkenet ble deretter flyttet opp, og forbindelsen med kjelleren tettet igjen.

Det ble dessuten påaktet at den ennå kloakkinfiserte grunnen utenfor stiftelsen førte til at det oppsto "en mærkelig Stank" i gårdsrommet utpå vår og sommeren. Denne massen ble flyttet, og det ble drenert rundt stiftelsens bygning. Vannet fra takrenner ble ledet ut fra veggen.

På innsiden av stiftelsen, på fellesrommene, ble frisk luft ført inn gjennom rør innunder kakkelovnene, slik at luften også mottok noe varme. Faye selv, lurte på om det kunne nytte å ozonisere luften, for å stoppe sykdommens spredning.¹⁶ Det ble installert luftrør i alle hjørnene på fellesrom, slik at man unngikk "døde Hjørner" med stillestående luft.¹⁷ De mindre rommene i første etasje ble utvidet slik at de gikk fra yttervegg til yttervegg, med vinduer til lufting i hver ende. I andre etasje ble luftingen foretatt gjennom den langsgående korridoren, med åpne vinduer i hver ende hele året.

Sengemadrassene, som tidligere ble oppbevart i det lille mørke rommet under trappen i første etasje, ble flyttet sammen med sengeklærne opp på loftet. Her ble disse gjentatte ganger "gjennemrøgede med Svovelsyring i koncentreret Tilstand".¹⁸ Tomme pasientrom ble også jevnlig gjennomrøkt.

Etter at det opprinnelige og tomme inngangspartiet ble tatt i bruk, ble det mulig for den enkelte fødende å ligge på enerom de første fem-seks dager etter fødselen. Ene- og dobbeltrommene i andre etasje ble også tatt i bruk til fødende på "simpel Forpleining". Kun et par eneværelser "til bedste Forpleining" ble bevart til kvinner som absolutt ikke kunne, eller burde, føde hjemme, til kvinner som ønsket å føde i hemmelighet eller til kvinner som led

¹⁴ Faye 1858:969.

¹⁵ Faye 1858:970.

¹⁶ Faye F. (1854) Om Ozonet. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* VIII, 827.

¹⁷ Faye 1876:61.

¹⁸ Faye 1876:64.

av underlivssykdommer.¹⁹ Antall senger på fellesrommene ble også senket fra 5 til 4.²⁰ Alt i alt, førte disse endringene til at tilgangen på undervisningsmateriell i form av kvinner på enkel forpleining kunne økes noe utover 1850-tallet, selv om det jo gikk ut over enerommene til de betalende kvinner.

Hospitalsrommet versus hjemmerommet

Naturlig nok, da Fødselsstiftelsen ble rammet av barselfeberepidemien i 1850 dukket spørsmålet om det var farligere å føde på stiftelsen enn å føde hjemme raskt opp. Dette var et dilemma særlig for de kvinnene som *hadde* et alternativ til å føde på stiftelsen. Dette var også et problem for legene, blant annet Faye, som ønsket å drive "en humanitetens Anstalt". Faye hadde riktignok tre roller å fylle, én som stiftelsens overlege, én som universitetsprofessor og én som bestyrer av jordmorskolen. Disse tre rollene lå nedlagt i Fødselsstiftelsens formålsparagraf da den ble stiftet i 1818:

1. "at de Frugtsommelige, som maate ønske at optages i Stiftelsen, der kunne finde Fødselshjælp, Pleie og Tilsyn. Fattige, for hvilke vedkommende Fattigcommissioner betale, have Adgang til Stiftelsen fremfor private Betalende og Ugifte for Gifte".
2. "at Studerende og Jordemødre der kunne gives Leilighed til praktisk Veiledning".²¹

Rollen som lærer, både for jordmorelever og de medisinerstuderende, påla Faye å holde undervisningen i gang, så langt råd var. Dette var et dilemma som Faye kom tilbake til flere ganger i sine jevnlige rapporter fra stiftelsens virksomhet.²² Landet hadde et akutt behov for jordmødre og for medisinerstudenter som hadde fått sin praktiske opplæring, og det skulle derfor mye til for å stenge stiftelsen, for kortere eller lengre tid. Likevel var tvilen omkring stiftelsenes "humanitet" nærmest et vedvarende problem for Faye siden barselfeberen oppsto plutselig og uventet.

Beretningen som Faye skrev etter det fatale året 1850, forsøkte å gi svar på to spørsmål: Var dødeligheten ved Christiania fødselsstiftelse uforholdsmessig høy, sammenliknet med hjemmefødsler? Og hvordan var forholdene ved

¹⁹ Faye 1876:60. Reservelege Heyerdahl skriver i en artikkel fra 1859 at kloroform ble tatt i bruk som bedøvelsesmiddel ved fødsler i 1848. Dette kan også ha vært noe som trakk

²⁰ Schönberg 1887:222.

²¹ Børdahl 1996:41.

²² Blant annet i Faye F C (1851) Fødselsstiftelsen i Christiania i 1850. *Norsk Magazin for Lægevidenskabens* Femte Bind, s.732.

Christiania fødselsstiftelse, sammenliknet med andre stiftelser i Europa? Det siste spørsmålet kunne faktisk Faye svare på. Han reiste ofte til utlandet gjennom hele sitt yrkesliv, også før 1850, både for å sammenlikne dødeligheten mellom stiftelser, men også for å undersøke om legene andre steder hadde større lykke med å behandle, forhindre eller redusere utbruddene av barselefeber.

I 1850 publiserte Faye en artikkel på bakgrunn av en reise han hadde foretatt året før om forholdene ved flere av Europas fødselsanstalter.²³ Her vakte Fayes beskrivelser av dødelighetsforholdene i Paris oppmerksomhet i Frankrike, fordi man der tidligere ikke hadde samlet inn systematiserte oppgaver over hvor mange som døde ved de forskjellige fødselsanstaltene i byen. Fayes artikkel ble da også prompte oversatt til fransk og trykt i tidsskriftet *L'Union médicale*. Fayes konklusjon i denne artikkelen, som han skrev *rett før* utbruddet av barselefeber i Christiania i 1850, ble at dødeligheten ved stiftelsen ikke var så høy som de verste anstaltene i utlandet. Stiftelsen lå sann omtrent på et europeisk gjennomsnitt. Forholdene ved stiftelsen i Christiania var altså ikke vesentlig dårligere enn ved andre stiftelser. Men hvordan stilte det seg med risikoen ved fødsler på stiftelsen, i forhold til fødsler hjemme?

I etterkant av katastrofeåret 1850, satte Faye selv opp regnestykket som sammenliknet stiftelsen med omlandet. Stiftelsen hadde pleid 135 barselkoner i løpet av 1850. Av disse hadde 25 dødd, det vil si en dødelighet på 18,6 %. Hvilket geografisk område i byen var så sammenliknbart med stiftelsen? Tall fra byen var basert på prestenes lister, og derfor delt inn etter kirkens menigheter. Den sentrale bykjernen ble stort sett omfattet av Vår Frelsers menighet. Her hadde 444 fødsler foregått hjemme. Av disse var det registrert 19 dødsfall. Det ville igjen si en beregnet dødelighet på 4,3 %. Nå bodde imidlertid den fattigste delen av befolkningen, som jo også utgjorde en stor del av stiftelsens klientell, i byens forsteder, vest og øst for bykjernen. Disse områdene befant seg i Akers sogn, og ble derfor ikke regnet inn i byens statistikk.

Faye hadde klart å fremskaffe tall som viste antall fødsler og antall døde barselkvinner i et større landområde rundt byen, men ikke spesielt for forstedene. Selv om disse tallene viste at det hadde skjedd en økning i antall dødsfall i barsel så og si overalt, i forhold til tidligere år, så pekte tallene for stiftelsen seg klart ufordelaktige ut. Dette kunne man faktisk forvente, mente Faye:

²³ Faye F C (1850) Om forholdene ved flere af Udlandets Hospitals-Indretninger, hovedsagelig dem for Qvinder og Børn (for den største Delen oversat i *L'Union médicale*, Paris 1849).

"Da Stiftelsens Belæg for største Delen bestaaer af Fødende hvis Livsvilkaar ere ugunstige, er det en Selvfølge, at Dispositionen til Sygdom hos dem ogsaa forholdsviis er større, end hos Barselkvinder, der ligge i deres Hjem, og især maa dette vise sig under al Slags epidemisk Indflydelse, mod hvilken den omhyggeligere Pleie paa Stiftelsen ikke formaaer at virke synderligt..."²⁴

Forklaringen lå, etter Fayes mening, i disse kvinnes disposisjon for sykdom, noe som både kunne skyldes slette materielle livsforhold, men også at de fleste av disse var ugifte, ensomme, fattige og knuget av bekymringer for hvordan de skulle greie seg. Selv om Faye ikke hadde tall som viste sammenhengen mellom bykvinnenes klassebakgrunn og forekomsten av barselfeber ved hjemmefødsler, var det hans bestemte inntrykk at:

"Af de i Samfundet bedre situerede Klasser ere, saavidt jeg har kunnet erfare, kun enkelte Barselkvinder døde, medens den lavere Haandværks- og Arbeidsklasse har maattet yde de fleste Offere".²⁵

Altså hadde kvinnes klasse større betydning for om kvinnene ble syke, enn om de fødte på stiftelsen eller ute på byen, etter Fayes mening. Når så mange kvinner fra de fattigste klasser ble samlet under samme tak og i samme rom, slik som på stiftelsen, ble de skadelige innflytelsene i luften fra disse kvinnene "potensert", eller forsterket, slik at en eller annen sykdomsutløsende grense ble overtrådt. Spredt, enten på enerom på stiftelsen, eller hjemme, ble den sykdomsutløsende innflytelse så svak, at den langt sjeldnere utløste sykdom, argumenterte Faye.

Antall betalende barselkvinner innlagt på stiftelsen gikk ned etter 1850, mens antall ikke-betalende økte. Etter et par år med få tilfeller av barselfeber, økte imidlertid både totalbelegget og andelen betalende barselkvinner, til fortrenghet for de ikke-betalende. Da en barselkvinne av den bedre situerte klasse, som også lå på enerom, døde av barselfeber i 1853, måtte Faye på et møte i det medisinske selskap dementere rykter som hadde oppstått på byen om at det var farlig å føde på Stiftelsen.²⁶

Faye fant tiden inne for en systematisk tilnærming til problemet. Han gikk derfor nøye igjennom 16 år av stiftelsens journaler, helt fra flyttingen i 1837, og fant ut at i den første 8-årsperioden hadde det ligget 199 kvinner på enerom. Av disse døde 6. I den siste 8-årsperioden hadde det lagt 104 kvinner på enerom, men ingen døde. På de andre fellesrommene, hadde det vært flere

²⁴ Faye 1851:704.

²⁵ Faye 1851:705.

²⁶ Forhandlinger (1853) Debatt om dødelighetsforholdene ved Fødselsstiftelsen i Christiania. *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, s.508ff.

tilfeller av barselfeber i de siste 8 år, men det var altså ingen grunn til økte engstelse blant kvinner fra den bedre stand forlagt på enerom.

At kvinner som lå på bedre forpleining faktisk var fra byens bedre stand, var ennå ikke strengt dokumentert.²⁷ Så Faye ville undersøke dette nærmere. Han fikk tilgang til kirkeprotokollene for Vår Frelses menighet, og med innleid hjelp hadde Faye greidd å klassifisere de fødende på bedre forpleining etter stand og klasse:

<i>"Embedsclassen</i>					<i>Kjøbmands-og Haandværksclasserne</i>				
Fødsler/Døde					Forhold	Fødsler/Døde			Forhold
1850	46	2	=	1:23	165	8	=	1:20,6	
1851	60	1	=	1:60	226	3	=	1:75	
1852	45	1	=	1:45	185	4	=	1:46	
Tilsammen for 3 Aar 4 Døde paa					Tilsammen 13 Døde paa				
151 = 1:37,7					556 Qvinder, efter Fradrag af 10				
Barselqvinder, hvoriblandt 2de, der have ligget paa Stiftelsen paa simpel									
Forpleining, men dog maaskee høre til denne Classe, - altsaa 1 Død af 42,7. For									
Embeds-, Kjøbmans- og Haandværksclasserne tilsammen bliver Forholdet 17									
Døde paa 707 Fødsler = 1:41,6". ²⁸									

Tallene viste klart at det for kvinner av den bedre stand var langt tryggere å føde på stiftelsen, enn å føde hjemme. Det var imidlertid et faktum og forsåvidt kjent ute på byen, at kvinner av lavere stand oftere ble rammet av barselfeber og andre sykdommer mens de lå ved stiftelsen, enn om de fødte utenfor. Til tross for dette, strømmet disse kvinnene på og ville føde på stiftelsen, selv i løpet av, og etter uåret 1850. Kvinnene fra den bedre stand, avsluttet Faye med, var i det hele tatt vanskelige å ha med å gjøre på stiftelsen, fordi de var kravstore, de betraktet personalet som sitt tjenerskap, og de var heller ikke tilgjengelige i undervisningen på samme måte som kvinner på simpel forpleining. Faye var derfor mest stemt for å utelukke de betalende kvinner fra stiftelsen, og eventuelt bruke den plassen som ble til overs, til en egen avdeling for "Fruentimmersygdomme". En slik avdeling kunne gi verdifull praksis for de studerende, mente Faye.

Forholdet mellom dødeligheten ved hjemmefødsler og fødsler på stiftelsen dukker opp med jevne mellomrom i rapporter, artikler og på møtene i selskapet utover 1850- og 60-tallet. Også fra utlandet, og da særlig fra Frankrike, ble det meldt om heftige debatter med påstander om slette

²⁷ Noen av såkalte *puella publica*, de offentlige fruentimmer, betalte for seg for å få ligge på bedre forpleining.

²⁸ Forhandling 23.05.1853:510.

tilstander ved fødselsstiftelsene og høy dødelighet. Debatten tok et oppsving i 1866 med utgivelsen av boka *Des maternités: Études sur les maternités et les institutions charitables d'Accouchement à domicile dans les principaux états de l'Europe*, av den franske legen Le Fort.²⁹ Le Fort påstår i denne boken at han hadde et statistisk belegg for å hevde at flere av Europas fødselsanstalter mer var å betegne som *morderanstalter* enn som humanitære institusjoner for pleie og omsorg.

Samme år, utga Faye og to av hans assistenter, to større statistiske artikler, som sammenfattet fødselsarbeidet ved Stiftelsen i Christiania.³⁰ Disse to artiklene var ikke rettet direkte inn mot å avdekke fødselsdødeligheten, men Faye unnlot likevel ikke å sammenlikne Le Forts tall fra de europeiske stiftelsene, med sine egne fra Christiania. I samme periode som Le Fort hadde undersøkt, hadde Faye funnet en gjennomsnittlig dødelighet på 1,3 % ved stiftelsen, og 0,97 % utenfor. Forskjellen mellom disse to tallene var ikke betydelig, men heller noe man kunne forvente med tanke på stiftelsens klientell. Fayes tall lå i alle fall langt under de mortalitetstall som Le Fort hadde funnet ved andre fødselsstiftelser ute i Europa.

Noen norske leger lot seg ikke tilfredstille av Fayes forsikringer om de tilfredstillende norske tilstander. Én av disse, Conrad Eger, praktiserte som lege i Arendal og var samtidig korpslege. I 1869, altså 3 år etter Le Forts artikkel, utga han selv en artikkel som beskrev dødeligheten blant norske barselkoner i femårsperioden 1861 til 1865.³¹ Eger hadde nemlig funnet et statistisk grunnlag i landets offentlige medisinalberetninger. Dr Eger fant her ut at dødeligheten blant barselkvinner i Christiania by var langt høyere, enn i Christiania stift som helhet. Dette faktum er forunderlig, mente Eger, siden, sammenliknet med andre, avsidesliggende strøk av landet, "I Christiania [...] dør neppe nogen Fødende uden Lægehjælp, denne er strax at erholde...".³²

"Det er altsaa Omstændigheder i Christiania, som foraarsage, at Fødende Kvinder der uagted den omhyggeligste Pleie, uagted hurtig og kyndig Lægehjælp ved Døden bortrykkes i større Antal end noget andet Sted i det sydlige Norge".³³

²⁹ Le Fort L. (1866) *Des maternités: Études sur les maternités et les institutions charitables d'Accouchement à domicile dans les principaux états de l'Europe*. Paris.

³⁰ Faye F.C. og Schønberg E. (1866) Statistiske Undersøgelser angaaende den operative Fødselshjælp i Norge i Tidsrummet fra 1853 til 1863. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* Tyvende Bind og Faye F.C. og Vogt H. (1866) Statistiske Resultater støttede til 3000 paa Fødselsstiftelsen i Christiania undersøgte Svangre og Fødende samt Børn. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* Tyvende Bind.

³¹ Eger C. (1869) Om Dødeligheden blandt Barselkoner i Norge i Femaaret 1861-1865. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* XXIII, 393.

³² Eger 1869:395.

³³ Eger 1869:397.

Nå hadde Eger ikke maktet å skille ut dødsfall i barselfeber fra dødsfall av andre årsaker under og etter fødsel, men til tross for dette, mente Eger, var det ikke til å komme utenom at hvis en barselkvinne ville "fuldbringe sin Nedkomst" på Hedemarken, Toten, i Gudbrandsdalen eller et annet sted utenfor hovedstaden, så hadde hun dobbelt så stor sjanse til å komme fra det med livet, enn om hun oppholdt seg i Christania.

Egers påstand fikk ikke stå uimotsagt lenge. Herman Vogt, som var Fayes medforfatter på en av de to statistiske artiklene fra 1866, hadde fanget opp en artikkel i *Edinburgh medical Journal* av J. M. Duncan i 1869. Duncan kritiserte holdbarheten til disse statistiske oversiktene som blant annet franskmannen Le Fort hadde publisert 4 år tidligere. Egers artikkel fra året før, begikk akkurat samme feil som Le Fort, mente Vogt. Vogt refererte videre fra Duncans artikkel at:³⁴

"Statistik er nødvendig, men dette er for Tiden en meget ubehagelig Omstændighed; thi foruden de vel kjente Vanskeligheder ved at benytte den, er man nu midt oppe i en heftig Strid, hvorunder man let forledes til at drage uriktige Resultater af statistiske Data, en Fristelse, Forf. vil gjøre sig Umage for at Undgaa".³⁵

Det var særlig to hensyn som enkelte statistiske forfattere hadde sett helt eller delvis bort fra, i følge Duncan. Det ene var at de foretok en sammenlikning av to ulike fakta eller omstendigheter. Det andre var at de ikke var nøye nok når de bestemte seg for hvilke fakta eller omstendigheter som skulle tas med i beregningen. Det var blant annet ennå stor statistisk og medisinsk uklarhet i forhold til *hva* som skulle regnes som dødsfall av barselfeber, og hvilke dødsfall som *ikke* skulle regnes med i statistikken som barselfeber. Det hadde også vist seg ved flere anledninger at når noen leger hadde kontrollert og summert de offentlige listene over dødsårsaker, hadde funnet betydelige avvik i forhold til hva som tidligere hadde vært rapportert.

Samme år som denne artikkelen ble publisert, i 1870, ble Vogt utnevnt til overlege og bestyrer ved fødselsstiftelsen i Bergen.³⁶ Etter to år i stillingen, hadde Vogt ferdigstilt en artikkel med statistiske opplysninger som berørte både særegenheter ved fødselsforholdene i Bergen og Egers artikkel fra 1866.³⁷

For sammenlikningens skyld, hadde Vogt funnet ut at det i løpet av de siste 3

³⁴ Duncan J.M. og Vogt H. (1870) Dødelighed i Barselseng. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* XXIV, 269-274.

³⁵ Duncan & Vogt 1870:270.

³⁶ Bergen fødselsstiftelse åpnet i 1861.

³⁷ Vogt H. (1872) Dødelighed paa Barselseng i Norge i Tiaaret 1859-1868. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, s. 414.

år hadde døde 135 kvinner av barselfeber i Bergen by, alle utenom fødselstiftelsen samme sted. Av disse 135, kunne 51 kvinner regnes tilhørende de bedre situerte klasser, mens 78 kvinner regnes til de mindre godt situerte klasser.³⁸ Siden antall bedre situerte i byen må forventes å være langt mindre enn de mindre godt situerte, må konklusjonen bli at mortaliteten hadde vært størst hos de bedre stillte, i følge Vogt. Dette er forunderlig, fordi Vogt kan ikke se at boligforholdene eller de hygieniske forhold er så mye slettene blant den bedre stillte klasse i Bergen, enn i andre byer.

Dødeligheten syntes å variere med årstiden, og den var størst på den tiden av året hvor folk holdt seg mest innendørs. Dette kunne være *noe* av årsaken, men ikke *hele*, sier Vogt. Det viste seg at Bergen by også hadde en større dødelighet blant barn før de er fyllte ett år, sammenliknet med de andre byene i Norge. Årsaken til dette måtte henge sammen med overhyppigheten av barselfeber, fordi "en mindre hensigtsmæssig gennemført Barselhygiene ogsaa maatte betinge en større Dødelighed hos de nyfødte".³⁹

I motsetning til stiftelsen i Christiania, hadde dødeligheten ved stiftelsen i Bergen vært "særdeles Liden", siden opprettelsen i 1861. Noen forklaring på dette forhold, kunne Vogt ikke gi her.

Utover 1870-tallet stilnet de store kontroversene omkring mortalitetsforhold på stiftelsene sammenliknet med byområdene rundt. Da Faye tre år senere gikk av som overlege for stiftelsen i Christiania, gjorde han opp et sluttregnskap som sa at det i løpet av de siste 9 år hadde vært en dødelighet ved stiftelsen på 1,33 %, noe som måtte sies å være tilfredstillende etter de rådende omstendigheter.⁴⁰

Neste gang dette temaet dukket opp i selskapet i Christiania, var under en debatt om pyemi og puerperalfeber som utspant seg over flere møter i 1879 og 1880. Nå er det den indre, patologiske årsak til barselfeberen man var på jakt etter. Edvard Schønberg, som etterfulgte Faye som overlege, bestyrer og professor i 1875, hadde siden tiltredelsen egenhendig gått gjennom stiftelsens journaler. Schønberg mente han hadde funnet et markert skifte i dødeligheten ved stiftelsen rundt 1867-68. Fremdeles var det nok slik at mortaliteten på stiftelsen var noe høyere enn ved fødsler ute på byen, men dette hadde sin årsak i, som Faye tidligere hadde hevdet, i stiftelsens særegne klientell av kvinner fra de lavere klasser. Men nå kunne ikke fødselstiftelsene lenger

³⁸ Vogt 1872:419.

³⁹ Vogt 1872:420.

⁴⁰ Faye F.C. (1877) Beretning om Bevægelsen paa Fødselstiftelsen i 12-Aarstidsrummet fra 1864-1875. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* VII, 661 773.

betegnes med rett som *morderanstalter*, fastslo Schønberg i 1880.⁴¹ Den perioden hadde da vart i nærmere 40 år.

Fødselsstiftelsene: Et rom for kvinner? - foreløpig avrunding

I hele 3-4 decennier av 1800-tallet ble Europas fødselsanstalter betegnet som morderanstalter. I ettertid har historikere, medisinere, jordmødre - og forfattere (bl a Bjørneboe) - vært opptatt av å fordele skylden for at så mange kvinner døde. De norske legene på 1800-tallet la, som vi så, store deler av skylden på *barselkvinnene* selv, som tok med seg sykdommen når de la seg inn på stiftelsen. Ute på byen, fikk *jordmødrene* noe av skylden for å spre barselfeber fra en barselseng til en annen.⁴² Legene var nemlig ikke tilstede under normale hjemmefødsler, og slapp dermed unna. Det er dette skyldspørsmålet Kjærheim, i sin før nevnte historie om jordmorvesenet på 1800-tallet, angriper.

Forholdet mellom fødselsstiftelsene i Christiania og Bergen er i dette skyldperspektivet interessant, i og med at disse to stiftelsene ble så ulikt rammet av barselfeber. Som bestyreren av stiftelsen i Bergen uttrykte det, burde alle kjente forhold være omtrent like i Bergen og Christiania, med hensyn til hygiene, utdanning, måter å gjøre ting på, bygninger osv. Det bestyreren i Bergen ikke nevner, og som ble selve hovedpoenget i den velkjente historien om Semmelweis ved fødselsanstalten i Wien, er at det ved stiftelsen i Christiania ble undervist jordmorelever og medisinerstudenter, mens det i Bergen *kun* ble undervist jordmorelever. Nå så verken Faye eller bestyreren i Bergen på dette tidspunktet noen sammenheng mellom undervisning og forekomsten av barselfeber, så dette er i så fall ennå en udokumentert hypotese.⁴³

La oss nå for en stund se bort fra *hvem* som satt (sitter) igjen med skylden for utbruddene av barselfeber, og se litt nærmere på hvordan de forståelser og den kunnskap ble produsert sammen med de praksiser som ble utøvd også er med på å skape en historie som kan være særdeles virksom, uavhengig av sannhetsgraden (sett i ettertidens forklarende lys). Overskriften/metaforen "et rom for kvinner" har jeg nettopp laget for å lede oppmerksomheten mot

⁴¹ Forhandlinger (1880) Debatt om pyemi og barselfeber. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*.

⁴² Ett av flere konkrete utslag av dette, kan være Indre-Departementet (1864) Skrivelse fra Indredepartementet om Jordmødres Forhold under Puerperalfeberepidemier. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* XVIII, 369.

⁴³ Dette ville i så fall være noe som kunne utgjøre et "historisk funn", som ville være med på å drive fortellingen om skyld ennå et skritt videre.

hvordan norske leger lagde fysiske kvinnerom. Samtidig konstruerte de et eget medisinskvitenskapelig kvinnerom, nemlig fødselsvitenskap.

Det "å skape et rom for kvinner" ved Christiania fødselsstiftelse, handlet, som vi så, bare delvis om å foreta visse bygningsmessige endringer, ordne luftemuligheter, øke rensligheten, som professorene Faye og Schönbergs historiske beretninger forteller om. I tillegg ble det vel så viktig å skape et statistisk landskap, som stiftelsen kunne plasseres inn i eller forholde seg til.

Vi så i historien ovenfor hvor behendig Faye, med hjelp fra andre leger, lyktes med å sette opp et regnestykke som viste en slags balanse mellom det å føde hjemme, i forhold til det å føde på stiftelsen. Tallene ble, som vi så, særlig rettet mot de bedre stillte klasser og andre leger av samme stand, som viste seg å være langt mer følsomme for tilfeller av barselfeber, enn fattige og ugifte kvinner. Tallene ble samtidig transformert til vitenskapelige fakta, til forskjell fra byfolkenes prat og ubegrunnede rykter.

Denne "tallenes tale", som Faye og hans kollegaer satset på, både når de skulle sammenlikne Christiania fødselsstiftelse med andre stiftelser i utlandet, og når de skulle sammenlikne fødsler *på* stiftelsen, med fødsler *hjemme*, er et konkret uttrykk for at medisinen *nå* var i ferd med å ta i bruk en i større grad generalisert, syntetisert og vitenskapslignende kunnskap. Mange enkelttilfeller kunne ved hjelp av statistiske metoder aggregeres, både for å sammenlikne ulike medisinske metoder og praksiser, men også for å beskrive, som vi så, alvorlige medisinske og samfunnsmessige problem.

Statistikken representerer/speiler anvendelsen av samtidens sosiale kategorier, men var også med på å skape nye og virkningsfulle kategorier. For å bevare stiftelsens renommé, prøvde Faye å opprettholde både det statistiske og det romlige skille mellom fattige og velhavende kvinner. Når han på den måten trakk samfunnets helt åpenbare klassesdeling inn i dødsstatistikken, måtte Faye ty til den medisinske begrunnelsen at de fattige kvinnene var særlig *disponert for sykdom* eller at de brakte sykdommen med seg. Dette skillet mellom ulike *typer* eller *sorter* kvinner, kan leses som et uttrykk for at menns forståelse *av* kvinner, og kvinners forståelse *av seg selv*, ikke betraktet alle kvinner som *like*.

Derfor ser vi at det i denne perioden, fra rundt midten av 1800-tallet og framover, oppsto en svært interessant spenning mellom to typer kunnskapsregimer i medisinen: På den ene siden en ny generalisert, statistisk kunnskap. Denne baserte seg på at svært mange tilfeller var tilstrekkelig like hverandre til at de kunne summeres. På den andre siden hadde vi fremdeles en praktisk medisinsk vitenskap, som ennå insisterte på forskjeller, på "det

særegne tilfelle".

I artikkelens neste del skal jeg i forlengelsen av dette se nærmere på hvordan i utgangspunktet individuelle, anatomiske forskjeller hos kvinner, gjennom den nye vitenskapens "likhetsbriller", ble gjort til noe medisinsk unormalt, og fikk dermed fikk den medisinske diagnosen "livmorsavvik". Før vi begynner på denne delen, er det imidlertid viktig å ha med seg at fødselsvitenskapen oppsto i et kunnskapsmessig og utøvende samboerskap med et annen spesialitet, nemlig fagfeltet kirurgi.⁴⁴ I den grad legene tidlig på 1800-tallet ble involvert i fødsler, skjedde det bare når det oppsto komplikasjoner, som igjen ofte endte i større eller mindre kirurgiske inngrep. Dette ser ut til å ha ført til en "kirurgisk tilbøyelighet" hos legene. Som vi skal se, kom denne "tilbøyeligheten" til å følge kvinnemedisinen et stykke videre.

2. del - Rommet som produserte kvinner og kvinnelighet

Rundt midten av 1800-tallet hadde legevitenskapen forlengst lokalisert hvilke indre organer i kroppen som man mente var særegne for kvinner eller kvinnelige rundt midten av 1800-tallet. Likevel rådde det en god stund tvil blant leger om hva de skulle betrakte som normale og sunne kvinnelige indre organer, og hva som ikke var det. Denne tvilen rammet også norske leger for fullt da de fikk vite om en debatt som hadde foregått i det franske medisinske akademi i 1849. Da oppsto det en strid om hva de franske legene skulle betrakte som normale og unormale plasseringer av livmoren, av *uterus*. Denne første debatten endte uten konklusjoner eller konkrete anbefalinger, og dukket opp igjen med jevne mellomrom utover 1850- og 60-tallet.

Et par år senere sammenfattet en engelsk lege, dr Pollock, resultatene av sine undersøkelser av underlivet til 583 kvinnelik. Han hadde selv utført undersøkelsene i løpet av årene 1841-1850.⁴⁵ Professor F C Faye, som refererte denne undersøkelsen for det medisinske selskap i Christiania i 1854, merket seg særlig at Pollock hadde avdekket det han kalte sykelige tilstander i livmoren til hele 265 av disse kvinnene, de fleste selv helt uvitende om dette i levende live. De hyppigst forekommende abnorme tilstander, var det Pollock kalte *deviasjoner av uterus*, det vil si avvik fra livmorens normale plassering i kvinnenens underliv.

Samme år, i 1854, fortsatte debatten i det franske medisinske akademi om hva

⁴⁴ Den første norske professor i kirurgi, M Thulstrup, hadde samtidig ansvaret for fødselsvitenskap. Denne formelle forbindelsen med kirurgi forsvant med utnevnelsen av F C Faye i 1850.

⁴⁵ Pollock og Faye F.C. (1854) Uterinorganernes Tilstand undersøgt hos 583 Lig i St George Hospital i London. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* VIII, 239.

man egentlig skulle regne for å være uterus' *normale* plassering. Valentin Heyerdahl, som da var reservelege ved fødselsstiftelsen i Christiania, sørget for at selskapets medlemmer fikk referert også dette ordskiftet.⁴⁶ Debatten nå kom også inn på hvilken metode som var best hvis legene så seg nødt til *korrigere* en unormal plassering av livmoren, en metode til livmorens *redressement*⁴⁷, som de kalte den. Siden livmoren kunne nås gjennom kvinnens vagina, hadde noen leger begynt å bruke den såkalte *Simpsonske uterinsonde*. Den var egentlig var utformet som et undersøkelsesinstrument, men kunne altså brukes til å rette opp det man fant av skjevheter i livmoren. Problemet som deretter kunne oppstå, var at det etter slike behandlinger hadde forekommet enkelte dødsfall av bukhinnebetennelse, *peritonitt*. Derfor hadde det franske medisinske akademi nå, i 1854, delt seg for og imot, i synet på bruken av slike "retningsinstrumenter" i kvinners underliv.

Det var hevet over all tvil, sa de franske leger som hadde brukt slike retningsinstrumenter, at svært mange kvinner faktisk ble helbredet, eller i det minste at de hadde blitt betydelig bedre, etter slik behandling. Det var heller ikke tvil om at mange kvinner led betydelig på forhånd:

"I det store Fleertall af Tilfælde fremkalde Deviationerne betydelige Phænomener, forskjelligartede Forstyrrelser i Almeenbefindendet, Smerter, Functionsforstyrrelser i nærliggende Organer, forstyrret Menstruation med dens Følger, sygelige Forandringer i den ydre Habitus o. s. v. og, er Sygdommen engang tilstede, skrider den bestandig fremad".⁴⁸

De franske motstanderne i bruken av disse retningsinstrumentene i kvinners underliv, førte tre argumenter mot dette. For det første, mente de, var *sammenhengen* mellom de symptomer kvinnene viste og uterindeviasjonen ennå ikke avklart. For det andre benektet enkelte leger at det eksisterte noe som het uterusdeviasjon i det hele tatt. For det tredje hadde bruken av uterinsonden vist seg å være for farlig, endog svært farlig (bukhinnebetennelse var så og si alltid dødelig). Altså burde dette ikke bli en standardbehandling.

F C Faye, som også underviste i "Fruentimmervidenskab" i tillegg til i fødselsvitenskapen ved universitetet, ønsket selv å prøve ut denne metoden. I 1854-55 lyktes han med å få ryddet noen ganske få senger ved fødselsstiftelsen i Christiania til syke kvinner som *ikke* skulle føde, dvs det vi i dag ville kalle en

⁴⁶ Heyerdahl V. (1855) Forhandlinger i det medicinske Academi i Paris om Uterindeviasjoner og deres Behandling med Retningsinstrumenter. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* IX, 413.

⁴⁷ *Redressement* - fransk for oppretting, men stammen i ordet er det samme som i ordet dressere, dvs temme.

⁴⁸ Heyerdahl 1855:415.

liten gynekologisk avdeling. Allerede året deretter kunne Faye publisere en vitenskapelig artikkel om sine egne erfaringer med å behandle livmødrenes leieforandringer.⁴⁹ Nå var imidlertid ikke dette første gang Faye og andre leger i Norge hadde hatt anledning til å utforske levende kvinners indre rom. Slike medisinske utforskninger, kalt eksplorasjoner, var nemlig tidligere blitt utført av leger som rutinemessige undersøkelser av gravide kvinner.

Eksplorasjoner

Da Faye i 1876 så tilbake på sine 30 år som overlege ved Christinia fødselsstiftelse, trakk han særlig fram at medisinerstudentene *før* hans tid (altså før 1846) *ikke* hadde hatt tilgang til stiftelsen, og at de heller *ikke* fikk øvelse i fødselshjelp før de ble uteksaminert.⁵⁰ Derimot hadde studentene siden 1842 hatt anledning til å undersøke kvinner i løpet av svangerskapet. Det var nemlig satt opp en regel om at de kvinner som møtte opp til legeundersøkelse i løpet av svangerskapet, hadde fortrinnsrett til innleggelse når den tid kom. På den måten fikk studentene en regelmessig tilgang på undervisningsmateriell.

Undersøkelsene av gravide kvinner ved stiftelsen ble nøye journalført. Journalene inneholdt opplysninger om kvinnenens menstruasjonssyklus, tidspunkt for første menstruasjon, normalt menstruasjonsmellomrom og antatt konsepsjonstidspunkt (tidspunkt for samleie). Disse opplysningene ble siden samkjørt med målinger av barnets vekt, barnets hodemål, barnets lengde, navlestrengens lengde, fødselsarbeidets varighet, antall barn osv. for de kvinner som fødte på stiftelsen, og det gjaldt de fleste av disse som ble undersøkt på forhånd. Journalene utgjorde også grunnlaget for Fayes og Vogts statistiske artikkel i 1866. Statistikken omfattet hele 3000 svangre og fødende, og forfatterne mente derfor at man nå, for første gang, kunne slå fast gjennomsnitts- eller normalverdier for "det norske svangerskap".⁵¹ Tidligere hadde legene blant annet antatt at svangerskapets lengde avhang av lokale, klimatiske forhold, kosthold eller andre ytre forhold. Nå ble slike påstander tilbakevist.

Som tidligere nevnt, så slapp de betalende kvinner på fødselsstiftelsen å stille seg til rådighet for studentenes eksplorasjonsøvelser. Selv i katastrofeåret 1850

⁴⁹ Faye F.C. (1856) Bidrag til Læren om Sygdomme i de kvindelige Sexualorganer. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* X, 1.

⁵⁰ Faye F.C. (1876) Fødselsstiftelsen og Børnehospitalet som undervisningsanstalter for vordende læger og jordemødre. Kristiania, s.57.

⁵¹ Faye F.C. and Vogt H. (1866) Statistiske Resultater støttede til 3000 paa Fødselsstiftelsen i Christiania undersøgte Svangre og Fødende samt Børn. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* Tyvende Bind.

kunne Faye berette i sin rapport fra stiftelsen at:

"Eksplorasjonsøvelser ere som i de foregaaende Aar anstillede 2de Gange ugentlig paa svangre Fruentimmer, tourviis med de Studerende, der som Volonteurer tillige overvære Fødsler, og med Jordemoderskolens Elever".⁵²

Det hadde riktignok vært en viss nedgang i antall kvinner som hadde møtt opp til undersøkelse, som på et vanlig år lå på over 100. 78 kvinner hadde møtt fram i 1850, mens 114 eksplorasjoner i alt ble utført, siden enkelte kvinner møtte opp flere ganger.

Faye er på dette tidspunkt fullt klar over Semmelweis teori om "den digitale overføring av smittestoff", ikke minst siden han selv personlig hadde besøkt Wiens fødselsanstalter relativt nylig.⁵³ Selv om Faye ikke vil legge samme vekt på overføringen av et bestemt ("fixt") smittestoff via fingre og hender, slik Semmelweis gjorde, skjerpet Faye kravet til renslighet, både i rommene, i forhold til sengetøyet, til instrumenter, klær og ikke minst "Stræng Reenlighed af Fingrene og Vadsugning med Chlorzinkvand paasaaes ved de Fødendes Undersøgelser...".⁵⁴

Leieforandringer

Neppe hadde noe enkelt kroppslig organ vært utsatt for slike endringer i legenes forståelse og debatter gjennom tidene som nettopp livmoren, konstanterte Faye lakonisk i artikkelen sin om livmorens leieforandringer i 1856.⁵⁵ Debattene om livmorens normale leie i Frankrike i 1849 hadde i så måte vært typisk. Men Faye hadde nå selv hatt anledning til å studere de "franske" leieforandringene i sin egen lille klinikk for kvinnesykdommer. Legevitenskapen hadde forøvrig i 1856 greidd å skjelne mellom to ulike typer leieforandringer, de såkalte versjoner (vendinger) og fleksjoner (bøyninger):

"En Version af Livmoderen maa altsaa forstaaes den Leieforandring, hvorved Livmoderens Længdeaxe mere eller mindre er afvejen fra den som normal antagne Retning i Midten af øverste Bækkenaabning".⁵⁶

⁵² Faye F C (1851) Fødselsstiftelsen i Christiania i 1850. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* Femte Bind, s.782.

⁵³ Faye (1849) Om barselfeberen (Rapport fra en studiereise i Europa). *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* og Faye (1850) Om forholdene ved flere af Udlandets Hospitals-Indretninger, hovedsagelig dem for Qvinder og Børn.

⁵⁴ Faye 1851:709.

⁵⁵ Faye F.C. (1856) Bidrag til Læren om Sygdomme i de kvindelige Sexualorganer. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* X.

⁵⁶ Faye 1856:8.

"Flexion af Livmoderen kaldes det, naar selve Uteri Legeme er bøiet saaledes, at dens Axe danner en krum eller brukket Linie, hvilket da har til Følge, at Fundus og Collum nærme sig hinanden mere eller mindre after abnormitetens Grad".⁵⁷

Faye utla 8 pasienthistorier fra sin egen praksis, som alle fortalte om pasienter som ble helt symptomfrie, eller som i alle fall følte seg betydelig bedre etter behandlingen:

- "F.B., 42 Aar gl., gift anden Gang, i gode Livsvilkaar..."
- "F.H., Enke efter en Embedsmand, 46 Aar gl..."
- "21/12 1853. T.A. i meget gunstige ydre Livsvilkaar, 36 Aar gl..."
- "A.C., 26 Aar gl., gift med en Embedsmand..."
- "E.R., en 44aarig Gaardmandskone fra Landet..."
- "M.P., 34 Aar gammel, i gode Livsvilkaar..."
- "T.S., 23 aar gl., i gode ydre Livsvilkaar..."
- "F.S., 24 Aar, tilhørende den mere dannede Samfundsclasse..."

Som vi ser av denne listen var pasientene med uterindeviasjoner tydeligvis fra en helt annen samfunnsklasse enn flertallet av de fødende ved stiftelsen. De var alle kvinner fra gode kår, på ett unntak nær (gårdskona?). Dessverre uttrykker Faye, siden alle disse kvinnene lå på bedre forpleining, var de heller ikke tilgjengelige for studentenes egenhendige eksplorasjoner.

Debattene i det franske medisinske akademi 1849-1854 om livmorens leieforandringer og behandlingsmetoder, viste at det eksisterte et skille mellom de leger som var villig til å gjøre det de mente var helt nødvendige inngrep for å lindre eller korrigere den tilstanden disse kvinnene sa de led av, og de som ikke ville gjøre det. Det ble også utover 1850-tallet allment kjent at enkelte leger var villige til å gjøre temmelig radikale inngrep på kvinner. Den mest kjente, og i ettertid mest beryktede, ble den engelske legen Isaac Baker Brown, som i 1854 gikk inn for kirurgisk behandling av de fleste kvinnesykdommer, deriblant også *klitoridektomi*, dvs amputasjon av klitoris.⁵⁸ Selv om Baker Brown var den som i ettertid ble mest kjent, hadde metoden hans tilhengere i flere europeiske land.⁵⁹

Denne ekstreme, kirurgiske behandlingen av kvinnelidelser midt på 1800-tallet, resulterte i et skisma i den daværende legevitenskap mellom "radikale" og "moderate" leger. *Redressement*, eller oppretting av livmorsdeviasjoner ved

⁵⁷ **Fundus** - livmorens øverste runding; **collum** - livmorshalsen, dvs livmorens nederste del.

⁵⁸ Brown I.B. (1854) On some diseases of women admitting of surgical treatment. J Churchill, London.

⁵⁹ Johannisson K. (1996) Det mørke kontinent. Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet. Aventura, Oslo, s.188ff.

hjelp av Simpsons uterinsonde, ble av enkelte leger, som hadde hørt om Baker Browns ekstreme metode, ansett for å være et relativt "mildt" inngrep på kvinner. De som hadde størst tilbøyelighet (eller færrest motforestillinger) mht til å ta slike metoder i bruk selv, var ofte kirurger eller spesialister i fødselsvitenskap, slik som Faye.⁶⁰ Nå kom imidlertid både Faye og læreren i kirurgi, Julius Nicolaysen til å ta avstand fra de mest radikale kirurgiske metodene. Men samtidig dukket det nå også opp et medisinsk alternativ som disse to måtte forholde seg til: Nemlig den utvendige og påstått helt "uskadelige" mekaniske behandling av uterindeviasjon.

Uterinmassasje og uterindeviasjon

I andre halvdel av 1860-årene ble det klarere hvilke operasjoner på kvinner som burde betraktes som legevitenskapelige legitime, og hvilke som ikke burde være det. Selv om det meldes om én utført klitoridektomi ved Rikshospitalets kirurgiske avdeling i 1865, er det ikke noe som tyder på at dette ble en utbredt operasjon her til lands. Den senere professor, Julius Nicolaysen, utførte imidlertid den første vellykkede *ovariotomi* i Norge i 1866, og på visse indikasjoner, var denne operasjonen det lengste de norske kirurger strakk seg. Samme år publiserte den før nevnte Isaac Baker Brown ennå en gang om muligheten for å kurere kvinner som lider av hysteri med kirurgi.⁶¹ Boken ble omtalt av en norsk lege året etter.⁶² Riktignok ble Baker Brown samme år kastet ut av Londons obstetriske⁶³ selskap, fordi legene der ikke ville være bekjente av hans metoder. Da denne hendelsen nådde norske leger, var de heller ikke var sene med å fordømme Baker Brown.

Til tross for at tilfellene av barselfeber ble sjeldnere og sjeldnere utover 1860- og 70-tallet, og at innføringen av antiseptikk reduserte sjansene for infeksjoner, eksisterte det likevel andre norske leger, som vi nå skal se, som ville rette på kvinnenens indre, uten kirurgiske inngrep med fare for påfølgende infeksjoner. Inspirasjonen denne gang kom fra Sverige, som siden 1830-tallet hadde utviklet en egen metodikk rundt gymnastikk og massasje. Majoren, idrettsmannen og dikteren (!) Ling hadde grunnlagt en ny gymnastikkform, det såkalte lingske system, som fikk stor suksess i Sverige og faktisk også utover i Europa. Svenskene startet også et eget Central-Institut for gymnastikk

⁶⁰ Undervisningen i fødselsvitenskap og kvinnesykdommer var inntil 1846 tillagt læreren i kirurgi ved universitetet i Christiania.

⁶¹ Brown I.B. (1866) The curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy, and hysteria in women. London.

⁶² Roll T. (1867) Helbredelse af visse Nervesygdomme hos Kvinder ved Operation. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* XXI, 109-117.

⁶³ Obstetrikk - fødselshjelp.

for å utdanne sykegymnaster.⁶⁴

Det lingske system fikk en mindre kjent parallell i Norge. Den norske legen Gunder Kjølstad startet i 1838 sitt eget lille institutt der han praktiserte en behandlingsform som han kalte *selvretttingsmetoden*, blant annet for mennesker som led av *skoliose*.⁶⁵ Det nye med Kjølstads selvretttingsmetode var at han ikke brukte mekaniske treningsmaskiner, men at han systematisk forsøkte å lære pasientene i å "rette sig selv". Pasientene skulle bli mer bevisst hvor kroppens horisontal- og vertikalplan lå, gjennom stadige kroppsovelser, som ble gjentatt med jevne mellomrom hele dagen, fra tidlig morgen til sein kveld. Metoden baserte seg på "en egen Magt i Tanken selv, der umiddelbart gav os en større Kraftfylde til Retning, og som i og for sig selv forekom os uafhængig af Villien, naar den blot var tilstede i Bevidstheden", som det ble sagt.

Etter et par mindre forpostfektninger om medisinsk massasje på møtene i Christiania medisinske selskap i 1872 og 1873, holdt overlege ved fødselsstiftelsen F C Faye sønn, Ludvig Faye, et foredrag om *livmormassasje* i 1874. Dette vakte stor oppsikt i selskapet.⁶⁶ Faye jr hadde i 1873 vært på besøk i Sverige og gjort seg kjent med "Major Thure Brandts Behandling af Uterinlidelser med medikal Gymnastik". Ryktene om major Brandts effektive og vellykkede metode til behandling av livmorens leieforandringer hadde også nådd Norge, og Faye jr ville derfor selv undersøke dette. I sitt foredrag i 1874 kom Faye jr inn på metodens opprinnelse, som lå noen år tilbake.

Thure Brandt arbeidet som idrettsoffiser i den svenske hær, utdannet som så mange andre svenske gymnaster i det lingske system ved Central-Institutet. I 1847 hadde Brandt vært ute for en hendelse der en av soldatene under en øvelse ble rammet av et "Fremfald af Endetarmen". Brandt lyktes faktisk å rette på tilstanden med et håndgrep der han løftet opp mannens underliv. Faye jr beskriver deretter hvordan Brandt, som deretter hadde "kommet over" en bok om kvinnesykdommer, innså at grepet hans muligens kunne brukes på kvinner som led av såkalt *nedsenket livmor*. Faye kunne fortelle at Brandt kort tid etterpå ble oppsøkt av to bondekoner, "som i lengre Tid havde lidt af Livmodersenkning". Brandt lyktes med å behandle disse, og det gikk deretter ikke lang tid før han hadde opparbeidet seg en stor praksis ved hjelp av sitt spesielle håndgrep.

⁶⁴ Se også Karin Johannisson (1996) Det mørke kontinentet. Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet. Aventura Oslo, s.211ff.

⁶⁵ *Scoliosis* - tilstand med kurvaturar frå side til side (i frontalplanet) av ryggstøyla; kan koma av medfødte endringar i ryggvirvlar, feil haldning, ulik lengd på beina, reumatiske endringar, toraksoperasjonar, lammingar (t d etter poliomyelitt) eller ymse andre årsaker...[gr *skolios* vridning + *-osis* tilstand].

⁶⁶ L Faye ble faktisk i 1875 den første som avla den medisinske doktorgrad i Norge, etter at hans far tok graden i 1842.

Det viste seg også at Faye jr hadde prøvd ut metoden på noen av sine egne pasienter, etter hjemkomsten fra Sverige. Det viste seg også i løpet av ordskiftet etter Faye jr's foredrag at andre norske leger også hadde vært hos Thure Brandt for å se og eventuelt lære seg metodens håndgrep, som nå var kommet opp i et antall av tre: 1) jevne slag med løst knyttet hånd mot lumbal og sakralregionen, 2) punktformige trykninger med fingerspissene fra ryggens midtlinje og fremover mot underlivet, og 3) mens pasienten lå på ryggen, ble fingrene presset ned i det lille bekken for å gripe om livmoren. Deretter ble hele partiet hevet oppover. Alle disse tre grepene ble utført på utsiden av klærne, for ikke å virke støtende, særlig for den kvinnelige pasient, ble det sagt.

Etter Faye jr's foredrag kunne andre av de tilstedeværende leger fortelle at Brandt i løpet av det siste året visstnok hadde utviklet *et fjerde håndgrep*, denne gang utført på *innsiden* av klærne. Wilhelm Boeck hadde fått beskrevet selve håndgrepet, som skulle bestå i at Brandt førte sine krumme fingre opp imot, og så langt inn i kvinnens vagina som han rakk, uten å påføre kvinnen smerte, samtidig som han ristet fingrene. Dette håndgrepet ble kalt "*Perinealrystning*", eller på svensk "*Vaginaldarrtrykning*". Noen kritiske røster blant legene uttalte da at Brandts massasje, og da særlig dette siste fjerde grepet, kunne bli til en nytelsessak for kvinnen og behandleren. Man kunne frykte for at mange av disse gjentok behandlingen for sin egen perverse tilfredsstillelses skyld.

Flere av de andre legene som tok til ordet i debatten som etterfulgte Faye jr's foredrag i 1874, kom til å forkaste eller stille seg svært kritisk til Brandts metode. For det første var metoden utformet og tatt i bruk av en person som *ikke* var tilstrekkelig utdannet i legevitenskapen. Brandt hadde ingen, eller få, forutsetninger for å vite noe om kroppens indre anatomi, og om hvilken patologi som lå til grunn for kvinnes symptomer. Risikoen for feilbehandling var derfor så absolutt til stede. For det andre var dette et spørsmål om moral og anstendighet. Klorotiske og hysteriske kvinner innbilte seg ofte at de hadde feil i sine genitalia, som oftest helt uten grunn. Videre støtte denne behandlingen, og da særlig berøringen av genitalia, den kvinnelige selvfølelse. Slike berøringer burde kun reserveres til omstendigheter da kvinners liv sto i fare på grunn av sykdom eller liknende, og burde altså ikke foretas i utide, selv ikke av leger. Enkelte leger hadde dessuten merket seg at behandlingen visstnok var populær hos unge, ugifte piker (jomfruer - "*Virgines*"), noe som kunne tyde på at behandlingen var vel så lystbetont, som terapeutisk.

Den hardeste kritikken av massasjebehandlingen kom fra kirurg og senere professor Julius Nicolaysen. Han ville på det sterkeste motsette seg at

behandlingen ble tatt opp i den medisinske praksis. Etter foredragsholderens beskrivelser omfattet dette å holde én hånd på underlivet, mens den andre hånds 1-2 eller tre fingre ble stukket inn i vagina i flere minutter mens det "foretages Stød opad, til Siderne, gnides, roteres omkring".⁶⁷ Dette var helt forkastelig, etter Nicolaysens mening. Han ville på sin side da heller ennå holde på uterinsonden, som til nå hadde vært brukt med hell av leger i flere tiår, som det best egnede instrument for å behandle livmorens leieforandringer. Faren for infeksjoner var nå gått betraktelig ned. Derimot var slike manipulasjoner med legenes fingre og hender inni kvinnens vagina, som man beskrev her, etter Nicolaysens mening, helt i strid med legeetikken:

"Den stakkels forfulgte Uterus skal stødes, dirres, tøies, trykkes "saa sterkt man vil" mellem Fingrene eller mod Symfyen eller imod Os sacrum, indtil den giver sig for Trykket og tilfriskner. Dens Tilflugt i et udhulet Hjørne respekteres aldeles ikke, den maa frem paa en Naade og Unaade naturligvis til den egen Frelse".⁶⁸

I tillegg av foredragsholderen, L Faye, ble Julius Nicolaysen motsagt av Berendt Vedeler, som holdt på å bygge seg opp en stor privatpraksis i Christiania som fødselslege og som spesialist på kvinnesykdommer. Vedeler ønsket å representere de leger som mente at man skar, kuttet og sydde alt for ofte på kvinnes underliv. Det var nå blitt en medisinsk trend at kvinners sykdommer ble fortolket som et utslag av kvinnes kjønnsorganer, sa Vedeler. Dette forutsatte av kvinnes kjønnsorganer var svært følsomme. Et bevis for det motsatte, var hans egen erfaring av at kvinner var langt mindre følsomme i sine kjønnsorganer enn menn:

"Samleiet kan finde Sted uden Modbydelighed, men alligevel uden sandselig Incitation. 1000 af Kvinder kjende ikke det Organ, som Manden har givet Navn af Kilderen. Mod 100 mandlige Onanister findes der ikke mere end 1 kvindelig".⁶⁹

Videre påpekte Vedeler at flere utenlandske leger hadde nå uttalt seg offentlig i mot at det i det hele tatt fantes noe som het skadelige eller sykelige leieforandringer av livmoren. Vedeler skulle nå selv starte sin egne undersøkelser for å bringe dette på det rene. En annen privatlege i Christiania, Christian Sandborg, syntes at det var underlig at disse medisinske inngrepene kun var forbeholdt kvinnelige kjønnsorganer. Hvorfor ignorerte medisinen mennenes kjønnsorganer?

⁶⁷ Nicolaysen 1874:273.

⁶⁸ Nicolaysen 1874:281.

⁶⁹ Vedeler 1875:8.

"Indeholdt denne Metode saameget Fortrinligt, var det dog paafaldende, at den ikke havde faaet Anvendelse paa de mandlige Kjønsorganer. Disse ligge dog langt lettere tilgjængelige for alleslags Manipulationer end de kvindelige, og fremvise ligefra Testes til Penis omtrent de samme sygelige Tilstande som disse".⁷⁰

Berendt Vedelers undersøkelser av livmorens leie

Vedeler brukte deretter 3 år på sine undersøkelser av livmorens leieforandringer. Til forskjell fra Fayes referat fra den engelske undersøkelsen av 583 kvinnelik i 1854, hadde Vedeler denne gang undersøkt kvinner i levende live.⁷¹ Den eneste måten å komme til bunns i denne saken, var å "eksplorere en Masse levende Kvinder og saaledes samle en stor Statistik", skrev Vedeler. Vedeler hadde egenhendig undersøkt 1000 kvinner, en blanding av ugifte kvinner, gifte uten barn og gifte med ett eller flere barn, for at undersøkelsen skulle avdekke hele spekteret av mulige livmorsleier. Vedeler hadde skaffet seg statistisk materiale ved å tilby gratis undersøkelse til kvinner fra den mindre bemidlede klasse.

Det hadde ikke vært helt uproblematisk å bestemme fenomenet "leieforandring", fordi man har få anatomiske holdepunkter hos kvinnen å måle ut ifra, konstanterte Vedeler. Det kan derfor være slik at det én lege betraktet som et abnormt leie, ble oppfattet som helt normalt hos en annen lege. Vedeler hadde derfor startet med å definere noen koordinater, hvorfra livmorens leie kunne bestemmes.

Vedelers noe overraskende hovedfunn var at livmorens såkalte normale leie kun fantes hos en femtedel av de kvinner han hadde undersøkt. Hele fire femtedeler av kvinnene hadde større eller mindre grader av leieforandringer, de fleste av disse uten at de merket noe som helst til dette. Konklusjonen måtte da bli at hvis livmoren ellers var sunn og frisk, var leieforandringer hos kvinner helt normalt. Uttrykket "normalt leie" måtte derfor ut av det medisinske vokabular, mente Vedeler, siden dette heller ikke lengre var korrekt. Siden det fantes mange såkalte normale leier for livmødre, ble selve variasjonen normal.

Vedelers konstantering av det normale i det unormale når det gjaldt livmorens leie i 1878, fikk på langt nær alle tilhengerne av mekanisk eller kirurgisk behandling av livmoren til å skifte mening. Fremdeles insisterte enkelte kirurger, og ikke minst lærerne i kvinnemedisin (gynekologi) på universitetet,

⁷⁰ Sandborg 1875:56.

⁷¹ Vedeler B.C. (1878) Livmoderens Leie. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 8. bind, 97.



Vedeler illustrerer hvordan han hadde beveget fingrene inni vagina for å bestemme livmorhalsens posisjon i forhold til skjelettet.⁷²

på at uterindeviasjonen eksisterte. Disse legene så på Vedeler som en ekstremist, en av de (få?) leger som benektet eksistensen av sykdom ved leieforandringer overhodet. Nesten 20 år etter at Vedelers publiserte sine funn, holdt Oscar Semb i 1897 en prøveforelesning til doktograden om uterindeviasjonens patologi.⁷³ Som 20-30 år tidligere, var Sembs viktigste argument for at det eksisterte noe som het uterindeviasjon, det at kvinnene faktisk *ble* bedre i forhold til sine symptomer med den behandling de fikk, selv om legene ennå ikke kunne forklare hvorfor.

⁷² Vedeler B.C. (1878) Livmoderens Leie. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 8. bind.

⁷³ Semb O. (1897) En kritisk fremstilling af uterindeviationernes patologiske betydning (2den prøveforelesning for den medicinske doktorgrad over opgivet emne). *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 58, 873-893.

Den kvinnelige anatomis betydning og funksjon: avslutning

Jeg har i denne artikkelens første del om barselfeberen beskrevet hvordan den medisinske kunnskapen ble tøyd mellom den nye generaliserte, vitenskapelige kunnskapen (i dette tilfelle som statistikk over dødeligheten i barselfeber) og den gamle medisinske kunnskapens tilbøyelighet til å betrakte hvert enkelt sykdomstilfelle som noe særegent ved den enkelte pasient, som en kvalitativ egenskap ved den enkelte kvinne (hennes gode eller dårlige disposisjon, hennes arv, hennes livsforhold). Slik sett kan vi si at den medisinske kunnskapen på denne tiden avspeilet menns fordommer og ikke minst samfunnets klassemessige strukturer.

Historien om uterindeviasjonen i artikkelens andre del, utspilte seg i samme tidsrom som, det vil si parallelt med, historien om barselfeberen i artikkelens første del. Denne siste historien beskriver hvordan legevitenskapen grep fatt i høyst konkrete symptomer hos mer velstående, gifte kvinner og koordinerte disse symptomene i forhold til en påstått anatomisk unormalitet, *uterusdeviasjonen*. Dette "nye" forholdet som medisinen nå så og si lyktes å skape mellom den normale og unormale livmor, spiller på et langt større register av lyst-ulyst, av kjønn og moral, enn den binære inndelingen mellom gode og dårlige kvinner, innlosjert henholdsvis på bedre og på simpel forpleining, vi finner i artikkelens første del. Denne historien forteller også noe om hvordan kvinner ble "gjort" til kvinner, eller hvordan den kvinnelige kropp (anatomi) fikk sine særegne betydninger og funksjoner.

Forteller så den første historien om barselfeber ikke noe om hvordan kvinner ble gjort til kvinner? Ja, til en viss grad gjør den det, men, som vi så, det meste av legenes anstrengelser ble i dette tilfelle rettet mot de fattige, ugifte kvinnene, som ble kartlagt og målt på alle mulige måter, blant annet gjennom legenes, legestudentenes og jordmorelvenes mange eksplorasjoner. Å generalisere fra gruppen "underklassekvinner" til "kvinner" var tydeligvis ikke like lett som i historiens andre del hvor man generaliserte fra en gruppe kvinner (dvs mer velstående kvinner) til alle kvinner.

Utenfor den store gruppen av ugifte kvinner, befant de gifte kvinnene seg, de som først unngikk medisinsens direkte og avslørende blikk. Disse kvinnene kan vi ikke refleksmessig beskrive som *medisinske offer*, selv om de oppsøkte leger som pasienter, med høyst påtagelige lidelser. Forøvrig kan vi i dag ikke si med sikkerhet hva disse kvinnene led av, og det er kanskje ikke så interessant. Det vi derimot *kan* si, er at legene, med sin medisinske kunnskap, ga disse kvinnene et språk å omtale sin lidelse i. Kanskje ble det største bidraget at disse kvinnene fikk et rom *å holde ut i*.